

PRISE EN CHARGE MEDICALE DES TOXICOMANES DISPOSITIONS ACTUELLES - REFLEXIONS D'AVENIR

**Rapport adopté lors de la session de juillet 1998
Dr Daniel GRUNWALD**

Résumé

La prise en charge médicale des toxicomanies, intégrées dans le cadre général des conduites addictives dangereuses, doit tenir compte de leur polymorphisme et de leur constante évolution, s'appliquant aux drogues (substances psychoactives), aux consommateurs (usagers occasionnels, abus nocifs, dépendance), aux conséquences médicales et sociales des toxicodépendances.

Tant sur le plan individuel que de la santé publique, les objectifs des prises en charge sont partagés entre deux finalités : limitation des risques médicaux et sociaux des toxicomanies, suppression des conduites addictives néfastes.

Des préoccupations socio-politiques et judiciaires, médicales et médico-sociales sont imbriquées dans la lutte contre les toxicomanies.

Différentes dispositions légales encadrent les possibilités de prise en charge médicale : injonction thérapeutique, substitution par méthadone, BHD, sevrage, auxquelles s'ajoutent des dispositifs plus récents d'approche sociale.

L'exercice des médecins se partage entre les structures spécialisées de soins, la création des réseaux de soins, des exercices privés isolés.

Malgré les nombreuses incertitudes persistantes, tenant aux finalités réelles et limites des prises en charge, au défi des polyaddictions de plus en plus fréquentes, souvent dans des milieux sociaux très marginalisés, différentes évolutions peuvent être envisagées au plan de l'exercice médical :

- *nécessité de mesures sociales d'accompagnement*
- *prévention à tous les niveaux*
- *adaptation de la répression*
- *orientations nécessaires de santé publique*
- *qualité de l'exercice médical par la formation des médecins, la promotion de réseaux de soins appropriés, les conditions de prescription des produits toxiques, les études scientifiques et évaluations nécessaires au choix des prises en charge à privilégier.*
- *Dans le cadre de ses missions, l'Ordre des médecins se doit d'y participer.*

Sommaire

- INTRODUCTION

- Les drogues
 - les consommateurs
 - Les conséquences

- Préoccupations socio-politiques
 - Préoccupations médicales et médico-sociales

- RAPPEL DES DISPOSITIONS LEGALES

- A. Les textes répressifs
 - B. Dispositifs de soins spécialisés
 - C. Traitements de substitution

- LA PRATIQUE DES PRISES EN CHARGE

- A. Injonction thérapeutique
 - B. Substitution par méthadone
 - C. Substitution par BHD
 - D. Sevrage
 - E. Dispositifs d'approche sociale

- L'EXERCICE DES MEDECINS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

- A. Structures de traitement
 - B. Associations et réseaux de soins
 - C. Exercice privé isolé
 - D. Rapport avec les autres acteurs de la prise en charge

- REFLEXIONS D'AVENIR

- A. Les incertitudes persistantes

- 1. Finalités des prises en charge
 - 2. Limites des prises en charge
 - 3. Les polyaddictions
 - 4. Toxicomanies et milieu social

- B. Améliorations envisageables

- 1. Mesures sociales
 - 2. Prévention
 - 3. Répression

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années maintenant, la lutte contre la toxicomanie est devenue l'un des problèmes majeurs de santé publique des sociétés modernes. La prise en charge médicale des toxicomanes a considérablement évolué dans ses principes, parallèlement à des changements radicaux de conception au plan socio-politique.

Face aux ambiguïtés de notre société partagée entre le rejet et l'acceptation, les toxicomanies représentent en effet un phénomène complexe en constante évolution :

- **Les drogues** utilisées sont de plus en plus nombreuses. A côté des opiacés, de la cocaïne, des hallucinogènes (LSD - Mescaline), des dépresseurs de l'attention (barbituriques - benzodiazépines), sont de plus en plus souvent rencontrés les amphétamines (ecstasy), le cannabis ... outre différents produits solvants. Cette diversité explique que l'on englobe tous ces produits sous le terme général de **substances psycho-addictives (SPA)**. Les **polytoxicomanies** sont devenues quasiment la règle, associées à l'alcool, au tabac ... traduisant des **conduites addictives** où la distinction entre produits licites et illicites n'a plus guère de valeur. Il en est de même des différenciations entre drogues dures et drogues douces ; la fréquence du passage des unes aux autres (notamment du cannabis aux opiacés ou à la cocaïne) est l'objet de discussions. Par contre, dans le mode de prise des produits, il faut isoler la **voie IV** du fait de ses risques propres.
- **Les consommateurs** : plus encore que les SPA, ils sont au centre des préoccupations et recherches actuelles. Dans leur diversité, l'on tend à distinguer de « l'utilisateur de drogues », le véritable toxicomane, patient dépendant de SPA, avec sa morbidité propre. On décrit en effet différents modes d'usage de « drogues » : récréatif et occasionnel, abusif et nocif, enfin habituel avec dépendance. Ces distinctions sont basées sur des critères biologiques, psychologiques, de comportement social, mais les intermédiaires sont multiples, de même que les possibilités de passage d'un mode à l'autre. Au terme de « drogué » se substituent ceux de « comportement de consommation de SPA ». Ces

considérations s'intègrent dans le cadre plus large de l'addiction usant de moyens multiples dans des circonstances variées. On estime qu'il existe en France environ deux millions de consommateurs « occasionnels le plus souvent » de cannabis, 150 à 200 000 héroïnomanes, avec une augmentation notable, récente, de la prise d'ecstasy, outre les polytoxicomanies. Le faible niveau d'insertion sociale des toxicomanes dépendants est également à relever (73% sans activité).

- **Les conséquences** justifient les actions menées contre les toxicomanies : la surmortalité des populations toxicomanes est amplement prouvée et a augmenté depuis les années 90 ; les taux publiés de surmortalité vont de 8,8 à 63,8 pour mille personnes-année. Les facteurs aggravant sont l'héroïne, l'alcoolisme associé, des terrains polyfragilisés... L'arrêt d'un traitement de substitution entraîne aussi une augmentation de mortalité. La voie IV, le développement du sida jouent un rôle non négligeable, de même que les surdoses, outre la fréquence relevée de suicides et morts violentes. La morbidité est liée aux produits, aux modes d'administration, aux modes de vie... avec, à côté du sida, les hépatites et infections diverses.

Les toxicomanies posent donc des problèmes de santé :

- au plan individuel ;
- au plan de la santé publique : véritable fléau social de nos sociétés modernes.

Celles-ci ont réagi d'une part par le refus et la répression, d'autre part, plus récemment, par des essais d'approche globale des toxicomanes eux-mêmes.

La lutte contre les toxicomanies poursuit ainsi deux objectifs, tantôt complémentaires, tantôt contradictoires :

- supprimer les conduites addictives néfastes ;
- limiter les risques et conséquences des toxicomanies tant sur le plan médical que social.

La prise en charge médicale des toxicomanes, centrée sur la lutte contre les conduites de dépendance néfastes pour l'individu et la société, se caractérise par l'imbrication constante de deux ordres de préoccupations :

- **Préoccupations socio-politiques et judiciaires**

Différentes formes de toxicomanie ont de tout temps été retrouvées dans tous les groupes humains.

Leurs caractéristiques, leur manifestation, leur extension, la gravité de leurs répercussions entretiennent des rapports étroits avec les conditions sociales et économiques des sociétés dans lesquelles elles se développent.

Le contrôle de la diffusion des produits toxiques, de leur distribution, les interdictions (de commerce ou d'utilisation) touchant certains d'entre eux sont du ressort de décisions politiques, traduites par des textes légaux et réglementaires, accompagnées de mesures judiciaires répressives motivées par la protection des individus et de la collectivité.

- **Préoccupations médicales et médico-sociales** : elles conduisent à la prise en charge de sujets dépendants de produits toxiques, source d'altération de leur santé et les exposant à des complications psychiques ou somatiques redoutables (sida, hépatite ...).

Ces préoccupations médicales s'insèrent dans une problématique de santé publique en raison :

- du nombre croissant de toxicomanes et de la diversification des toxicomanies ;
- des conséquences de la toxicomanie sur la diffusion des maladies considérées comme des fléaux sociaux ;
- des conséquences sociales de la toxicomanie nécessitant obligatoirement des mesures d'accompagnement social complémentaire de la prise en charge médicale du toxicomane, ainsi que des directives sanitaires collectives s'ajoutant à la prise en charge individuelle de chaque sujet toxico-dépendant.

Ces deux ordres de préoccupations montrent que, dans la prise en charge des toxicomanies considérées comme néfastes, se reconstituent :

- le législateur, responsable de mesures sociales collectives et répressives,
- le magistrat veillant au respect des lois réprimant le commerce, l'utilisation, la diffusion de drogues illicites,
- le médecin prenant en charge dans le cadre fixé par des dispositions légales les patients toxico-dépendants et appliquant les mesures médicales et médico-sociales qui ont été définies par le pays dans lequel il exerce. L'aspect médical n'est qu'une des facettes de la lutte contre les dépendances dangereuses et ne peut espérer être efficace que s'il est accompagné de mesures sociales cohérentes dans le long terme.

Le moment apparaît opportun d'étudier de nouveau ces problèmes. Différentes législations ayant vu le jour, on peut commencer à en approfondir leurs résultats, leurs effets, directs et indirects, positifs ou négatifs, les questions restant mal résolues, dans le cadre d'un vaste problème de dimension à l'évidence internationale.

Nous nous limiterons à étudier sous l'angle de l'exercice médical :

- **les différentes modalités** de prise en charge **médicale** des toxicomanes.
- les **orientations** qui pourraient être dégagées quant à l'évolution de ces prises en charge.

Dans ce cadre, force sera de respecter certaines limites qui, même si elles paraissent artificielles, sont guidées par un souci de cohérence, gage de la meilleure efficacité possible :

1) L'élargissement du concept d'addiction et de dépendance utile à la compréhension des toxicomanies ne doit pas occulter la spécificité des problèmes posés par l'utilisation des différentes SPA. Il semble préférable de se limiter aux dépendances en rapport avec des drogues et « médicaments » (stupéfiants, différents types de produits psychotropes) même si d'autres addictions pourront être évoquées dans le cadre de polytoxicomanies et de conduites addictives particulières.

2) L'aspect médical concernant les médecins et les professions paramédicales apparaît seul à étudier, les autres intervenants dans la prise en charge des toxicomanes n'étant à envisager que dans leurs rapports avec les professionnels médicaux concernés.

RAPPEL DES DISPOSITIONS LEGALES

En France différents textes encadrent la prise en charge des toxicomanies, fixant le cadre des actions médicales possibles :

A) Textes répressifs (assortis de mesures médico-sociales)

A côté des dispositions du Code pénal réprimant le trafic de stupéfiants, l'usage de stupéfiants est également considéré comme illicite.

- La loi du 31 décembre 1970 (complétée par différents décrets en 1971, 1977, loi du 17.1.1986) a introduit la notion d'action médico-sociale associée à la répression dans la lutte contre la toxicomanie : les condamnations (emprisonnement et/ou amende) peuvent être remplacées par des **procédures d'injonction thérapeutique** avec possibilité d'astreinte à des cures de désintoxication.

En cas de délits d'usage de stupéfiants, le procureur de la république, au vu de procès-verbaux constatant le délit, le magistrat instructeur, en cas d'inculpation pour ce motif, ou les juges du siège peuvent prononcer des mesures alternatives à la poursuite d'actions judiciaires : prise en charge médicale et suivi médico-social, sous contrôle judiciaire, si l'intéressé l'accepte.

- Cette procédure d'**injonction thérapeutique** implique des mesures d'exams, de traitements, réalisés par un médecin choisi par le patient, avec l'accord du magistrat, sous le contrôle des Directions Départementales d'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) avec production de certificats médicaux indiquant la date de début de prise en charge médicale, sa durée, et lorsqu'est engagée une cure de désintoxication, l'établissement agréé concerné.
- Le médecin responsable des soins, les services des DDASS, doivent tenir informée l'autorité judiciaire du déroulement de la prise en charge. En fin de cure, un certificat médical indique, si utile, les mesures de réadaptation appropriées à l'état de l'intéressé.

B) Dispositifs de soins spécialisés

- Des dispositifs spécialisés de lutte contre la toxicomanie ont été mis en place à partir de 1972. Un décret du 29 juin 1992 et ses textes d'application précisent leurs missions et fonctionnements.
- Ont ainsi été mis en place des centres spécialisés de soins en ambulatoire (227 actuellement, avec hébergement, 1395 places au total), pouvant également travailler avec des familles d'accueil de toxicomanes pris en charge. Plus récemment ont été développés des centres de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire (16), rattachés à des CMPR.

C) Traitements de substitution

Différents textes promulgués entre 1993 et 1996 ainsi qu'une circulaire du Ministère de la santé DGS-SP3-95 n° 29 du 31 mars 1995 ont officialisé la possibilité de traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.

Mises en application à partir de 1995, ces législations prévoient :

- **Deux procédures de substitution** : d'une part, par la méthadone dans des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, relayés éventuellement par des médecins généralistes ; d'autre part, par la buprénorphine haut dosage (BHD), sur prescription des médecins traitants.
- **Des organismes de contrôle** : comités départementaux de suivi des traitements de substitution ; commission nationale consultative des traitements de substitution, à laquelle est associée la commission des stupéfiants et psychotropes de l'Agence du médicament.

Ces traitements de substitution ont une indication validée dans la prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opiacés selon deux modalités distinctes, dans une optique de réduction des risques :

1°) **Substitution par méthadone** (parfois dénommé à « haut niveau d'exigence »)¹

Utilisé dans des cas de pharmacodépendance aux opiacés, ancienne, majeure et résistante, le traitement par la méthadone a plusieurs objectifs : insertion dans un processus thérapeutique et suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie ; stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite ; favorisant un moindre recours à la voie injectable source de transmission virale et infectieuse ; insertion sociale.

Durant une première phase la prise en charge est assurée par des médecins exerçant dans des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST). Ces médecins effectuent :

- les bilans cliniques, psychologiques, psychiatriques, biologiques nécessaires, recueillent l'accord et l'engagement des patients à cette prise en charge ;

- les prescriptions initiales et la prise de la méthadone, assorties d'un suivi médical, psychologique, social du sujet et de contrôles biologiques réguliers.

Cette première période peut être plus ou moins prolongée selon la décision des médecins, dans l'équipe des CSST sans limitation imposée dans le temps.

Sur décision du médecin du centre, la deuxième phase de prise en charge peut être éventuellement engagée.

Cette deuxième phase est assurée en cabinet de ville par le médecin traitant, désigné par le patient, préalablement contacté par le médecin du centre. Ce dernier établit la première ordonnance de prescription ambulatoire renouvelée ensuite par le médecin traitant (prescription de méthadone sur carnet à souche d'une durée maximale de sept jours) : indiquant le nom du pharmacien dispensateur.

La dispensation des produits est assurée par un pharmacien d'officine choisi par le patient, contacté par le médecin traitant qui établit les posologies, le rythme de dispensation du produit, ainsi que la prescription des contrôles biologiques nécessaires, la méthadone étant ingérée dans l'officine.

Il n'a pas été défini de limites dans le temps pour cette deuxième phase.

2°) **Substitution par buprénorphine haut dosage** (parfois dite à « moindre niveau d'exigence »)¹

Son objectif est la prise en charge de toxicomanes dépendants aux opiacés avec les mêmes objectifs d'insertion et de réduction des risques, dans un processus thérapeutique moins contraignant : facilitation du suivi médical d'autres pathologies associées ; dans un but d'interruption à terme de la consommation d'opiacés, et d'amélioration de conditions d'insertion sociale.

La prescription de buprénorphine haut dosage peut être réalisée par tout médecin en exercice, établissant des ordonnances sur un carnet à souche d'une durée maximale de 28 jours (il est souhaité que les premières prescriptions soient limitées à 7 ou 14 jours).

Les médecins concernés sont incités à s'intégrer dans un réseau de prise en charge de traitement de substitution, avec des liens étroits avec les CSST, les établissements hospitaliers et les pharmaciens, mais cette disposition n'est pas obligatoire.

Les produits sont délivrés, sur production des ordonnances, par les pharmaciens dans les conditions habituelles de délivrance. Les contacts entre médecin traitant et pharmacien sont fortement conseillés.

Des modalités de formation au traitement de substitution des médecins et des pharmaciens ont été prévues au plan réglementaire mais ne sont pas, en l'état actuel, obligatoires.

Il est à noter que la substitution tant par méthadone que par buprenorphine haut dosage, a pour finalité déclarée l'interruption de toute dépendance médicamenteuse y compris aux produits de substitution.

LA PRATIQUE DES PRISES EN CHARGE

L'application de ces différentes possibilités se heurte à la dure réalité des faits : multiplicité grandissante des produits utilisés, complexité des différentes catégories de consommateurs de drogue et de toxicomanes dépendants, imbrications, voire oppositions, judiciaires, sociales, médicales les concernant, source de constatation et d'interprétation souvent contradictoires ; dans un domaine où l'expérience vécue des différents acteurs prime souvent sur les données scientifiques et d'évaluation objective encore parcellaires. Actuellement les différentes formes médicales de prise en charge essayent de se compléter...

A) Les injonctions thérapeutiques

- Sur décision judiciaire, elles s'effectuent sous la forme de cures de désintoxication dans un centre agréé ou d'un traitement ambulatoire à l'initiative du médecin choisi par le sujet et accepté par le magistrat.

La durée de prise en charge autorisée varie selon les besoins et leur estimation.

En cas de bonne exécution, l'obligation de soins avec objectif médico-social se substitue à la condamnation.

En pratique, les médecins acceptent difficilement les contraintes imposées dans les relations médecin-malade résultant de l'obligation de soins ordonnée à l'intéressé même si ce dernier conserve le choix de son médecin.

Pour le patient, l'injonction thérapeutique a comme caractéristique : l'anonymat (anonymat non garanti dans les traitements de substitution), le volontariat et la gratuité. Mais certains sujets fragiles supportent mal les contraintes imposées par la prise en charge qu'ils ont acceptée.

La loi de décembre 1970 n'établit pas de différence entre drogue dure et drogue douce. Les décisions d'injonction thérapeutique sont très variables selon les régions et peuvent s'appliquer aussi bien à des héroïnomanes qu'à des consommateurs occasionnels de cannabis.

Ces modalités de prises en charge sont ainsi de plus en plus critiquées et sont perçues

comme peu efficaces, sources de difficultés d'interprétation entre magistrat, médecin, patient et groupes d'auto-support. On observe cependant, depuis deux ans, un recours plus fréquent à ce type de prise en charge (5000 injonctions en 1995, 8812 en 1996).

B) Substitution par méthadone

Recrutement

Se présentant directement, ou adressés par leur médecin, des organismes sociaux ou associatifs, les patients toxicomanes consultent un médecin exerçant dans un CSST. L'indication de substitution par méthadone est retenue en cas de dépendance sévère aux opiacés souvent après échec d'autres méthodes de prise en charge.

Un « contrat » entre médecin de CSST et patient est établi, précisant les modalités de prise en charge et les engagements de l'intéressé.

La durée de prise en charge n'est pas prédéterminée mais semble le plus souvent prolongée, c'est-à-dire supérieure à un an.

Modalités

La 1ère phase du traitement consiste en bilans, indications, surveillance, délivrance du produit en CSST, suivie en principe d'une prise en charge ambulatoire.

La 2ème phase s'effectue en ambulatoire. Décidée par le médecin psychiatre du CSST, elle est assurée par le médecin traitant et le pharmacien d'officine choisis par le patient, informés par le CSST, et travaillant en équipe.

Durant la 1ère phase, l'équipe du CSST s'assure de l'absorption sur place du produit. Durant la 2ème phase, les pharmaciens d'officine assurent la lourde charge de la délivrance du produit et du contrôle de son ingestion sur place.

Une bonne coordination entre médecin de CSST et médecin traitant du patient acceptant une prise en charge en deuxième phase ainsi qu'entre médecin et pharmacien est impérative. Les réseaux ville-hôpital présentent, en ce sens, un grand intérêt, même s'il est difficile de contrôler les agissements des patients (nomadisme médical organisé) et s'il existe un risque de revente des produits pouvant engager la responsabilité des prescripteurs, en cas de laxisme des professionnels, notamment sur le contrôle de l'absorption du produit.

Résultats

Le nombre autorisé de places pour la substitution par méthadone dans les différents CSST est fixé par le ministère de la Santé :
5000 places en 1997 : 3000 en CSST, 2000 en ambulatoire. Près de 6500 patients seraient actuellement suivis dans ce cadre.

Il semble que le nombre d'indications soit largement supérieur d'où l'existence de listes d'attente dans les CSST, même si ces prises en charge s'adressent le plus souvent à des héroïnomanes anciens (supérieur à cinq ans) ayant des problèmes médicaux, sociaux et souvent judiciaires.

La durée moyenne de suivi n'a pas encore été évaluée exactement mais apparaît très prolongée.

Les avantages actuellement confirmés sont :

- une diminution de la prise d'opiacés avec une diminution du recours à des injections IV de toxiques (85% à six mois de prise en charge) ;
 - une diminution des décès par overdose de 20% ;
 - une diminution globale de la morbidité ;
 - est également souligné l'intérêt par la substitution elle-même de contacts possibles, et insertion progressive du toxicomane dans un milieu médical et social.
- Quant au devenir ultérieur des patients, on observe une diminution de la criminalité ainsi qu'une amélioration sociale. Mais le plus souvent, comme dans toute toxicomanie, demeure une dépendance ... au produit de substitution et/ou une évolution fréquente vers des rechutes et une polytoxicomanie.

Observations

En attendant des évaluations précises, ce mode de substitution semble bénéfique dans la prise en charge de sujets anciennement dépendants aux opiacés et très exposés aux complications.

Si en principe le produit de substitution utilisé est uniquement la méthadone, une thérapeutique d'appoint est parfois associée, de façon brève pour éviter une assuétude iatrogène.

Le passage de la première à la seconde phase est souvent difficile. L'adhésion ultérieure à la prise en charge semble, en revanche, assez bonne. On observe une saturation des CSST pour inclusion ainsi que des rechutes en cours de suivi et des difficultés au niveau des prescriptions associées.

La Commission nationale consultative et les comités départementaux de suivi des traitements de substitution surveillent l'application de ce mode de substitution, avec des réunions régulières et des contacts de fréquence variable avec les médecins prescripteurs.

Si l'on dispose d'une connaissance précise du nombre de patients pris en charge, il existe incontestablement des difficultés pour appréhender le devenir ultérieur de ces sujets, ce qui, manifestement, demeure le point d'interrogation principal de ce type de traitement.

C) Substitution par buprénorphine haut dosage (BHD)

• Modalités

En opposition avec le système précédent, le recrutement des patients est « libre » après consultation auprès de leur médecin généraliste.

Ceux-ci prescrivent la BHD en fonction de son AMM spécifique. Le mode de prescription est encadré par l'utilisation du carnet à souches (durée maximale de prescription de 28 jours, mais, comme nous le verrons plus loin, une durée plus courte, de 7 jours notamment en début de traitement, est conseillée). Le nom du pharmacien délivrant la BHD, choisi par le patient, est généralement mentionné sur l'ordonnance.

Les médecins prescripteurs sont essentiellement des généralistes libéraux fortement incités à entrer dans des réseaux de prise en charge (ville ou surtout ville-hôpital).

Les pharmaciens d'officine travaillent souvent en réseau, ayant des contacts directs avec les médecins.

L'estimation du nombre de patients pris en charge ne peut qu'être indirecte : 37000 à 50000 en 1997 (chiffres établis à partir des quantités de produit délivrés).

Il s'agit, le plus souvent, d'hommes jeunes (20 à 30 ans). Plus de 80 % d'entre eux sont des consommateurs d'héroïne (depuis plus de cinq ans), présentant une désocialisation fréquente.

Résultats

En l'état actuel, les chiffres d'évaluation apparaissent très variables et ne sont donnés ici qu'à titre indicatif. Des travaux d'évaluation sont en cours.

- Diminution de la mortalité par surdose
- Maintien de l'adhésion aux consultations médicales (80 %)
- Bonne adhésion au traitement (67 %)
- Poursuite d'une forme de toxicomanie (20 %)
- Amélioration voire stabilisation sociale (67 à 80 %).

Les résultats en fonction d'autres paramètres médicaux (affections associées, polytoxicomanie ...), sociaux, géographiques ... sont à l'étude. A côté de l'amélioration sociale des sujets, une diminution de la délinquance des toxicomanes pris en charge a été relevée.

Observations

Différentes difficultés apparaissent face à l'amélioration incontestable des prises en charge :

- o ambiguïté des prises en charge (difficultés d'accompagnement médico-social, disponibilité limitée du médecin à l'écoute, prescription de facilité parfois),

- concrétisation difficile des relations entre médecin et pharmacien à propos de chaque patient,
- « marché noir »,
- nomadisme médical (recherche de moyens de contrôle en cours),
- substitution en milieu carcéral (maintien des traitements, initialisation ?)
- risques du traitement : des accidents graves, voire mortels, par dépression respiratoire ont été récemment rapportés, notamment en cas de détournement d'usage (injection IV de la forme sublinguale) et d'association avec des benzodiazépines ou de l'alcool. Cela a conduit à prôner un fractionnement par période de 7 jours de la délivrance de la BHD. Si ces complications, à mettre en parallèle avec les avantages de ce type de substitution, ne remettent pas en cause le principe de ce traitement, elles illustrent cependant ses difficultés d'indication, de surveillance et de suivi.
- devenir des sujets traités : les incertitudes sur l'avenir des sujets pris en charge persistent, connaissant la fréquence observée de rechute ultérieure de toxicomanie après arrêt du traitement de substitution... ou impossibilité d'obtenir un véritable sevrage ; cela montre bien que ce type de traitement n'est qu'un moyen et nullement une fin en soi.

Pour les médecins : la prise en charge est lourde et un nombre réduit de patients pour chaque médecin est conseillé. En pratique, l'on observe souvent, notamment dans les grandes agglomérations, une orientation des médecins à une telle prise en charge qui fait que leur exercice devient quelque peu exclusif.

Pour les patients : les situations sont extrêmement variables et témoignent d'un risque majeur de nomadisme médical ou de marché noir, d'une difficulté de moyens notamment en ce qui concerne l'accompagnement social. C'est pourquoi les professionnels ont exprimé le souhait de liens précis entre médecins prescripteurs, pharmaciens dispensateurs (expérience locale de carnets de suivi actuellement non officiels) et également médecins-conseils (E.T.M.).

D) Les sevrages aux produits toxiques :

- Ces incertitudes sur l'avenir des sujets suivant un programme de substitution, l'indication limitée aux seules toxicomanies sévères aux opiacés expliquent l'intérêt des indications de sevrage s'intégrant dans des stratégies globales de soins prenant en compte la personnalité du toxicomane, son approche psychique et somatique globale, justifiant une étroite coordination entre médecin généraliste et spécialistes, notamment psychiatres.

A côté des opiacés, en relative diminution, la fréquence d'usage toxique de cannabis, ecstasy, psychotropes et les polyaddictions justifient bien entendu ces indications de sevrage.

Indiqué d'emblée ou après traitement de substitution, le sevrage pourra être partiel ou total, dans un cadre ambulatoire ou institutionnel. Le projet de soins est associé à des suivis cliniques réguliers, l'évaluation du degré d'abstinence de consommations toxiques résiduelles, l'évolution psychologique du sujet, son adaptation sociale...

soulignant l'intérêt d'un réseau médico-social autour du patient concerné, dans un processus de suivi à très long terme, capable aussi d'intégrer les fréquentes rechutes de toxicomanie qui font partie de l'histoire de ces patients.

E) Les dispositifs d'approche sociale

- Des ateliers d'insertion, des dispositifs intermédiaires à la sortie de prison ont été mis en place. Dans une optique d'essai d'approche des toxicomanes très marginalisés, imperméables à une démarche de soins, différentes initiatives sont par ailleurs expérimentées : « boutiques » de contact, « sleep-in » d'hébergement d'une nuit, équipes de rue, unités mobiles...

Si l'intérêt social de ces différents dispositifs mérite attention, on doit par contre s'interroger sur les conditions médicales de leur utilisation... par exemple en initialisant des traitements de substitution comme cela a pu être envisagé. L'approche sociale doit favoriser les consultations médicales, mais celles-ci ne peuvent s'effectuer que dans un cadre offrant toutes les garanties nécessaires à un exercice médical de qualité. On doit aussi souligner que l'un des aspects les plus positifs de ces approches est la possibilité d'échange de seringue ; celles-ci sont également disponibles dans les pharmacies, à l'unité ou dans des kits de prévention, mesures ayant incontestablement permis de diminuer les risques liés aux injections IV de SPA.

L'EXERCICE DES MEDECINS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

Cet exercice apparaît donc très varié.

A) Les structures de traitement

Pour les différentes prises en charge, notamment les traitements de substitution, les structures existantes devraient être complémentaires :

- les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) où exercent des médecins psychiatres, salariés, dont l'activité est le plus souvent exclusivement consacrée à la prise en charge des toxicomanes ;
- les cabinets médicaux : médecins libéraux, le plus souvent généralistes (parfois psychiatres), dont l'exercice n'est en principe pas consacré uniquement à la prise en charge des toxicomanes.

Des collaborations sont également indispensables avec les services de médecine des hôpitaux généraux, des CHS, lorsque les hospitalisations pour complications somatiques, psychiques, pour le sevrage, sont nécessaires.

Les problèmes déontologiques de l'exercice sont comparables dans ces différents cas : indépendance professionnelle, liberté de prescription,

respect du secret professionnel tenant compte de la nécessité d'une information mutuelle des professionnels de santé participant à la prise des toxicomanes (nécessité de « secret partagé »). Cet exercice médical particulier est de plus assujéti au respect de textes réglementaires, ce qui ne va pas sans parfois poser problème, dans une préoccupation éthique et déontologique de respect de la personnalité du toxicomane.

D'autres difficultés peuvent être rencontrées :

- les relations entre traitement de substitution et autres modes d'approche médico-sociale des toxicomanes, injonction thérapeutique, sevrage ... ;
- discussion sur les limites de durée de prescription des produits de substitution : actuellement 7 jours pour la méthadone, 28 jours pour la buprénorphine mais dont la primo-prescription devrait être limitée à 7 jours et ensuite par période de 7 à 14 jours ;
- fréquence des cas où des traitements associés semblent licites, dérivés morphiniques, benzodiazépines ... avec leurs possibles risques ;
- expérimentation actuelle d'autres produits de substitution ;
- la substitution en milieu carcéral pose des problèmes spécifiques : la poursuite d'un traitement de substitution à la buprénorphine est parfois aléatoire, bien que son utilité en soit de moins en moins contestée. Les difficultés apparaissent davantage dans les maisons d'arrêt que dans les centrales. La poursuite d'une substitution par méthadone n'est réalisée que dans des cas particuliers, après accord entre les médecins concernés. L'initialisation de traitements a été envisagée ; le plus souvent une substitution par méthadone peut être organisée à la sortie de prison. L'initialisation de substitution par buprénorphine est par contre de plus en plus souvent réalisée.

B) Exercice dans le cadre d'associations ou réseaux de soins

Des réseaux de professionnels de santé plus ou moins formalisés se sont progressivement mis en place. Leur fonctionnement est très variable. Les professionnels recherchent une formation ainsi qu'un soutien dans leur exercice.

Le nombre de réseaux existant n'est actuellement pas déterminé.

Le nombre de médecins par réseau est extrêmement variable : 5/6 à 50 ou plus, auxquels s'ajoutent des pharmaciens, parfois des travailleurs sociaux ...

Des relations régulières entre CSST et réseaux, médecins hospitaliers et libéraux sont encouragées, mais restent variables ... Le passage CSST-

réseaux n'est pas simple.

Le mode de paiement des frais de prise en charge des traitements de substitution est l'une des difficultés rencontrées. S'opposent en effet une gratuité automatique pour la première phase (méthadone) dans les CSST (tiers payant), des honoraires pris en charge totalement par les caisses d'assurance maladie pour la deuxième phase de la méthadone et la buprénorphine, mais après accord du médecin-conseil (ETM pour sevrage) ; sinon remboursement conventionnel.

Les services des DDASS suivent ces pratiques.

Ces réseaux présentent l'avantage de limiter les inconvénients de la pratique individuelle hétérogène des médecins dans la substitution. Mais leurs actions sont difficilement évaluables et l'on procède actuellement à des essais de réunions des responsables de réseaux ainsi qu'à la mise en place de structures permanentes de conseils des médecins.

La surveillance de la délivrance des carnets à souches (Conseil de l'Ordre, Inspection de la pharmacie) est également importante à ce niveau et a fait la preuve de son utilité dans le dépistage de conduites anormales de prescription.

C) Exercice privé isolé

Bien que fortement encouragée, la participation des médecins libéraux à la substitution reste quantitativement peu importante.

L'estimation du nombre de médecins concernés est actuellement incomplète.

Le nombre estimé de patients pris en charge (par médecin) est très variable : quelques unités à plusieurs dizaines ...

L'on observe en effet un rejet de principe des prises en charge des toxicomanes, y compris pour des traitements de substitution, par de nombreux médecins. Un manque de formation est évident. Il faut souligner aussi les dangers d'une pratique individuelle de la substitution par les médecins avec des risques de débordement, d'abus de prescription (idéisme ou mercantilisme). Cela justifie l'importance du développement des réseaux et une bonne formation des médecins assortie du contrôle de la délivrance des produits toxiques (même si le principe des carnets à souches est en cours d'abandon).

D) Rapports des médecins avec les autres acteurs de la prise en charge des toxicomanes

- C'est l'un des aspects marquants de cette pratique médicale :

- Pharmaciens honorant les prescriptions :

Pharmaciens et/ou organismes dispensateurs des produits de substitution par réseaux ou contacts directs

- Infirmiers :

Réseaux et/ou contacts directs

- Services sociaux de terrain (relation programmée dans le cadre d'un réseau, par exemple, ou ponctuelle) :

Les rapports sont structurels au niveau des CSST et dans des cas particuliers (prisons). Les rapports sont souvent ponctuels par ailleurs.

- Organismes sanitaires officiels :

Services des DASS de chaque département

- Police :

On constate une amélioration globale des relations avec les services de police, avec une meilleure compréhension progressive des rôles de chacun et des difficultés d'exercice des uns et des autres, bien que des difficultés d'appréciation persistent, concrétisant les contradictions entre répression et prise en charge.

- Magistrats :

De même, l'on constate une amélioration très nette des relations avec les services judiciaires en raison d'une meilleure compréhension des rôles respectifs des juges et des médecins dans la difficile approche des toxicomanies et des toxicomanes, dont le côté social est de plus en plus reconnu comme indispensable.

REFLEXIONS D'AVENIR

Elles sont nombreuses, parfois contradictoires, voire opposées, ce qui s'explique par de nombreuses incertitudes persistantes.

A) Les incertitudes

1) La finalité des prises en charge

L'on retrouve le dilemme de leur justifications : privilégier l'objectif de

suppression des addictions ou accepter une simple politique de réduction des risques de dangerosité sociale et de complications somatiques ... ces deux objectifs n'étant pas forcément contradictoires à long terme.

2) L'augmentation des consommations de SPA est considérée comme un phénomène de société : si l'on doit lutter contre leurs conséquences néfastes, doit-on également s'opposer à leur usage privé sans conséquences majeures ?... mais la responsabilité récemment démontrée de certaines substances (tel le cannabis) **dans la vie courante** (conduite automobile notamment) mérite attention. Le rôle précis du médecin est souvent difficile alors à cerner.

3) Les poly-addictions

Il en est de même vis-à-vis des différentes variétés de conduites addictives : elles représentent, nous l'avons vu, un véritable défi actuel non seulement lié aux drogues et substances médicamenteuses, mais par toutes les conduites addictives en cours. Les médecins ne sont là que des acteurs parmi d'autres de leur limitation. Complétant leur action, des mesures sanitaires de masse, répétées sur plusieurs générations, sont indispensables. La comparaison entre les législations et pratiques concernant les alcooliques dangereux et les consommations nocives de SPA est là intéressante. Est-il opportun de banaliser l'usage du cannabis alors que des actions d'efficacité reconnue sont parallèlement développées contre l'alcoolisme et le tabagisme nocifs et les conduites automobiles dangereuses ? Problème de société où aucune prise de position n'est exempte de critiques, mais où les responsabilités sont à assumer.

4) Toxicomanies et milieu social

Le développement des toxicodépendances graves dans des contextes sociaux marginalisés en rend l'approche médicale plus difficile : l'exemple du milieu carcéral, les toxicomanes grands marginaux désocialisés... les attitudes à adopter demeurent incertaines.

B) Améliorations envisageables des prises en charge médicales

Elles peuvent s'envisager selon différents axes, sachant que les besoins en ce domaine sont croissants et en l'état actuel insuffisamment satisfaits : les estimations de 65 000 toxicomanes suivis dans des centres spécialisés (1995), avec 6 000 substitutions par méthadone (1997), 37 000 à 50 000 substitutions par BHD, sont à rapprocher du nombre estimé de 150 000 à 200 000-300 000 héroïnomanes en France.

1) Prise en charge sociale

Une action médicale vis-à-vis des toxicomanes ne peut être efficace qu'associée à une prise en charge sociale cohérente, coordonnée, au long cours. Dans de nombreux cas elle demeure insuffisante, et il est donc indispensable de la développer, y compris sur le strict plan de l'efficacité médicale.

2) Prévention

La prévention des conduites addictives dangereuses apparaît de plus en plus comme la seule issue à l'extension croissante des toxicomanies.

- Prévention *primaire* : en particulier ajoutant à une diminution de l'offre, l'objectif d'une diminution et d'un contrôle des recherches et demandes d'utilisation de produits addictifs dangereux, ce qui semble à envisager dès l'âge scolaire (d'où nécessité d'une formation appropriée des enseignants et éducateurs). L'information répétée des jeunes sur les conduites à risques semble en effet source de modification de tels comportements.

- Prévention *secondaire* : dans laquelle s'intègre, à côté d'un versant répressif bien ciblé, des mesures d'accompagnement d'abstinence, sevrage, avec si utile phase de substitution. L'information adaptée peut également diminuer le risque de passage d'un usage occasionnel de SPA à une dépendance.

- Prévention *tertiaire* : où la substitution, le contrôle et l'arrêt des voies veineuses de toxicomanie, les suivis médicaux nécessaires ont toute leur place.

L'intérêt d'une intervention médicale est reconnue dans les préventions tertiaire et secondaire. Des réalisations encore ponctuelles montrent aussi son opportunité en prévention primaire, sachant que pour beaucoup d'adolescents et adultes jeunes, le médecin de famille demeure une référence, donc un conseiller possible.

3) Répression

- La loi de décembre 1970 et les différents décrets ultérieurs n'ont pas répondu au souhait du législateur. Ces textes répressifs sont actuellement critiqués du fait de leur efficacité discutée, et plus encore en fonction des conséquences néfastes qui leur sont imputées sur les politiques de prévention actuellement privilégiées. Il est vrai que la mise « hors la loi » des toxicomanes gêne leur prise en charge médicale et plus encore sociale... mais malheureusement les consommateurs sont souvent des dealers...
- Une libéralisation de l'usage des stupéfiants a été envisagée, voire une dépénalisation progressive de l'usage de certaines SPA (exemple du cannabis) ?... mesures différentes d'une légalisation. Au plan médical l'objectif demeure de limiter au maximum l'offre, le commerce et l'utilisation de produits hautement toxiques, sans contrecarrer la prise en charge de leur victime. Une politique cohérente de lutte contre l'ensemble des conduites addictives dangereuses apparaît de plus en plus indispensable.

4) Orientations de santé publique

Les objectifs de santé publique en matière de toxicomanies visent avant tout à une réduction des risques (conséquences sociales, complications somatiques...).

Dans ce cadre, différentes mesures font la preuve de leur efficacité :

- la disponibilité des seringues essentiellement
- les traitements de substitution secondairement.

Encore faut-il souligner que les indications de ces traitements ne s'adressent qu'à un nombre limité de toxicomanes et que leur efficacité à long terme n'est nullement démontrée. Une recherche délibérée d'extension de tels traitements dans leur présentation, leurs modalités et leur finalité (problème des « bus méthadone ») ne peut être que transitoire en attendant les résultats d'autres mesures tant sociales que préventives... dont l'absence risquerait de conduire à un échec en matière de politique de santé publique.

Du fait de ses incidences sociales et politiques, la lutte contre les toxicomanies est certainement l'un des domaines où les médecins ont besoin de prises de position précise en matière de santé publique. La distinction entre mesures d'urgence et politique à long terme peut être ici licite, tout au moins temporairement. Des attitudes coordonnées, y compris dans le temps, vis-à-vis des différentes addictions et de leurs conséquences sont ainsi à privilégier.

5) L'exercice médical

Il est concerné par les conséquences des différentes addictions, notamment par SPA. Un toxicomane consultant devient un patient.

- La formation des médecins

Elle est une condition indispensable de leur efficacité, compte tenu du « climat » des problèmes spécifiques et des difficultés des prises en charge. Cette nécessité concerne les psychiatres investis dans ces traitements et plus encore les médecins généralistes. Formation initiale et FMC répétée ont à se succéder, compte tenu du polymorphisme évolutif des toxicomanies, et aussi du soutien dont ont souvent besoin les médecins dans cette pratique. L'on retrouve là l'intérêt des réseaux de prise en charge bien organisés. Lors de la mise en place de la substitution, des stages de formation pour les médecins généralistes et les pharmaciens ont été organisés à l'initiative des DASS. On peut déplorer l'efficacité insuffisante de cette formation, actuellement non obligatoire, et qui connaît des difficultés liées à la sensibilisation insuffisante du corps médical à la prise en charge des toxicomanes. L'intégration de cette formation dans les procédures habituelles de FMC des médecins serait probablement plus efficace à long terme que ces formations spécifiques de durée prolongée (24 à 48 heures) même si l'on souscrit par ailleurs à son caractère impératif.

- Les réseaux de prise en charge pluridisciplinaires

Favoriser le développement de ces réseaux est un objectif à poursuivre, car seuls à même de créer les conditions optimales d'exercice des médecins dans les toxicomanies. Les réseaux mis en place permettent également de concrétiser les liaisons interdisciplinaires indispensables entre les professionnels de santé concernés, tout particulièrement entre médecins et pharmaciens. L'on doit à ce niveau poser la question de l'opportunité d'une prescription dans un cadre structuré et contrôlé de tous les produits de substitution (BHD comme méthadone)? Cela permettrait un meilleur suivi des traitements, tant actuels que de nouvelles molécules en cours d'essai. Cette disposition n'empêche nullement le libre choix par les toxicomanes des

médecins amenés à assurer leur suivi. Elle favorise par contre les possibilités pratiques de mise en place des mesures sociales dont on a souligné l'importance parallèlement aux prescriptions médicales. Elle limiterait également l'utilisation détournée de la BHD (revente, marché noir), surtout si elle était accompagnée de limitation plus stricte de sa délivrance.

- Prescriptions médicales de produits toxiques (notamment de substitution)

Doivent-elles être encadrées et contrôlées ? Est en jeu à ce niveau le choix des supports matériels de prescription des stupéfiants. Le classique « carnet à souches » apparaît trop rigide et va être supprimé. La majorité des intervenants en toxicomanie estime cependant qu'un contrôle resterait nécessaire et que l'on doit également prévoir l'articulation entre prescription médicale de produits et délivrance pharmaceutique. La solution d'ordonnances particulières, « sécurisées », dupliquées et numérotées apparaît intéressante à retenir.

- Conditions et qualité de l'exercice médical dans la prise en charge des toxicomanies

Comme nous l'avons cité, les milieux particuliers où évoluent nombre de toxicomanes (pauvreté, délinquance, prostitution, spirale de marginalisation...) ont légitimé le développement expérimental de différents dispositifs d'approche sociale. Leur utilisation directe pour des prescriptions médicales, y compris d'initialisation de traitements de substitution (ou de distribution plus ou moins contrôlée de stupéfiants ?), pose par contre problème.

L'urgence « sociale » ne peut justifier de favoriser des exercices médicaux n'offrant pas toutes les garanties que l'on est en droit d'en attendre.

Les conditions de l'exercice médical sont identiques pour tous les médecins ; des aménagements ponctuels ne peuvent être envisagés qu'après mûre réflexion, et avis du Conseil départemental de l'Ordre des médecins concerné (en application du code de déontologie).

Il est de plus en plus indispensable d'encourager des recherches scientifiques de qualité concernant les prises en charge médicales des sujets toxico-dépendants, en particulier vis-à-vis des nouveaux traitements de substitution. Des évaluations objectives seront également nécessaires, afin de pouvoir s'appuyer sur ces différents résultats pour guider les décisions utiles à prôner tant en matière de santé publique que de consensus de traitements individuels.

La prise en charge des toxicomanes est un domaine particulier mais, dans une certaine mesure exemplaire, d'application de la déontologie médicale. La participation de l'Ordre des médecins à cette problématique y est donc d'une particulière importance.

¹ Quel que soit le mode de substitution, les exigences sont en fait de même niveau en ce qui concerne l'écoute attentive du praticien, les contraintes acceptées et libératrices à terme pour le patient.