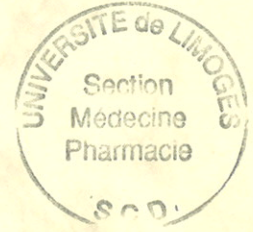


UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE



ANNÉE 2004



THÈSE N° 316/1

**RÉSEAUX DE SANTÉ ET TOXICOMANIE
RÔLE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE VILLE**

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2004

PAR

**Alain QUESNEL
né le 15 juin 1962 à Argenton sur Creuse**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur LACHATRE G. Président

Monsieur le Professeur MOESCH C. Juge

Monsieur le Docteur VILLEGER P. Juge

Madame le Docteur FERAL M.-L. Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTÉ

Monsieur le Professeur **HABRIOUX** Gérard

ASSESEURS

Madame le Professeur **CHULIA** Dominique

Monsieur **COMBY** Francis, Maître de conférences

PROFESSEURS

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE-BIOLOGIE MOLECULAIRE
BOSGIRAUD Claudine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-PARASITOLOGIE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE-CRYPTOLOGAMIE
BROSSARD Claude	PHARMACIE GALENIQUE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE-CHIMIE THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
CHULIA Albert	PHARMACOGNOSIE
DELAGE christiane	CHIMIE GENERALE-CHIMIE MINERALE
DREYFUSS Gilles	PARASITOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE
GHESTEM Axel	BOTANIQUE-CRYPTOLOGAMIE
HABRIOUX Gérard	BIOCHIMIE FONDAMENTALE
LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT
LOUDART Nicole	PHARMACODYNAMIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ALLAIS Daovy	PHARMACOGNOSIE
BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE
CARDI Patrice	PHYSIOLOGIE

CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE
COMBY Francis	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DELEBASSEE Sylvie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DREYFUSS Marie-Françoise	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
EA KIM Leng (CLM)	PHARMACODYNAMIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LAGORCE Jean-françois	CHIMIE ORGANIQUE
LARTIGUE Martine	PHARMACODYNAMIE
LIAGRE Bertrand	SCIENCES BIOLOGIQUES
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MOREAU Jeanne	IMMUNOLOGIE
PARTOUCHE Christian	PHYSIOLOGIE
ROUSSEAU Annick	BIOMATHEMATIQUE
SIMON Alain	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOMATHEMATIQUE ET INFORMATIQUE
VIANA Marylène	PHARMACIE GALENIQUE
VIGNOLES Philippe	INFORMATIQUE

ASSISTANT

PROFESSEUR CERTIFIE

MARBOUTY Jean-Michel ANGLAIS

ATER

BELLET Virginie

DUCHIRON Cécile

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE – CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Madame **ROCHE** Doriane

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LACHATRE
Professeur des Universités en Toxicologie
Chef du Service de Pharmacologie – Toxicologie du CHU de LIMOGES

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse.

Soyez assuré, Monsieur, de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur MOESCH

Professeur des Universités en Hygiène – Hydrologie – Environnement

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury.

Nous vous remercions pour votre aide et la gentillesse de votre accueil.

A Monsieur le Docteur VILLEGGER
Praticien hospitalier

Vous avez été notre directeur de thèse et vous avez suivi avec vigilance l'évolution de ce travail.

Pour l'entière disponibilité dont vous avez fait preuve et pour vos précieux conseils, nous vous exprimons tous nos remerciements.

A Madame le Docteur FERAL
Médecin-inspecteur de santé publique DRASS

Nous vous remercions d'avoir accepté d'examiner cette thèse et de siéger dans notre jury.

C'est avec gentillesse que vous nous avez apporté votre aide et que vous avez répondu à nos questions. Nous vous en sommes reconnaissant.

A ma mère

Au moment de mettre le point final à ce travail,
mes pensées s'envolent une fois de plus vers toi...

A mon père

A Thierry et Marylène

A tous mes amis

PLAN

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LES RÉSEAUX DE SANTÉ

I- LES RÉSEAUX DE SANTÉ : CONTEXTE ET DÉFINITION

- I.1- Historique
- I.2- Définition
- I.3- Cadre juridique
- I.4- Typologie des réseaux

II- UN RÉSEAU POUR QUOI FAIRE ?

- II.1- Objectifs généraux des réseaux de santé
- II.2- Intérêts des réseaux de santé

DEUXIEME PARTIE : TOXICOMANIE ET PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

I- LÉGISLATION ET TOXICOMANIE

- I.1- Historique
- I.2- Toxicomanie : évolutions récentes

II- LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

- II.1- Les risques liés à l'usage de drogues
- II.2- Toxicomanie et troubles mentaux
- II.3- Évolution des concepts
- II.4- Évolution de la prise en charge des toxicomanes

III- LES STRUCTURES ET LES OUTILS DISPONIBLES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES ET LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

III.1- Les structures

III.2- Le matériel d'injection

III.3- Les produits de substitution

**TROISIÈME PARTIE :
RÉSEAUX DE SANTÉ ET TOXICOMANIE**

I- INTÉRÊT DES PRATIQUES COLLABORATIVES DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA TOXICOMANIE

II- FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX TOXICOMANIE

III- LA PLACE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE VILLE AU SEIN DES RÉSEAUX TOXICOMANIE

CONCLUSION

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Le monde de la santé, comme les autres composantes de la société, est parfois sujet à des remises en causes de son organisation. L'émergence des réseaux de santé constitue une innovation importante apportée récemment au système de soins.

Face à des pathologies complexes, les acteurs du système de santé ont une tendance naturelle à travailler en concertation. C'est pourquoi les réseaux, originellement tournés vers les malades du sida, se sont diversifiés et prennent en charge aujourd'hui des pathologies ou des groupes de population très variés.

Ce mode de travail innovant est actuellement encouragé par les pouvoirs publics qui ont récemment donné un cadre légal précis à ce type de pratique qui permet d'optimiser aussi bien la qualité des soins que les dépenses de santé.

La loi de 1970 a donné à l'utilisateur de drogue le double statut de délinquant et de malade. Cependant, l'évolution du phénomène toxicomaniaque, la prise en compte réaffirmée du caractère médico-psycho-social de cette pathologie, l'évolution de certains concepts et, bien sûr, l'apparition du sida ont obligé les autorités à mettre en place une politique de réduction des risques et à développer le système et les structures spécialisées de prise en charge des usagers de drogues.

La mise sur le marché des traitements de substitution a ouvert une voie vers un nouveau mode de suivi des toxicomanes pour lesquels le sevrage n'est plus obligatoirement le seul objectif, même si celui-ci reste pour beaucoup de soignants le but ultime du traitement.

La toxicomanie a été parmi les premières pathologies à bénéficier de ce nouveau mode de travail que constituent les réseaux de santé. Ceux-ci ont mis en place un mode de fonctionnement qui leur est propre et qui permet aux divers intervenants de coordonner leurs actions afin de répondre de façon satisfaisante

aux besoins des personnes suivies.

Parmi ces intervenants, les médecins et les pharmaciens de ville semblent avoir un rôle à jouer. Les traitements de substitution, disponibles en médecine de ville, et la proximité avec la population peuvent leur permettre de devenir des acteurs importants de la prise en charge des toxicomanes par les réseaux de santé.

PREMIÈRE PARTIE :
GÉNÉRALITÉS SUR LES RÉSEAUX DE SANTÉ

PREMIÈRE PARTIE :

GÉNÉRALITÉS SUR LES RÉSEAUX DE SANTÉ

I – LES RÉSEAUX DE SANTÉ : CONTEXTE ET DÉFINITION

I.1 - Historique

I.1.1 – Les origines

La notion de soins en réseau peut apparaître comme un concept récent. Cependant, le premier exemple de réseau formalisé est apparu au début du siècle précédent. A cette époque, la tuberculose était responsable d'environ 150000 décès par an. Lors de la mobilisation générale de 1914, 65000 militaires ont été réformés pour cause de tuberculose. Les autorités de l'époque ont alors pris des mesures sur le plan national en ouvrant des dispensaires dans les grandes villes et en mettant en place un plan de prise en charge globale et en réseau dont le pivot était le dispensaire. Celui-ci avait pour mission d'assurer la surveillance épidémiologique et la prophylaxie. Ce premier travail en réseau a eu pour résultats d'isoler les sujets contagieux, de traiter les malades dans des sanatoriums et de créer des lits spécialisés dans les hôpitaux publiques pour les cas désespérés. Ce dispositif a fonctionné jusqu'en 1946 et il a pu s'interrompre grâce à l'apparition de la streptomycine (40).

Dans les années 1950-1960, la psychiatrie offre la possibilité aux patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de sortir « vivre » en ville grâce à une coordination entre médecins hospitaliers, confrères de ville et travailleurs sociaux. Ceci permettra d'envisager les bases de la politique de secteur des années 1970.

La réforme de la psychiatrie et l'instauration d'équipes psychiatriques de secteur, en 1972, tendaient au même objectif de coordination entre structures et professionnels de la santé (19). Des alternatives à l'hospitalisation ont été énoncées par la loi hospitalière de 1970, mais ne trouvent une forme d'existence qu'en 1974 grâce à certaines initiatives de la CNAMTS. A partir de ce moment, l'HAD (Hospitalisation à domicile) est possible, dans des conditions très strictes,

pour les personnes âgées, les malades au stade terminal et les personnes atteintes d'insuffisance rénale. Mais la prescription d'HAD reste dévolue à l'hôpital et ne donne pas de place au médecin traitant, son but étant surtout d'étendre la capacité hospitalière (43). Cependant, les premières expériences importantes et identifiées de réseaux de santé datent de la fin des années 70, avec, par exemple, la création de l'association de gérontologie dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris (4). L'objectif de cette association était l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées. A cette même époque, les soins infirmiers à domicile sont définis.

I.1.2 - Les années 80 et l'apparition du sida

Depuis les années 70, les professionnels de santé ne peuvent plus considérer qu'ils ont appris pendant leurs études tout ce dont ils auront besoin pour exercer leur profession. L'accélération considérable de la recherche et l'apparition de nouvelles technologies les obligent à une remise en question permanente et à un devoir de formation tout au long de leur exercice professionnel. Leur statut a également changé : du rang de notables, ils sont passés à celui de techniciens supérieurs de la santé chargés d'appliquer le mieux possible les derniers acquis d'une science en constante évolution (61).

Les années 80 ont vu se développer parallèlement un dispositif social de plus en plus complexe et des relations nouvelles entre santé et difficultés sociales. Dans ce contexte de spécialisation sociale, les professionnels de santé ne pouvaient plus se charger, comme auparavant, des problèmes sociaux de certains de leurs patients ou clients.

Afin d'apporter une solution à ces différents problèmes, les initiatives, dont beaucoup reposaient sur du « bricolage » local et le bénévolat des différents acteurs, ont été nombreuses et diverses (61) :

- Création d'une formation médicale continue pour la mise à jour régulière des connaissances.
- Association en groupes de jeunes médecins généralistes ou spécialistes.
- Création de *centres de santé polyvalents* ayant une activité de soins et de prévention où exerçaient des professionnels de santé divers :

médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, etc... (exemple : le centre Bobillot à Limoges, créé en 1978).

- Apparition de « réseaux sans mur » entre professionnels d'origines diverses permettant de dépasser le cadre de leur activité.
- Naissance, dans les banlieues défavorisées où le besoin de transversalité était très fort, de réseaux de prise en charge de patients précarisés ou d'usagers de drogues, puis de patients atteints de sida, de personnes dépendantes de l'alcool, d'enfants victimes de sévices, d'adolescents à problèmes, etc...

Parmi les nombreuses initiatives ayant abouti à la création d'un réseau au cours des années 80, nous pouvons citer, à titre d'exemple, l'expérience de Lubersac qui fut très médiatisée à l'époque : en 1985, un « contrat local de santé est lancé conjointement par une association de professionnels de santé et la MSA dans le but de retarder l'hospitalisation des personnes âgées en coordonnant leur prise en charge à domicile. Cette expérience bénéficiait d'un financement des actions de coordination. » (43).

A partir de 1985, un débat va s'organiser autour du concept de réseau de soins coordonnés. Aux États-Unis, les HMO (Health Maintenance Organisation) sont des systèmes permettant une couverture pour chacun des membres pour tout problème de santé, ils rencontrent un succès grandissant et, en France, des universitaires et des experts de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) réfléchissent à une possible mise en place de ce type d'organisation. Une proposition de réseaux de soins coordonnés, développée par Robert Launois, retient la formule d'un pré-paiement d'un forfait par la sécurité Sociale (et en partie par l'assuré) au réseau pour la prise en charge de la personne en cas de nécessité. Cette proposition restera lettre morte pour différentes raisons, notamment parce que le système de paiement ne paraissait pas adapté au système de sécurité sociale français (43).

Mais le facteur déterminant de la création des réseaux de santé, comme on les conçoit actuellement, a été l'apparition de l'infection par le VIH, maladie évolutive, chronique, touchant des sujets jeunes et actifs et qui a été

très médiatisée. Le premier cas de sida a été diagnostiqué en France en 1981. Cette maladie, à diffusion rapide, va faire apparaître aussi bien des questions nouvelles que les lacunes du système de soins et la nécessité de réhabiliter la prévention. La prise en charge des patients atteints de sida demandait la mobilisation de plusieurs catégories de praticiens. Ni la médecine de ville, ni l'hôpital n'était en mesure de l'assumer seule. Dans le but de permettre aux professionnels de santé et aux patients d'avoir accès à toutes les formes de soins possibles et de favoriser le maintien ou le retour à domicile, les premiers réseaux spontanés sont nés vers les années 85-87. Ils étaient composés de professionnels médicaux, paramédicaux et de travailleurs sociaux. Ces réseaux informels ne bénéficiaient d'aucun financement et reposaient, ici encore, sur le bénévolat (40).

Ces initiatives seront officialisées et encouragées par la « circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. »

Le 7 mars 1994, une autre circulaire crée d'autres réseaux ville-hôpital, cette fois pour la prise en charge des toxicomanes. L'officialisation de réseaux s'adressant à des populations ou des pathologies spécifiques viendra ensuite de façon régulière.

I.2 – Définition

I.2.1– Un concept sans définition légale pendant très longtemps

Comme nous l'avons vu précédemment, les réseaux ont fonctionné pendant de nombreuses années de façon informelle et sans réel cadre juridique. On peut noter également qu'il leur manquait une définition légale, une réponse à la simple question : qu'est-ce qu'un réseau ?

Pour combler ce manque, la Coordination Nationale des Réseaux (C.N.R.), fondée en 1997, a proposée cette définition qui a, jusqu'à récemment, fait office de référence dans la plupart des écrits sur les réseaux :

« Le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de

structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. » (19).

Cette définition pouvait également être complétée par celles élaborées par d'autres organismes ou associations. Pour exemple, nous citerons la définition d'un réseau proposée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (U.R.M.L.) de Bretagne lors du 3^{ème} Congrès national des réseaux ville-hôpital, des réseaux de santé et des réseaux de proximité en 2001 :

« Un réseau est une forme d'organisation au sein de laquelle des professionnels, issus de disciplines et de structures différentes, après avoir défini en commun un certain nombre d'objectifs, ont construit, par la négociation, des règles de pratiques et d'ajustements mutuels dont l'observance leur paraît être la meilleure garantie à priori des résultats attendus de la prise en charge d'une population donnée sur un territoire donné. » (75).

I.2.2- Enfin une définition légale

Depuis la parution de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé possèdent enfin une définition officielle inscrite au Code de la Santé Publique :

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

I.2.3– Différences et complémentarités entre les notions de filières et de réseaux

A propos de l'organisation et de la coordination des soins autour des usagers, apparaît également la notion de filière qui est utilisée de façon plus ou moins associée à celle de réseau. Il convient de différencier ces deux termes qui renferment des concepts à la fois différents et complémentaires.

La filière peut être définie de deux façons. Tout d'abord, elle peut représenter l'organisation du parcours d'un patient dans un système de soins organisé, que celui-ci soit ou non un réseau. Un patient passera ainsi du cabinet de son médecin traitant à la consultation hospitalière, bénéficiera des soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière, sera suivi par une assistante sociale, etc... (50). Il s'agit d'une description de trajectoire qui peut être définie *a posteriori* ou *a priori*. La filière définie *a posteriori* résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie *a priori* peut résulter soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments permettant de caractériser la filière seront les lieux de passage, la quantité d'aide ou de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à ces niveaux et les coûts associés (4).

Cependant, la filière est surtout perçue comme une organisation verticale de la prise en charge des patients sous la direction d'un médecin de première intention, librement choisi par le malade (15). Elle est soumise à une hiérarchisation entre les différents niveaux. Ceci correspond à ce que les Américains décrivent sous le nom de *disease management* : « concept utilisé en planification hospitalière pour définir un ensemble de niveaux de soins gradués nécessaires pour répondre à un besoin de santé donné » (D.Polton) (43). La filière apparaît donc comme une succession d'évènements hiérarchisés.

Le réseau est, au contraire, une organisation transversale aux institutions et aux dispositifs existants et englobe la notion d'action collective apportée par des professionnels (15). C'est un entité spécifique où les acteurs ont des objectifs communs et agissent de façon coordonnée. Dans un réseau, le patient circule de manière organisée suivant des procédures et des protocoles,

contrairement à ce qui se passe dans une filière. Il s'agit d'un modèle d'organisation non hiérarchique et non centralisé (43). Le passage d'un point à un autre du système peut se faire plus facilement et suivant différentes voies, ce qui n'est pas le cas dans une filière (figures 1 et 2). En outre, la configuration en réseau offre à l'utilisateur de multiples portes d'entrées et il aura accès de la même façon aux différents points quel que soit ce site de départ.

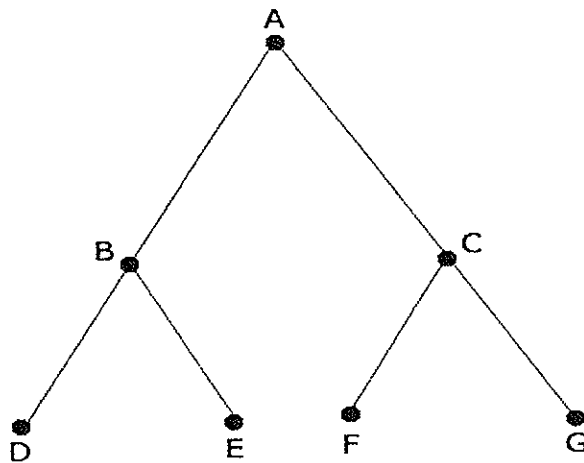


Figure 1 : représentation schématique de la filière

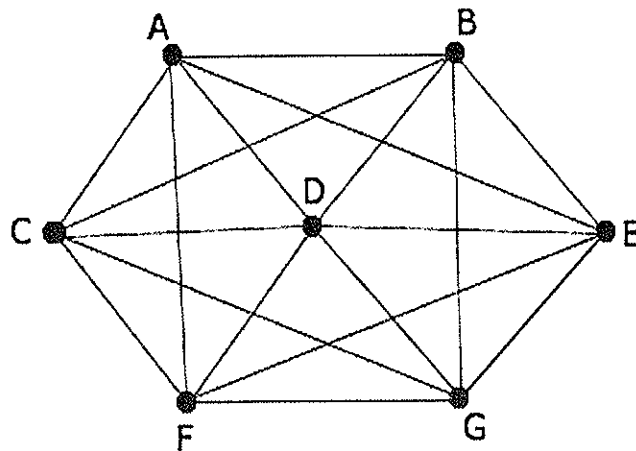


Figure 2 : représentation schématique du réseau

I.3– Cadre juridique

I.3.1– La reconnaissance des réseaux à travers les textes officiels avant la loi du 4 mars 2002

Les textes officiels qui ont accompagné et orienté le développement des réseaux de santé en France sont très nombreux. Les textes que nous citons ici ont joués un rôle majeur dans le développement, la reconnaissance et la structuration des réseaux (4, 3, 62).

I.3.1.1– Le cadre légal

- ◆ Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins codifié à l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale.
- ◆ Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée codifié à l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique.

Ces deux textes, plus communément appelés « ordonnances Juppé », ont donné un cadre juridique aux réseaux de soins en créant deux catégories :

- Les réseaux et filières de soins expérimentaux, dits « réseaux Soubie », agréés par le ministre, permettant des dérogations tarifaires, et plus particulièrement orientés vers la médecine de ville.

- Les réseaux hospitaliers, agréés par le directeur de l'ARH. Le texte incite à la création de réseaux : « *En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population (...) les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins (...) ou à certaines pathologies* ». Il indique les buts à atteindre : « *Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité* ». Et il précise la nature des différents acteurs : « *Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale* ».

I.3.1.2– Le cadre réglementaire

- ◆ Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 relatif au code de déontologie médicale.
- ◆ Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code.
- ◆ Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- ◆ Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.
- ◆ Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

« Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (...) participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. »

« Les aides financières du fonds sont attribuées à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un regroupement de ces professionnels. »

Ce texte, qui découlait de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, a rapidement constitué un vecteur de développement pour les réseaux. Pour l'année 2000, 70% des projets retenus dans le cadre du FAQSV avaient pour objectif la coordination des interventions de professionnels. Il a contribué à améliorer la visibilité sur le fonctionnement des réseaux (3).

I.3.1.3– Les circulaires

- ◆ CNAVTS 1990 n° 17/90 du 24 janvier 1990, sur la politique générale d'action sociale créant des aides innovantes aux grands dépendants.
- ◆ DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- ◆ CNAVTS n° 36/93 du 6 avril 1993 consacrée à une politique de promotion des réseaux gérontologiques et de leur coordination.
- ◆ DH/EO n° 21 du 3 juin 1993 relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitalière en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire.

Elle invite à constituer « *des réseaux gradués et coordonnés des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés dans une même zone sanitaire afin de se doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires.* »

- ◆ DGS/DH n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.
- ◆ DGS/SP2 n° 74 bis du 2 décembre 1993 relative à la mise en place de réseaux de santé.
- ◆ DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993.
- ◆ DGS/SP2 n° 88 du 1er décembre 1994 relative aux actions de santé en faveur de personnes en difficulté.
- ◆ DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- ◆ DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.
- ◆ DGS n° 96-707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.
- ◆ DH/EO n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

- ◆ DGS/SP3 n° 97-366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes.
- ◆ DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.
- ◆ DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- ◆ DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire.
- ◆ DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulinodépendant.
- ◆ DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.
- ◆ DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

Cette circulaire a été un texte majeur concernant les réseaux. Elle a eu pour avantage de clarifier la notion et les axes des réseaux de soins et de santé, de proposer un cahier des charges cohérent et de légitimer l'existant. Par contre, elle avait comme inconvénient de ne proposer ni réforme de fond, ni financement (62).

- ◆ DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 : orientations relatives aux actions de santé mentale conduites dans le cadre des PRAPS : constat des actions menées et définitions de trois axes prioritaires des actions futures.

I.3.2– Depuis la loi du 4 mars 2002

En 2002, les pouvoirs publics ont réformés en profondeur le cadre réglementaire des réseaux. Cette réforme a, en fait, débuté fin 2001 avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Nous allons voir quels sont les textes qui régissent les réseaux à l'heure actuelle, et nous pourrons constater une grande simplification par rapport au cadre réglementaire antérieur.

I.3.2.1– Deux lois

- ◆ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 sur le financement de la sécurité sociale pour 2002

Cette loi introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale qui instaurent une Dotation Nationale de Développement des Réseaux (D.N.D.R.) et qui décrivent les modalités de prise en charge des dépenses des réseaux. La D.N.D.R. constitue la 5^{ème} enveloppe de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.). Elle est alimentée par un prélèvement sur 4 enveloppes existants antérieurement et qui gèrent les dépenses hospitalières publiques et privées, les soins en ambulatoire et les dépenses médico-sociale. Cette 5^{ème} enveloppe est ensuite déclinée au niveau régional et elle est répartie annuellement par arrêté ministériel (79).

- ◆ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Les réseaux relèvent d'une définition unique et de critères de recevabilité identiques quel que soit le promoteur du réseau (ville ou hôpital).

I.3.2.2– Deux décrets

- ◆ Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Ce décret fixe les conditions d'attribution de la dotation nationale et précise le cahier des charges auquel doit répondre le réseau, les modalités de prise en charge ou de retrait de la décision de financement et les conditions de suivi et d'évaluation de chaque réseau.

- ◆ Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la

santé publique.

Ce décret fixe des critères de qualité ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation aux réseaux de santé souhaitant bénéficier de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux ou de subventions des collectivités territoriales ou de l'État. Il prévoit que les réseaux de santé devront répondre à un besoin de santé dans une aire géographique définie et en tenant compte de l'environnement sanitaire et social. La formalisation du réseau passe par la rédaction d'une convention constitutive, d'une charte du réseau et d'un plan de financement.

I.3.2.3- Deux circulaires

- ◆ Circulaire DHOS/CNAMTS 610/2002 du 19 décembre 2002

Cette circulaire accompagne la mise en oeuvre opérationnelle des nouvelles dispositions concernant les réseaux et elle précise certains points :

- Prise en charge globale, sanitaire et médico-sociale centrée sur le patient.
- Associe la ville et l'hôpital et favorise le décloisonnement.
- Garantit les droits du patient.
- Précise la coordination, le système d'information, l'évaluation, le financement et les conditions d'instruction des réseaux.

- ◆ Circulaire CNAMTS 175/2002 du 30 décembre 2002

Cette circulaire de l'assurance maladie soutient le développement des réseaux et indique les critères de qualité qu'elle souhaite voir développer :

- Plus-value médicale, économique et organisationnelle.
- Modalité de suivi et de l'évaluation prévue dès le départ.
- Projet avec caractère viable avéré.
- Association avec les professionnels libéraux.
- Respect de l'équilibre budgétaire entre secteur hospitalier et ambulatoire.

I.4– Typologie des réseaux

La typologie des réseaux peut se faire de façon différente selon les critères de classement pris en compte.

Ainsi, si l'on prend en compte la nature même des personnes qui les composent, il est possible de distinguer trois types de réseau (2) :

- Les **réseaux primaires** qui sont composés de la personne aidée et de ses proches (famille, amis, voisins, collègues de travail, etc...).
- Les **réseaux secondaires** composés des professionnels qui sont appelés à intervenir autour de la personne concernée. Ces réseaux sont en général multiprofessionnels et pluridisciplinaires.
- Les **réseaux mixtes** qui réunissent les patients eux-mêmes et les professionnels qui sont chargés de gérer leur situation.

L'origine du travail en réseau a tout d'abord impliqué les réseaux primaires. Les professionnels impliqués jouaient le rôle de catalyseur dans le but de mobiliser ces réseaux primaires. Puis, petit à petit, les réseaux secondaires et mixtes ont pris le dessus et les réseaux primaires sont passés au second plan (2).

Il existe un autre classement, beaucoup plus souvent rencontré, et qui repose sur des critères plus réglementaires. Il s'appuie sur les cadres juridiques de référence (19) :

- Les **Réseaux d'établissements** : constitués entre établissements de santé, ils sont bien formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Ils n'ont pas pour objet la coordination entre la ville et l'hôpital.
- Les **Réseaux ville-hôpital monothématiques** : constitués entre

professionnels de la ville et de l'hôpital, ces " réseaux pionniers " ont d'abord eu pour objet la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des toxicomanes. Ils peuvent concerner d'autres pathologies (cancer, hépatite C, d'autres maladies chroniques et complexes) et adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901.

- Les **Réseaux de santé de proximité** : centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville, ces réseaux ont développé, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des personnes, une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation. Ils sont généralement constitués sous la forme associative.
- Les **Réseaux de soins** : ce sont les réseaux expérimentaux, de type « Soubie », visés par le code de la sécurité sociale. Centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques, ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel. Peu de réseaux ont pu bénéficier de cet agrément.

Il faut noter que la loi de 2002 va modifier en profondeur le cadre et, certainement, la typologie des réseaux. Ces modifications ne pourront être réellement appréciées qu'à l'issue des périodes d'agrément et de financement des réseaux existants. Ainsi, par exemple, les réseaux de type « Soubie », dont le montage était trop lourd, sont actuellement abandonnés (61), mais l'agrément et le financement des réseaux existants de ce type sont prolongés jusqu'au 31 décembre 2004 (77).

II – UN RÉSEAU POUR QUOI FAIRE ?

II.1– Objectifs généraux des réseaux de santé

Les réseaux de santé, quelle que soit leur thématique, peuvent avoir un ou, le plus souvent, plusieurs des objectifs suivants :

- Faciliter et optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée.

Comme nous l'avons vu plus haut, le réseau offre à la population ciblée des portes d'entrées différentes qui permettent ainsi de faciliter l'accès au système de soins. Celui-ci peut se faire aussi bien au niveau du milieu hospitalier que du milieu médical et paramédical de ville, de travailleurs sociaux ou de structures ou associations spécialisées. L'utilisateur n'a plus besoin de trouver par lui-même un point d'accès unique aux soins qui lui sont nécessaires.

- Informer et orienter les usagers, tout en respectant leurs préférences, dans le but d'améliorer leur trajectoire.

Ceci découle du point précédent. Quand l'utilisateur a intégré le réseau, celui-ci lui apporte d'une part des renseignements précis et complets par rapport aux divers problèmes qu'il peut se poser et d'autre part des possibilités d'orientation adaptées et pertinentes en fonction des événements qui peuvent survenir tout au long de son parcours.

- Prendre en compte la personne dans sa globalité médico-psycho-sociale et assurer son suivi de façon pluridisciplinaire.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé comme étant un « état de bien être complet sur le plan physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. ». D'après cette définition, il apparaît que maintenir ou restaurer la santé d'une personne va demander l'implication de professionnels de santé divers, chargés de s'occuper aussi bien des problèmes somatiques que psychiques et de professionnels chargés de résoudre les problèmes sociaux de cette personne.

Le maintien ou le retour à domicile d'une personne âgée, la prise en charge d'un patient séropositif toxicomane, l'accompagnement d'un malade en fin de vie sont des situations médicales, psychologiques et sociales complexes. Elles sont caractérisées par une multiplicité de contraintes et exigent l'intervention de professionnels aux compétences diverses. Le système de santé ne facilite pas la prise en compte de cette nécessité à cause des différents cloisonnements qui le caractérisent (4) :

- ◆ difficultés d'articulation entre disciplines médicales de plus en plus spécialisées et aux champs d'interventions de plus en plus étroits
- ◆ difficultés de complémentarité entre hôpital et médecine ambulatoire, généralistes et spécialistes, secteur public et secteur privé, professionnels de santé et administratifs
- ◆ difficultés de partenariat entre champs social et champs médical
- ◆ difficultés administrative à isoler une charge de prévention primaire.

Le réseau aura alors pour but de mailler le système de santé. Il place le patient au coeur même de ce système. Les usagers sont de plus en plus en demande d'une grande qualité dans les soins et le réseau est un outil qui permet de les placer au centre du dispositif, qui va s'adapter à leurs demandes, à leurs attentes et à leurs besoins particuliers, et qui va leur donner un rôle actif dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

- Être un lieu d'évaluation afin de tester et déterminer les différentes stratégies à mettre en place, par exemple au niveau de la délivrance des soins.

Lors de la mise en place des « filières et réseaux » en 1996, la notion d'évaluation a été mise en avant et était indispensable pour obtenir un agrément et un financement, mais ceci ne concernait que les réseaux dits « expérimentaux » (11). la nouvelle loi du 4 mars 2002 prévoit également des financements pour les réseaux qui « satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret (...) »

- Être un lieu d'observation des changements survenant au sein de la population cible dans le but d'améliorer la réactivité, la compréhension et la résolution des problèmes qui peuvent survenir au cours du suivi de cette population.
- Accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires de réseau. Pour ceci, le réseau aura recours à différents moyens

comme la mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information, l'élaboration d'un référentiel utilisable par tous les membres du réseau et le développement de la coopération entre les différents acteurs. Le réseau peut devenir ainsi un outil d'apprentissage par le partage de l'expérience et du regard porté par chacun sur les pratiques.

- Coordonner les différents acteurs pour améliorer la réponse proposée à un patient donné, éventuellement avec un dossier commun.
- Avoir des actions de prévention et d'éducation pour la santé dans une perspective de santé publique.

II.2- Intérêts des réseaux de santé

II.2.1- Pour les professionnels

II.2.1.1- À l'hôpital

Pour le praticien hospitalier, le réseau aura comme avantage de permettre un retour à domicile plus rapide des personnes hospitalisées dans son service et ceci dans les meilleures conditions possibles. Il permettra à ce praticien de continuer à suivre ses patients « à distance » puisqu'il sera en relation, grâce au réseau, avec des professionnels de santé compétents et proches du domicile de ses patients. Il pourra également orienter plus facilement ses patients vers certains services de ville comme, par exemple, les services d'aide à domicile.

II.2.1.2- En ville

Pour les professionnels de ville en général, le réseau peut être une ressource possible pour lutter contre l'usure et la fatigue face à certaines pathologies lourdes, il permet d'augmenter l'étendue de leurs possibilités et d'assurer une formation continue adaptée à l'ensemble des professions de ville impliquées dans le réseau.

Le médecin généraliste peut trouver plus facilement des médecins spécialistes prêts à répondre aux problèmes de diagnostic et de traitement qu'il rencontre dans sa pratique quotidienne. Il aura plus de facilités pour trouver des lits pour hospitaliser ses patients dans des conditions optimales. Il trouvera plus facilement des personnes compétentes en matière de maintien à domicile ou de prise en charge sociale de ses patients, même si ceux-ci sont isolés.

Pour les professionnels de la santé non médecins (en particulier les pharmaciens et les infirmiers de ville), le réseau peut aider à rompre l'isolement en ayant accès au partenariat et à l'information et à résoudre ou surmonter certaines difficultés pratiques ou techniques (par exemple pour le choix et l'utilisation de certains matériels spécifiques pour des pathologies précises).

Pour le travailleur social, le réseau favorise le partenariat avec les autres professionnels et le partage d'expérience. Il lui donne également accès à une information sur les évolutions médicales qui lui permet de réajuster l'information donnée au public.

II.2.2- Pour les personnes suivies par le réseau

L'un des intérêts fondamentaux du réseau pour l'utilisateur est de lui permettre, à partir d'une porte d'entrée variable, de bénéficier de la même logique de soins et d'une orientation facilitée et adaptée en fonction de la pathologie prioritaire présentée.

Le réseau peut procurer aux personnes suivies des réponses concrètes et précises en ce qui concerne l'aide qui peut leur être utile au cours de leur traitement en ambulatoire ou de leur maintien à domicile. Il en découlera notamment un accès facilité à divers prestations et services :

- ✓ Infirmières, kinésithérapeutes, aides soignantes
- ✓ Gardes malades, aides ménagères, bénévoles
- ✓ Médecins généralistes et spécialistes, psychologues, dentistes
- ✓ Assistantes sociales, avocats, associations spécialisées

- ✓ Laboratoires d'analyses, centres de radiologie
- ✓ Consultation hospitalières et services d'hospitalisation
- ✓ Prestations diverses comme repas à domicile, blanchissage, matériel à usage unique, location de matériel...



**DEUXIÈME PARTIE :
TOXICOMANIE ET PRISE EN CHARGE DES
TOXICOMANES**

DEUXIÈME PARTIE :

TOXICOMANIE ET PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

I – LÉGISLATION ET TOXICOMANIE

I.1– Historique

I.1.1– La loi de 1970

I.1.1.1– Genèse

La France possède depuis 1845 une législation sur les substances vénéneuses ou poisons. Celle-ci est composée de textes qui ont été incorporés au code de la santé publique en 1953 et 1956 et qui permettent la classification de certains produits en substances vénéneuses s'il a été déterminé que ceux-ci étaient susceptibles de présenter un danger pour la santé. Le terme de stupéfiants apparaît pour la première fois en droit interne dans la loi du 12 juillet 1916 qui s'appliquait à l'opium et à ses alcaloïdes (sauf la codéïne), ainsi qu'à la cocaïne et au haschich. Au sens littéral du terme, les stupéfiants sont des substances narcotiques « qui provoquent la torpeur ou le sommeil ».

Les produits étaient répartis en trois tableaux :

- Tableau A : produits toxiques
- Tableau B : produits stupéfiants
- Tableau C : produits dangereux

A l'heure actuelle, et depuis le décret du 29 décembre 1988, la dénomination de tableaux a été remplacée par des listes

- Liste 1 = tableau A
- Liste 2 = tableau C
- Liste des produits stupéfiants = tableau B

En 1916, le tableau B contenait 7 substances (14); en décembre 2003, les substances classées comme stupéfiants étaient au nombre de 181 (1).

Le code de la santé publique prévoyait des peines d'emprisonnement de 3 à 5 ans pour les contrevenants quel que soit le type de l'infraction. En ce qui

concerne l'usage, il faut noter que seul l'usage en société était sanctionnable.

A partir des années 1968-1969, apparaît une certaine prise de conscience à deux niveaux. La France découvre, d'une part, qu'elle a servi de plaque tournante dans de grandes opérations de trafic de drogue et, d'autre part, qu'une frange de sa jeunesse consomme des drogues. Le ministère de la justice prépara alors un projet de loi aggravant les peines visant la production et le trafic, et il apparut opportun de le compléter par de nouvelles dispositions concernant les usagers de substances illicites. Le député Mazeaud, rapporteur du projet de la nouvelle loi, résumait la législation d'alors en ces termes : « Inadaptée dans ses aspects répressifs parce qu'elle est trop timide à l'égard de ceux qui fabriquent la drogue ou en font le trafic et parce qu'elle ne fait pas aux mesures curatives de désintoxication la place qu'elles devraient avoir. » (29).

I.1.1.2- Principes généraux

A la suite de ces constatations, les députés et sénateurs vont voter une nouvelle loi : la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 intitulée « Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. »

Celle-ci n'aborde le problème de la toxicomanie qu'à travers les substances illicites et possède un double objectif :

- Réprimer sévèrement le trafic
- Pénaliser l'usage de drogue tout en offrant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage.

■ La répression du trafic

Le but de la loi est de s'attaquer au trafic sous toutes ses formes en prévoyant des peines extrêmement élevées pour les contrevenants. Les procédures sont également exceptionnelles :

- Délai de garde à vue doublé
- Visites, perquisition et saisies possibles de jour comme de nuit dans tous les locaux (y compris les lieux d'habitation) où sont susceptibles d'être fabriqués transformés ou entreposés des produits stupéfiants.

La loi réprime également la facilitation de l'usage (quel que soit le moyen employé), la propagande en faveur de l'usage ou du trafic et la délivrance de substances stupéfiantes au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance (ceci visant aussi bien ceux qui se font délivrer ces substances que ceux qui les prescrivent ou les délivrent).

Globalement, et comme le souligne le rapport Pelletier (1978) : « Du fait des dispositions introduites par la loi de 1970 la répression du trafic, qui a rencontré un accord unanime en ce qui concerne l'augmentation des peines, même si les innovations de procédure ont été admises avec plus de réticences, peut s'appuyer sur un arsenal juridique relativement complet et d'une incontestable sévérité. » (57)

Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (Offre et cession, blanchiment...).

■ La pénalisation de l'usage avec alternative thérapeutique

Les grandes innovations de la loi de 1970 résident dans les dispositions relatives à l'usage de drogues. Ainsi, elle indique que « *toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.* » L'usager devient donc un patient avec obligation de soins.

Doit-on, par des sanctions ou des mesures réglementaires, empêcher l'individu de se livrer à des actes qui, selon l'opinion commune, ne mettent en cause que lui-même ? La réponse à cette question était contenue dans l'exposé des motifs du projet de loi : « *A une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu, en particulier par la généralisation de la sécurité sociale et de l'aide sociale, il est normal qu'en contrepartie la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité.* » (57)

L'usage de drogues va donc entraîner des mesures répressives. Les peines prévues étaient de 2 mois à un an d'emprisonnement et/ou 500 F à 5000F d'amende (à l'heure actuelle, la peine prévue pour usage de stupéfiants est d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende).

Cependant la loi accompagne ces mesures purement répressives de possibilités de traitement qui permettent à l'utilisateur d'échapper aux poursuites pénales. Celle-ci peuvent être abordées selon trois voies différentes :

→ Une voie purement médicale avec deux situations possibles

- L'utilisateur est signalé par les services médicaux et sociaux à l'autorité sanitaire :

En pratique, l'autorité sanitaire est représentée par la DDASS et cette déclaration n'est pas obligatoire.

Dans ce cas, il sera demandé à l'utilisateur de suivre une cure de désintoxication (et d'en apporter la preuve) ou de se placer sous surveillance médicale si la cure n'est pas nécessaire. La loi se voulant incitative, il n'est pas prévue de sanction si l'utilisateur n'obéit pas à cette demande. Dans le cas contraire, il sera assuré de ne pas être poursuivi pénalement pour des faits d'usage antérieurs au traitement.

- L'utilisateur se présente de lui-même à l'autorité sanitaire :

Il pourra bénéficier de soins entièrement gratuits et de l'anonymat. Il ne pourra pas être incriminé pour les faits d'usage pour lesquels il a recours au traitement.

Cette voie purement médicale laisse une place importante au consentement aux soins.

→ Une voie médicale en fonction d'une décision judiciaire

Il s'agit de l'un des points les plus importants de cette loi : l'injonction thérapeutique

Devant un cas d'usage illicite de stupéfiants, le procureur de la république a le choix entre continuer les poursuites ou prononcer l'injonction thérapeutique. C'est-à-dire qu'il « *peut enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale.* » Dans ce cas l'utilisateur n'est plus poursuivi, et le parquet est obligatoirement tenu informé (par l'utilisateur ou les autorités sanitaires) des suites données à son injonction et notamment de toute interruption dans le traitement ou la surveillance médicale. Si l'utilisateur n'obéit pas à l'injonction thérapeutique, aucune sanction particulière n'est prévue,

mais le parquet recouvre sa liberté de poursuite. Il faut noter que l'injonction du Procureur n'est pas susceptible d'exécution par la contrainte, et aucun délai n'est fixé par la loi pour que le toxicomane se présente à l'autorité sanitaire (14).

Lors d'une interpellation pour usage illicite de stupéfiants, si l'usager fournit un certificat médical prouvant qu'il s'est soumis à une surveillance ou à un traitement médical, le procureur de la république ne peut pas exercer l'action publique

Un alinéa important de cette loi précise que les dispositions exposées ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. C'est à dire qu'en cas de réitération de l'infraction, la production d'un certificat médical n'arrête plus les poursuites. Le procureur peut alors décider de procéder à une nouvelle injonction thérapeutique ou de poursuivre pénalement.

→ Une voie judiciaire avec collaboration médicale

Cette voie concerne le cas où l'usager fait l'objet de poursuites pénales, c'est à dire que celui-ci est inculpé du délit prévu par l'article L.628 de la loi du 31 décembre 1970. Il est donc renvoyé devant le juge d'instruction ou le tribunal correctionnel. Le juge d'instruction peut alors astreindre (et non plus enjoindre) l'usager à suivre une cure de désintoxication en tenant compte, par exemple, d'un examen médical ayant eu lieu pendant la garde à vue. La cure doit être subie, soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale, mais sous le contrôle de l'autorité judiciaire, tenue informée de son déroulement et de ses résultats. Cette mesure s'applique aux toxicomanes présumés les plus endurcis, ceux qui ont refusé ou abandonné une cure, ou qui ont bénéficié de plusieurs renvois devant l'autorité sanitaire. Là encore, l'usager peut se soustraire à ses obligations. Dans ce cas, il est puni des peines applicables à l'usager simple (14).

La juridiction de jugement peut, elle aussi, astreindre les personnes inculpées d'usage illicite de stupéfiants à suivre une cure de désintoxication. Cette mesure peut être déclarée immédiatement exécutoire à titre de mesure de protection. La juridiction de jugement a la possibilité d'ordonner la cure à titre principal en décidant qu'il n'y a pas lieu de prononcer les peines prévues par l'article L.628. Elle peut également ordonner cette cure en complément

d'une peine d'amende ou d'emprisonnement avec sursis. En cas de sursis avec mise à l'épreuve, la bonne exécution de la cure est une obligation fréquemment imposée par les juges (14). Comme précédemment, le consentement de l'utilisateur est nécessaire pour l'exécution de la cure.

I.1.1.3– Les obligations de soins dans la législation française

La surveillance médicale forcée existe dans la législation française depuis la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés qui instituait le placement psychiatrique. Plus tard, la loi du 15 avril 1954 instaurait la surveillance sanitaire des alcooliques dangereux pour autrui. Dans ces deux cas, le soin peut être imposé contre la volonté du sujet ou en dehors de la manifestation de sa volonté (71).

La loi du 24 décembre 1953, qui n'a jamais été mise en vigueur faute de règlement d'administration publique pour son application, est néanmoins intéressante car elle introduit, pour la première fois, une obligation de soins pour les usagers de stupéfiants : *« les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants et inculpées d'un des délits prévus aux articles 116 et 117 peuvent être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé, dans les conditions qui seront fixées par règlement d'administration publique (...) »*. La loi de 1970 mettra en place concrètement l'obligation de soins. Il est à noter que l'expression « injonction thérapeutique » ne figure pas dans celle-ci et sera utilisée pour la première fois en 1984 dans une circulaire du garde des sceaux (71).

I.1.2 – Analyse de la loi de 1970 et de ses conséquences sanitaires et sociales à travers trois rapports de 1978 à 1995

Les trois rapports sur lesquels nous avons travaillé dans ce chapitre ont été demandés par le gouvernement à trois époques différentes. Ils constituent un état des lieux du phénomène de la toxicomanie au sens général du terme et des problèmes dûs au trafic de drogue.

Ces rapports sont les suivants :

- Rapport Pelletier (57) : il a été demandé par le Président de la République Valéry Giscard d'Estaing à Monique Pelletier en 1978.

- Rapport Trautmann (73) : demandé par M. Michel Rocard , Premier Ministre, en 1989.
- Rapport Henrion (33) : demandé par Mme Simone Veil, Ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville en 1994.

I.1.2.1- L'injonction thérapeutique

Ce point fondamental de la loi de 1970 fait l'objet de diverses remarques et commentaires de la part des auteurs des trois rapports.

Le rapport Pelletier souligne le fait que la décision ou non de prononcer l'injonction thérapeutique revient aux magistrats : c'est le procureur qui reconnaît à l'intéressé la qualité de « malade » relevant de la voie médicale. Ce système suscite, de ce fait, des réactions diverses de la part du corps médical. Certains médecins avancent le fait que les magistrats n'ont pas la compétence requise pour décider ou non du recours médical. D'autres constatent qu'il s'agit d'une décision imposée et que le toxicomane n'y adhère pas forcément, ce qui ne crée pas les conditions idéales pour un traitement de ce genre où la démarche volontaire du patient est primordiale pour obtenir un résultat positif. D'autres encore mettent en avant le secret médical qui les empêche de rendre compte de la poursuite du traitement (comme cela est stipulé dans la loi), ou que cette obligation de renseignements à fournir est susceptible de nuire à la relation de confiance entre le médecin et son patient. Pour les auteurs du rapport, les médecins souhaitent ne pas se faire, de près ou de loin, les auxiliaires d'un appareil judiciaire qu'ils jugent inadaptés au traitement de la toxicomanie.

Les magistrats, de leur côté, vont adopter différentes attitudes face à ce refus de collaboration de la part du corps médical. Certains continuent la pratique de l'injonction thérapeutique sans attendre de renseignements du médecin, alors que d'autres renonceront à cette pratique; ceci expliquant certainement les disparités de traitement des personnes interpellées qui ont été constatées d'une région à l'autre.

Le rapport Pelletier indique que, en 1978, il apparaît une certaine désaffection pour l'injonction thérapeutique qui ne concerne plus que le quart des personnes déférées contre le tiers à l'origine.

En outre, ce système serait susceptible de créer une confusion dans

les rôles respectifs des magistrats et des médecins, ce qui entraînerait une conduite d'évitement de toute démarche évolutive de la part des usagers.

Les critiques émises à l'encontre de l'injonction thérapeutique tiennent également au fait que ce système repose sur la seule cure de sevrage qui suffirait à entraîner l'abandon de la toxicomanie sans prendre en compte le fait qu'une véritable désintoxication est un processus thérapeutique long et souvent accompagné de rechutes. Or, la loi ne prend en compte ni le processus lent du traitement, ni le caractère récidivant du problème de la toxicomanie.

Sur ce même sujet, le rapport Trautmann relève, comme son prédécesseur, que l'injonction thérapeutique est appliquée de façons très différentes et plus ou moins efficaces selon les possibilités locales, la bonne articulation entre la justice et les DDASS ou les idées personnelles des responsables de la mise en oeuvre de la loi. Il indique que, jusqu'en 1987, l'injonction thérapeutique n'avait été mise en place de façon sérieuse que dans quelques départements d'Ile-de-France.

On trouve également dans ce rapport la mention du fait que certains médecins, certainement en désaccord avec les modalités d'organisation de l'injonction thérapeutique, attestent du fait qu'ils ont effectivement reçu le toxicomane sans que cela ne soit suivi par un réel traitement.

Néanmoins, le rapport souligne que l'injonction thérapeutique représente un moyen non négligeable de prise de contact du toxicomane avec le système de soins et que, même si ce contact n'est pas décisif, il constituera un point de repère pour l'utilisateur.

Le rapport Henrion remarque, comme le rapport Pelletier, que l'injonction thérapeutique, c'est-à-dire la distinction entre les personnes dépendantes et celles qui ne le sont pas, est le fait des magistrats et non des médecins, ceux-ci ne jouant aucun rôle dans la décision initiale. De plus, ils ne voient pas les personnes pour lesquelles le procureur a écarté la solution de l'injonction.

Ce rapport souligne, à son tour, d'une part que les médecins et les autres intervenants en toxicomanie sont très réticents vis-à-vis de l'injonction thérapeutique qui ne tient pas compte du fait que le consentement du

toxicomane est une des clefs du succès du traitement, et d'autre part que les magistrats, soit n'utilisent pas cette procédure pour des raisons idéologiques ou à cause d'une certaine méfiance à l'égard des organismes administratifs en charge de la santé, soit prononcent des injonctions « pour la forme » et se contentent d'exiger la preuve que l'utilisateur a bien vu un médecin, que celui-ci soit ou non qualifié.

En conclusion, nous pouvons dire que les trois rapports soulignent approximativement les mêmes problèmes à propos de l'injonction thérapeutique, ceux-ci pouvant se résumer par cette phrase tirée du rapport Pelletier : *« L'injonction thérapeutique ne donne satisfaction ni à ceux qui l'ordonnent et ne savent ce qui en résulte, ni à ceux à qui elle s'applique, qui n'y adhèrent pas véritablement, ni à ceux qui sont chargés de la mettre en oeuvre, qui estiment n'avoir pas été saisis dans de bonnes conditions et s'abstiennent, de ce fait, de remplir des engagements que la loi leur impose. »*

I.1.2.2– Les structures

Le rapport Pelletier notait que les structures d'accueil et de soins convenablement adaptées à la mise en oeuvre de la voie sanitaire et indispensables à une application correcte de la loi de 1970, n'avaient pas été mises en place. Les lieux de cure présents à cette époque ne pouvaient convenir que pour le sevrage, et le milieu psychiatrique, qui constituait le seul lieu agréé, était souvent rejeté par le toxicomane, ceci entraînant un attrait, de la part des magistrats, pour la solution répressive contrairement à l'esprit de la loi.

Le rapport préconise la valorisation d'autres cadres en vue d'une désintoxication efficace comme, par exemple, la surveillance par un médecin privé agréé, le traitement ambulatoire, le placement dans un établissement spécialisé ou dans une famille d'accueil. Ces possibilités semblaient mieux adaptées mais étaient limitées faute des agréments nécessaires. Cependant les auteurs plaçaient beaucoup d'espoir dans le fait, très récent au moment de la rédaction de ce rapport, que ces agréments soient donnés dans le cadre départemental dans le but d'améliorer la situation.

En 1990, le rapport Trautmann constatait que le dispositif sanitaire et

social était « à peu près satisfaisant » malgré quelques disparités géographiques. Il proposait néanmoins des améliorations au niveau de quelques points.

Tout d'abord, les auteurs suggèrent la mise en place, dans les zones urbanisées, de réseaux de structures diversifiées, dotées de personnel qualifié et qui auraient pour mission de prendre en charge l'urgence psycho-sociale du toxicomane. La rapidité et l'efficacité de cette réponse est importante car elle est susceptible d'influer sur l'évolution ultérieure de la personne.

Ensuite, l'attention est portée sur les problèmes d'insertion et de réinsertion qui doivent être considérés à tous les niveaux de la prise en charge. Pour ceci, il est demandé de favoriser un travail important avec les dispositifs généraux d'insertion (RMI par exemple), de développer des structures souples d'hébergement (appartements et studios, familles d'accueil, hébergement hôtelier) en association avec des actions de formation, et enfin de donner aux toxicomanes des informations sur leurs droits sociaux, en particulier en ce qui concerne les soins.

Enfin, le rapport souhaite que se mette en place une bonne articulation du dispositif spécialisé avec ses partenaires (acteurs locaux de prévention, hôpitaux, institution judiciaire, clubs de prévention). Ceci implique de créer des postes et de libérer du temps pour mener à bien ces actions de coordination entre les équipes.

Le rapport Henrion estime, après avoir énuméré les différents moyens de prise en charge des toxicomanes disponibles à l'époque, que l'offre à ce niveau est « riche et diversifiée » et gérée par du personnel compétent. Mais celle-ci n'est pas à la hauteur des besoins, surtout en ce qui concerne les toxicomanes les plus marginalisés. Les auteurs font alors différentes propositions pour améliorer les structures du système de soins. Pour cela, il faut commencer par renforcer les liens avec les toxicomanes. Les premiers acteurs qui doivent effectuer cette tâche sont les hôpitaux, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine.

Il est demandé aux hôpitaux de faire des efforts au niveau de l'accueil du toxicomane, aussi bien dans les services (quand celui-ci a besoin d'être hospitalisé pour une affection ayant un rapport ou non avec sa toxicomanie), qu'aux urgences (en prévoyant un médecin formé et qualifié pour cette mission ainsi qu'une équipe médicale complète comprenant psychologue, assistante

sociale et infirmière spécialisée aidée par un médecin « référent. »).

Les médecins généralistes doivent être plus impliqués dans l'accueil et le suivi des toxicomanes ainsi que dans la participation aux traitements de substitution. Ils doivent pouvoir disposer d'une information claire, avoir accès à des formations et leurs relations avec les institutions spécialisées, les services hospitaliers et les médecins fonctionnant déjà en réseaux doivent être facilités.

Les pharmaciens d'officine, qui constituent souvent le premier contact du toxicomane avec le système de soin, ont un rôle capital à jouer et doivent être formés pour pouvoir prodiguer au mieux des conseils de prévention et faciliter l'accès aux centres spécialisés. Ils devront travailler en collaboration avec les médecins dans des réseaux ville-hôpital.

Enfin les auteurs insistent sur le besoin urgent de formation pour tous les acteurs de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, assistantes sociales, cadres administratifs hospitaliers et des DDASS).

En dernier lieu, le rapport préconise de favoriser la création, l'extension et de renforcer les équipes médico-sociales de certains lieux de contact avec les toxicomanes les plus défavorisés tels les « boutiques », les « sleep in » ou les « bus de médecins du monde » ou d'autres associations.

I.1.2.3- Le phénomène toxicomaniaque

Comme nous l'avons vu, la loi de 1970 a été promulgué à une époque où la toxicomanie était encore un phénomène plus ou moins émergent, bien que déjà préoccupant. Son but était d'endiguer la montée des comportements toxicomaniaques en interdisant l'usage des drogues et en soignant ceux qui étaient déjà dans la « maladie ». Il semble alors intéressant de connaître l'évolution du phénomène à partir de cette date.

A ce sujet, le rapport Pelletier précise tout d'abord que l'appréciation de cette évolution est difficile du fait de la grande mobilité de la toxicomanie, des caractères nouveaux qui apparaissent et du nombre très faible de données statistiques disponibles. Cependant, grâce aux quelques données existantes et à l'observation sur le terrain, il a été possible de faire ressortir quelques éléments caractéristiques de cette évolution.

L'extension du phénomène est significatif en ce qui concerne

l'augmentation du nombre de toxicomanes et surtout celui-ci a une forte tendance à s'étendre à tout le territoire. Les grandes villes ne sont désormais plus les seules à être touchées.

De plus, l'usage de drogue s'est répandu dans tous les milieux sociaux et n'est plus réservé aux jeunes issus des milieux aisés ou aux lycéens et étudiants comme c'était le cas auparavant.

La répartition des toxicomanes par classe d'âge est très difficile à apprécier. Il semblerait que l'âge moyen (environ 25 ans) reste stable depuis 1971, bien que l'usage de drogues apparaisse plus tôt (vers 14-16 ans). Cette constatation est le résultat de l'extension du phénomène à des usagers plus jeunes couplé à un vieillissement des premiers utilisateurs de produits psychotropes.

En ce qui concerne les produits eux-même, le cannabis, autrefois consommé par une minorité, devient un produit très répandu chez les plus jeunes, alors que l'héroïne reste une drogue d'adulte. L'utilisation de celle-ci semble régresser par rapport au début des années 1970. L'usage de la morphine reste stable alors que celui de la cocaïne connaît un accroissement important. Elle était surtout limitée aux milieux aisés. Il y a apparition de nouvelles drogues, souvent plus toxiques que les anciennes (huile de cannabis, phencyclidine), certains produits licites sont détournés de leur utilisation (solvants, colle, détachant, etc.) et seraient surtout le fait d'usagers très jeunes, et certains médicaments sont utilisés à des fins toxicomaniaques, soit à doses massives, soit associés entre eux ou à l'alcool.

Enfin, le comportement du toxicomane a changé. La toxicomanie exclusive à un produit donné laisse une place de plus en plus importante à la polytoxicomanie ou à une « conduite toxicomaniaque polymorphe », l'usager passant d'une drogue à une autre au hasard des possibilités d'approvisionnement ou dans le but de rechercher des sensations variées.

Le rapport Trautmann va scinder son analyse en deux périodes. La première (1980-1985) montre approximativement les mêmes tendances que l'analyse du rapport précédent, c'est-à-dire un phénomène qui s'aggrave avec l'apparition de nouveaux comportements. Les drogues « à la mode » sont le cannabis, l'héroïne et la cocaïne pour les produits illicites et les solvants, les médicaments et l'alcool pour les produits licites. L'usage occasionnel ou récréatif

semble se répandre.

La seconde période (1985-1989) est appelée période de la « toxicomanie fléau ». Les chiffres connaissent une forte progression et le sida apparaît. Les toxicomanes vieillissent, les produits consommés sont plus diversifiés, l'héroïne est courante et il y a de plus en plus d'usagers-revendeurs.

Le rapport Henrion vient confirmer les tendances constatées dans les deux premiers rapports. Le nombre d'usagers de drogues s'est encore accru et les auteurs soulignent la jeunesse des usagers, la polytoxicomanie perdure et il y a prédominance du cannabis et de l'héroïne dans les habitudes de consommation. La cocaïne serait utilisée par des personnes se trouvant dans une situation sociale plus favorable que celle des autres usagers de drogues et le « crack », bien que largement minoritaire voit sa consommation augmenter fortement, ainsi que l'ecstasy.

Mais le point le plus préoccupant est une très forte aggravation de l'état sanitaire des toxicomanes dû essentiellement à l'irruption du sida et des hépatites virales.

I.2- Toxicomanie : évolutions récentes

I.2.1- Législation

Deux circulaires, en 1993 et 1995, ont confirmé les grandes lignes de la circulaire de 1987 qui marquait la volonté de relancer l'injonction thérapeutique et introduisait une distinction au niveau de l'usage en se basant non plus sur le produit mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de produits stupéfiants : les usagers « occasionnels », s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement et les usagers « d'habitude » doivent être soumis à l'injonction thérapeutique ou être poursuivis. Les usagers trafiquants doivent être poursuivis. La circulaire de 1995 impose des contraintes de temps au niveau de la transmission des procès verbaux aux parquets et au niveau de la notification de l'injonction thérapeutique à l'utilisateur. Elle indique également que l'injonction thérapeutique doit s'adresser principalement aux consommateurs d'héroïne et de cocaïne et aux gros consommateurs de cannabis dépendants ou l'associant à d'autres produits (44).

La circulaire du 17 juin 1999 indique diverses dispositions relatives à l'usage. Elle demande que l'emprisonnement ferme à l'égard d'un usager n'ayant commis aucun délit connexe ne soit utilisé qu'en ultime recours. Elle a aussi pour objectif d'individualiser la décision judiciaire, ce qui implique une diversification des réponses possibles. Pour ceci, il est nécessaire de mieux connaître la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues. Les interpellations et les gardes à vue des simples usagers doivent être réservées aux personnes pouvant causer des dommages à autrui ou à elles-même et la continuité des traitements de substitution doit être assurée pendant les gardes à vue. Les interpellations à proximité des structures à « bas seuil » doivent être évitées. L'injonction thérapeutique doit être réservée aux usagers d'héroïne et aux consommateurs faisant un usage massif ou répété de produits illicites et si la dépendance au produit rend nécessaire une mesure sanitaire. La circulaire demande également de sensibiliser et d'inciter les prévenus à entamer une démarche de soins. Elle encourage les magistrats à recourir aux mesures d'ajournement de peine (ou de sursis) avec mise à l'épreuve assortie d'obligation de soins (51).

L'impact de cette circulaire s'est traduit par une diminution du nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées en 1999, bien que cette tendance à la baisse était observée depuis 1997. Au contraire, les autres obligations de soins intervenants après une condamnation semblent être en augmentation (51).

Parmi les loi récentes et importantes concernant la toxicomanie, il faut noter (54) :

- La loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale qui permet le financement et la prescription de médicaments pendant la garde à vue, en particulier des médicaments de substitution, ceci pour éviter les interruptions de traitement parmi les personnes sous main de justice.
- La circulaire DGS/DHOS du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone en établissement de santé qui permet aux médecins exerçants dans ces établissements d'initialiser une prescription de méthadone.
- La loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants qui crée un délit de conduite sous l'influence de ces substances.

La loi du 31 décembre 1970 a été remise en question lors de débats parlementaires récents et un chantier de révision de cette loi a été ouvert. Le Premier Ministre a mandaté la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), le 4 janvier 2003, pour piloter une réflexion interministérielle sur les scénarios de réforme possibles de la loi. Une série de propositions lui a été remise le 15 septembre 2003 visant à « rénover la loi et trouver une solution qui, tout en maintenant l'interdit, soit plus adaptée à la situation des drogues que la loi de 1970 qui était centrée sur l'héroïne ». Les usages de stupéfiants ne seraient plus passibles de prison dès la première interpellation comme prévu dans la loi de 1970, l'utilisateur serait sanctionné par une contravention. Il reste à définir quel sera le montant des amendes et surtout quel type de procédure sera utilisé (avec ou non inscription au casier judiciaire) (54).

I.2.2- Le phénomène toxicomaniaque

Dans ce chapitre, nous allons développer les évolutions récentes concernant les consommations des principales drogues illicites qui entraînent des prises en charge par le système sanitaire et social.

- L'héroïne

L'usage d'héroïne en population générale est très faible. Une tendance à la stabilisation, voire à la diminution, de cet usage a été constaté ces dernières années. Chez les adultes, les expérimentateurs d'héroïne se rencontrent dans tous les milieux sociaux. Chez les adolescents, l'expérimentation de ce produit est stable depuis 1993 et reste à un niveau très bas. Il est possible de distinguer deux types de consommation d'héroïne : la consommation occasionnelle et la consommation régulière et problématique. Dans le premier cas, cette consommation s'associe souvent à la prise d'autres drogues licites et illicites (alcool, tabac, cannabis) et se situe souvent dans des contextes festifs (associée à des stimulants et à des produits hallucinogènes) (51). Ce type de consommation occasionnelle est nouveau et ne correspond pas à ce qui pouvait être observé dans les années 1980 et 1990 (66). La consommation régulière et problématique est plus limitée malgré une visibilité sociale plus marquée. Le

recensement de ce type d'usage est difficile à effectuer, c'est pourquoi l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a choisi de faire figurer les « usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes » parmi ses indicateurs clefs. La définition pragmatique retenue est : « usagers de drogues par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés ou de cocaïne ». Le terme « à problèmes » indique une consommation qui peut induire un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif. L'estimation, effectuée à l'aide de différentes méthodes, a donné pour résultat une fourchette de 150000 à 180000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France en 1999 (51).

Cependant, les observateurs rapportent, dans l'espace urbain, l'existence de jeunes usagers d'héroïne bien insérés qui ont une consommation maîtrisée et qui ont recours à d'autres modes d'administration que la voie intraveineuse (8).

Il y a, en effet, une tendance à la diminution de la pratique d'injection qui tend à marginaliser ceux qui y ont recours et une augmentation de l'usage par « sniff » et par inhalation (51). Cette dernière technique consiste à inhaler des vapeurs d'héroïne chauffée au dessus d'une flamme, le plus souvent sur du papier d'aluminium : « chasser le dragon » (66). Le développement de cette voie d'administration s'explique par son caractère moins risqué, par des considérations culturelles et par la disposition sur le marché de qualités d'héroïne se prêtant bien à ce type d'usage (héroïne brune) (67).

En France, les prises en charge dans les structures de soins pour usage de drogues illicites sont, en grande majorité, liées à l'abus ou à la dépendance aux opiacés. Parmi ceux-ci, le produit à l'origine de cette prise en charge reste l'héroïne dans la très grande majorité des cas (85% en 1999). Cependant, les recours liés aux autres opiacés (codéine, morphine, opium, méthadone et buprénorphine hors prescription médicale) sont en augmentation (51)

- Cocaïne et crack

Ce produit est consommé soit sous sa forme salifiée (chlorhydrate), soit sous sa forme base (crack, free-base).

En population générale, l'expérimentation reste rare. Cependant, une tendance à la hausse a été observée au cours des dernières années, aussi bien

chez les adultes que chez les adolescents. L'usage de cocaïne, bien que celle-ci conserve l'image d'une drogue coûteuse et de luxe, tend à se répandre dans toutes les couches sociales. Elle est de plus en plus facilement accessible et son prix a notablement baissé dans les années 1990 et semble se stabiliser actuellement. La consommation de cocaïne s'inscrit fréquemment dans un contexte associant d'autres drogues licites et illicites, en particulier dans les milieux festifs (51). En effet, la cocaïne, de part ses propriétés stimulantes, se marie bien avec des substances relaxantes telles que l'alcool, le cannabis, l'héroïne ou la kétamine. Ces associations permettent d'atténuer la nervosité engendrée par la cocaïne et de mieux maîtriser les effets relaxants des autres produits (28).

La cocaïne est particulièrement impliquée dans les polyconsommations de drogues à l'origine d'une prise en charge sanitaire ou sociale et sa consommation est très souvent liée à celle d'opiacés, surtout en tant que produit secondaire (51). En 2002, parmi les usagers de structures de première ligne (boutiques, programmes d'échange de seringues) plus de la moitié déclaraient avoir utilisé de la cocaïne ou du crack au cours du mois écoulé (8).

Sous sa forme chlorhydrate, la cocaïne reste principalement consommée par voie nasale. La voie intraveineuse concerne surtout des usagers ou anciens usagers d'héroïne ou de produits de substitution par voie injectable. La cocaïne base est presque exclusivement fumée (51).

- Cannabis

La consommation de cannabis a augmenté de façon significative entre 1992 et 2002. Le taux d'expérimentation de ce produit est très supérieur à ceux mesurés pour les autres produits illicites. En 2002, deux français âgés de 15 à 75 ans sur cinq déclaraient avoir déjà expérimenté le cannabis et moins d'un sur dix en font un usage plus courant, occasionnel ou régulier (54).

Cette consommation se retrouve dans tous les milieux sociaux et elle est très fortement liée à l'âge : forte consommation chez les adolescents et les jeunes adultes qui décroît ensuite et devient marginale après 50 ans (51). Globalement, les consommateurs de cannabis sont mieux intégrés socialement que les autres usagers de drogues illicites (54).

Le nombre de prises en charge d'usagers de cannabis en tant que drogue primaire a augmenté entre 1998 (17.5% des demandes) et 2000 (24%

des demandes) pour se stabiliser en 2001 (54).

Le cannabis reste un produit très accessible de part sa grande disponibilité et son prix modéré (51).

- Ecstasy et amphétamines

L'ecstasy est apparue en France au début des années 1990 et son usage est en constante progression depuis cette époque. Cependant la consommation d'ecstasy et d'amphétamine reste limitée avec des niveaux d'expérimentation faibles. Ces produits sont surtout utilisés dans des contextes festifs, où ils sont très accessibles, en association avec d'autres produits. Les consommateurs ont généralement un profil proche de celui des usagers de cannabis et sont essentiellement des personnes jeunes, mais qui sont plus généralement polyconsommatrices.

L'ecstasy et les amphétamines sont à l'origine d'un nombre très faible de prises en charge sanitaires et sociales. Ce nombre est resté stable au cours des dernières années (51).

II – ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

II.1- Les risques liés à l'usage de drogues

Les usagers de drogues, et en particulier les usagers de drogues par voie intraveineuse, sont confrontés à de multiples problèmes de santé. Ces risques sanitaires sont en partie imputables aux substances injectées elles-mêmes. Mais ils mettent en cause plus largement les comportements de consommation et les styles de vie. Tous ces risques cumulés entraînent souvent une dégradation parfois rapide de l'état de santé de certains usagers de drogues. La surmortalité des consommateurs de drogues injectables par rapport à la population générale est très nette : des évaluations européennes indiquent un facteur de surmortalité compris entre 3,5 et 10 par rapport à une population générale de non consommateurs de drogues du même âge (18).

II.1.1- Les risques infectieux

Les risques infectieux liés à l'usage de drogues sont essentiellement

dûs à la pratique de l'injection et la contamination n'est généralement pas liée à la drogue elle-même, mais aux techniques de préparation et à l'injection proprement dite. Ces pratiques, effectuées sans asepsie, peuvent être la cause de la dissémination dans l'organisme de certains agents infectieux (virus, bactéries, champignons) qui peuvent entraîner des infections bénignes ou extrêmement graves et des affections localisées ou des maladies généralisées (20).

II.1.1.1- Le VIH et le sida

Les cinq premiers cas de ce qui sera dénommé par la suite le Syndrome d'immunodéficience acquise (sida), sont rapportés par le « center for disease control » d'Atlanta le 5 juin 1981. Dans les mois qui suivent d'autres cas sont observés. Toutes les personnes atteintes par cette maladie étaient des homosexuels masculins entraînant la désignation de cette nouvelle affection sous le terme de GRID (Gay Related Immunodeficiency Syndrome). En 1982, il sera remplacé par celui d'AIDS (Acquired ImmunoDeficiency Syndrome) et des cas touchant des hémophiles, des transfusés, des nouveaux-nés et des usagers de drogues par voie intraveineuse seront observés. En 1983, Le Professeur Luc Montagnier et son équipe isolent le virus dans des lymphocytes ganglionnaires d'un malade et lui donne le nom de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Un an plus tard, le Professeur Gallo isole à son tour ce même virus et le dénomme HTLV-III (Human T-cell Lymphotropic Virus type III). Il sera par la suite rebaptisé VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Il appartient à la famille des rétrovirus, dans laquelle avaient déjà été découverts les virus HTLV-I et HTLV-II qui sont des oncovirus. Ils possèdent la capacité d'immortalisation de leurs cellules cibles, les lymphocytes T. Le HTLV-II est retrouvé avec une forte prévalence chez les toxicomanes par voie intraveineuse (20% à New-York en 1996). La différence entre les virus de la série des HTLV et le VIH réside dans le fait que ce dernier n'immortalise pas les lymphocytes mais les détruit (16).

Les voies de contamination du VIH sont le sang et les sécrétions sexuelles. Pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, le partage du matériel d'injection est un vecteur très important de la transmission du virus : les aiguilles, les seringues et le matériel qui sert à la préparation de l'injection peuvent le contenir.

Le VIH est moins fragile que cela a été dit jusqu'à présent. Des expériences ont montré que la dessiccation ne l'inactiverait complètement qu'après 3 à 7 jours (16). Une étude, menée par des scientifiques de l'Université de Yale sur la survie du VIH dans les aiguilles, a montré que les aiguilles de gros calibre conservées des jours, voire des semaines, à température ambiante restent potentiellement contaminantes (7).

Au début des années 1990, environ un tiers des usagers de drogues par voie intraveineuse étaient infectés par le VIH. En 2001, la proportion était de 15 à 20% (18). D'autre part, L'Institut de Veille Sanitaire observe une diminution des cas de sida chez les usagers de drogues depuis 1996, ainsi qu'une faible proportion de nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2003, ce qui laisse supposer un impact positif de la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH (35).

II.1.1.2- Les virus des hépatites

- Le virus de l'hépatite C (VHC)

Ce virus a été découvert en 1989 par Choo et ses collaborateurs. Il est le principal agent pathogène des hépatites non A non B. La transmission du VHC se fait essentiellement par voie parentérale chez les usagers de drogues. La transmission par transplantation ou transfusion sanguine est devenue rare. La transmission par voie sexuelle est possible, mais elle est rarement observée (70).

L'hépatite C touche environ 600000 personnes en France dont un tiers a été contaminé par usage de drogues. Il y a 5000 nouvelles contaminations annuelles, dont environ 80% en rapport avec la toxicomanie par voie veineuse ou nasale(36).

C'est une maladie à évolution lente dont le pronostic est corrélé à la fibrose hépatique et ses complications. Après infection et développement d'une hépatite aiguë, environ 30% des sujets guérissent spontanément, 20% développent une infection chronique asymptomatique et 50% évoluent vers une hépatite chronique susceptible de conduire à une cirrhose. Celle-ci survient chez environ 20% de ces malades après 10 à 20 ans d'évolution (42).

L'histoire naturelle de l'hépatite C du toxicomane s'inscrit dans ce cadre général, mais présente quelques particularités : le diagnostic et la prise en charge thérapeutique se font à un âge plus jeune avec pour conséquence une

contamination récente et une atteinte histologique le plus souvent modérée, ce qui est un élément de bon pronostic à moyen terme. En revanche, certains facteurs fréquemment associés à la toxicomanie active aggravent le pronostic : consommation d'alcool, co-infection par le VIH ou le VHB (virus de l'hépatite B), fréquence des troubles psychiatriques et fragilité du lien social (17).

Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues et d'aiguilles chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Cependant la prévalence du VHC est très supérieure à celle du VIH, en particulier parmi les injecteurs récents. Ceci s'explique par le fait que ces usagers, sensibilisés par les campagnes de prévention des risques, ne pratiquent plus le partage du matériel d'injection. Mais le VHC est plus résistant que le VIH et il est dix fois plus contagieux. La persistance du partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) favorise la transmission de ce virus (25). Enfin, l'échange de pailles ou d'autres ustensiles, utilisés par les usagers de drogues par voie nasale, pourrait aussi être à l'origine de la transmission du VHC (32).

Pour les usagers injecteurs, le VHC est souvent perçu comme une fatalité. C'est la perception de la nature et de la gravité du danger représenté par les hépatites ainsi que l'attention générale portée par de nombreux usagers à leur santé qui sont en cause. Les usagers de drogue, notamment dans des contextes de consommation et de vie précaire, ont souvent une gestion très hiérarchisée des risques sanitaires. Si, parmi les risques d'infection virale, le VIH a imposé de nouvelles attitudes de préservation de soi, tel n'est pas le cas pour les hépatites et le VHC en particulier (18).

- Le virus de l'hépatite B (VHB)

Le VHB se transmet par voie sanguine et par contact sexuel, voie la plus fréquente dans les pays occidentaux à faible endémie. Les cas de contamination par transfusion ayant disparus grâce au dépistage systématique des donneurs de sang, la transmission par voie sanguine est surtout imputable à l'usage de drogue par voie intraveineuse (26% des cas d'hépatite B) (32).

L'hépatite peut être asymptomatique. Elle peut aussi s'accompagner d'urticaire, de démangeaisons, de douleurs articulaires ou de troubles digestifs, se présenter comme un épisode grippal avec une très grande fatigue (65%) ou provoquer un ictère (30%). Dans 1% des cas, elle est fulminante et entraîne le plus souvent la mort. Dans la grande majorité des cas, la guérison est spontanée

(avec immunisation vis-à-vis du virus B). Il y a passage à la forme chronique chez 5 à 10% des patients (32). L'hépatite chronique active est susceptible d'évoluer vers la cirrhose puis le carcinome hépatocellulaire. Le VHB est devenu, à l'échelle mondiale, la deuxième cause de cancer après le tabac (63).

Contrairement au VIH et au VHC, il existe un vaccin immunisant contre le VHB. Depuis plusieurs années, les recommandations françaises sont de vacciner les usagers de drogues contre l'hépatite B. Mais il semble que la couverture vaccinale de cette population soit à la baisse. Une étude menée au Centre Médical Marmottan, entre 1999 et 2001, a montré que la vaccination contre le VHB chez les personnes suivies est passée de 45,3% en 1999 à 21,7% en 2001. Dans cette même étude, les médecins ont noté une grande réticence des patients lors des propositions de vaccination, notamment par crainte des effets indésirables. En outre, la prévalence de porteurs du VHB chez les patients vus dans cette consultation est dix fois supérieure à celle mesurée en population générale. Ceci incite les auteurs à craindre une augmentation rapide de l'hépatite B à cours terme et ils estiment que des efforts doivent être accomplis, notamment par les pouvoirs publics, pour informer les usagers de drogues sur les bénéfices qu'ils peuvent tirer de cette vaccination (74).

II.1.1.3- Les autres risques infectieux

D'autres infections d'origine bactérienne peuvent survenir chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Elles sont dues aux injections effectuées dans un contexte ne réunissant pas toutes les conditions d'asepsie.

On peut ainsi observer des bactériémies se traduisant par une fièvre élevée, des frissons et un malaise général pouvant évoluer vers un état de choc. Ces bactériémies peuvent se compliquer de localisations infectieuses à distance ou d'abcès au niveau de certains organes entraînant des endocardites, des méningites ou des abcès au cerveau, des arthrites et des abcès pulmonaires (20). Les germes responsables sont surtout des streptocoques ou des staphylocoques. Ceux-ci peuvent également être responsables d'abcès cutanés ou sous-cutanés (24).

Lors de la préparation d'une solution injectable de drogue, des solvants acides, en particulier le jus de citron, sont utilisés afin de favoriser la solubilisation des produits. Le citron contient, s'il est déjà entamé, des

champignons tel *Candida albicans*. Celui-ci peut être responsable d'infections généralisées (septicémies) ou de candidoses systémiques (oculaires, ostéo-articulaires) et d'éruptions cutanées avec lésions pustuleuses.

Les toxicomanes sont également exposés à des problèmes cutanés, souvent liés aux conditions de vie précaires et au manque d'hygiène, de type parasitoses ou mycoses interdigitales au niveau des pieds. Des problèmes dentaires sont également souvent observés. En dehors du manque d'hygiène souvent invoqué, ils sont favorisés par plusieurs phénomènes : la diminution de la sécrétion salivaire (induite par les drogues consommées) entraîne la formation de caries, la succession de vasodilatation et de vasoconstriction dues à la prise répétée d'héroïne serait responsable du déchaussement des dents, et, enfin, le coût de la consultation dentaire diminue l'accès aux soins des toxicomanes (20). Il faut aussi noter que la toxicomanie elle-même relègue au second plan, durant de longues périodes, le souci de l'hygiène et de la santé (41).

II.1.2- Les risques somatiques non infectieux (24)

Ces risques sont liés à la nature et à la quantité des produits consommés.

Le premier de ces risques est la surdose qui est une dépression respiratoire parfois mortelle. Celle-ci est liée à une prise trop importante du produit ou à une variation brutale de pureté de celui-ci, ou encore au mélange de plusieurs produits dont les effets déprimeurs se potentialisent.

Les phénomènes appelés « poussières » par les usagers, peuvent être dus à certaines substances étrangères inorganiques (produits de coupage, excipients des comprimés de médicaments écrasés,...) contenues dans la solution injectée et susceptible de provoquer une réaction allergique plus ou moins violente.

Des complications aiguës, autres que respiratoires, variables selon les usagers et directement en rapport avec les propriétés pharmacologiques du produit consommé peuvent survenir, surtout avec les psychostimulants tels que cocaïne, crack ou amphétamines. On peut alors observer des décompensations psychiatriques, des troubles cardio-vasculaires à type d'accident vasculaire cérébral, de syncope, d'hypertension, de troubles du rythme, d'infarctus, d'embolie pulmonaire ou systémique.

Les pratiques d'injection peuvent aussi entraîner certaines complications non infectieuses (abcès aseptique, veinite, phlébite, lymphangite, etc...) en rapport avec la fréquence et les sites des injections.

II.1.3– Les troubles comportementaux

Ces troubles sont les symptômes qui contribuent pour une grande partie à stigmatiser le toxicomane aux yeux de la société et de son entourage. Ils sont de deux types :

➤ Les symptômes psychiatriques engendrés par la toxicomanie

Ce sont, tout d'abord, des symptômes anxieux et une agitation, liés surtout à l'état de manque, qui se traduisent par une recherche effrénée du produit. Les angoisses sont souvent provoquées par les problématiques environnantes (justices, problèmes familiaux, maladies intercurrentes). L'insomnie est fréquemment rencontrée chez les toxicomanes pharmacodépendants. La disparition de celle-ci, après une abstinence totale, est un bon critère de sevrage.

➤ Les désordres relationnels

Pour un toxicomane pharmacodépendant, la prise de drogue est un élément situé très haut sur l'échelle des priorités, et prend le pas sur certains actes normalement considérés comme fondamentaux. Le toxicomane pourra, par exemple, utiliser le peu d'argent à sa disposition pour se nourrir pour acheter de la drogue, ou ne pas hésiter à voler ses parents ou son conjoint dans ce même but. La consommation de drogue se situe au même niveau hiérarchique qu'une fonction primaire. Tout obstacle à la consommation de drogue engendre, de la part du toxicomane, une réponse de très forte intensité. Il peut en résulter une dégradation préjudiciable dans ses relations avec la famille, le médecin ou la société.

A l'inverse, chaque nouvelle prise de drogue dans un environnement donné induit chez le toxicomane une sensibilisation comportementale qui entraîne des effets « bénéfiques », en particulier dans la relation avec autrui. Ce phénomène peut disparaître lorsque l'environnement ou la drogue change.

II.2– Toxicomanie et troubles mentaux

Les travaux cliniques actuels ont montré que les consommateurs de substances psycho-actives présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques que la population générale, et que les sujets présentant des troubles mentaux montrent une forte appétence pour les drogues. L'étude de la comorbidité psychiatrique dans la toxicomanie est complexe car l'usage de toxiques et les troubles psychopathologiques interagissent et peuvent participer d'une co-occurrence fortuite ou d'interrelations causales (26).

Il faut distinguer les troubles mentaux non spécifiques et souvent observés chez les toxicomanes, les troubles psychiatriques directement liés à l'usage de drogues et, enfin, les troubles de la personnalité préexistants à la toxicomanie.

II.2.1– Les troubles psychiatriques non spécifiques

Les troubles anxio-dépressifs sont très fréquemment associés à la toxicomanie. Ils peuvent être l'expression de la résurgence de traumatismes psychiques de l'enfance et de l'adolescence (maltraitance, abandon, deuils à répétition, antécédents d'alcoolisme ou de dépression chez les parents). Dans certains cas, les états dépressifs sont consécutifs à l'action des drogues, dans d'autres cas la prise de drogues constitue une sorte d'automédication contre les états dépressifs. De ce fait, ne traiter que la toxicomanie chez des personnes présentant parallèlement des troubles psychiatriques peut aggraver ceux-ci du fait de la fonction auto-thérapeutique que peut avoir le recours à des substances psycho-actives (49). L'état dépressif disparaît souvent dans le mois qui suit le sevrage ou la mise sous substitution. Il peut également apparaître à ce moment là, ce qui favorise une rechute ou une évolution vers une autre conduite addictive (26).

La comorbidité toxicomanie-troubles bipolaires (psychose maniaco-dépressive) est également rencontrée. Dans ce cas, les drogues seront utilisées préférentiellement durant les phases maniaques de façon à potentialiser les états euphoriques associés à ces phases. Les psycho-stimulants seront alors les drogues les plus consommées (26).

Les troubles du sommeil sont fréquents et peuvent avoir différentes étiologies : mode de vie accompagnant la toxicomanie, effets pharmacologiques de certaines drogues, symptôme de manque ou pathologie psychiatrique associée. Les traitements de substitution améliorent souvent ces troubles du sommeil (49).

Les comportements agressifs ou violents peuvent avoir différentes causes et être favorisés par divers facteurs. Ainsi, les troubles de la personnalité, les effets induits par certaines substances (notamment les psycho-stimulants), les épisodes d'anxiété aiguë ou de dépression, la désocialisation, ou les attitudes de certains soignants (rejet ou, au contraire, rapports trop proches) peuvent induire une agressivité (49).

Enfin, l'usage de drogue a été reconnu comme étant un facteur primordial dans les conduites suicidaires chez l'adolescent et chez l'adulte (26).

II.2.2- Les pathologies psychiatriques liées à l'usage de drogues

Ces pathologies sont de différents types :

- Les pharmacopsychoses : elles sont peu fréquentes et sont induites, la plupart du temps, par des hallucinogènes ou des surconsommations répétées d'amphétamines (ecstasy notamment). Leur apparition peut être brutale ou progressive et leur évolution est généralement favorable si l'intoxication cesse (49).

- Les syndromes confusionnels : ils se caractérisent par des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions intellectuelles et une incoordination motrice et idéo-verbale. Ils signalent une intoxication aiguë et sont fréquents lors de polyconsommation de « cocktails » mélangeant le plus souvent des benzodiazépines, de l'alcool et des substances diverses (49).

- La schizophrénie : les sujets atteints de schizophrénie ont une inclination prononcée à l'automédication. Dans ce cas, la drogue utilisée vient souvent masquer la pathologie psychiatrique, et les symptômes d'une psychose peuvent apparaître après un sevrage ou au cours d'un traitement de substitution (26).

II.2.3- Les troubles de la personnalité

Ces troubles peuvent induire une consommation de drogues, soit parce que le sujet sera plus vulnérable à l'offre, soit parce qu'il trouvera dans les produits de quoi modifier son état psychologique. Ces troubles sont :

- La personnalité antisociale (psychopathie) : il y a un renforcement entre les deux troubles car la personnalité antisociale est prédisposée à l'abus de drogues, et, en retour, la toxicomanie accentue les conduites antisociales. Ce sont des sujets qui commencent plus précocement leur toxicomanie, leur niveau culturel est plus faible, ils ont davantage de problèmes avec la justice, ils rechutent plus facilement et leur parcours toxicomaniaque est plus long. Ils consomment plus volontiers de l'héroïne et sont souvent polytoxicomanes (26).

- La personnalité limite (« borderline ») : ce sont des sujets qui ont une forte tendance à l'angoisse et l'association personnalité limite-toxicomanie favoriserait les passages à l'acte suicidaire (49).

- La personnalité dépendante : ce sont des sujets soumis et qui ont un besoin permanent d'être soutenus, dirigés, rassurés. Ils ont peur de se retrouver seuls et abandonnés. Ce type de personnalité est souvent rencontré chez les toxicomanes.

II.3- Évolution des concepts

Les comportements de consommation ont longtemps été considérés comme le seul résultat des effets des substances psycho-actives sur l'organisme et, en particulier, le système nerveux central. Cette « approche par produits » a eu différentes conséquences. Tout d'abord, elle laissait sous-entendre que l'arrêt de la consommation et le maintien de l'abstinence suffisait à faire sortir la personne de la toxicomanie. Elle a aussi conduit à une spécialisation des intervenants et des dispositifs sanitaires. Cependant, il est apparu que cette approche était trop réductrice et, sans renier le fait que chaque produit possède ses propres particularités, il a semblé nécessaire d'élargir la réflexion. Ainsi sont nés les concepts de substances psycho-actives, d'addiction et de comportements humains de consommation qui différencie les notions d'usage simple, d'usage

nocif et de dépendance (65).

II.3.1– Le concept de substances psycho-actives

Ce concept se base sur le fait que ces substances, à côté de leurs actions propres, possèdent certaines propriétés similaires comme, par exemple, leur capacité commune à déclencher une pharmacodépendance en perturbant les sécrétions de dopamine. Cette dépendance est identique quelle que soit la substance qui l'a induite. C'est ainsi que la non-disponibilité d'une drogue peut entraîner la consommation d'autres produits pour calmer les symptômes de manque (65).

II.3.2– Le concept d'addiction

Dans ce concept, le produit a moins d'importance que la conduite du sujet, et le regroupement sous le terme générique d'addiction d'un vaste ensemble d'entités diverses est de moins en moins discuté. Il existe de puissants arguments en faveur de cette notion où se regroupent les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique et même les conduites alimentaires, les conduites sexuelles ou les relations amoureuses « aliénantes ».

Cependant, certains craignent que l'utilisation de ce concept produise un nivellement dans la perception de la gravité et de la dangerosité des différentes conduites humaines. Ainsi, il n'y aurait plus de différence entre l'existence tragique du « junky » à la Burroughs et, par exemple, le goût immodéré pour le chocolat (80). Il semble donc nécessaire, bien que le processus d'addiction soit par définition pathologique, de disposer de définitions claires pour faire la part entre une simple habitude gênante et une dépendance pouvant entraîner de graves conséquences au niveau sanitaire ou social.

L'origine du mot « addiction » est anglaise et désigne un attachement exclusif à quelque chose. Il dérive lui-même d'un terme de l'ancien français issu du latin « addictus » qui désignait la « contrainte par corps ». A partir de cette étymologie, J. Bergeret a proposé un emploi particulier du terme « addiction » dans le cadre d'un abord psychanalytique, où la dépendance corporelle aurait valeur, pour le sujet, de tentative inconsciente de régler une dette. Dans ce sens, le toxicomane ferait de la dépendance physique l'équivalent d'une peine auto-

infligée (80).

Dans le cadre d'une définition plus opérationnelle, Goodman, en 1990, a élaboré des critères diagnostiques. Ceux-ci définissent, de manière opératoire, l'addiction comme un processus par lequel un comportement, susceptible de permettre à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise, s'organise selon les modalités qui incluent à la fois une perte de contrôle et la poursuite de ce comportement, malgré la connaissance de ses conséquences négatives (67). Ces critères, non exclusivement liés à un objet précis de dépendance permettent de réunir aussi bien la dépendance à une substance que le jeu pathologique. Il faut noter que ces critères, souvent utilisés comme base de définition des addictions, avec ou sans drogues, n'ont pas de valeur officielle, la catégorie des addictions au sens large n'ayant pas (ou pas encore) intégré les manuels internationaux de classification des maladies (81).

Comme le souligne H. Bergeron, les frontières entre les usages de tous les produits psycho-actifs tendent à se brouiller, et il convient désormais de raisonner en terme d'usage, de pratiques et de comportements, plutôt que selon les produits. Depuis le rapport Roques (1999), drogues illicites, médicaments psychotropes, alcool et tabac se pensent désormais de concert comme tous susceptibles de conduire à des usages risqués, voire à la dépendance. Ce principe, partagé par nombre de professionnels du champs de la toxicomanie et de l'alcoolisme depuis quelques temps déjà, est aujourd'hui pris en compte par les pouvoirs publics.

II.3.3- Usage, usage nocif et dépendance (64)

L'approche du phénomène de consommation en terme de comportement humain a permis l'élaboration d'une démarche clinique descriptive. Dans ce cadre, les instances scientifiques internationales ont distingué trois types de comportements à l'aide de critères diagnostiques issus de deux classifications internationales : le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM, 1994) et la *Classification internationale des maladies* (CIM, 1992).

Trois grands types de comportements sont ainsi individualisés : l'usage, l'usage nocif (ou abus) et la dépendance.

- L'usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Ceci signifie que l'on admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de ces substances qui n'entraînerait pas de dommages. Cependant, cette consommation socialement réglée peut, dans certaines circonstances, être la cause de certains problèmes. Ce sont les usages à risques qui peuvent apparaître dans certaines situations (conduite automobile, conduite d'engins, tâches professionnelles, consommation chez la femme enceinte, association avec d'autres substances psycho-actives) ou lors de la consommation selon certaines modalités (risque quantitatif).

- L'usage nocif (ou abus)

Les définitions sont celle de l'Association américaine de psychiatrie reprise dans le DSM IV et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans le CIM 10 : l'usage nocif (CIM) ou l'abus (DSM) est caractérisé par une consommation répétée (sans installation d'une dépendance) induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société.

Ces définitions mettent l'accent sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits aux problèmes sanitaires.

- La dépendance

Le comportement de dépendance se définit comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. La dépendance peut être définie, comme Fouquet l'avait énoncé à propos de l'alcoolisme, comme « l'impossibilité de s'abstenir de consommer »

il existe deux types de dépendances :

- La dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit (sevrage psychique). Elle se traduit par le « craving » : recherche

compulsive de la substance, contre la raison et la volonté.

- La dépendance physique définie par un besoin irrésistible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se traduit par l'existence d'un syndrome de sevrage physique à l'arrêt du produit. Il faut noter que cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

II.4- Évolution de la prise en charge des toxicomanes

Comme nous l'avons vu, la loi du 31 décembre 1970 offre la possibilité aux toxicomanes d'entreprendre une démarche de soins afin d'échapper aux poursuites.

Au début des années 1970, les structures sanitaires traditionnelles se montrent réticentes à accueillir les toxicomanes. La politique sanitaire s'oriente alors vers la création de structures spécialisées dont les objectifs sont le sevrage, l'abstinence et la réinsertion. L'état, par le biais de subventions, s'appuie sur un secteur associatif dynamique qui permet le développement de centres d'accueil et de post-cures. Cette période est également marquée par un renforcement de la prise en charge psychothérapeutique des toxicomanes (46).

La prévention, qui n'était pas abordée par la loi du 31 décembre 1970, ne sera intégrée dans les objectifs de lutte contre la toxicomanie qu'en 1982 avec la création de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie. La prévention, au cours des années 1980, se traduira par différentes actions comme, par exemple, la mise en place au niveau de l'éducation nationale d'un réseau « adultes relais » (1983), puis « d'équipes de personnes ressources » (1985) (45).

Ce n'est qu'à la fin des années 1980 que la prise en charge des toxicomanes va réellement évoluer. L'épidémie de sida oblige alors les politiques publiques à s'orienter vers la réduction des risques. Les contaminations par le VIH impliquent de renoncer au seul objectif d'abstinence et la vente libre des seringues en pharmacie est autorisée en mai 1987.

Cependant, on peut faire remonter au plan gouvernemental du 21 septembre 1993 le début officiel d'une inflexion nette de la politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie. Ce plan préconisait le développement des réseaux

ville-hôpital toxicomanie, l'extension des programmes d'échange de seringues, la création des centres d'accueil et d'hébergement d'urgence et le développement « de façon maîtrisée » des programmes de substitution par la méthadone. En 1995, le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie poursuit et amplifie les orientations de 1993. Il faut noter que c'est en 1995 que la « réduction des risques » est évoquée pour la première fois de manière explicite dans un plan gouvernemental. La mise en place de cette politique amène les pouvoirs publics à admettre que l'on peut accueillir, héberger et soigner des toxicomanes toujours actifs (83).

Le rapport Parquet, demandé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et remis fin 1997, préconise une approche de la prévention fondée sur la distinction des différents comportements (usage, usage nocif, dépendance) plutôt que sur l'étude des types de consommation en fonction de la nature pharmacologique de la substance consommée (83).

Les traitements de substitution, mis en place à partir de 1994 pour la méthadone et de 1996 pour la buprénorphine haut dosage (BHD) vont également modifier profondément la prise en charge des usagers de drogues en France.

III - LES STRUCTURES ET LES OUTILS DISPONIBLES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES ET LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

III.1 - Les structures

En complément des dispositifs de soins de droit commun, représentés par l'hôpital et la médecine de ville, sont apparues des structures s'adressant essentiellement aux toxicomanes :

› Le dispositif spécialisé de soins (45)

Depuis le décret du 29 juin 1992, ces structures, financées par l'état, sont désignées par le nom générique de Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST).

Les centres de soins en ambulatoire assurent l'accueil, l'orientation, les consultations médicales, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif. Ils peuvent prendre en charge le sevrage ambulatoire et

l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. En 2001, on recensait 201 centres de soins en ambulatoire dont 160 assuraient une prise en charge avec traitement à la méthadone, ainsi que 85 permanences d'accueil en ambulatoire (structures gérées par les centres spécialisés mais situées dans un lieu géographique différent).

Les centres de soins avec hébergement collectif (résidentiel ou communautaire) assurent une prise en charge avec hébergement. Dans ceux-ci, les toxicomanes sont pris en charge sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif afin de restaurer l'équilibre personnel et l'insertion sociale. Ces centres, en général gérés par des associations, étaient au nombre de 46 en 2001.

Les centres de soins en milieu pénitentiaire (dénommés auparavant « antennes toxicomanie ») coordonnent les actions en faveur des détenus usagers de drogues et préparent leur sortie en liaison avec des institutions extérieures. Ils relèvent du secteur public. On en comptait 16 en 2001.

Les CSST en ambulatoire ou avec hébergement peuvent aussi gérer des appartements thérapeutiques relais (réservés aux personnes en grandes difficultés sanitaires ou sociales), des hébergements de transition ou d'urgence et des réseaux de familles d'accueil. Ces structures permettent à l'utilisateur de faire une « pause », de stabiliser un sevrage ou un traitement de substitution ou encore d'attendre un hébergement stable. Ils accueillent aussi les personnes sortant de prison.

➤ Les « boutiques » et les « sleep-in »

Ce sont des structures d'accueil à « bas seuil » vis-à-vis des toxicomanes les plus marginalisés. Elles ont été créées en 1993 et offrent aux usagers un lieu de repos, des soins de première urgence, une écoute, une assistance sur le plan juridique et administratif et la possibilité d'échanger les seringues. Il y avait, en 2001, 42 « boutiques » et 2 « sleep-in » (hébergement de nuit en urgence), l'un à Paris et l'autre à Marseille (45).

III.2– Le matériel d'injection

La politique de réduction des risques infectieux impulsée par les pouvoirs publics dans les années 1990 a, tout d'abord, été orientée vers la facilitation de l'accès au matériel d'injection stérile. La première mesure prise

dans ce sens est représentée par le décret n° 87-328 du 13 mai 1987 qui autorisait la vente libre des seringues en pharmacie (sans ordonnance, ni justification d'identité, aux personnes de plus de 18 ans). Plus tard, le décret n° 95-255 du 7 mars 1995 légalise l'échange et autorise la distribution de seringues à titre gratuit par toute association à but non lucratif ou personne physique menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues (68). Un dispositif d'accès au matériel d'injection s'est donc progressivement mis en place. Celui-ci repose sur la complémentarité des acteurs qui participent à la politique de réduction des risques : les pharmaciens, les associations gérant un programme d'échange de seringues, les associations gérant les lieux d'accueil.

III.2.1– Les trousse de prévention pour usagers de drogues par voie intraveineuse

De 1992 à 1994, un programme pilote de prévention en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse a été conduit par l'association APOTHICOM. Il reposait sur la distribution en pharmacie des régions PACA et Ile-de-France (régions les plus touchées par le sida) d'une trousse de prévention destinée à favoriser la réduction des risques lors de la pratique de l'injection : le Stéribox® . Il contenait 2 seringues à insuline 100 UI (1 ml), 2 tampons alcoolisés, 2 doses d'eau stérile, un préservatif, des messages de prévention et les numéros verts de Sida Info Service et de Drogues Info Service. Devant le succès de l'expérience, la diffusion du Stéribox® a été étendue à l'ensemble du territoire dès septembre 1994.

De façon à lutter contre la transmission du VIH et des virus des hépatites en cas de partage du matériel de préparation de l'injection, le Stéribox® a été complété par 2 Stéricup® qui contiennent chacun une cupule stérile, un filtre stérile spécial qui s'adapte sur tout type de seringue (Stérfilt®) et un tampon post-injection.

Trois autres trousse sont diffusées par les programmes de prévention : « Le Kit® » sachet, « LeKit® » carton et « Le KAP® » (Kit d'Accès à la Prévention). Leur composition est similaire à celle du Stéribox®.

III.2.2– Les récupérateurs et distributeurs automatiques de seringues (24, 47)

- Les automates

Ils comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues (une trousse de prévention est délivrée en échange d'une seringue usagée), les collecteurs électroniques (un jeton est délivré en échange d'une seringue usagée) et les distributeurs mécaniques (une trousse de prévention est délivrée en échange d'un jeton). En 2001, le territoire français comptait 277 automates (45).

Il existe deux catégories d'automates :

- Le distributeur « voie publique » est installé par définition sur la voie publique, le plus souvent à l'initiative des municipalités, et fonctionne soit comme distributeur-échangeur, soit avec des jetons (distributeur simple). Les trousses de prévention délivrées sont des « Le KAP® » ou des « Le Kit® ». L'approvisionnement de la machine et la remise des jetons sont assurés par l'association porteuse du projet.

- Le distributeur de Stéribox® est accolé à la façade d'une pharmacie et activé aux heures de fermetures de celle-ci. Il fonctionne avec des jetons donnés par les associations ou les pharmaciens. L'accès au matériel de prévention peut ainsi se faire 24 heures sur 24 et l'approvisionnement de la machine est assuré par une association travaillant en partenariat avec les pharmaciens.

- Les récupérateurs simples

Ils sont destinés à éviter la dispersion des seringues usagées sur la voie publique et sont composés d'un coffrage résistant et inamovible dans lequel est installé un récipient à usage unique spécifiquement destiné à recevoir des seringues. Une trappe d'accès étroite permet le passage des seringues dans le récipient. Les employés municipaux sont les seuls à pouvoir accéder à ce récipient.

A Limoges, l'association Toxicomanie Soins Réseaux 87 avait mis en place un projet d'installation d'automates récupérateurs de seringues. Cependant, après avoir acheté le matériel, le projet n'a pu aboutir en raison de certaines réticences des Pouvoirs Publics.

III.3- Les produits de substitution

III.3.1- Historique

Les premières manifestations d'intérêt pour la méthadone en France datent du début des années 1970. Au vu de résultats encourageants observés aux États-Unis et dans certains pays européens, un cadre expérimental de prescription de méthadone est mis en place en 1973. Deux services hospitaliers parisiens (Hôpital Fernand Widal et Hôpital Saint-Anne) ont menés cette expérimentation. Cependant, l'opposition de la majorité des professionnels de la prise en charge de la toxicomanie à ce type de traitement ne favorisera pas le développement de cette pratique thérapeutique.

A la fin des années 1970, les médicaments codéinés (Néo-codion®, Nétux®, etc...) étaient très souvent utilisés en auto-substitution par les héroïno-dépendants. Ces produits de grande accessibilité jouaient alors le rôle de « soupape » non officielle et quelque peu hypocrite, et permettaient de faire croire en la possibilité de se passer de traitements de substitution prescrits (6).

L'épidémie de sida et la politique de réduction des risques qui en découlait ont eu pour conséquence un retour des traitements de substitution sur le devant de la scène. En 1993, une circulaire fixe l'objectif de « diversifier les modes de prise en charge, notamment par le recours à la prescription de méthadone ». Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes pouvaient alors solliciter des places de méthadone. Ils devaient être agréés, offrir d'autres modes de suivi, assurer une prise en charge médico-sociale et se limiter à un maximum de 50 patients. Des règles de prescription ont également été données : les sujets doivent être volontaires, dépendants avérés d'opiacés depuis au moins 5 ans et doivent avoir entrepris sans succès plusieurs cures de sevrages. En 1995, dans le but d'augmenter les capacités de traitements à la méthadone, l'autorisation de délivrance est étendue à tous les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, ils n'ont plus besoin de l'agrément, leur nombre de place n'est plus limitée à 50, la condition de dépendance avérée depuis plus de 5 ans est supprimée et les médecins généralistes libéraux peuvent prescrire de la méthadone dans le cadre du renouvellement d'un traitement initié dans un centre (55). Depuis janvier 2002, l'instauration d'un traitement par méthadone est réalisable en dehors des

centres spécialisés, dans les établissements de santé (sauf aux Urgences).

Il faut noter qu'à la fin des années 1980, des médecins généralistes, quelques hospitaliers et des pharmaciens avaient commencé à développer des pratiques de substitution, en dehors de tout cadre légal, en utilisant la buprénorphine (Temgésic®) et les sulfates de morphine (Moscontin®, Skénan®). Conjointement à la mise en place de coordinations entre acteurs de la lutte contre le sida, ces médecins et pharmaciens s'organiseront peu à peu au sein de réseaux de soins. La démonstration de la faisabilité et de l'intérêt de ces traitements de substitution en médecine de ville sera à l'origine de la mise sur le marché, en 1996, de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) dont la primo-prescription peut être assurée par un médecin de ville (6).

III.3.2- Les objectifs des traitements de substitution

Ces objectifs ont été officiellement définis par une circulaire de mars 1995 qui déterminait trois grands axes :

- ◆ Un axe thérapeutique à visée « curative » : les objectifs étant « de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et de faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ».
- ◆ Un axe concernant la prévention et la réduction des risques : les traitements de substitution doivent « aider à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et favoriser un moindre recours à la voie injectable ».
- ◆ Un axe social : les traitements de substitution doivent contribuer à l'insertion sociale des usagers dépendants.

L'objectif ultime est de « permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance y compris à l'égard des médicaments de substitution ».

Ces objectifs doivent permettre de :

- Faire accéder rapidement une proportion significative des personnes dépendantes à l'héroïne et aux opiacés à une prise en charge associée à la substitution.
- Limiter les risques de surdosages par le double cadre mis en place

(méthadone sous administration contrôlée à l'initiation en centres de soins et buprénorphine prescrite en médecine générale).

- Améliorer l'accès à la prise en charge des maladies graves (notamment VIH et VHC).

- Mettre en place une solution acceptable pour les professionnels de santé des services spécialisés, les médecins et les pharmaciens en tenant compte des conditions d'exercice et des modes de prise en charge.

- Développer une prise en charge globale de la dépendance par les recommandations de travail en réseau. Les traitements de substitution dépassant le champ d'une pratique médicale « classique », il s'agit de mettre en oeuvre un cadre de prise en charge à la fois sanitaire et social qui nécessite la mobilisation et la coordination d'acteurs issus de différents champs d'intervention.

III.3.3- Les produits de substitution

En France, deux médicaments ont reçu une Autorisation de Mise sur le Marché dans l'indication de « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés » : la méthadone et la buprénorphine haut dosage.

■ La méthadone (23, 55, 72)

C'est un agoniste morphinique disponible en France (en dehors des programmes expérimentaux) depuis 1995 et qui se présente sous la forme de sirop non injectable en récipients unidoses de 5, 10, 20, 40 et 60 mg.

La prescription initiale est réservée aux médecins exerçant en Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes et aux médecins exerçant dans un établissement de santé. Le renouvellement peut être effectué par un médecin de ville qui doit être contacté par le médecin ayant établi la primo-prescription. Ce dernier rédige une ordonnance relais qui indique le nom du médecin de ville choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial. Le médecin de ville contactera à son tour le pharmacien d'officine, à nouveau choisi par accord entre le patient et le médecin, qui délivrera la méthadone et dont le nom sera inscrit sur l'ordonnance.

La méthadone est inscrite sur la liste des produits stupéfiants. La

durée maximale de prescription est limitée à 14 jours et la délivrance est fractionnée par période de 7 jours. En cas de nécessité, le médecin peut demander une délivrance quotidienne à la pharmacie d'officine.

La législation fixe des conditions préalables à la prescription : acceptation de certaines contraintes (visites régulières dans l'établissement de santé ou au centre de traitement) et soumission à des analyses urinaires périodiques.

Les propriétés de la méthadone font qu'une dose suffisante empêche l'apparition d'un syndrome de manque et bloque l'effet de l'héroïne consommée parallèlement. En prise régulière, l'effet euphorisant de la méthadone est pratiquement inexistant. Elle n'entraîne pas de phénomène de tolérance, mais provoque néanmoins une dépendance de même type que les autres opiacés. Sa demi-vie longue (24 à 36 heures en moyenne) permet une prise unique quotidienne compatible avec une vie sociale et professionnelle normale.

- La buprénorphine haut dosage (BHD) (13, 23, 55)

La buprénorphine est un morphinique de synthèse doté de propriétés agonistes partielles sur les récepteurs « mu » et de propriétés antagonistes sur les récepteurs « kappa ». La liaison lentement réversible aux récepteurs « mu » minimise de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants. Le syndrome de manque et le désir obsédant de la drogue sont supprimés, sans reproduction des effets euphorisants et de la sensation de « flash » propre à l'héroïne. Il en découle une diminution de l'auto-administration d'héroïne tout en produisant une simple sensation de bien-être qui permet l'acceptation du traitement.

La BHD est commercialisée sous le nom de Subutex® (liste I) et se présente sous la forme de comprimés sublinguaux dosés à 0.4 mg, 2 mg et 8 mg. La voie sublinguale est la seule voie efficace et bien tolérée. La dissolution intervient en 5 à 10 minutes.

Contrairement à la méthadone, tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est habilité à prescrire la BHD, et la législation ne fixe pas de conditions préalables à la prescription. Cependant, certaines recommandations et précautions d'emploi ont été précisées par divers textes du Ministère de la Santé et d'organisations professionnelles telles que : évaluation de l'état et de la

situation du patient avant la mise en place du traitement, suivi régulier et adaptation de la durée de prescription et de la délivrance (fractionnée et quotidienne si besoin), information du patient sur les dangers des injections et de l'association avec les benzodiazépines et/ou l'alcool, prise de contact (en accord avec le patient) avec un pharmacien de référence chargé de la délivrance et inscription du nom de celui-ci sur l'ordonnance, réponse adaptée au besoin éventuel de prise en charge globale du patient avec soutien psychologique et aide sociale (relais auprès d'une équipe spécialisée si besoin), formation des médecins généralistes dans le domaine de la prise en charge des usagers de drogues. Une circulaire du 3 avril 1996 recommande également un travail en réseau avec les centres spécialisés, les pharmaciens et les confrères de ville.

La durée maximale de prescription de la BHD est de 28 jours et la délivrance doit être fractionnée par périodes maximales de 7 jours (sauf mention expresse du prescripteur).

■ Les sulfates de morphine

Les sulfates de morphine ne possèdent pas d'Autorisation de Mise sur le Marché dans l'indication de traitement de substitution et ils sont réservés au traitement de la douleur. Ils peuvent cependant être prescrits à des fins de substitution « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la BHD aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose ». Dans ce cas, le prescripteur doit se soumettre à l'avis du médecin conseil de la sécurité sociale et les ordonnances doivent porter la mention « concertation avec le médecin conseil ». Ce cas de figure peut être utile, par exemple, pour les malades du sida en vue d'une évolution progressive du traitement vers les soins palliatifs.

III.3.4– Les mésusages des traitements de substitution

La méthadone, de part sa forme galénique non injectable et ses modalités de prescription strictes entraîne moins d'usages détournés que la BHD. Cependant, comme pour la BHD injectée, la prise concomitante de benzodiazépines ou d'alcool avec la méthadone peut entraîner des dépressions respiratoires et des surdoses.

Au contraire, l'injection de buprénorphine n'est pas un phénomène rare et, comme pour toute pratique d'injection, expose à des risques de contamination virale. Cette voie d'administration détournée semble être utilisée surtout par les usagers les plus désocialisés et leur principale motivation serait une addiction au « geste d'injection », avant la recherche d'un effet rapide ou d'un « flash ». Cette pratique entraîne divers problèmes dont certains sont liés aux excipients présents dans les comprimés de Subutex® : thromboses veineuses, abcès, phlegmons, nécrose de la peau, candidoses systémiques (55).

La BHD est également consommée en dehors de toute prescription médicale. Près de 10% des utilisateurs de BHD des centres de soins et 45% de ceux fréquentant les structures de bas seuil se sont procuré ce produit au marché noir. Le mode de consommation le plus fréquent dans ce cas est l'injection (65%), puis le « sniff » (40%), la voie sublinguale (34%) et la voie pulmonaire (4%). Parmi ceux utilisant la voie sublinguale, seuls 33% l'utilisent exclusivement (55).

Il a également été observé des cas de recours à plusieurs prescripteurs (en dehors de l'absence du praticien habituel) qui sont motivés soit par un dosage jugé insuffisant par le patient, soit par un objectif de revente au marché noir qui constitue un argument important pour les opposants aux traitements de substitution. Cependant, ce trafic et cette consommation « de rue » aurait l'avantage d'inciter certains toxicomanes à initier un traitement de façon encadrée après avoir « essayé » le produit en dehors de toute prescription (10).

**TROISIÈME PARTIE :
RÉSEAUX DE SANTÉ ET TOXICOMANIE**

TROISIÈME PARTIE :

RÉSEAUX DE SANTÉ ET TOXICOMANIE

I - INTÉRÊT DES PRATIQUES COLLABORATIVES DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA TOXICOMANIE

La problématique de la toxicomanie est plurielle, à multiples facettes, et la toxicomanie est, la plupart du temps, une longue histoire qui a débuté bien avant son expression clinique. Ainsi, il sera souvent difficile à un professionnel isolé de trouver les solutions adéquates et les ressources nécessaires pour répondre de façon efficace aux multiples problèmes de la prise en charge de ce type de patient. Dans ce contexte, le travail en collaboration semble être tout à fait adapté pour apporter rapidement des réponses pertinentes aux professionnels et à la personne suivie. La prise en charge des usagers de drogues va donc demander l'implication de personnes exerçant dans des domaines différents et qui, dans ce contexte, deviendront complémentaires. Il est possible de distinguer deux types de travail en collaboration : le partenariat et le réseau.

I.1- Le partenariat

Le travail en partenariat se distingue du travail en réseau par le fait qu'il se caractérise par une polarisation autour d'un patient donné, à un moment donné. Il apparaît donc comme un mode de fonctionnement ponctuel à propos d'un cas précis. Il impose un contact entre les différents partenaires et demande une certaine coordination ainsi que la présence d'un "pôle organisateur" qui peut être le médecin ou le centre spécialisé. Ce "pôle organisateur" doit acquérir la connaissance du travail de ceux vers qui il veut orienter son patient afin de justifier au mieux ses choix auprès de ce dernier, ainsi que pour mettre à jour ses éventuelles réticences et les modifier (31).

Ce type de travail en partenariat se retrouve souvent dans la prise en charge des toxicomanes à l'aide des traitements de substitution. En effet, en médecine de ville, les recommandations données pour la délivrance du Subutex® favorise les relations et les prises de contact entre le médecin généraliste et son

principal partenaire, le pharmacien d'officine (30).

I.2- Le réseau

On peut considérer que le travail en réseau englobe la notion de partenariat. Cependant, à la différence du partenariat, le réseau n'a pas pour fonction première de participer directement à la prise en charge d'un patient précis, mais il y collabore grandement de par les éléments globaux qu'il permet d'obtenir.

Le travail en réseau est utile et bénéfique dans de nombreux problèmes sanitaires et le nombre de réseaux existants sur des thèmes variés (hépatites, sida, soins palliatifs, diabète, périnatalité, gérontologie, santé mentale, etc...) montre que ce mode de travail est nécessaire pour la prise en charge de certaines pathologies lourdes demandant une intervention pluridisciplinaire.

A ce titre, la toxicomanie apparaît comme une problématique se prêtant particulièrement bien à ce type de travail. Son caractère multiforme met en jeu des aspects médicaux somatiques et psychologiques, mais aussi sociaux.

Les problèmes somatiques sont représentés par les situations d'urgence (surdoses, chocs anaphylactiques) et par les pathologies associées, infectieuses ou non. Nous avons vu l'importance des infections virales (VIH, hépatites) qui demandent, bien entendu, un traitement lorsqu'elles sont déclarées, mais qui impliquent également un important travail de prévention et d'information en direction, entre autres, des usagers de drogues. Il en est de même en ce qui concerne les infections bactériennes qui, même si elles ont un impact sanitaire moindre, nécessitent, là encore, un travail dans le cadre de la prévention et de la réduction des risques. Celui-ci peut être effectué à différents niveaux et par des personnes exerçant leur activité dans des cadres divers : professionnels du secteur médical ou non, associations, autorités administratives, etc...

Des problèmes psychologiques et psychiatriques peuvent apparaître au cours du suivi d'un patient toxicomane. Il sont fréquents et peuvent être de gravité variable. Il faut savoir les repérer et orienter éventuellement le patient vers une consultation psychiatrique afin de découvrir l'étiologie de ces troubles et de mettre en place un suivi psychologique qui sera souvent indispensable à une

évolution favorable du patient. Le secteur psychiatrique, public ou libéral, aura donc une place essentielle dans la prise en charge des usagers de drogues, et les professionnels, tels les médecins généralistes et les pharmaciens, susceptibles de rencontrer de façon régulière les toxicomanes en traitement de substitution ou non devront savoir déceler à temps des éventuelles décompensations psychiatriques.

La prise en compte des problèmes sociaux et leurs solutions sont d'une grande importance dans le traitement de la toxicomanie du fait de la forte précarité souvent rencontrée chez les usagers de drogues. Ainsi, pour une prise en charge efficace et bénéfique des toxicomanes, il est fondamental de résoudre certains problèmes sociaux, que ce soit à court terme (hébergement d'urgence, couverture sociale), à moyen terme (proposition d'activités diverses, démarches pour obtenir un revenu d'insertion, etc...) ou à long terme (formation professionnelle, accession à un logement autonome, etc...). Là encore, il sera important de savoir orienter correctement la personne vers les travailleurs sociaux lorsque leur situation le demandera. L'aspect relationnel sera de nouveau essentiel afin de mettre à jour ces difficultés sociales (31).

I.3- Les acteurs du réseau

Le principe du concept de travail en réseau implique qu'il n'existe pas de sélection pour adhérer à cette pratique. Il n'y a pas non plus de profession privilégiée, ni de lieu d'exercice bien défini. La motivation principale de chaque acteur doit être personnelle : il faut que chacun ait une certaine connaissance de ses compétences et de ses limites, ainsi qu'un certain désir de travailler en équipe afin d'améliorer sa pratique et le service rendu à son patient et à la population. Un deuxième élément de motivation sera apporté par l'environnement. C'est la prise de conscience de l'état de santé de la population environnante et de la situation locale à différents niveaux (politique, associatif, etc...) qui incite à envisager un mode de travail adapté. Enfin, la présence d'autres acteurs, de santé ou non, intéressés par ce mode de travail sera, bien sûr, essentielle (62).

Au vu des éléments énumérés précédemment, il apparaît que les personnes susceptibles de participer à un réseau toxicomanie peuvent provenir d'horizons très divers.

Le secteur spécialisé présent dans les réseaux est représenté par :

- Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes qui comprennent des médecins, des infirmiers, des éducateurs, des assistants sociaux, des psychologues.
- Les centres de postcure
- Les « boutiques » et les « sleep in »
- Les dispositifs complémentaires qui peuvent disposer d'appartements thérapeutiques, de réseaux de familles d'accueil ou de solutions d'hébergement d'urgence.
- Les équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (Ecimud) qui sont basées à l'hôpital et qui participent, à la demande, à la prise en charge de tout patient toxicomane admis dans un service quelconque de l'hôpital pour faciliter le séjour, limiter les sorties contre avis médical.
- Les groupes de patients et autosupport parmi lesquels on peut citer AIDES et ASUD (AutoSupport des Usagers de Drogues). Les patients en phase de gestion du manque ou de la toxicomanie peuvent bénéficier utilement de ces structures qui sont souvent partie prenante des programmes d'échange de seringues et des « boutiques ».

Le secteur non spécialisé est représenté par :

- Les partenaires médicaux et paramédicaux : ce sont les médecins généralistes et scolaires, les pharmaciens d'officines, les infirmiers, l'hôpital, les maisons de repos médicalisées, les psychiatres libéraux.
- Les partenaires sociaux : travailleurs sociaux de quartier tels les assistantes sociales, les éducateurs de prévention et les intervenants de proximité.
- Les acteurs judiciaires et policiers : ce sont les services de la maison d'arrêt, les comités de probation et d'aide aux libérés, les équipes d'injonction thérapeutique.

II – FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX TOXICOMANIE

II.1– La charte du réseau

La charte est un texte définissant les objectifs du réseau, ses moyens et ses modalités d'intervention. Elle doit définir les options éthiques, les droits et les devoirs des membres adhérents, aussi bien entre eux que vis-à-vis des personnes suivies. Les membres devront accepter cette charte pour faire partie du réseau.

C'est aussi une charte de reconnaissance de notre semblable comme « sujet parlant et non comme objet de soins » et de la prise en compte de son vécu et de son environnement propre avec, comme condition principale, l'acceptation du sujet pour une prise en charge au sein du réseau. La charte engage les adhérents envers les patients, mais aussi envers les autres partenaires du réseau. Elle incite à un questionnement sur les pratiques et leurs possibles évolutions, ainsi qu'à la reconnaissance des éventuelles erreurs (21).

P. Poloméni cite un **exemple de charte** ouverte, inspirée d'un projet de la Coordination Nationale des Réseaux et de plusieurs autres chartes locales ou régionales (61) :

- La personne malade est au centre des préoccupations des professionnels et doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans discrimination.
- La personne malade est respectée dans ses croyances, sa culture, ses choix philosophiques, politiques et religieux, sa sexualité, ses choix de vie. Elle est et reste citoyenne au-delà de la maladie.
- Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informée que celui-ci ne travaille pas seul. Une orientation sera possible qu'après information complète et accord du patient.
- Le travail en réseau doit garantir la confidentialité des éléments la concernant.
- La personne malade est libre de ses choix. Le réseau n'a pas pour objet d'imposer un parcours spécifique.
- La situation administrative d'une personne malade ne peut être prétexte à un refus de prise en charge.

- La finalité du réseau n'a pas pour objet la résolution des problèmes des soignants, mais est la garantie d'un accès à des soins de qualité, et la lutte contre l'exclusion sociale des personnes malades.
- Le réseau ne gère pas une maladie. Il offre à la personne la diversité des compétences des acteurs du réseau.
- Il n'y a pas de hiérarchie dans le réseau, et le décloisonnement se traduit par des pratiques pluridisciplinaires.
- Le réseau réunit des professionnels libéraux et des professionnels du secteur privé et publique, et tous les professionnels du champs médico-social qui veulent coordonner leurs actions. Il ne dissocie pas le médical et le social.
- Il garantit son autonomie et sa démocratie (association loi 1901), et recherche des financements divers publiques et privés.
- Il naît de la volonté de ses acteurs et se construit dans le partenariat, avec tous ceux qui ont pour mission la santé et la protection sociale de la population.
- Il développe une action de proximité. Structure souple, adaptable aux spécificités des populations qu'il rencontre.
- Il participe à des actions de santé publique.
- Il doit pouvoir être évalué par les pouvoirs publiques après accord sur les modalités de cette évaluation.
- La coordination des savoir-faire des professionnels travaillant en réseau doit permettre d'aborder la souffrance de la personne dans sa dimension médico-psycho-sociale.

Travailler en réseau :

- c'est apprendre à connaître et à utiliser le savoir-faire des différents professionnels sans investir leurs champs.
- c'est guider la personne malade vers celui ou celle qui apparaît comme la plus compétente pour résoudre le problème identifié et ce, dans le respect du secret professionnel.
- c'est se former ensemble, partager son expérience, confronter ses pratiques, accepter de modifier sa pratique professionnelle pour l'adapter à la réalité des situations rencontrées.

- c'est accepter l'évaluation de ses pratiques.
- c'est concourir à décroiser le système médico-social et construire une approche communautaire de la santé dans sa dimension médicale, psychologique et sociale.
- c'est lutter contre les discriminations, les mécanismes et les stigmatisations qui conduisent à l'exclusion.

Cette charte est un des éléments qui permettent aux réseaux de se développer et de durer. En effet, lors de la création du réseau, les fondateurs sont d'accord sur ces grands principes, mais, plus tard, quand certains de ces membres fondateurs sont partis et que d'autres sont arrivés, la charte reste garante de ce qui allait de soi au départ et qu'il est toujours bon de rappeler. La charte est un instrument de pérennisation important du réseau, même si elle reste un outil révisable et évolutif (38).

II.2- Les financements du réseau

Le financement n'est pas obligatoire. Cependant, cette aide facilite le fonctionnement des réseaux. Il y a différentes possibilités de sources de financements :

■ Financements publics :

Là encore, les possibilités sont multiples et le financement peut provenir de l'État, du ministère, de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), de la DRASS, des DDASS, des collectivités territoriales, des communes, des départements, des régions, de l'Union Européenne, etc...

■ Financements privés :

Ils peuvent provenir de particuliers, de laboratoires pharmaceutiques, de mutuelles, d'assurances, d'industriels, etc...

■ Financements par l'assurance maladie :

Il s'agit des fonds d'actions sanitaires et sociales des caisses d'Assurance Maladie et de la CRAM, et du Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS)

- Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) (78)

Il a été créé par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 1999, et le décret n°99-940 du 12 novembre 1999 en fixe les modalités de fonctionnement. Le FAQSV a pour objectif d'apporter une aide en vue d'améliorer d'une part la qualité et la coordination des soins dispensés en ville, et d'autre part les pratiques professionnelles et leur évaluation. Il doit permettre la mise en place et le développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

Il est attribué soit à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral, soit à un regroupement de ces professionnels quelle que soit leur forme juridique. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 étend ce dispositif aux centres de santé. Il faut noter que les actions initiées par les établissements de santé peuvent bénéficier du FAQSV dès lors que le projet implique un ensemble composé majoritairement de professionnels de santé exerçant en ville.

Le FAQSV permet de financer des dépenses d'équipements (locaux, matériels), des dépenses d'études et de recherches (notamment les études préalables de faisabilité à la mise en place de réseaux), les frais d'évaluation, les aides au démarrage et certains frais de fonctionnement pendant un ou deux ans pour les réseaux d'origine ambulatoire les plus innovant.

Le FAQSV est appelé à disparaître fin 2006 (60).

- La Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR)

Ce nouveau moyen de financement des réseaux a été créé par la loi du 21 décembre 2001 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2002 et succède au dispositif expérimental connu sous le nom de « réseaux Soubie ». L'enveloppe globale, et nationale, est ensuite déclinée au niveau régional et devient la Dotation Régionale de Développement des réseaux (DRDR).

Ce fond vise à mettre en place de nouvelles formes de prise en charge des malades en favorisant la coordination entre professionnels de santé, ainsi que l'éducation thérapeutique et la prévention.

L'intérêt de la DNDR réside dans sa possibilité de prendre en charge des éléments qui ne pouvaient pas être financés jusqu'à présent de manière

pérenne :

- La coordination : dédommagement des participants aux réunions de coordination, salaire du coordinateur, secrétariat propre au réseau.
- Les actions collectives de prévention (réunions d'éducation thérapeutique), hors possibilités du FNPEIS et du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale.
- La formation pluridisciplinaire propre aux actions du réseau hors formation conventionnelle.
- La rémunération des professionnels de santé qui réaliseraient des actes et prises en charge hors champs conventionnel et hors nomenclature dans le cadre du réseau de santé (dérogations tarifaires).
- L'élargissement des taux de prise en charge des soins pour les assurés (100%, ticket modérateur).

II.3- La coordination (38, 61)

La DNDR prévoit, comme nous l'avons vu, le financement des fonctions de coordination. Cependant, les textes et financements précédents permettaient également aux réseaux ville-hôpital-toxicomanie d'obtenir un mi-temps de coordinateur. Tous les réseaux n'optent pas pour cette modalité de fonctionnement qui apporte pourtant une visibilité et une activité plus claire.

Cette fonction de coordination est souvent effectuée dans un premier temps par le « père fondateur » du réseau. Mais c'est une fonction qui demande un investissement important en temps et qui va s'accroître avec l'évolution et l'extension du réseau. Les financements accordés par l'État aux réseaux toxicomanie (circulaire de 1994) avaient pour but de permettre la rémunération d'un médecin « référent ville » et d'un médecin « référent hôpital ». Mais la fonction de coordination est plus complexe et finit, avec le temps, par se décomposer en fonctions diverses qui peuvent être assumées par des professionnels très différents :

- La régulation des patients entre les divers membres du réseau.
- La communication.
- L'organisation des formations des divers types de professionnels.

- L'organisation des pratiques des professionnels du réseau au niveau, par exemple, des protocoles de soins ou du dossier médical commun.
- La coordination des activités liées aux relations avec les institutions environnantes et partenaires.
- Une réflexion stratégique sur les développements possibles, les orientations futures, l'avenir du réseau (ouvertures vers d'autres pathologies ou d'autres types de professionnels, élargissement de son territoire, recherche de nouveaux moyens de financements, etc...). Cette fonction peut être dévolue à un comité de pilotage regroupant divers type de professionnels.

La circulaire de 1994 a permis la création de postes de praticiens hospitaliers à temps partiel pour encourager le travail en réseau. Le budget accordé a cependant été le plus souvent attribué à l'hôpital de secteur. L'idée d'une professionnalisation, d'une pérennisation et d'une sécurisation de postes de coordinateurs a été freiné par la méfiance des libéraux qui se sont, d'une part, sentis « dépossédés » d'une reconnaissance budgétaire et, d'autre part, par une utilisation parfois non conforme à leur destination initiale de ces budgets par l'administration hospitalière locale.

Parfois, la mission de coordination peut être assurée par un professionnel non médecin, ceci pour une meilleure adaptation au contexte local. Par exemple, une assistante sociale sera préférable pour un réseau très axé sur la précarité. Cependant, afin d'être le plus efficace possible, le coordinateur devra bien connaître la région, les acteurs de santé et les partenaires administratifs.

Depuis 2002, un diplôme universitaire de coordinateur existe. Il s'agit d'un DESS sur l'Université d'Aix-Marseille. Cette reconnaissance universitaire concourt à la reconnaissance générale de ce mode de travail.

II.4- L'évaluation

Les textes récents concernant les réseaux de santé, et notamment le décret du 17 décembre 2002, insistent sur la nécessité de l'évaluation des réseaux. Celle-ci peut être externe ou interne.

L'évaluation externe a pour but de déterminer les effets de l'action pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon plus ou moins

importante ou l'arrêter. Elle est demandée par les financeurs, les autorités de tutelle ou des usagers. Elle intervient périodiquement et permet aux instances extérieures, mais aussi aux acteurs du réseau de connaître les performances de celui-ci et d'en comprendre les déterminants. Une évaluation externe favorable au réseau en terme de résultats peut jouer un rôle majeur dans le renforcement de la position des acteurs (4).

L'évaluation interne est un processus itératif, voire continu, et interactif. Elle permet aux acteurs et aux partenaires du réseau de mieux connaître leur propre fonctionnement afin de pouvoir réagir en conséquence. Elle constitue un instrument opérationnel permettant de faire un auto-contrôle des résultats pouvant conduire à un ajustement des comportements. Elle permet de responsabiliser les acteurs sur leurs performances, aussi bien en termes de procédures mises en oeuvre, que de résultats et de coûts. Elle incite les acteurs à entrer dans un processus de gestion de la qualité, elle leur permet de piloter le dispositif et de vérifier s'ils ne s'écartent pas de leurs objectifs initiaux (4). Cet outil de suivi et d'évaluation semble avoir un impact important sur la rapidité d'évolution d'un réseau. Les évaluateurs, qui doivent avoir un regard extérieur ou nouveau, permettent à des professionnels trop impliqués dans le quotidien de prendre du recul par rapport à leurs pratiques (38).

Une troisième possibilité consiste à réunir, au sein d'un « comité de pilotage de l'évaluation », les représentants des acteurs du réseau, ceux des instances extérieures ainsi que des experts en évaluation ayant diverses compétences. Le comité de pilotage fait alors appel à des méthodologistes chargés de l'évaluation, afin de construire, en concertation, un cadre unique d'évaluation. Celle-ci devient alors à la fois externe et interne, participative et interactive. Le comité de pilotage, instance mixte et pluridisciplinaire, garantit l'indépendance, la rigueur scientifique et l'efficacité de l'évaluation en rendant les conclusions opérationnelles (4).

D'une manière générale, l'évaluation doit répondre à six questions :

- ◆ Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- ◆ Quelle est la qualité des processus mis en oeuvre et des résultats atteints ?
- ◆ Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?

- ◆ Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et des résultats ?
- ◆ Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?
- ◆ Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?

II.5– L'intervision (12, 48)

L'intervision est apparue en Belgique où elle faisait partie du programme de soins dans les thérapies systémiques. Les soignants belges ont intégré cette pratique aux traitements de substitution lorsqu'ils ont eu la possibilité de prescrire de la méthadone. En France, l'introduction du subutex® et le développement des traitements à la méthadone ont incités certains professionnels (en particulier dans le nord du pays) à reprendre ce mode de travail.

Il s'agit de réunions, centrées sur la substitution, et autour de un à plusieurs cas cliniques. Les principaux intervenants invités sont ceux qui s'occupent de ces cas cliniques. Ils seront donc directement concernés par l'intervision à laquelle ils sont conviés. En général, l'élément central de ces réunions est représenté par le trio médecin généraliste-pharmacien-intervenant de centre spécialisé de soins en toxicomanie, mais l'intervision reste ouverte, en fonction des situations, à d'autres acteurs, professionnels ou non, issus de la ville ou de l'hôpital (associations, infirmiers, internes, assistants sociaux, psychologues, psychiatres, médecins alcoologues, éducateurs, etc...)

La fréquence des rencontres d'intervision est variable et est fixée soit en fonction des séances prévues à l'instauration du traitement, soit à la demande de l'un ou l'autre thérapeute. Elle sont souvent coordonnées et animées par un médecin généraliste et un médecin psychiatre dans une position neutre garantissant à l'ensemble des participants une acquisition de savoirs opérationnels dans les pratiques psychothérapeutiques adaptées à leur cadre de travail habituel.

L'intervision permet aux participants d'apprendre à se connaître, se reconnaître, d'échanger des savoir-faire et des savoir-être, d'améliorer la prise en charge du sujet par une recherche de cohérence et de complémentarité. Elle ne met pas la chimie au centre du problème, mais privilégie une approche globale de la personne. C'est un lieu de paroles où l'on doit être à l'écoute des besoins de

chacun.

L'intervision a pour objectifs :

- ✓ De garantir une prise en charge globale et coordonnée des patients en harmonisant et en structurant les interventions des différents partenaires, dans le respect des spécificités de chacun et de celles du patient. Il y a une mise en commun des expériences, un partage des points de vue et une recherche de cohérence. Il s'agit d'un espace de régulation plaçant le patient au centre du dispositif.
- ✓ De renforcer le niveau de formation des professionnels de santé et du champ socio-éducatif. Ainsi, la présence de médecins expérimentés et d'autres débutants dans la prise en charge de patients toxicomanes permet la diffusion du savoir-faire. Il y a création d'un nouvel espace de formation continue qui permet d'aborder des aspects autres que les traitements de substitution : utilisation des médicaments psychotropes, prise en charge des patients atteints par l'hépatite C, actions de prévention et d'éducation du patient, etc...
- ✓ De mieux faire circuler l'information aux et entre les professionnels.
- ✓ De créer une ouverture vers l'autre permettant ainsi la rencontre, et souvent la découverte, de professionnels qui peuvent être confortés et valorisés dans leur qualité de soignants.

Malgré tous ces atouts, l'intervision possède néanmoins quelques points faibles :

- ✓ La dilution des responsabilités : à une responsabilité individuelle se substitue une responsabilité collective qui peut mettre les participants dans l'incapacité de prendre une décision qu'ils auraient facilement prise autrement.
- ✓ La réticence quant au partage avec d'autres intervenants par rapport à certaines difficultés.
- ✓ L'épuisement : ici, le risque réside dans le fait que ces pratiques peuvent devenir ennuyeuses et obligatoires avec toutes les contraintes liées aux lourdeurs administratives, alors qu'elles sont censées être un lieu de

ressourcement et de soutien.

III - LA PLACE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE VILLE AU SEIN DES RÉSEAUX TOXICOMANIE

Pendant de nombreuses années, la prise en charge des usagers de drogues était surtout réalisée par le dispositif public et spécialisé. Dans les années 1980, le médecin généraliste recevait des toxicomanes venus chercher une aide sous la forme d'une prescription de produits opiacés (morphiniques, codéïne, dextromoramide, dextropropoxyphène) pour traiter les symptômes de manque, mais aussi de psychotropes pour dormir, pour tenir. Certains demandaient une aide pour vraiment essayer d'arrêter leur consommation. Pour d'autres, la principale motivation était de se faire suivre par un médecin afin d'échapper à la justice. Selon les situations, le médecin généraliste dirigeait alors son patient vers les urgences, une consultation de psychiatrie de secteur ou un centre de soin pour toxicomanes où il lui sera proposé de rencontrer un psychologue et/ou un travailleur social ou d'amorcer un processus de sevrage (82).

De son côté, le pharmacien d'officine rencontrait le toxicomane quand celui-ci venait acheter des codéinés en vente libre (Néo-codion®) ou du Ribomunyl® injectable dans le but de récupérer la seringue contenue dans cette spécialité. Ces échanges, la plupart du temps très brefs, sont peu favorables à l'instauration d'une discussion et ne laissent que très peu de temps pour donner d'éventuels conseils de prévention. La politique de réduction des risques amorcée en 1987 avec la mise en vente libre des seringues amplifie le rôle du pharmacien en tant qu'acteur majeur de prévention.

La mise sur le marché des traitements de substitution à partir de 1995 a permis aux médecins et aux pharmaciens de ville de s'impliquer de façon beaucoup plus importante dans la prise en charge des toxicomanes en ambulatoire.

III.1 - Le médecin généraliste

En 2002, le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution par la méthadone était d'environ 15500 (8), dont plus de 6000 était

suivis par leur médecin généraliste contre quelques centaines seulement en 1995 (56).

Les cabinets de médecine représentent une structure dense et répartie sur tout le territoire français. Le toxicomane perçoit le cabinet médical comme étant plus souple et parfois plus accessible que les centres spécialisés. Le médecin généraliste est vu comme un acteur de proximité ayant une bonne connaissance de la réalité et de la population locale. Ils permettent une prise en charge en dehors d'une structure spécialisée, le toxicomane pourra consulter son médecin traitant comme les autres patients.

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 leur condition d'utilisation par 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. Les médecins généralistes permettent également aux patients de parler de leur toxicomanie à partir d'une consultation portant sur un problème physique, notamment une complication, et d'aborder le problème de la dépendance et de ses aspects psychiques (58).

Lors de la prise en charge d'un toxicomane par un médecin généraliste, le premier mois est important car il permet de mettre en place le traitement, de consolider le lien thérapeutique, de délimiter le champ d'action et d'évaluer la nécessité de faire appel à d'autres intervenants, que ce soit pour des problèmes médicaux (dentaires, dermatologiques, ophtalmologiques, gynécologiques) ou psychologiques. Au cours de cette période initiale, les rendez-vous sont rapprochés ce qui constitue une période propice pour inciter le patient à faire des démarches socioprofessionnelles si elles sont nécessaires et l'orienter vers des assistants sociaux. Il faut alors savoir l'encourager dans ce parcours, mais ne pas se substituer à lui dans les décisions qu'il sera amené à prendre.

Il faut aussi savoir maintenir la relation médecin-patient-pharmacien, et lui ré-expliquer la nécessité de celle-ci pour un meilleur suivi. La mise à contribution de plusieurs intervenants permet d'occuper le patient, de le remettre dans un monde de relations réelles avec ses règles, ses obligations et aussi ses

bienfaits (lien social et lien affectif). Elle permet également une focalisation moindre sur le médecin avec ses risques d'échec (59).

La mise sur le marché de la méthadone et de la BHD a constitué une avancée importante pour les usagers de drogues désireux de sortir de leur toxicomanie et de ses aspects aliénants. Elle a entraîné également une sensibilisation des médecins généralistes à ce problème. Depuis 1985, on observe une hausse constante du nombre de médecins déclarant une activité liée à la toxicomanie en dehors du cabinet, connaissant l'existence des réseaux ou en faisant partie. Ils sont de plus en plus nombreux à avoir suivi une formation dans ce domaine et le nombre moyen de toxicomanes reçus est en augmentation. Le nombre d'usagers d'opiacés vus par les médecins est d'autant plus important que ceux-ci exercent en milieu urbain, qu'ils connaissent l'existence de réseaux et qu'ils s'estiment formés à la prise en charge de la toxicomanie. En outre, les médecins formés et ceux exerçant en réseaux sont plus souvent convaincus que leurs confrères que la prise en charge des toxicomanes en ville est possible (53). Cette opinion semble confirmée par des études (22, 27) qui montrent que la prise en charge ambulatoire des patients toxicomanes par des médecins généralistes est réalisable dans de bonnes conditions et que cette modalité thérapeutique constitue un apport certain, sous réserve d'une formation adaptée des praticiens et d'un fonctionnement en réseau.

D'autres études (10, 30) ont montré que l'utilisation des traitements de substitution en médecine de ville a un impact globalement positif sur l'amélioration de la vie sociale et de l'insertion professionnelle des patients suivis. Là encore, cet effet est d'autant plus important que les médecins pratiquent en réseaux. En outre, les consommateurs d'opiacés considèrent que le réseau favorise un meilleur accompagnement car il est plus global, enrichi des expériences et opinions des confrères et permet l'intervention de protagonistes différents (30).

Cette affirmation réitérée de l'utilité du travail en réseau montre que, même si la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville est possible, le caractère multidimensionnel (bio-psycho-social) de cette pathologie nécessite des interventions complémentaires au « simple » traitement médical. En particulier, la prise en charge psychologique semble d'une importance capitale dans la réussite

d'un traitement de substitution.

III.2 – Le pharmacien d'officine

Les pharmaciens d'officine sont très souvent en contact avec les toxicomanes lors de la délivrance des médicaments, des préservatifs et des seringues. Ils vendent la grande majorité du matériel d'injection utilisé par les usagers de drogues. Il est intéressant de noter que, d'après une enquête de l'IREP de 1988, 23% des pharmaciens vendaient déjà des seringues aux toxicomanes avant 1987, ce qui suggère un engagement de leur part dans la politique de réduction des risques avant que cette vente soit légalisée (58). Ils sont dans une position préférentielle pour appliquer cette politique et ont un rôle important à jouer dans la prévention.

Les outils à leur disposition sont, bien sûr, représentés par le matériel d'injection stérile que ce soit les seringues à l'unité ou les Stéribox®, mais l'espace officinal lui-même peut être utilisé pour diffuser les messages de prévention, que ce soit sous forme d'affiches, de prospectus, ou de vitrines thématiques par exemple.

Une prise de contact favorable et un dialogue permettent aussi de faire passer certains conseils, surtout aux toxicomanes non traités, qui ne fréquentent que rarement les services de soins et qui, souvent, n'ont comme informations concernant les pratiques intraveineuses que celles qui leur sont transmises par d'autres utilisateurs. Ces sources d'informations contiennent des idées fausses, liées au caractère illicite de cette pratique. Dans les pays où les pharmaciens ont été des acteurs de prévention lors de l'achat de la seringue (Australie, Pays Basque espagnol) les comportements des usagers de drogues se sont modifiés de façon significative (5). La position stratégique des pharmacies permet également d'atteindre les populations les plus marginalisées pour les intégrer dans le système de soins « tout public ».

Tout comme pour les médecins généralistes, les traitements de substitution ont renforcés et élargis le champs d'action des pharmaciens d'officine. En matière de poison, le pharmacien a toujours été considéré comme le « gardien du temple », et les pharmacies forment des unités stables, réparties

harmonieusement sur le territoire, proches des habitants et à l'écoute de leurs besoins, c'est pour ces raisons que toxicomanes et prescripteurs se sont naturellement tournés vers elles pour la délivrance de produits de substitution (39).

Pour le patient, la délivrance en officine a pour intérêt la proximité du service, un large accès au traitement et permet d'éviter la stigmatisation associée à la fréquentation des centres spécialisés.

Nous avons déjà souligné que la toxicomanie est une problématique nécessitant un travail en réseau. Au sein de celui-ci, le pharmacien a un rôle important à jouer, ceci d'autant plus que, dans la toxicomanie, c'est le patient que l'on encadre (et non une pathologie comme dans le diabète, par exemple). Il faut savoir montrer à la personne suivie qu'il existe une collaboration étroite entre le médecin et le pharmacien. De plus, les traitements sont susceptibles d'entraîner des modifications de comportement : dépression ou agressivité. Du fait de la délivrance, qui sera parfois quotidienne, le pharmacien est en première ligne pour les dépister et en informer les prescripteurs. Il en est de même dans le cas où il s'avère qu'un ajustement de la posologie est nécessaire (69). Le temps de la dispensation du médicament de substitution peut permettre une discussion d'aspect informel, mais pendant laquelle le patient livre des plaintes et des besoins qui permettront au pharmacien de l'orienter vers les personnes et les structures qui lui seront utiles.

La prise en charge des usagers de drogues dans les officines implique de se poser un cadre de travail, à la fois ferme et tolérant, sans négliger l'empathie, sur les venues du patient, le respect de la file d'attente, des autres clients et du lieu, la discrétion de la délivrance du produit. Il faudra également s'organiser au niveau du nombre de patients suivis par rapport au mode de dispensation (fractionné, hebdomadaire, mensuel), du nombre de fractionnement, du personnel pratiquant la délivrance, de la fiche de suivi du patient, etc... (31).

La toxicomanie débute très souvent à l'adolescence et, pour cette raison, le pharmacien d'officine a également un rôle à jouer auprès des parents qui viennent lui poser des questions, lui faire part de leurs craintes. Il se doit de

les soutenir, de leur faire comprendre qu'il est normal qu'un adolescent ait parfois une conduite à risques et qu'il ne faut pas dramatiser, mais qu'il faut rester vigilant. Le pharmacien risque d'être de plus en plus souvent interrogé sur ce sujet, et il doit avoir un minimum de connaissances en toxicomanie afin de pouvoir répondre judicieusement aux questions que peuvent se poser certains parents. Il faut aussi savoir les orienter correctement s'ils désirent demander de l'aide à des personnes ou des structures spécialisées.

Globalement, tous ces aspects qui caractérisent le suivi des toxicomanes en pharmacie de ville montre que le réseau est utile au pharmacien de part la connaissance qu'il apporte des autres partenaires, la formation et l'information technique qu'il diffuse, l'échange enrichissant des différentes expériences des membres et le soutien qu'il est susceptible d'apporter en cas de difficultés ou de découragement devant certains échecs, au niveau relationnel par exemple.

A l'inverse, le pharmacien montre qu'il a sa place dans les réseaux car il est passé d'un rôle passif de dispensation et de contrôle à un rôle actif de prise en charge conjointe, qui ne peut se faire correctement que par l'acceptation d'une formation approfondie.

Le nouveau mode de financement des réseaux, la Dotation Nationale de Développement des Réseaux, devrait permettre aux pharmaciens de s'investir de plus en plus dans les réseaux car elle permet de rémunérer des actes spécifiques, ce qui incite Dominique Brasseur, le « Monsieur Réseau » du conseil de l'Ordre, à insister pour que les pharmaciens profitent de ce fait nouveau pour « *investir utilement ce champ d'innovation professionnelle* » (60). La formation, qui ne donnait aucune reconnaissance aux pharmaciens, notamment en termes de financement, pourra également être rémunérée.

III.3- Les problèmes liés au mode de travail en réseau

Malgré tous les avantages que comporte la pratique pluridisciplinaire, des problèmes liés à ce mode de travail peuvent apparaître chez certains intervenants. Ainsi, les habitudes de travail individuelles des professionnels libéraux peuvent être un frein à leur investissement dans les réseaux. En fonction

de la personnalité de chacun, la motivation et l'adaptation à un travail collectif se fera plus ou moins facilement. La peur de perdre une certaine indépendance professionnelle peut engendrer soit un manque d'adhésion, soit une démobilité au sein du réseau. De la même façon, certains craignent la prégnance du contrôle social limitant la liberté de la personne malade (82).

Le problème du temps nécessaire, d'une part à une prise en charge correcte du patient toxicomane, et d'autre part aux obligations dues au travail en réseau (formation, intervision, réunions de réseau, etc...) constitue également un important facteur de démobilité. De la même façon, la méconnaissance du travail, de la logique et de l'éthique de chaque intervenant peut être source d'incompréhension, voire de conflit, et le changement fréquent des travailleurs sociaux qui oblige à recommencer à se connaître, se reconnaître et se mettre en confiance peut être source de démotivation (82).

Enfin, la peur de voir le secret professionnel mal partagé et mal protégé au sein d'un réseau est un souci pour beaucoup de professionnels de santé et soulève le problème du partage d'information.

- Réseau et partage d'informations (34)

La transmission de l'information est fondamentale entre les membres d'un réseau et, si les praticiens exerçants dans certaines structures (hôpitaux, centres de soins, etc...) sont habitués et savent maîtriser les échanges d'informations, il n'en est pas obligatoirement de même pour les praticiens libéraux qui travaillent la plupart du temps seuls.

Les informations amenées à circuler au sein d'un réseau toxicomanie sont de différentes natures, médicales, sociales, comportementales, en fonction des situations et des besoins dans des registres aussi divers que les traitements médicaux, l'hébergement, les aides sociales, les suivis psychothérapeutiques, etc... Que cette information circule par écrit ou oralement, il faut savoir analyser certains points avant de la transmettre :

- Qui demande l'information ?

La connaissance du demandeur permet de savoir quelles sont les données qui lui seront nécessaires. Ainsi, il sera, par exemple, inutile de donner des renseignements de nature médicale à un service d'hébergement qui n'a pas de médecin dans l'établissement.

- Qui donne les informations ?

Il faut savoir donner des informations justes et appartenant à son champ de compétence. Si ce n'est pas le cas, celles-ci risquent d'être insuffisantes, mal transmises, ou fausses.

- La personne qui reçoit l'information est-elle le bon destinataire ?

Cela pose le problème de la capacité qu'a la personne qui reçoit l'information à la traiter dans son champ de compétence. Cette question se pose, par exemple, chaque fois que l'on adresse un fax où il n'est pas toujours possible de savoir qui le lira.

- L'information demandée ou donnée est-elle transmissible ?

Il faut savoir si elle est ou non contrainte par le secret professionnel, si elle est utile à la construction de la prise en charge, si elle ne trahit pas la confiance de l'utilisateur et si ces conséquences ne risquent pas de causer un préjudice au patient.

L'information transmise au sein du réseau doit être, chaque fois que possible, domestiquée et échangée dans des temps et des lieux prévus pour elle. Il faut s'assurer que l'utilisateur accepte qu'une information le concernant soit transmise et qu'il est conscient de ses éventuelles conséquences.

D'une manière générale, la solution à ces divers problèmes liés à la pratique pluridisciplinaire passe par une bonne connaissance des intervenants du réseau aussi bien au niveau personnel qu'au niveau professionnel. Une bonne compréhension entre les membres est nécessaire et demande de faire un effort pour s'assurer que la langue que l'on utilise est comprise et que ce que l'on dit est bien perçu. Pour cela, un certain apprentissage du jargon professionnel des uns et des autres est utile.

Enfin, il faut noter que, dans le but de résoudre certaines difficultés personnelles présentes chez les soignants de ville, des réseaux organisent un accompagnement de ces soignants sous la forme de groupes de paroles ou de rencontres pluri-professionnelles. Ces réunions permettent de faire un travail sur les éléments psychologiques et relationnels et sur la place des émotions dans la relation de soins. Elles favorisent également une prise de recul du professionnel pour une meilleure gestion de la relation, lui donnant des clés pour le

développement de techniques relationnelles qui facilitent la protection psychologique, avec une meilleure connaissance de ses limites personnelles et de sa mission. Ainsi, par exemple, ces groupes de paroles permettent de travailler sur l'échec car malgré les protocoles, les médicaments, le travail en équipe, « l'échappement » d'un patient est difficile à vivre (61).

CONCLUSION

La toxicomanie est une pathologie lourde qui présente des aspects médicaux, psychologiques et sociologiques. La réussite d'un traitement, chez un patient toxicomane, est tributaire de la prise en compte conjointe de ces trois aspects. La prise en charge d'un usager de drogues requiert donc la contribution d'intervenants issus d'horizons variés.

Le mode de travail en réseau permet une action pluridisciplinaire cohérente parfaitement adaptée au suivi et au traitement des toxicomanes. En outre, la participation à un réseau permet aux différents intervenants d'avoir accès à une formation et à des informations nécessaires pour conduire une bonne politique de réduction des risques et pour assurer une prise en charge globale de l'utilisateur qui se retrouve ainsi au centre du système de soins.

Au sein des réseaux de santé toxicomanie, les médecins et pharmaciens de ville, proches de la population, ont un rôle essentiel à jouer, aussi bien au niveau de la prévention que du suivi et de la prise en charge des toxicomanes qui est devenue possible en médecine de ville grâce aux traitements de substitution.

ANNEXE

LISTE DES SIGLES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AIDS	Acquired ImmunoDeficiency Syndrome
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASUD	Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNR	Coordination Nationale des Réseaux
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRIPS	Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida
CSST	Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECIMUD	Équipes de Coordination et d'Intervention Médicale auprès des Usagers de Drogues
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire
GRID	Gay Related Immunodeficiency Syndrome
HAD	Hospitalisation à domicile
HMO	Health Maintenance Organisation
HTLV	Human T-cell Lymphotropic Virus
LAV	Lymphadenopathy Associated Virus
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MSA	Mutualité Sociale Agricole
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladies
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE

- (1) AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Liste des substances classées comme stupéfiants. [en ligne]. Disponible sur : <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/pharma/listup.htm>. (Page consultée le 20 mars 2004).

- (2) AMIGUET O. Repères pour aborder le travail en réseau - Journée interprofessionnelle du 4 novembre 1999 - Toxicodépendance : de la complémentarité à la collaboration dans l'accompagnement médical et social. [en ligne]. In : site internet Relais Informations et Réseaux, Suisse. Disponible sur : <http://www.infoset.ch/inst/relier/index.html>. (Page consultée le 27 décembre 2003).

- (3) ANAES. Évaluation des réseaux de soins - Bilan de l'existant et cadre méthodologique - Octobre 2001. [en ligne]. In : site internet de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Disponible sur : <http://www.anaes.fr/anaes/presse.nsf/0/4B4E853D0D8B5557C1256E22005069D5?opendocument>. (Page consultée le 20 décembre 2003).

- (4) ANAES. Principes d'évaluation des réseaux de santé - août 1999. [en ligne]. In : site internet de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Disponible sur : http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-49EC6V?OpenDocument&Retour=wSpecialites?OpenView. (page consultée le 20 décembre 2003).

- (5) APOTHICOM. Le pharmacien : un acteur de prévention décisif. [en ligne]. In : site internet de l'association Apothicom. Disponible sur : <http://steribox.tm.fr/francais/pharmacien/acteur.htm>. (Page consultée le 10 janvier 2004).

- (6) AUGÉ-CAUMON M.-J., BLOCH-LAINÉ J.-F., LOWENSTEIN W., MOREL A. L'accès à la méthadone en France - Bilan et recommandations. Paris : La Documentation Française, 2002, 92 p.

- (7) AVONDS D. Toxicomanie et VIH : VIH en kit d'injection - Le Journal du Médecin - 30 novembre 2001. [en ligne]. In : site internet de l'association Sidanet. Disponible sur : <http://www.sidanet.asso.fr/cgi-bin/actu/extract.pl? pays=be&article=200111300002>. (Page consultée le 7 mars 2004).

- (8) BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M., GIRAUDON I., BONNET N. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - 4ième rapport national du dispositif TREND. Paris : OFDT, juin 2003, 287 p.

- (9) BERGERON H. - Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions. Paris : OFDT, Février 2001, 128 p.

- (10) BILAL S., MENARES J., DE LA SELLE P., TOUFIK A., PERCHIEUX Y. Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale. *Annales de Médecine Interne*, 2003, n° 154, Hors série II, pp. 2S6-2S14.
- (11) BOURGUEIL Y., BRÉMOND M., DEVELAY A., GRIGNON M., MIDY F., NAIDITCH M., POLTON D. L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations. Paris : CREDES, Mai 2001, 73 p.
- (12) BRADOUX A. L'intervision : une histoire belge. *Le Flyer*, Avril 2001, n°4 pp.9-10.
- (13) BRUNELLE E, ROTILY M. Un cluster de neuf surdoses liées à la méthadone dans une région frontalière : quel enseignement pour la politique de substitution des opiacés ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Janvier 2003, n° 2, p. 5-6.
- (14) CABALLERO F. *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz, 1989, 720 p.
- (15) CADUCÉE.NET. Espace thématique : les réseaux de soins. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.caducee.net/Espace/reseau/accueil.asp>. (Page consultée le 5 février 2004).
- (16) CASSUTO J.-P., PESCE A., QUARANTA J.-F. *Sida et infection par le VIH*. Paris : Masson, 1996, 288 p.
- (17) Conférence de consensus : traitement de l'hépatite C (février 2002). *Revue Réseaux Hépatites*, Mars 2002, n° 22, p. 13-19.
- (18) CONSEIL NATIONAL DU SIDA - Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique – Rapport, avis et recommandations du Conseil national du sida – Juin 2001. [en ligne]. In: site internet de La Documentation Française. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/014000682.shtml>. (Page consultée le 7 mars 2004).
- (19) COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX. Présentation. [en ligne]. In : site internet de la Coordination Nationale des Réseaux. Disponible sur : <http://www.cnr.asso.fr/presentation>. (Page consultée le 10 janvier 2004).
- (20) CRIPS Ile-de-France, DGS. Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse – Document à l'usage des professionnels de santé, Septembre 2001, 63 p.
- (21) DAVID F. Une charte, pour quoi faire ? [en ligne]. In: site internet de la Coordination Nationale des Réseaux. Disponible sur : <http://www.cnr.asso.fr/textesOff/documents/cnr/chartepourquoi.htm>. (Page consultée le 11 janvier 2004).
- (22) DE DUCLA M., GAGNON A., MUCCHIELLI A., ROBINET S., VELLAY A. Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir de réseaux de soins. *Annales de Médecine Interne*, 2000, n° 151, Supplément A, p. A27-A32.

- (23) DICTIONNAIRE VIDAL. Paris : Editions du Vidal, 2004.
- (24) EMMANUELLI J. Contributions à l'évaluation de la politique de réduction des risques – Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999. [en ligne]. In : site internet de l'Institut de Veille Sanitaire. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/rapport_siamois/rap_siamois_t1.pdf. (Page consultée le 8 mars 2004).
- (25) EMMANUELLI J., JAUFFRET-ROUSTIDE M., BARIN F. Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002 – Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 22 avril 2003, n° 16-17, p. 97-99.
- (26) FARGES F. Toxicomanie et troubles mentaux : la question de la comorbidité. In : ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M. Toxicomanies. Paris : Masson, 2000, p. 152-157.
- (27) FHIMA A., HENRION R., LOWENSTEIN W., CHARPAK Y. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®). Annales de Médecine Interne, 2001, 152, supplément au n°3, p. 1S26-1S36.
- (28) FONTAINE A. Nouvelles drogues, nouveaux usages. Revue Toxibase, décembre 2001, n° 4, p. 1-14.
- (29) FROMENT B. L'esprit des lois. In: L'esprit des drogues. Revue Autrement, série Mutations, avril 1989, n°106, p.80-86.
- (30) GAGNON A., ROBINET S., BRONNER C., PARQUET P.-J. Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. La Revue du Praticien Médecine Générale, octobre 2000, n° 509, p.1627-1635.
- (31) GIBIER L. Prise en charge des usagers de drogues. Collection Conduites. Paris : Éditions Doin, 1999, 341 p.
- (32) GUFFENS J.-M. Cent questions sur les drogues, la toxicomanie et les hépatites virales associées. Paris : Éditions Frison-Roche, 2003, 238 p.
- (33) HENRION R. Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Paris : La Documentation Française, 1995, 156 p.
- (34) HERVÉ F. Comment traite-t-on le secret professionnel entre l'institution et la ville ? In : Addictions et partage d'informations : XIVième Colloque National, Reims 2001, Édité par Généralistes et Toxicomanies, p.77-82.
- (35) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. VIH, sida et IST : état des lieux des données en 2003. [en ligne]. In: site internet de l'Institut de Veille Sanitaire. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>. (Page consultée le 8 mars 2004).

- (36) LAMARCHE J. L'accueil du toxicomane à l'officine. Paris : Masson, 2002, 143 p.
- (37) LAMARCHE J., SWAENEPOEL R. Délivrance du Subutex®. SWAPS n°1, Janvier/Février 1997. [en ligne]. In: site internet de la revue SWAPS. Disponible sur : http://publications.lecrips.net/swaps/1_17.htm. (Page consultée le 25 février 2004).
- (38) LARCHER P. Les enseignements des réseaux existants. Actualité et dossier en santé publique, septembre 1998, n° 24, p. 21-26.
- (39) LEPAGE H. Le pharmacien dans le contexte de la substitution. In : HUGUENIN J., DOUINEAU G., LEMERCIER M. La méthadone mode d'emploi. Paris : Editions Alain Schrotter-Chatover, 1996, p.129-130.
- (40) LEVASSEUR G. Les réseaux : changement de pratiques ou pratiques de changement. Novembre 2001. [en ligne]. In: site internet de l'Université de rennes, Faculté de Médecine. Disponible sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/medgen/pdf/AEM-reseaux-de-soins.PDF> (Page consultée le 23 janvier 2004).
- (41) LHOMME J.-P., HAUTEFEUILLE M. État de santé du toxicomane. In : ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M. Toxicomanies. Paris : Masson, 2000, p. 206-217.
- (42) LUCIDARME D. Hépatite C et usage de drogue : épidémiologie, dépistage, histoire naturelle et traitement. Gastroentérologie clinique et biologique, 2002, 26, p. 112-120.
- (43) MEYER C., COUFFINHAL A. Partenariat, coordination réseaux et filières dans le système de santé : le champ d'une décision politique ? Paris : La Documentation Française, 1996, 146 p.
- (44) MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Cadre légal et évolution de la politique publique de lutte contre les drogues. [en ligne]. In: site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/etudes_recherches/indicateurs_tendances/20.html. (Page consultée le 5 mars 2004).
- (45) MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Drogues et usages : dispositifs publics 2002. Livret de connaissances, mars 2002.
- (46) MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Évolution des politiques publiques. [en ligne]. In: site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie – Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/savoir_plus_chronologie_synthese.html. (Page consultée le 22 février 2004).

- (47) MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues. Collection VIH/SIDA, guide méthodologique pour les communes, juin 1999.
- (48) MILHAU M., DUBOIS S. L'intervision. [en ligne]. In : site internet de l'association Généralistes et Toxicomanie Nord-Pas de Calais. Disponible sur : <http://asso.nordnet.fr/gt-nord/etudes/itvson99.html>. (Page consultée le 10 mars 2004).
- (49) MOREL A. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. [en ligne]. In: site internet de l'institution Le Trait d'Union. Disponible sur : http://www.trait-union.org/images/troubles_psy.pdf. (Page consultée le 3 mars 2004).
- (50) MOUTEL G., HERVÉ C. Réseaux de santé : de quoi parlons-nous et quels sont les vrais objectifs de santé publiques ? 2003. [en ligne]. In: site internet de l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/Documents/54B99F27E1C219C8C1256E5100328441?OpenDocument>. (Page consultée le 10 février 2004).
- (51) OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT, 2002 , 67 p.
- (52) OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Drogues et toxicomanie – Indicateurs et tendances 1999. Paris : OFDT, 1999, 271 p.
- (53) OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Revue Tendances, mars 2002, n°20. [en ligne]. In : site internet de l'OFDT. Disponible sur : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/chr_p02.htm. (Page consultée le 15 février 2004).
- (54) OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Rapport national 2003 à l'OEDT.
- (55) OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. Substitution aux opiacés – Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris : OFDT, Juin 2003, 79 p.
- (56) PACHEBEZIAN V. Méthadone et médecine de ville : analyse de la littérature. Le Flyer, Septembre 2002, n° 9, p.4-6.
- (57) PELLETIER M. Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. Paris : La Documentation Française, 1978, 284 p.
- (58) PERDRIAU J.-F., BÂCLE F., LALANDE M., FONTAINE A. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale – Étude prospective de suivi de 95 patients. Avril 2001. [en ligne]. In : site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie – Disponible

sur : <http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/rapport26.pdf>. (Page consultée le 7 avril 2004).

- (59) PEYREBRUNE C. Le module : comportements addictifs – La toxicomanie. [en ligne]. In: site internet de l'UFR Léonard de Vinci Paris 13^{ième}. Disponible sur : http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/pedago/resour_medgen/pdf.medgen/mg_poly_toxico_4.pdf. (Page consultée le 10 avril 2004).
- (60) PHILBET T. Réseaux de soins, faisons-les ! Le Moniteur des Pharmacies, 3 avril 2004, n° 2530, p. 8-9.
- (61) POLOMÉNI P. Les réseaux addiction. Revue Toxibase n°8, Décembre 2002, p.1-16.
- (62) POLOMÉNI P. Rapport de mission - Les réseaux addiction. Avril 2002. [en ligne]. In : site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/aide_acteurs/rapportreseau.pdf. (Page consultée le 15 janvier 2004).
- (63) PRESLES P. Hépatite B : vacciner pour éradiquer. Revue Réseaux Hépatites, mars 2003, n°26, p. 10-11.
- (64) REYNAUD M. Usage nocif de substances psycho-actives – Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002, 277 p.
- (65) REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives – Rapport au Secrétaire d'état à la Santé et aux Affaires Sociales. Juillet 1999 , 171 p.
- (66) REYNAUD-MAURUPT C., VERCHÈRE C. Rapport de recherche - Les nouveaux usages de l'héroïne. Paris : OFDT, 2002, 117 p.
- (67) RICHARD D., SENON J.L. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse, 1999, 433 p.
- (68) SCHALCKENS-FUCKS M. Les soignants et les toxicomanes. Paris : Éditions Lamarre, 1997, 194 p.
- (69) SCHMIDT T. Le partage d'information : le point de vue du pharmacien. In: Addictions et partage d'informations : XIV^{ième} Colloque National, Reims 2001. Edité par l'Association Généralistes et Toxicomanies, 119 p.
- (70) SEIDENBERG A., HONNEGER U. Méthadone, héroïne et autres opioïdes. Paris : Éditions Médecine et Hygiène, 2001, 275 p.
- (71) SIMMAT-DURAND L., ROUAULT T. Injonction thérapeutique et autres obligations de soins, 1997. [en ligne]. In : site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/dossier_injonc.pdf. (Page consultée le 27 février 2004).

- (72) TAUZEAU D., BOUCHEZ J. La méthadone. *Revue Toxibase*, 1998, n° 2, p.1-12.
- (73) TRAUTMANN C. Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants – Rapport au Premier Ministre. Paris : La Documentation Française, 1990, 266 p.
- (74) TRÉBUCQ A. Actualités sur le VHB. *Revue Réseaux Hépatites*, mars 2003, n° 26, p. 6-7.
- (75) UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE - 3ième congrès national des réseaux ville-hôpital, des réseaux de santé et des réseaux de proximité. Abstracts, Juin 2001.
- (76) URCAM BASSE-NORMANDIE. Rubrique les réseaux et filières : monter son projet et le faire financer. [en ligne]. In : site internet de l'URCAM Basse-Normandie. Disponible sur : <http://www.l-ami.org>. (page consultée le 15 mars 2004).
- (77) URCAM FRANCHE-COMTÉ. Réseaux et filières. [en ligne]. In : site internet de l'URCAM Franche-Comté. Disponible sur : <http://www.urcam.org/reseaux>. (Page consultée le 17 mars 2004).
- (78) URCAM LIMOUSIN. Le FAQSV. [en ligne]. In : site internet de l'URCAM Limousin. Disponible sur : <http://www.limousin.assurance-maladie.fr>. (Page consultée le 15 mars 2004).
- (79) URCAM RHÔNE-ALPES - Section réseaux et filières. [en ligne]. In : site internet de l'URCAM Rhône-Alpes. Disponible sur : <http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr>. (Page consultée le 17 mars 2004).
- (80) VALLEUR M. Théories de l'addiction. In : ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M. *Toxicomanies*. Paris : Masson, 2000, p. 133-144.
- (81) VALLEUR M., VELEA D. Les addictions sans drogue(s). *Revue Toxibase*, Juin 2002, n° 6, p.1-15.
- (82) VIGNOULLE J.-L. Mise en route de la collaboration interdisciplinaire : notre expérience à Chambéry – Journée interprofessionnelle du 4 novembre 1999, Toxicodépendance : de la complémentarité à la collaboration dans l'accompagnement médical et social. [en ligne]. In : site internet Relais Informations et Réseaux, Suisse. Disponible sur : <http://www.infoset.ch/inst/relief/index.html>. (Page consultée le 27 décembre 2003).
- (83) WIEVIORKA S. *Les toxicomanes dans la cité*. Paris : Les Éditions des Journaux Officiels, 1999, 128 p.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	12
Première partie : généralités sur les réseaux de santé	14
I- LES RÉSEAUX DE SANTÉ : CONTEXTE ET DÉFINITION	15
I.1- Historique.....	15
I.1.1- Les origines.....	15
I.1.2- Les années 80 et l'apparition du sida.....	16
I.2- Définition.....	18
I.2.1- Un concept sans définition légale pendant très longtemps.....	18
I.2.2- Enfin une définition légale.....	19
I.2.3- Différences et complémentarités entre les notions de filières et de réseaux.....	20
I.3- Cadre juridique.....	22
I.3.1- La reconnaissance des réseaux à travers les textes officiels avant la loi du 4 mars 2002.....	22
I.3.1.1- Le cadre légal.....	22
I.3.1.2- Le cadre réglementaire.....	23
I.3.1.3- Les circulaires.....	24
I.3.2- Depuis la loi du 4 mars 2002.....	25
I.3.2.1- Deux lois.....	26
I.3.2.2- Deux décrets.....	26
I.3.2.3- Deux circulaires.....	27
I.4- Typologie des réseaux.....	28
II- UN RÉSEAU POUR QUOI FAIRE ?	29
II.1- Objectifs généraux des réseaux de santé.....	29
II.2- Intérêts des réseaux de santé.....	32
II.2.1- Pour les professionnels.....	32
II.2.1.1- À l'hôpital.....	32

II.2.1.2- En ville.....	32
II.2.2- Pour les personnes suivies par le réseau.....	33
Deuxième partie : toxicomanie et prise en charge des toxicomanes.....	35
I- LÉGISLATION ET TOXICOMANIE.....	36
I.1- Historique.....	36
I.1.1- La loi de 1970.....	36
I.1.1.1- Genèse.....	36
I.1.1.2- Principes généraux.....	37
I.1.1.3- Les obligations de soins dans la législation française.....	41
I.1.2- Analyse de la loi de 1970 et de ses conséquences sanitaires et sociales à travers trois rapports de 1978 à 1995.....	41
I.1.2.1- L'injonction thérapeutique.....	42
I.1.2.2- Les structures.....	44
I.1.2.3- Le phénomène toxicomaniaque.....	46
I.2- Toxicomanie : évolutions récentes.....	48
I.2.1- Législation.....	48
I.2.2- Le phénomène toxicomaniaque.....	50
II- ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES.....	53
II.1- Les risques liés à l'usage de drogues.....	53
II.1.1- Les risques infectieux.....	53
II.1.1.1- Le VIH et le sida.....	54
II.1.1.2- Les virus des hépatites.....	55
II.1.1.3- Les autres risques infectieux.....	57
II.1.2- Les risques somatiques non infectieux.....	58
II.1.3- Les troubles comportementaux.....	59
II.2- Toxicomanie et troubles mentaux.....	60
II.2.1- Les troubles psychiatriques non spécifiques.....	60
II.2.2- Les pathologies psychiatriques liées à l'usage de drogues.....	61
II.2.3- Les troubles de la personnalité.....	62
II.3- Évolution des concepts.....	62
II.3.1- Le concept de substances psycho-actives.....	63

II.3.2- Le concept d'addiction.....	63
II.3.3- Usage, usage nocif et dépendance.....	64
II.4- Évolution de la prise en charge des toxicomanes.....	66
III- LES STRUCTURES ET LES OUTILS DISPONIBLES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES ET LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES.....	67
III.1- Les structures.....	67
III.2- Le matériel d'injection.....	68
III.2.1- Les trousse de prévention pour usagers de drogues par voie intraveineuse.....	69
III.2.2- Les récupérateurs et distributeurs automatiques de seringues..	70
III.3- Les produits de substitution.....	71
III.3.1- Historique.....	71
III.3.2- Les objectifs des traitements de substitution.....	72
III.3.3- Les produits de substitution.....	73
III.3.4- Les mésusages des traitements de substitution.....	75
Troisième partie : réseaux de santé et toxicomanie.....	77
I- INTÉRÊT DES PRATIQUES COLLABORATIVES DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA TOXICOMANIE.....	78
I.1- Le partenariat.....	78
I.2- Le réseau.....	79
I.3- Les acteurs du réseau.....	80
II- FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX TOXICOMANIE.....	82
II.1- La charte du réseau.....	82
II.2- Les financements du réseau.....	84
II.3- La coordination.....	86
II.4- L'évaluation.....	87
II.5- L'intervision.....	89

III- LA PLACE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE VILLE AU SEIN DES RÉSEAUX TOXICOMANIE.....	91
III.1- Le médecin généraliste.....	91
III.2- Le pharmacien d'officine.....	94
III.3- Les problèmes liés au mode de travail en réseau.....	96
Conclusion.....	100
Annexe.....	101
Bibliographie.....	104
Table des matières.....	111

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

BON A IMPRIMER N° 316

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RÉSUMÉ

Le mode de travail en réseau se développe dans le système de soins français et semble parfaitement adapté à la prise en charge des patients toxicomanes.

La première partie de ce travail a pour but de clarifier la notion de réseau de santé en s'appuyant, d'une part, sur l'historique et le cadre juridique de ce concept et, d'autre part, sur une description des bénéfices apportés par cette pratique en terme de qualité et d'efficacité des soins.

La deuxième partie décrit l'évolution de la toxicomanie et de la prise en charge des toxicomanes à partir de la loi de 1970, la complexité de la pathologie toxicomaniaque, ainsi que les structures et les outils disponibles pour la prise en charge des usagers de drogues.

Enfin, la dernière partie, détaille le fonctionnement et les principes de travail des réseaux axés sur la problématique de la toxicomanie. Le rôle fondamental que les médecins et les pharmaciens de ville jouent, de part leur position privilégiée au sein de la population, dans la prise en charge des toxicomanes par les réseaux est plus particulièrement présentée.

MOTS-CLÉS :

Réseaux de santé

Toxicomanie

Législation

Prise en charge

Substitution

Médecin

Pharmacien

Réduction des risques