

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2011

THÈSE N°

**RESEAU DE SANTE EN ADDICTOLOGIE :
EXPERIENCE DE LA HAUTE-VIENNE
PLACE DU PHARMACIEN DANS CE RESEAU**

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

présentée et soutenue publiquement le 15 avril 2011

PAR

**André NGUYEN
né le 26 avril 1980 à Semarang (INDONESIE)**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur LACHÂTRE G. Président

Monsieur le Docteur VILLÉGER P. Directeur de Thèse

Madame le Docteur FAGNÈRE C. Juge

Madame le Docteur NOUGIER I. Juge

Monsieur le Docteur GAULIER J-M. Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2011

THÈSE N°

**RESEAU DE SANTE EN ADDICTOLOGIE :
EXPERIENCE DE LA HAUTE-VIENNE
PLACE DU PHARMACIEN DANS CE RESEAU**

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

présentée et soutenue publiquement le 15 avril 2011

PAR

**André NGUYEN
né le 26 avril 1980 à Semarang (INDONESIE)**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur LACHÂTRE G. Président

Monsieur le Docteur VILLÉGER P. Directeur de Thèse

Madame le Docteur FAGNÈRE C. Juge

Madame le Docteur NOUGIER I. Juge

Monsieur le Docteur GAULIER J-M. Membre invité

DOYEN DE LA FACULTÉ

Monsieur le Professeur **DUROUX** Jean Luc

VICE-DOYEN

Madame **FAGNERE** Catherine, Maître de conférences

VICE-DOYEN

Monsieur **BATTU** Serge, Maître de conférences

PROFESSEURS

BENEYTOUT Jean-Louis

BIOCHIMIE-BIOLOGIE MOLECULAIRE

BOTINEAU Michel

BOTANIQUE-CRYPTOLOGIE

BROSSARD Claude

PHARMACIE GALENIQUE

BUXERAUD Jacques

CHIMIE ORGANIQUE-CHIMIE THERAPEUTIQUE

CARDOT Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

CHULIA Albert

PHARMACOGNOSIE

DELAGE Christiane

CHIMIE GENERALE-CHIMIE MINERALE

DESMOULIERE Alexis

PHYSIOLOGIE

DREYFUSS Gilles

PARASITOLOGIE

DUROUX Jean-Luc

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE

HABRIOUX Gérard

BIOCHIMIE FONDAMENTALE

LOUDART Nicole

PHARMACODYNAMIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIER DES DISCIPLINES

PHARMACEUTIQUES

LACHATRE Gérard

TOXICOLOGIE

MOESCH Christian

HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT

ROGEZ Sylvie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BASLY Jean-Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

BATTU Serge

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

BEAUBRUN GIRY Karine

PHARMACIE GALENIQUE

BILLET Fabrice

PHYSIOLOGIE

CALLISTE Claude

BIOPHYSIQUE, MATHÉMATIQUES, INFORMATIQUE

CLEDAT Dominique

CHIMIE ANALYTIQUE

COMBY Francis	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DELEBASSEE Sylvie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DREYFUSS Marie-Françoise	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
LEGER David	BIOCHIME ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LIAGRE Bertrand	SCIENCES BIOLOGIQUES
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE APPLIQUEE A LA THERAPEUTIQUE
ROUSSEAU Annick	BIOMATHEMATIQUES
SIMON Alain	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
	PHARMACEUTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE
VIGNOLES Philippe	BIOMATHEMATIQUES

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIER DES DISCIPLINES

PHARMACEUTIQUES

DREYFUSS Marie-Françoise	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
---------------------------------	-----------------------------------

PROFESSEUR CERTIFIE

MARBOUTY Jean-Michel	ANGLAIS
-----------------------------	---------

A mon Président de thèse,
Monsieur le Professeur Gérard Lachâtre

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury,
Pour votre enseignement et votre gentillesse,
Pour votre approche ouverte et éclairée de l'enseignement des étudiants,
Soyez assuré, Monsieur, de toute mon estime et de mon profond respect.*

A mon Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Pierre Villéger,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet,
Pour vos précieux conseils, votre disponibilité
et votre confiance quant à ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect
et de ma plus vive reconnaissance.*

A mon jury,

Madame le Docteur Catherine Fagnère,

*Pour votre enseignement et votre implication auprès des étudiants,
Vous avez accepté avec gentillesse de juger cette thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.*

A mon jury,
Madame le Docteur Isabelle Nougier,

*Pour le plaisir de travailler ensemble sur les addictions,
Pour votre travail au quotidien avec vos patients addicts,
Pour votre gentillesse et votre magnanimité
Veillez accepter mes plus sincères remerciements pour votre présence dans ce jury et
soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon amitié.*

A mon jury,
Monsieur le Docteur Jean-Michel Gaulier,

*Pour votre bonne humeur et votre disponibilité,
Pour nos collaborations passées,
Pour votre présence à ma thèse,
Soyez assuré de mon profond respect et de mon amitié.*

Remerciements

A ma mère,

Pour avoir toujours respecté mes choix

Pour avoir fait de moi la personne que je suis actuellement

A Claude,

Pour son soutien et son appui continuels depuis toutes ces années

A Yann,

Pour être mon frère

A mon amour Aurélie,

Pour être tous les jours à mes côtés

Et pour être ma stabilité

A mon fils Axel,

Pour chaque moment de bonheur que tu me donnes sans t'en rendre compte

Et pour les autres moments où je t'aime quand même

A mon Comité d'Administration,

Pierre Cognard, Catherine Chevalier, Véronique Rouyer, Laurent Durengue, Catherine Boulin, Dominique Moreau et Danielle Galinat.

Pour nos très riches échanges et collaborations

A mes amis de longue date,

Patricia, Denis, Maud, Barba, Maëlys, Fabien, Delphine, Alexia

A mes amis rencontrés sur les bancs de la faculté,

Mathilde, Aurore, Lucille, Damien, Murielle, Renaud, Anne-Alice, Axel, Carine

A mes amis rencontrés au théâtre de la Balise,

A mon groupe de musique,

A ma compagnie de théâtre les MotsDits,

A mes amis de l'Aïkido.

SOMMAIRE

Introduction	16
Partie 1 Addiction : généralités.....	18
1. Origine du concept d'addiction.....	19
1.1. Etymologie	19
1.2. Evolution historique du mot addiction	20
1.2.1. XIX ^{ème} siècle, les premiers regroupements	20
1.2.2. XX ^{ème} siècle, la toxicomanie	21
1.2.3. Apport de la psychiatrie et de la psychanalyse au concept d'addiction	22
2. Addiction : définitions et intérêts	23
2.1. Définition	23
2.2. Intérêts du concept de conduite addictive	27
3. Les comportements de consommation de substances psychoactives	28
3.1. Usages.....	28
3.2. Abus/usage nocif	30
3.3. Dépendance.....	31
4. Les facteurs de risques, de vulnérabilité et de gravité	34
4.1. Facteurs de risques liés aux produits	34
4.1.1. Pouvoir addictogène de la substance	34
4.1.2. Les risques de complications sanitaires et sociales	35
4.1.3. Statut social du produit	37
4.2. Facteurs individuels de vulnérabilité.....	37
4.2.1. Les facteurs neurologiques et génétiques	37
4.2.2. Traits de personnalité, tempérament et troubles du comportement.....	38
4.2.3. Les évènements de vie	39
4.2.4. Comorbidités psychiatriques	39
4.2.5. Modalités de consommation	39
4.2.5.1. Précocité.....	39
4.2.5.2. Cas particuliers des adolescents	40
4.2.5.3. Autothérapie et usage solitaire	40
4.2.5.4. Ivresse	41
4.2.5.5. Polyconsommation	42
4.3. Facteurs liés à l'environnement.....	43
4.3.1. Les facteurs culturels et sociaux	43
4.3.2. Les facteurs familiaux.....	44
4.3.3. Rôle de pairs.....	44
4.3.4. L'environnement	44
4.4. Synthèse.....	45
5. Neurobiologie des addictions.....	46
5.1. Le cerveau « sain »	46

5.1.1.	Circuit du plaisir et de la gestion des émotions	46
5.1.2.	Circuit du plaisir et de la souffrance	47
5.1.2.1.	Description neuro-anatomique	47
5.1.2.2.	Rôle de la dopamine	48
5.1.2.3.	Rôle de la sérotonine et de la noradrénaline	49
5.2.	Le cerveau « addict »	49
5.2.1.	Dérèglement du système dopaminergique de récompense : installation de l'addiction	49
5.2.2.	Les circuits de l'addiction	51
6.	Approches psychopathologiques des addictions	53
6.1.	Approche cognitivo-comportementale	53
6.2.	Les Interventions Brèves	54
6.2.1.	L'entretien motivationnel	54
6.2.2.	Repérage Précoce et Intervention Brève (R.P.I.B.)	56
7.	Politique Française en matière d'addiction	57
7.1.	Evolution du marché des drogues	57
7.1.1.	Evolutions les plus récentes du marché des drogues.....	57
7.1.2.	Mutation de l'offre	57
7.1.3.	Mutation des circuits et des méthodes de distribution	60
7.2.	Evolution des comportements de consommation.....	61
7.2.1.	Cannabis	62
7.2.2.	Alcool	63
7.2.3.	Tabac	64
7.2.4.	Autres drogues	65
7.3.	Evolution des termes du débat en matière de politique publique des drogues	65
7.3.1.	Le tabac	65
7.3.2.	L'alcool	68
7.3.3.	Drogues illicites	72
Partie 2	Réseau de santé en Addictologie.....	77
1.	Construction de la notion de réseau	78
1.1.	Historique	78
1.1.1.	Etymologie	78
1.1.2.	Début du XX ^{ème} Siècle	78
1.1.3.	Milieu du XX ^{ème} siècle	79
1.1.4.	Années 80 : les réseaux informels	80
1.2.	Les tentatives de consensus	83
2.	La loi du 4 mars 2002.....	85
2.1.	Origine	85
2.2.	Contenu	85
2.3.	Définition des réseaux de santé	87
2.4.	Les enjeux	88
2.5.	Les textes législatifs relatifs aux réseaux de santé	89
2.6.	Le financement	90
2.6.1.	D.N.D.R. (Dotation Nationale de Développement des Réseaux)	90
2.6.2.	F.I.Q.C.S. (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins)	90
2.6.3.	Gestion du F.I.Q.C.S. et attribution des subventions.....	91
2.7.	Les promoteurs	95
2.8.	L'évaluation	96
2.8.1.	L'évaluation interne	98
2.8.2.	L'évaluation externe	98
2.9.	Les types de réseau	99

3. Les réseaux de santé en addictologie	102
3.1. Positionnement institutionnel	102
3.2. Intérêts.....	105
3.2.1. Pour le patient	105
3.2.2. Pour le professionnel	106
3.2.3. Intérêts spécifiques des réseaux de santé en addictologie	106
3.3. Outils nécessaires au fonctionnement des réseaux	108
3.3.1. Des outils « papiers ».....	108
3.3.2. Des outils « humains ».....	108
Partie 3 Le Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie.....	111
1. Origine du réseau de santé addiction en Limousin : AddictLim	112
1.1. Association Toxicomanie Soins Réseau 87 (T.S.R. 87).....	112
1.1.1. Le premier réseau Ville-Hôpital.....	112
1.1.2. Les actions.....	112
1.2. Réseau de santé ville-hôpital en addictologie	116
1.2.1. Le dépôt du dossier promoteur R.S.V.H.A.....	116
1.2.2. Les objectifs du R.S.V.H.A.....	117
2. AddictLim	118
2.1. Contexte régional	118
2.2. Constats du Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie	119
2.3. Le dossier promoteur AddictLim	120
2.4. Les innovations apportées	122
2.4.1. Collaboration Ville-Hôpital-Institutions.....	122
2.4.2. Prise en charge par le réseau des frais non remboursés par la sécurité sociale.....	123
2.4.3. Le patient Acteur de sa prise en charge.....	124
2.4.4. Indemnisation du temps supplémentaire pour les professionnels libéraux.....	124
2.4.5. Groupes de paroles pour les patients mais aussi pour les proches.....	124
2.4.6. Enveloppe précarité.....	124
2.4.7. Développer l'éducation thérapeutique.....	125
2.4.8. Approche régionale par territoire	125
3. Pharmacien et réseau de santé.....	127
3.1. Place du pharmacien dans le système de santé	127
3.1.1. Code de déontologie du pharmacien.....	127
3.1.2. Le pharmacien d'officine, un acteur de santé polyvalent.....	128
3.1.2.1. Acteurs de soins de premier recours.....	128
3.1.2.2. Acteur dans une équipe pluridisciplinaire	132
3.1.2.3. Acteur de veille et de protection sanitaire	132
3.1.2.4. Acteur économique de santé	133
3.1.2.5. Acteur de lien social	133
3.1.2.6. Acteur de l'éducation thérapeutique	133
3.2. Le pharmacien dans les plans gouvernementaux addictions	135
3.3. Réseau de santé en addictologie et pharmacien.....	137
3.4. Enjeux du pharmacien au sein d'un réseau de santé en addictologie	139
3.4.1. Un lieu de formation et d'échanges professionnels	140
3.4.2. Valoriser le pharmacien en tant que professionnel de santé.....	141
3.4.2.1. Valorisation du métier.....	141
3.4.2.2. Valorisation de l'acte pharmaceutique	144
3.4.3. Intégrer la pratique en réseau au sein d'une pratique officinale	146
3.4.4. Mettre en place un outil d'échange d'information sécurisé.....	146
3.5. Quelques réflexions de l'expérience de ce travail.....	147
3.5.1. Adaptabilité des réseaux de santé	147

3.5.2. Apprendre à travailler ensemble	148
3.5.3. Image du pharmacien.....	150
Conclusion.....	152
ANNEXES.....	153
BIBLIOGRAPHIE	183
ABREVIATIONS.....	198
LISTE DES FIGURES	200
SERMENT DE GALIEN.....	202

Introduction

Le terme *addiction* est passé dans le langage commun grâce notamment à l'intérêt des médias :

- dans les émissions scientifiques et médicales,
- dans les reportages et les documentaires de société,
- dans les journaux télévisés,
- dans les séries télévisées notamment dans les séries médicales.

Cependant, rares sont les émissions qui retranscrivent objectivement les réelles problématiques et surtout qui abordent les prises en charge existantes actuellement. Paradoxalement, pour la population, l'addiction, contrairement aux maladies qu'elle définit (toxicomanie, alcoolisme, ...), n'est pas toujours connotée négativement. Par exemple, nous assistons au développement de magasins portant le nom « *Addict* » sur leurs enseignes. A Limoges, nous avons en centre-ville *Game Addict* un magasin de jeux Vidéos et *Mode Addict* un magasin de vêtements. A Paris, vous pourrez rencontrer en plus de boutiques de vêtements et de magasins de jeux vidéos, un magasin de téléphonie mobile (*Addict communication*), une galerie d'art (*Galerie Addict*), une agence de publicité (*Pixel Addict*), une entreprise d'impression (*Press Addict*), une boutique de montres (*Time Addict*), une entreprise d'évènementiel (*Addict Event*), une société de design (*Paris Addict*) ou une société de cinéma (*Addict Film*). Il existe en France, une multitude d'autres exemples d'utilisations du terme addiction associé au nom commercial. C'est ainsi l'image d'un produit indispensable, d'un produit pour lequel on peut être « *accro* », d'un produit véhiculé avec la notion de « *dépendance positive* ». Ces représentations, positives ou négatives, fortement liées aux addictions sont importantes pour comprendre les problématiques de prise en charge. D'où l'importance de l'information et de la prévention auprès de la population.

Pour le corps médical, l'addiction pose un réel problème de santé. Le concept d'addiction commence dans les années quatre-vingts avec la proposition du Docteur Jean Bergeret, le 7 juin 1980 lors de la première journée du département toxicomanie

de Bobigny, d'utiliser le terme Addiction pour décloisonner l'approche thérapeutique de la toxicomanie, de l'alcoolisme, du tabagisme et des « toxicomanies sans toxique » (Fénichel 1945). A partir des années quatre-vingt-dix, les premiers réseaux de soins en toxicomanie se sont organisés pour faire face à la propagation du V.I.H. chez les usagers de drogue. Ces premiers réseaux en addictologie posèrent les bases des réseaux de santé actuels avec les notions de prise en charge globale du patient, de pluridisciplinarité, de prévention et de décloisonnement des professionnels et de la collaboration Ville-Hôpital.

Les pharmaciens se sont beaucoup impliqués sur la thématique des addictions notamment dans la politique de réduction des risques avec le Stéribox®, la délivrance des médicaments de substitutions (opiacés et nicotine) et l'implication dans les réseaux Ville-Hôpital.

Nous allons, dans une première partie, aborder le concept d'addiction et replacer son évolution dans le contexte politique Français. Dans une seconde partie, nous développerons les réseaux de santé et l'intérêt des réseaux addictions. Enfin, nous prendrons l'exemple de l'expérience du Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie de la Haute-Vienne ; nous replacerons le rôle du pharmacien dans le contexte sanitaire actuel et plus spécifiquement sa place dans les réseaux de santé.

Partie 1 Addiction : généralités

La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie :

- Que fais-tu là ? dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.

- Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.

- Pourquoi bois-tu ? lui demanda le petit prince.

- Pour oublier, répondit le buveur.

- Pour oublier quoi ? s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.

- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.

- Honte de quoi ? s'informa le petit prince qui désirait le secourir.

- Honte de boire ! » acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut perplexe.

« Les grandes personnes sont décidément très bizarres » se disait-il en lui-même durant le voyage.

Antoine De Saint Exupéry
« Le Petit Prince »

1. Origine du concept d'addiction

1.1. Etymologie ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾

Le terme d'addiction est un vieux vocable français trouvant son étymologie en droit romain dans le mot latin *ad-dicere* : « dire à » au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage. Un « *addictum* » était un esclave pour dette. Il désignait, la contrainte par corps de celui qui ne pouvait s'acquitter de sa dette. Celui-ci était mis à la disposition du plaignant par le juge. La mythologie nous propose quelques illustrations de personnes qui ne sont pas parvenues à gérer convenablement leurs propres obligations. Ils se sont vu condamnés à payer, avec leurs corps, le manque de pertinence de leurs systèmes de pensées et d'actions : ainsi, Prométhée, qui a transgressé la loi divine en offrant le feu aux hommes est-il condamné par Zeus à être enchaîné sur le Mont Caucase et à offrir son foie, éternellement, à la voracité des aigles. De même, Atlas, coupable de s'être affronté à Zeus lors de la guerre opposant les Géants et les Dieux se voit infliger la tâche infinie de porter la voûte céleste sur ses épaules.

Le terme d'addiction prend son acception actuelle par une extension sémantique dont il est difficile de démêler si :

- elle porte sur l'agent qui exerce la contrainte « sur le corps », et alors il s'agit du sujet exerçant une contrainte sur son propre corps comme objet de sa maîtrise,
- si cette extension fait du corps propre l'agent de la contrainte « sur le sujet »,
- si cette extension indique un objet extérieur à la personne dont la privation exerce sa contrainte persécutive, à la fois « sur le corps et sur le sujet ».

L'accent est donc mis sur la contrainte, c'est-à-dire sur ce phénomène compulsif et irréprouvable dont l'individu se sent la proie et sur la perte d'une liberté (4). Ce concept offre donc une métaphore riche de sens, mettant l'accent sur l'existence d'une culpabilité (la dette non payée), l'officialisation de la faute (peine par le tribunal) et du prix à payer (la contrainte par corps).

1.2. Evolution historique du mot addiction

1.2.1. XIX^{ème} siècle, les premiers regroupements (5)

Le concept d'addiction regroupe actuellement un ensemble de pathologies que l'on peut séparer en deux catégories :

- les addictions aux substances psychoactives,
- les addictions sans produits.

Certaines pathologies étaient déjà connues au XIX^{ème} siècle comme celles liées aux substances telles que l'alcool, la morphine ou la cocaïne. Certaines pathologies sans produit étaient également étudiées comme la dépendance au jeu, l'arrachage de cheveux ou la boulimie. Par contre, des pathologies plus récentes, et qui existaient déjà à cette époque n'étaient pas répertoriées comme problématiques pour la santé ou pour la société : achats compulsifs, bourreaux de travail, sexualité compulsive ou tabagisme. Si nous prenons l'exemple du tabac, il est intéressant de rappeler que la notion de pathologie est récente. Le lien entre le tabagisme et le cancer bronchique ne fut reconnu qu'en 1957 par le Docteur Anglais Richard Doll. La connaissance ou le développement de maladies comme l'achat compulsif ou les bourreaux du travail peuvent être mis en parallèle avec le développement de nos sociétés.

L'addiction est un concept en mouvement qui évolue en fonction des connaissances scientifiques de l'époque mais également en fonction du regard de la société.

1.2.2. XX^{ème} siècle, la toxicomanie (7) (8) (9)

Le mot « toxicomanie » est constitué du mot grec *toxikon* : « poison pour la flèche des pointes » (*toxon*) et du mot *mania* : « folie ».

Ce terme désignait :

« une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché l'effet analgésique, euphorique ou dynamique. L'appétence devient rapidement une habitude tyrannique et entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses » (10).

Cette définition incluait la consommation d'alcool même si le terme toxicomanie fut davantage employé pour décrire la consommation d'opiacés que pour celle de l'alcool, à laquelle le terme alcoolisme fut progressivement substitué dans la pratique.

De 1956 à 1964, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) préconisa de remplacer le mot toxicomanie par le mot dépendance. L'objectif était de tenter d'éclaircir l'utilisation massive du mot « *-manie* ». Ce changement montre une volonté d'évolution des pensées et des pratiques. Ainsi, en France, de nombreux concepts ont été développés au cours du XX^{ème} siècle, nous pouvons les synthétiser par quatre modèles^{(11) (12)} :

- le premier est le modèle moral ou religieux. Ce modèle n'est pas propre au XX^{ème} siècle. L'apport des sciences humaines a révélé que l'histoire des drogues était intimement liée aux prémices de la vie en société. Les premières utilisations des substances psychoactives étaient associées au surnaturel ou au mystique. Ces substances sont alors considérées comme un moyen d'accéder à des puissances supérieures, d'entrer en contact avec les divinités. La plupart des religions actuelles : chrétienne, musulmane, hindouiste, ... se sont détachées de l'utilisation de substances psychoactives et condamnent la consommation de l'excès, l'associant au vice.

- le second correspond au modèle « *monovarié* » de la maladie. C'est la substance qui déclenche le processus morbide et elle est la seule cause de la toxicomanie.
- le troisième est qualifié de « *bivarié* » en ce qu'il fait place à la fois à l'individu et à la substance.
- enfin, le quatrième modèle est le modèle « *trivarié* » qui associe produit, personnalité et moment socioculturel.

C'est ce dernier modèle qui montre que la complexité de la maladie provient de l'interaction entre trois axes. Ce modèle « *trivarié* » apparaît comme la base de la prise en charge actuelle des addictions.

1.2.3. Apport de la psychiatrie et de la psychanalyse au concept d'addiction ⁽²⁾

Sigmund Freud, médecin psychiatre et psychanalyste, procéda dès 1890 à un premier regroupement qu'il intitula les « *habitudes morbides* » et associait la morphinomanie, l'ivrognerie et les aberrations sexuelles.

Le psychanalyste Sandor Ferenczi, en 1911, définira une catégorie intitulée « *manifestations pulsionnelles symptomatiques* » qui regroupe la pyromanie, la kleptomanie et les toxicomanies.

Le mot addiction est utilisé pour la première fois en 1932 par Edward Glover, médecin psychanalyste, dans son étude *drugs addictions* dans la signification équivalente en France à toxicomanie.

En 1945, par le biais de sa théorie psychanalytique des névroses et notamment avec la sous-catégorie : névroses impulsives, Otto Fenichel, médecin psychanalyste, définira les toxicomanies sans drogues en symétrie avec des toxicomanies « classiques ».

En 1975, Stanton Peele, psychologue, introduisit la vision bio-psycho-sociale des addictions.

Le D.S.M.-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual - Révision 4- 1996) est un outil de classification des troubles mentaux. Concernant l'addiction, il sépare dans sa classification :

- les dépendances aux substances psychoactives,
- les troubles des conduites alimentaires,
- les troubles du contrôle des pulsions.

Enfin, Aviel Goodman, psychiatre Anglais, propose une définition des addictions en décrivant des critères d'inclusion. Cette définition apparaît actuellement comme un concept fédérateur pour une prise en charge des patients addicts.

L'annexe 1 retrace une synthèse de l'évolution historique du concept d'Addiction.

2. Addiction : définitions et intérêts

L'utilisation d'un concept fédérateur comme la définition de Goodman, était indispensable pour dépasser la fragmentation encore présente (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) et la réduction à l'approche exclusive par les produits qui a eu des conséquences organisationnelles dommageables :

- construction des dispositifs spécialisés séparant alcoolisme et toxicomanie,
- exclusion des dispositifs spécialisés alcool/toxicomanie du régime général,
- centrage exclusif sur le comportement de dépendance.

2.1. Définition ⁽¹⁴⁾

Définition de Goodman

À partir des travaux de Peele et de l'apport des approches cognitivo-comportementaliste et descriptive, Goodman, en 1990, a donné une définition opératoire de l'addiction qu'il décrit comme :

« un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Pour évaluer les troubles addictifs, Goodman a proposé les critères suivants ⁽¹⁵⁾:

Critères pour le diagnostic de trouble addictif

A. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique

B. Sentiment de tension augmentant avant de débiter un comportement

C. Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement

D. Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement

E. Au moins cinq des items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation ;

2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée ;

3. Efforts pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement ;

4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser et récupérer de ses effets ;

5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies ;

6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement ;

7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement ;

8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité ;

9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi ;

F. Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Le modèle « trivarié »

Les toxicomanies sont « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socioculturel* » selon la formulation du Docteur Claude Olievenstein. Ce concept peut être considéré comme un consensus dans la communauté scientifique internationale : avec N. Zinberg, les nord-Américains parlent de *set, setting, substance* (16), avec D. Cormier les Québécois proposent des bords « bio-psycho-sociaux » (17).

La figure 1 montre la représentation du trépied d'Olievenstein basé sur le produit, la personnalité et le contexte. Ce schéma propose la vision par discipline de l'addiction (18) :

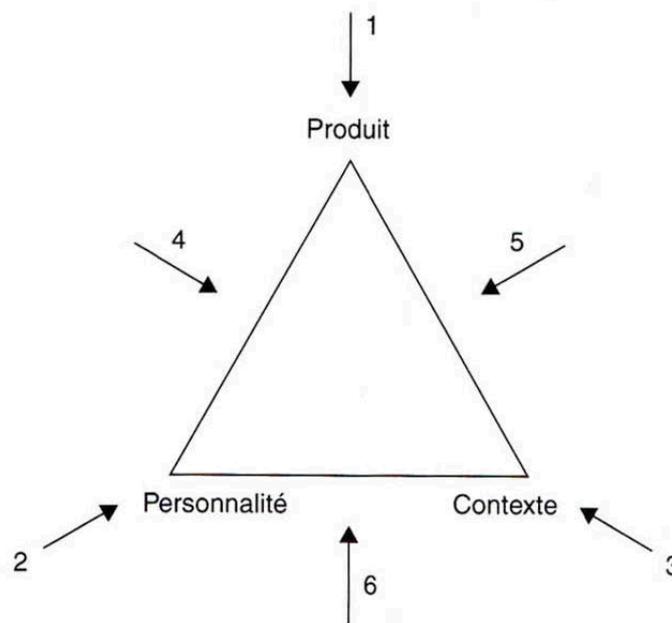


Schéma trivarié des addictions. 1) Pharmacologie, prohibition, etc. 2) Psychanalyse, psychobiologie, etc. 3) Sociologie, théories de l'étiquetage, etc. 4) « Modèles de maladie ». 5) Abords culturels, historiques. 6) Intégration, déviance, systémisme.

Figure 1. Approche des addictions à partir du modèle « *trivarié* ».

Une approche « *univariée* » ou particulière. Le pharmacologue (flèche 1), le psychanalyste (flèche 2) ou le sociologue (flèche 3) peuvent donner des informations spécifiques sur le produit, la personnalité ou le contexte. Cependant, chaque spécialiste seul ne peut apporter une réponse globale.

Une approche « *bivariée* ». L'approche par la vision commune du produit et de la personne (flèche 4) est à l'origine des modèles des maladies. Selon le modèle Pasteurien, la pathologie provient de la rencontre d'un agent pathogène sur un organisme sain. Selon la même logique, l'addiction proviendrait de la rencontre entre un produit addictogène et un organisme. Si l'on retire l'agent pathogène, ou pour l'addiction, le produit, il n'y aurait plus de pathologie. Cependant, l'expérience des sevrages a montré que la pathologie ne peut se restreindre au produit. Le problème de ce type de modèle est que l'on déplace un problème médical vers un problème moral : Si l'on sevrage le patient et qu'il rechute, le problème ne vient pas du produit, cela vient de l'individu. La flèche 5 peut concerner les études culturelles et historiques des produits. La dernière approche de la flèche 6 peut faire référence aux études sociologiques sur les comportements non conformes aux normes sociales, ou l'approche systémique ⁽¹⁸⁾.

Une approche « *trivariée* » correspond à la prise en charge médico-psycho-sociale ou prise en charge globale. La prise en charge doit tenir compte de l'interaction entre la personne, le produit et l'environnement. Ce modèle « *trivarié* » peut être adapté aux addictions sans substance en remplaçant le produit par le comportement.

2.2. Intérêts du concept de conduite addictive ⁽¹⁹⁾

L'intérêt de ce concept permet :

- **un langage commun**

L'objectif d'une classification internationale est l'élaboration d'un référentiel commun pour échanger et comparer les travaux dans le monde. Un langage en commun est également la base pour le travail de professionnels en réseau.

- **un abord commun plus objectif et comparatif notamment leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leur coût**

L'intégration dans les pratiques addictives de celles liées au tabac, à l'alcool ou aux médicaments psychotropes permet de comparer, le plus objectivement possible, leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leurs coûts, à ceux des différentes toxicomanies « illicites ».

- **de sortir du vocable stigmatisant « toxicomanie », « alcoolisme »**

Le concept de pratiques addictives permet également de sortir des vocables courant, mais stigmatisants : « alcoolisme », « toxicomanie ».

- **d'intégrer les addictions sans drogues ou comportementales**

Les similitudes comportementales avec les addictions aux substances psychoactives que l'on peut observer dans ces addictions sans drogues s'expliquent vraisemblablement par des mécanismes neurobiologiques et psychologiques similaires ou proches, mettant en jeu les fonctions du plaisir, de l'évitement de la souffrance, de la dépendance et de la gestion des sensations et des émotions. L'analyse de ces similitudes peut s'avérer extrêmement féconde sur le plan de la recherche psychopathologique ou neurobiologique.

3. Les comportements de consommation de substances psychoactives (20) (21)

Les classifications officielles font apparaître une distinction importante entre la dépendance (l'addiction), et des usages problématiques, qui peuvent être nommés d' « usage nocif » (D.S.M. IV-TR), ou « abus de substance » (C.I.M. 10).

3.1. Usages

L'usage est le fait d'utiliser un produit ou un comportement. Cependant, l'usage ne saurait être considéré comme pathologique, puisqu'il n'entraîne pas de dommage. Néanmoins, il faut savoir que certaines formes d'usage comportent des risques.

Les classifications internationales (D.S.M. IV-TR et CIM 10) décrivent trois types de comportement :

- l'usage à risque,
- l'usage nocif ou abus,
- la dépendance.

Usage à risque

Dans certaines circonstances ou situations, une consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. On peut regrouper ces usages à risque en deux catégories :

- le risque situationnel (conduite d'automobiles, de motos, de scooters, de machines, et également la grossesse),
- le risque quantitatif ou consommation au-delà de certaines quantités c'est-à-dire la consommation régulièrement excessive de substances psychoactives. Par exemple, les recommandations de l'O.M.S. pour la consommation de l'alcool (1 unité = un verre standard, 10g d'alcool par unité ou par verre) sont :

Consommation régulière

- Femmes : moins de 14 unités par semaine
- Hommes : moins de 21 unités par semaine
- au moins une fois par semaine sans boisson alcoolique

Consommation occasionnelle

- pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion

Pas d'alcool dans les circonstances suivantes :

- pendant la grossesse
- pendant l'enfance
- quand on conduit un véhicule
- quand on conduit une machine dangereuse
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
- quand on prend certains médicaments
- dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale etc.)
- quand on est un ancien alcoolo-dépendant

Site de la Fédération des Acteurs de l'Alcoolologie et de l'Addictologie (F3A)



Figure 2 : verre standard

3.2. Abus/usage nocif

L'usage nocif (C.I.M.-10) ou l'abus (D.S.M. IV-TR) se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risques.

Abus d'une substance (d'après DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e éd. Trad. Paris, Masson, 1996).

A. L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des tâches ménagères courantes) ;

2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) ;

3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;

4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

L'intérêt majeur de cette définition a été de faire reconnaître qu'il y avait un problème, un « trouble », et de faire admettre que cette modalité de comportement de consommation devait être considérée et traitée comme une entité pathologique, alors même que le sujet n'était pas encore dépendant. Il s'agit là d'un changement conceptuel majeur qui permet de faire basculer ces conduites de consommation nocives du champ de la prévention pure à celui de la pathologie et d'instaurer une légitimité médicale à proposer un traitement : l'acte médical peut alors s'appuyer en parallèle sur le soin et la prévention. La reconnaissance par le corps médical de l'existence d'une consommation nocive rend plus facile l'évaluation individuelle et collective, dans la mesure où il existe des données objectives et un consensus scientifique.

3.3. Dépendance

Rappelons que Fouquet avait énoncé, à propos de l'alcoolisme, une image condensée qui représente très clairement la dépendance et peut s'appliquer aux autres consommations de substances psychoactives mais également aux addictions comportementales :

« L'impossibilité de s'abstenir de consommer ».

DÉPENDANCE (d'après DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e éd. Trad. Paris, Masson, 1996).

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

1. Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.

4. Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

5. Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.

7. L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Il est habituel de distinguer :

- 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 (le sevrage « psychique »). Cette dépendance psychique a pour traduction principale le « craving » ou recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable ;

- la dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage avec l'apparition de symptômes physiques en cas de manque. Parallèlement, il existe souvent l'apparition d'une tolérance avec l'augmentation de la consommation

quotidienne. Le diagnostic de dépendance peut être posé même si cliniquement il n'existe pas de dépendance physique.

Passage de l'usage nocif à la dépendance

Si nous prenons l'exemple de l'alcool, tous les patients ayant un usage nocif n'évolueront pas vers une dépendance⁽²²⁾. Pour les patients qui deviendront dépendants, il convient de s'interroger sur les conditions de l'installation de cette dépendance : il existe, pour les sujets qui deviendront dépendants une installation progressive et de plus en plus impérieuse de la dépendance psychique. Il y a donc bien une zone de transition (ou de passage progressif) et donc d'imprécision entre usage nocif et dépendance. Il paraît alors plus pertinent, plutôt que de chercher une ligne tranchée entre usage nocif et dépendance, d'essayer de mettre en évidence parmi les sujets ayant un usage nocif, ceux qui sont à fort risque d'une évolution vers un usage avec dépendance.

La pyramide de Skinner

Ces catégories de comportements peuvent s'inscrire dans la pyramide de Skinner (exemple de l'alcool), qui représente parfaitement le caractère progressif et sélectif des différentes étapes vers la dépendance. La figure 3 montre que sur une population :

- 5 à 10% ne consomment pas d'alcool,
- 66 à 70% ont une consommation « normale » selon les normes de l'O.M.S.,
- 15% ont un usage à risque,
- 6 à 7% ont un usage nocif,
- 3 à 4 % ont une dépendance.

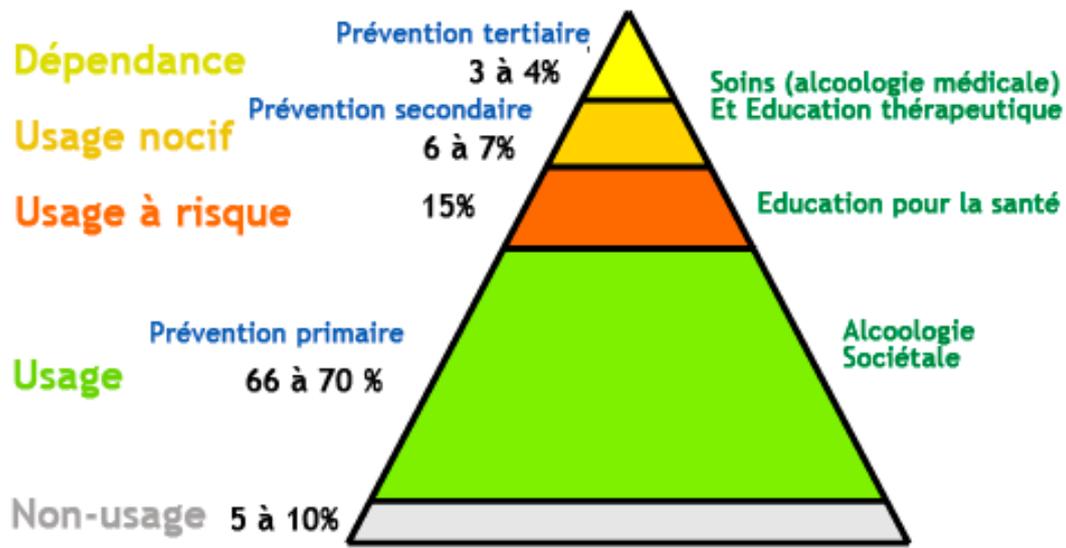


Figure 3 : la pyramide du risque de Skinner

4. Les facteurs de risques, de vulnérabilité et de gravité (23)

L'addiction est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs :

- des facteurs de risque liés aux produits (P),
- des facteurs individuels de vulnérabilité (I),
- des facteurs de risque environnementaux (E).

$$\text{Addiction} = \text{P.I.E.}$$

4.1. Facteurs de risques liés aux produits (24)

4.1.1. Pouvoir addictogène de la substance (25)

Le pouvoir addictogène est la capacité d'une substance à induire une pharmacodépendance.

Cette capacité peut-être évaluée :

- par des tests pharmacologiques (modèles animaux d'auto-administration),
- en comparant la corrélation pour chaque produit :
 - entre la fréquence et l'importance de la consommation,
 - avec la fréquence et la sévérité des dépendances installées,
- en mesurant le rapport dépendants / non dépendants.

Les facteurs déterminant cet effet addictogène sont :

- le profil chimique,
- l'impact cellulaire de la substance psychoactive :
 - induction de modifications durables des synapses,
 - induction de modifications adaptatives de la physiologie générale.

Les substances ayant le pouvoir addictogène le plus important sont l'héroïne et le crack. La nicotine, malgré sa faible intensité, fait également partie des substances ayant le plus fort pouvoir addictogène (Cf Figure 4).

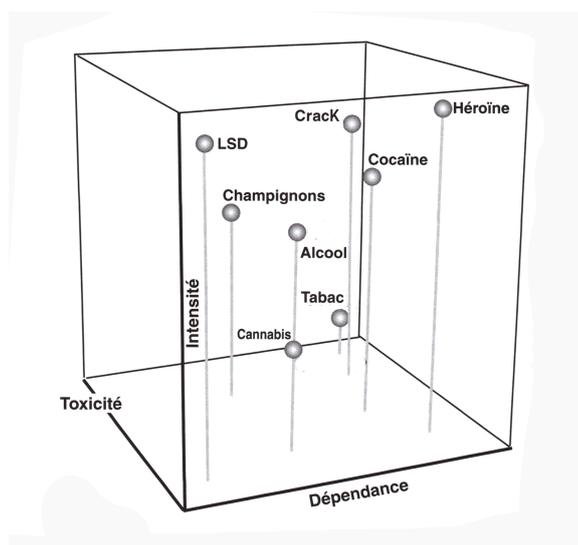


Figure 4 : profil de dangerosité pharmacologique

4.1.2. Les risques de complications sanitaires et sociales (26)

L'usage des substances psychoactives implique une nocivité potentielle, à court et à long terme. Les principaux effets nocifs de l'usage de substances psychoactives peuvent être répartis en quatre catégories (voir Figure 5).

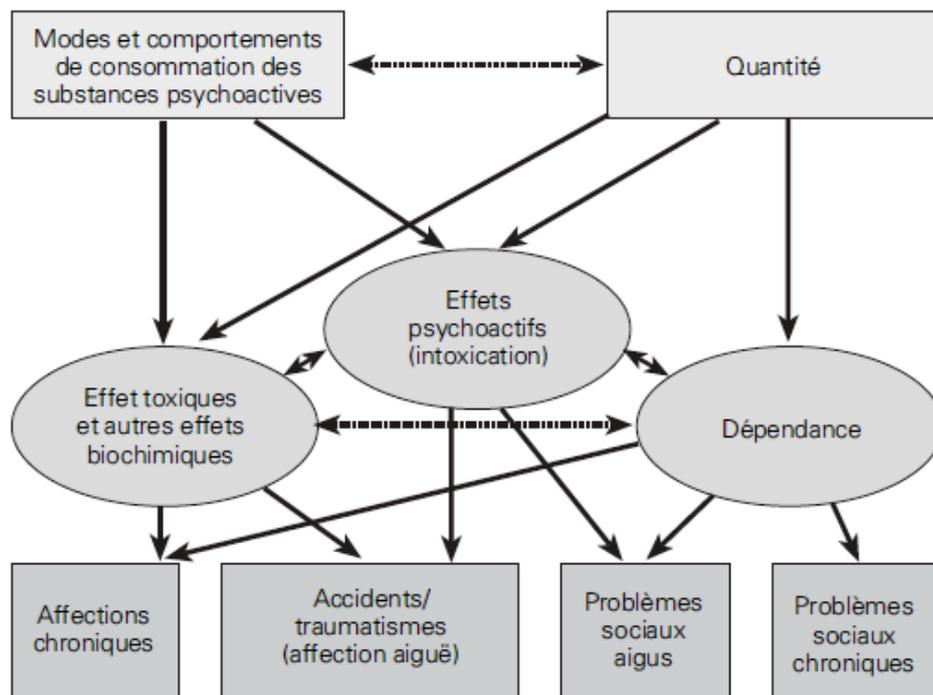


Figure 5 : Mécanisme de la relation entre l'usage de substances psychoactives et les problèmes sanitaires et sociaux (27)

Les affections chroniques viennent en premier. Concernant l'alcoolisme, ce sont la cirrhose hépatique et une foule d'autres maladies chroniques ; concernant le tabagisme à la cigarette, ce sont le cancer du poumon, l'emphysème et diverses affections chroniques. L'usage de l'héroïne par injection, en raison de l'utilisation d'une même aiguille par plusieurs usagers, est un vecteur important de transmission d'agents infectieux comme le VIH et les virus des hépatites B et C.

Viennent ensuite les effets biologiques aigus ou à court terme de la substance. C'est notamment le cas de la surdose avec les opiacés et l'alcool. Dans cette catégorie, on classe également les accidents dus aux effets de la substance sur la coordination physique, la concentration et le jugement, lorsque leur altération est potentiellement dangereuse. Les accidents occasionnés par la conduite d'un véhicule après consommation d'alcool ou d'autres drogues sont prépondérants dans cette catégorie, mais d'autres accidents, le suicide et les coups et blessures y figurent également.

La troisième et la quatrième catégorie d'effets nocifs induits sont les dommages sociaux dus à l'usage des substances psychoactives : difficultés sociales aiguës, telles que l'interruption brutale d'une relation ou l'arrestation, et difficultés sociales chroniques, telles que l'incapacité de remplir les obligations professionnelles ou familiales.

4.1.3. Statut social du produit ⁽²⁸⁾

Le statut social du produit dépend du caractère licite ou illicite, et du type de produit. Un produit comme l'héroïne ou le crack peut entraîner une marginalisation, une désociabilisation et une délinquance liées aux difficultés à se procurer le produit. Au contraire, l'acceptation sociale de l'alcool facilite et encourage sa consommation.

4.2. Facteurs individuels de vulnérabilité

4.2.1. Les facteurs neurologiques et génétiques

Ces facteurs entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions : perturbations des systèmes dopaminergique, glutamatergique opioïde, noradrénergique et sérotoninergique ⁽²⁹⁾. Le rôle du stress et l'activation de l'axe corticotrope chez l'animal sont des facteurs augmentant la vulnérabilité à la prise des drogues. L'exposition à des événements stressants augmente la prise de produit chez le rat selon un phénomène similaire à celui de la sensibilisation comportementale. Le contact avec ces événements stressants peut être aversif mais en faveur d'une nette sensibilisation à la consommation de drogues. Les variations inter-individuelles de variation au stress et l'absence de contrôle dans un environnement donné peuvent entraîner un sujet dans l'addiction aux produits ⁽³⁰⁾.

D'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme, et les effets des drogues contribuent au développement de l'addiction ⁽³¹⁾.

Enfin, les interactions gènes/environnement participent à l'expression de la vulnérabilité aux drogues ⁽³²⁾.

4.2.2. Traits de personnalité, tempérament et troubles du comportement

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive sont :

- la faible estime de soi,
- la timidité,
- l'autodépréciation,
- les réactions émotionnelles excessives ou l'inverse,
- les difficultés à réagir ou non face à des évènements,
- les difficultés à avoir des relations stables,
- les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels.

Il semble qu'en relation avec les traits de personnalité, le tempérament puisse intervenir comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence. On peut retrouver :

- un niveau élevé de recherche de sensations,
- un niveau élevé de recherche de nouveautés,
- un niveau élevé de réactivité émotionnelle,
- un faible évitement du danger,
- un niveau élevé d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles,
- un faible niveau de sociabilité.

Enfin, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus, voire à l'installation d'une dépendance à des substances psychoactives chez l'adolescent et l'adulte jeune ⁽³⁴⁾.

4.2.3. Les évènements de vie

Les évènements de la vie jouent un rôle important dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive. Il peut s'agir d'un deuil, de rupture, de maltraitance, d'abus sexuels⁽³⁵⁾, de l'absence de domicile fixe, de maladies somatiques graves ⁽³⁶⁾.

4.2.4. Comorbidités psychiatriques

L'association de troubles psychopathologiques aux conduites addictives, notamment chez les enfants et les adolescents est soulignée par de nombreuses études. Cependant les liens qui les unissent restent complexes ⁽³⁸⁾.

La survenue précoce de troubles psychiques peut, selon les études, multiplier par deux le risque de développer un abus ou une dépendance à une substance psychoactive. Dans environ 70% des cas, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substance. Il peut s'agir d'un trouble des conduites, d'une hyperactivité avec déficit d'attention, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ⁽³⁸⁾, plus rarement de troubles psychosomatiques et de troubles du comportement alimentaire ⁽³⁹⁾.

Les éléments psychopathologiques liés à un trouble de la personnalité antisociale⁽⁴⁰⁾, ou personnalité limite⁽⁴¹⁾ sont des facteurs individuels facilitant l'installation de conduites addictives.

4.2.5. Modalités de consommation

Ce sont ces modalités de consommation qui doivent attirer en premier lieu l'attention. Elles sont, épidémiologiquement et cliniquement, corrélées avec l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. Elles constituent, à ce titre, des indicateurs de risque majeur.

4.2.5.1. Précocité

La précocité peut traduire à la fois ⁽⁴²⁾ :

- la vulnérabilité génétique et familiale,
- une fréquente incitation environnementale,

- des conséquences délétères décrites sur un cerveau en développement, en particulier dans son système dopaminergique, traduction de la maturation des capacités de gestion du plaisir et de la souffrance, de l'impulsivité et des stratégies de contrôle supérieur.

Plus une consommation de substances psychoactives démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé. Cette règle est applicable à toutes les substances (tabac, alcool, médicaments psychotropes, substances illicites), surtout, bien entendu, si l'usage se répète. (43)

En effet :

- plus le nombre de consommations est élevé, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, et plus le risque de survenue de complications augmente.
- les comportements qui s'inscrivent durant la préadolescence ou l'adolescence se constituent plus facilement en modes de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite.

4.2.5.2. Cas particuliers des adolescents (44)

L'effet psychotrope est, d'une façon générale, plus nocif chez des sujets en développement, dans la mesure où il intervient sur un système neurobiologique plus fragile et provoque des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement et son entourage. Il serait donc recommandé de réduire autant que possible l'usage des substances à fort effet psychodysléptique avant l'âge adulte et d'être particulièrement attentif lorsque l'usage intervient avant 16 ans.

4.2.5.3. Autothérapie et usage solitaire (45)

La consommation autothérapeutique condense les facteurs de vulnérabilité psychologique (personnalité et tempérament) et psychiatrique (anxiété et difficulté de gestion des émotions post-traumatiques) et l'entrée dans l'addiction par la voie de l'évitement de la souffrance. L'effet anxiolytique ou antidépresseur recherché est en lien avec des facteurs individuels psychopathologiques. La consommation vise à apaiser un état d'angoisse sous-jacent, à réfréner des phobies sociales, à calmer un

vécu dépressif, à réduire la sensation de malaise : la consommation devient régulière et souvent solitaire.

Cette modalité de consommation amène à insister sur l'indicateur de risques que représente l'usage solitaire en dehors des situations où l'usage est ritualisé, et plus ou moins sous le contrôle d'autrui. Cet usage solitaire inquiétant peut, là encore, se retrouver avec l'alcool, le cannabis, les tranquillisants, ...

4.2.5.4. Ivresse ⁽⁴⁵⁾ (46)

La recherche d'ivresse, les conduites d'excès condensent la vulnérabilité génétique, les traits de caractères sociopathiques et l'entrée dans l'addiction par la voie de la recherche de sensation.

L'excès se définit à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, il recouvre donc à la fois l'usage à risques, l'usage nocif et la dépendance :

- la consommation fréquente et/ou en quantités élevées,
- l'usage en dehors des conditions « normales » ou régulées de consommation.

L'effet recherché est celui d'une anesthésie, d'une « *défonce* », d'un anéantissement. Les ivresses sont massives et fréquentes. Cette modalité de consommation repose sur la question du statut de l'ivresse. Cela nous amène à différencier la recherche d'euphorie, festive et conviviale de la recherche d'ivresse massive ou « *binge drinking* », d'abrutissement, d'anéantissement que nous sommes amenés à considérer médicalement comme une modalité de consommation à risques ou inquiétante. Cette analyse concerne évidemment aussi bien le « *binge drinking* », que l'ivresse cannabique ou la « *défonce* » à la cocaïne ou aux médicaments psychotropes.

4.2.5.5. Polyconsommation ⁽⁴⁷⁾

La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives. Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensations, soit encore pour atténuer les effets de certains produits. Ainsi, elle englobe des conduites variées d'associations de produits pouvant générer des conséquences diverses qualitativement et quantitativement. Le nombre de combinaisons et les problématiques différentes rendent donc ce problème difficile à traiter.

Elles concernent des situations cliniques et/ou des patients très différents :

- les consommations peuvent s'associer ou se succéder dans le temps,
- la consommation d'un produit peut prédominer ou pas,
- les catégories de comportements d'usage peuvent être différentes selon les produits consommés,
- on peut être dépendant à un produit mais pas à l'autre.

Ces nouveaux profils de consommations impliquent la mise en œuvre de stratégies de prise en charge adaptées. En effet, la polyconsommation complique la prise en charge :

- il est difficile de mener des sevrages multiples, simultanés ou séquentiels,
- il y a un risque d'apparition de consommations de substitution (prise d'alcool après sevrage des opiacés par exemple),
- on voit apparaître également un usage détourné des prescriptions de benzodiazépines utilisées pour les sevrages.

4.3. Facteurs liés à l'environnement

Les facteurs socioculturels interviennent dans les régulations des consommations et l'exposition au produit (facteur E). Ces facteurs influent sur les attentes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. On sait, par ailleurs, que plus les facteurs d'exposition sont élevés (ce qui est, par exemple, le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité^(47bis) (ce qui explique, par exemple, les « alcoolismes d'entraînement »).

À l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne, par exemple), on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité. Toutefois, certaines microcultures présentent une exposition plus importante à l'héroïne.

De même, lorsque les risques liés aux produits sont importants, les paramètres sociaux et personnels passent au second plan. La dimension culturelle des usages de substances psychoactives est donc capitale à prendre en compte à la fois pour en saisir le sens et pour en comprendre une bonne part des mécanismes.

Il existe plusieurs types de facteurs environnementaux :

- facteurs culturels et sociaux,
- facteurs familiaux,
- rôle des pairs.

4.3.1. Les facteurs culturels et sociaux ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾

C'est à dire l'exposition à un produit dans une société ou une microsociété donnée. Ce facteur d'exposition peut s'évaluer à partir des quantités consommées d'un produit donné dans une société donnée, par exemple en France. Ces données peuvent être affinées par âge, sexe, groupe social, ...

4.3.2. Les facteurs familiaux

Ils concernent la consommation du produit (habitudes de consommation ou non consommation, acceptation ou rejet, interdits religieux, ...) et le fonctionnement familial : conflits, événements vitaux, ... Certains auteurs ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾ soulignent l'absence de supervision parentale comme directement responsable de la consommation de substances à travers son impact sur la composition du groupe de pairs, groupe dont l'influence s'exercerait selon un double processus, d'une part, de modelage et, d'autre part, de coercition, où le refus de consommer provoque la désapprobation et le rejet. Si la pression des pairs est un facteur d'abus de substances, il est aussi un possible facteur d'abstinence. Il y aurait une relation directe entre une pression croisée des pairs et un usage de drogue, ce qui ferait que plus l'acceptation de drogue est basse, moins fréquent serait son usage ; plus le risque perçu est important, plus l'usage de drogue est bas.

4.3.3. Rôle de pairs

Dans ces éléments liés à l'environnement, nous incluons également le rôle des pairs (des amis). Il est incontestable que le groupe des pairs, soit par l'usage au sein du groupe, soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, complétée, par la suite, par un rôle renforçateur dans le choix du groupe de pairs dans lequel circulent des substances ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵²⁾ ⁽⁵³⁾.

4.3.4. L'environnement ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾

Certains moments difficiles dans la vie de la personne sont des facteurs de risque majeurs pour l'usage de substances psychoactives :

- la perte des repères sociaux (chômage, précarité, marginalisation, absence de valeurs morales),
- la perte des repères familiaux (décès, séparation, éclatement du noyau familial),
- les événements traumatisants psychiques ou physiques.

4.4.Synthèse

L'ensemble de ce chapitre peut être résumé dans les figures ci-dessous.

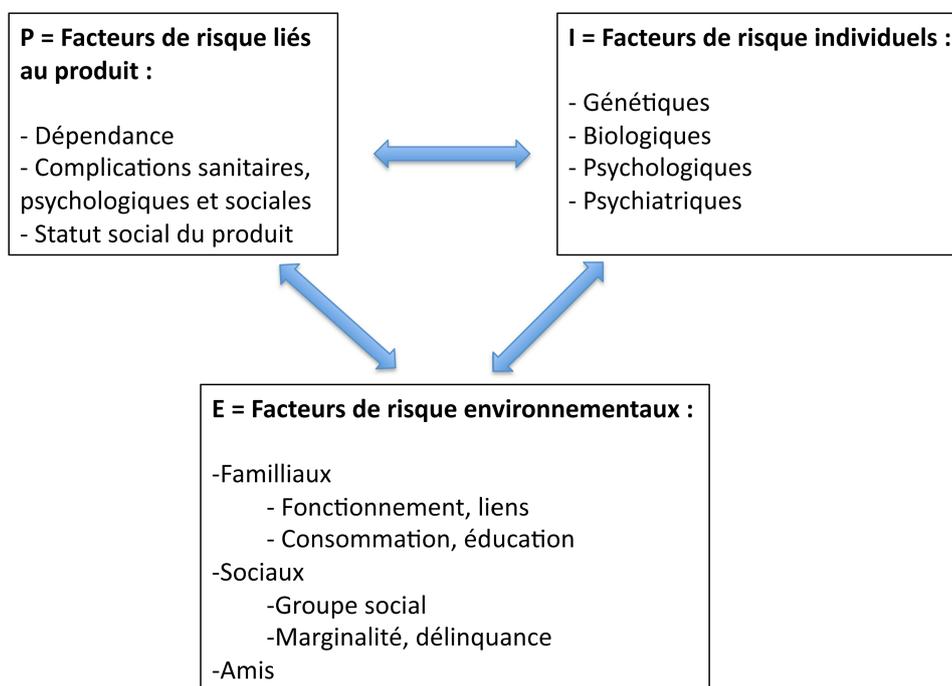


Figure 6 : Interactions entre le produit, l'individu et son environnement.

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Environnementaux <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des drogues - Pauvreté - Changements sociaux - Influence de la culture des pairs - Normes et attitudes culturelles - Politiques concernant les drogues, le tabac et l'alcool 	Environnementaux <ul style="list-style-type: none"> - Situation économique - Maîtrise des situations - Soutien social - Intégration sociale - Evènements positifs de la vie
Individuels <ul style="list-style-type: none"> - Prédisposition génétique - Maltraitance pendant l'enfance - Troubles de la personnalité - Structure familiale perturbée et personnalité dépendante - Mauvais résultats scolaires - Exclusion sociale - Dépression et comportement suicidaire 	Individuels <ul style="list-style-type: none"> - Capacité à surmonter les difficultés - Efficacité personnelle - Perception des risques - Optimisme - Comportements favorables à la santé - Capacité à résister à la pression sociale - Comportements bon pour la santé en général

Figure 7. Facteurs de risque et de protection face à l'addiction. (58)

5. Neurobiologie des addictions

5.1. Le cerveau « sain »

5.1.1. Circuit du plaisir et de la gestion des émotions ⁽⁵⁶⁾

Le système dopaminergique méso-cortico-limbique, encore appelé « *système de récompense et de punition* » ou « *d'approche et d'évitement* » ou « *de plaisir et de souffrance* », est le système qui gère nos désirs, nos plaisirs et nos émotions. Depuis le plus jeune âge, c'est lui qui permet d'analyser et de répondre aux différentes émotions positives ou négatives ressenties.

Ce système est programmé et formaté dès l'enfance en fonction des expériences précoces de plaisirs et de déplaisirs corporels, puis des expériences émotionnelles liées à la qualité du maternage et au développement des liens d'attachement. Il apprend à reconnaître très précocement ce qui est bon ou mauvais pour soi, ce dont on peut s'approcher et ce qu'il faut éviter puis, par extension, les individus et les situations susceptibles de nous faire du bien et ceux et celles qu'il convient d'éviter. Les événements, émotions et stress précoces préparent ainsi la sensibilité et la réactivité de ce système.

On sait désormais que c'est en agissant sur les voies neuronales de ce système et en forçant les neurones dopaminergiques, directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'interneurones GABAergiques, opioïdiques, par les récepteurs cannabinoïdiques ou par l'intermédiaire d'une hyperréactivité de l'axe cortico-hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien), que les différentes « drogues » arrivent à rendre l'homme ou l'animal dépendants. Il n'est donc pas étonnant de trouver une confirmation neurobiologique aux classiques descriptions cliniques qui mettaient en évidence que l'addiction consistait à remplacer ou à éviter une émotion par une sensation.

5.1.2. Circuit du plaisir et de la souffrance ⁽⁵⁶⁾

5.1.2.1. Description neuro-anatomique

Les sources du plaisir sont les récompenses naturelles : nourriture, boisson, sexe, affection. Selon le principe des processus opposants, proposé par Solomon dès 1980, le plaisir ne peut être séparé de son contraire, l'aversion ou la douleur. Chez l'animal, le couple plaisir/aversion peut être modélisé par des systèmes physiologiques de récompense et de punition proches sur le plan neuroanatomique. Le système de récompense/punition (approche/évitement) (plaisir/souffrance) est un circuit anatomique correspondant au système mésocorticolimbique ⁽⁵⁹⁾.

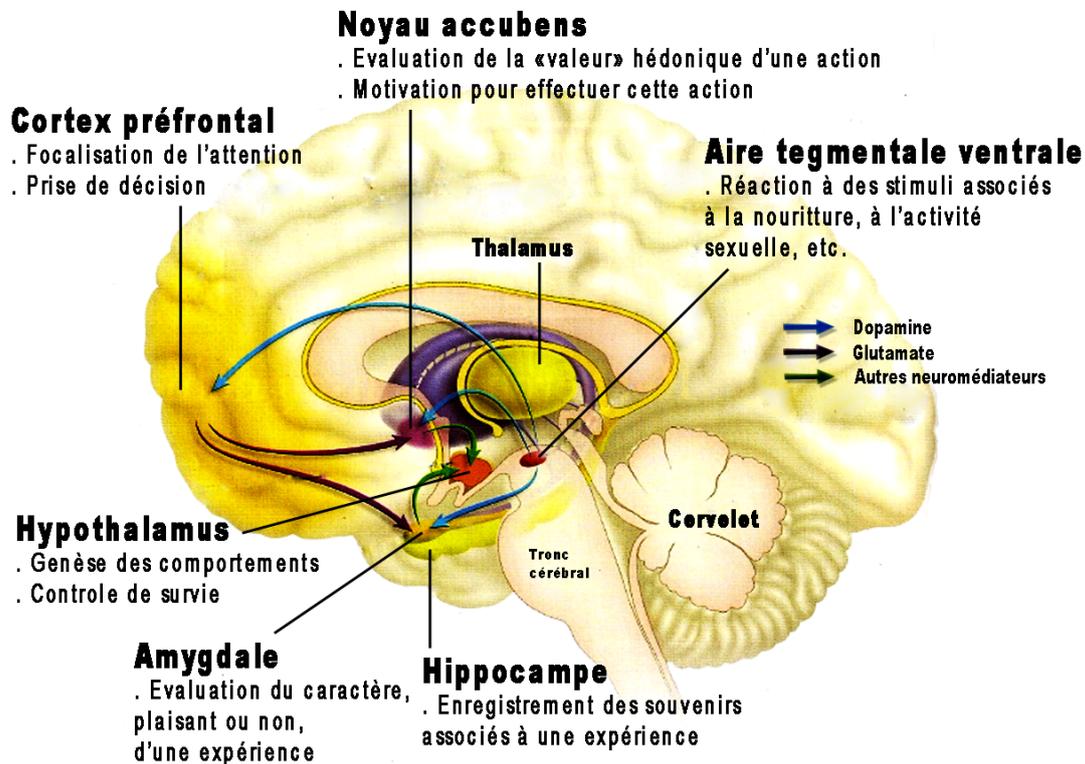


Figure 8. Le système de récompense : les voies dopaminergiques mésolimbiques et mésocorticales.

Le circuit mésolimbique implique un ensemble de neurones dopaminergiques (appelés, selon la nomenclature, neurones A10) situé, dans le tronc cérébral, au niveau de l'Aire Tegmentale Ventrale (A.T.V.) qui projettent, via le faisceau médian,

vers des structures du système limbique telles que le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe⁽⁶⁰⁾. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, dans la mémoire et dans les réponses conditionnées liées aux conséquences motivationnelles et émotionnelles du manque et du besoin, d'affection et de relation, mais aussi de drogues.

Le circuit mésocortical inclut des projections de l'A.T.V. vers le cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire antérieur. Il serait, quant à lui, impliqué dans les conséquences cognitives de l'imprégnation émotionnelle et, en ce qui concerne la prise de drogues ⁽⁶¹⁾, dans la recherche compulsive de ces drogues au détriment des autres intérêts et désirs.

5.1.2.2. Rôle de la dopamine

La dopamine est le neurotransmetteur clé du système de récompense. Les récompenses naturelles (aliments, boissons, activité sexuelle) et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique. En effet, ils en stimulent la libération par les neurones de l'aire tegmentale ventrale (A.T.V.) dans le noyau accumbens.

La littérature souligne la notion de seuil dopaminergique variant en fonction de la récompense :

- il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir,
- il augmente encore lors de la récompense,
- le taux de dopamine ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci,
- son absence, malgré le signal annoncé, fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil, ce qui entraînera au niveau clinique une sensation de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité.

Dans le cas des récompenses naturelles qui concernent les deux versants du plaisir : le désir et la satisfaction, l'activité neuronale dopaminergique ne dure que quelques instants, mais dans le cas de l'administration d'une drogue, la libération de dopamine est beaucoup plus longue.

5.1.2.3. Rôle de la sérotonine et de la noradrénaline (62)

La noradrénaline et la sérotonine sont les deux grands neuromodulateurs qui contrôlent le cortex, qui lui-même contrôle le système dopaminergique.

La noradrénaline est un neurotransmetteur important pour l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage. La noradrénaline est aussi libérée comme une hormone dans le sang où elle contracte les vaisseaux sanguins et augmente la fréquence cardiaque.

La sérotonine contribue à diverses fonctions comme la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur.

La sérotonine et la noradrénaline sont en lien étroit. Si on bloque ces deux voies en bloquant ces récepteurs, l'administration à l'animal de l'alcool, de la morphine, de l'amphétamine ou de la cocaïne ne produit pas de découplage. Le simple fait de protéger ce système de communication juste avant de donner la drogue empêche le phénomène de se mettre en place (63). Même dans le cas de l'alcool, il suffit de bloquer deux récepteurs pour qu'il perde ses propriétés.

5.2. Le cerveau « addict »

5.2.1. Dérèglement du système dopaminergique de récompense : installation de l'addiction

L'addiction est un processus complexe par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et soulager un malaise intérieur, se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de contrôle).

On peut maintenant décrire les mécanismes d'installation des addictions comme la prise chronique de drogues entraînant une activation anormale et répétée du système dopaminergique mésocorticolimbique.

Pour compenser cette surstimulation répétée, des systèmes de compensation sont activés, c'est ce que l'on appelle classiquement les mécanismes opposants. Ces

anomalies du système dopaminergique mésocorticolimbique sont désormais clairement identifiables en neuro-imagerie, ainsi que les mécanismes d'adaptation qui en découlent, et on peut donc clairement représenter les circuits altérés par la prise chronique de drogues.

De multiples travaux (Koob 1998, Maldonnado 2003, Nestler 2001, Volkow 2002, ...) permettent d'affirmer que toutes les substances psychoactives susceptibles d'entraîner une dépendance amènent une hyperdopaminergie soit directement dans le cas de la cocaïne, de l'ecstasy ou des amphétamines (par inhibition de la recapture), soit de façon plus indirecte par une action sur les interneurons et sur les récepteurs GABAergiques et opioïdes qui viennent moduler ce fonctionnement du neurone dopaminergique (Cf figure 10).

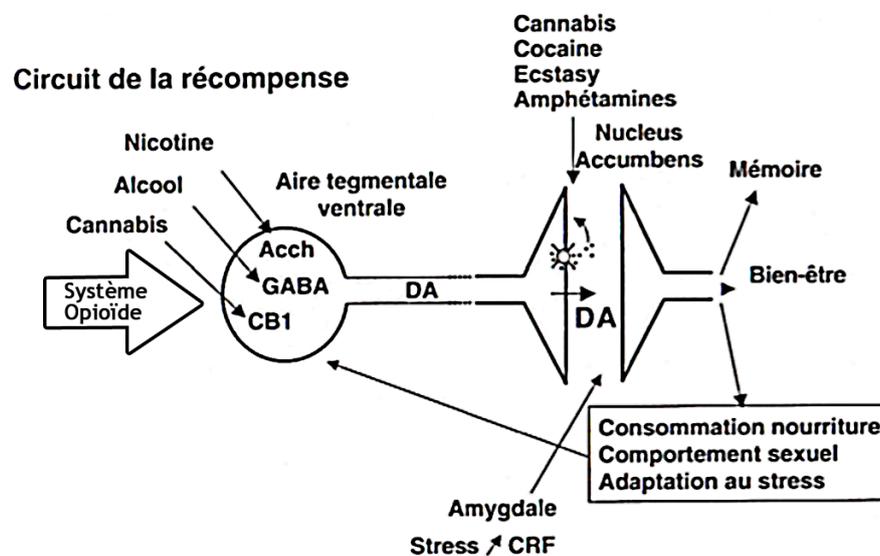


Figure 9. Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues

De plus, la réponse à la prise de drogues n'est pas influencée par un phénomène d'habituation à l'opposé des récompenses naturelles. Chaque nouvelle prise de produit entraînera une libération dopaminergique.

C'est cette surstimulation anormale et répétée qui entraînera les processus d'adaptation et la mise en route de ce qu'on appelle les systèmes opposants, afin d'essayer de réduire les effets de cette surstimulation.

Mais c'est bien parce que les drogues agissent en mimant les neuromédiateurs naturels et en venant forcer les serrures qui modulent les sécrétions dopaminergiques que s'effectuera leur action délétère. En général, les récepteurs aux drogues psychoactives (tels que les récepteurs opioïdes, les récepteurs cannabinoïdes, les récepteurs GABAergiques, les récepteurs cholinergiques) ont été découverts avant les neuromédiateurs endogènes correspondants à ces récepteurs (enképhaline, GABA, glutamate, acétylcholine, endocannabinoïde, ...).

Nous ne possédons pas des récepteurs prévus pour les drogues ; bien au contraire, les drogues viennent s'immiscer et altérer le fonctionnement des récepteurs en mimant l'action de nos neuromédiateurs et neurotransmetteurs naturels. Les drogues agissent comme un leurre pharmacologique, et si elles agissent si bien, c'est parce qu'elles touchent à des mécanismes fondamentaux de gestion du plaisir et de la souffrance, du bien-être et du mal-être, de l'approche et de l'évitement. Il n'est donc pas étonnant que l'intuition clinique, qui consistait à dire que dans l'addiction, les sensations remplaçaient les émotions, se trouve ainsi confirmée : l'effet brutal du produit venant ainsi à la place de la modulation subtile des émotions.

5.2.2. Les circuits de l'addiction

Volkow a proposé un schéma synthétique de fonctionnement du cerveau addict, « *accroché* » (Figure 11). En situation normale, quatre circuits interagissent :

- le circuit de la récompense,
- le circuit de la motivation et du sens,
- les voies de la mémoire,
- le contrôle cortical et intellectuel.

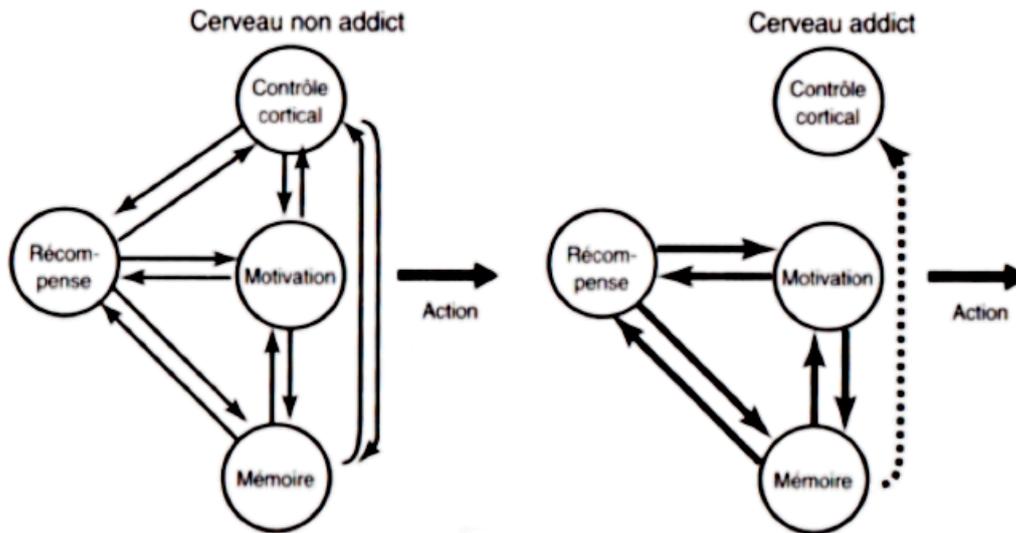


Figure 10. Schéma synthétique du fonctionnement du cerveau addict.

L'équilibre entre ces quatre circuits aboutit aux actions adaptées aux situations émotionnelles ou de besoins. Chacun de ces circuits est lié à des éléments extrêmement importants. Le circuit de la récompense donne la saillance (survalorisation du besoin) et la valeur d'un besoin, celui de la motivation répond aux états internes, celui de la mémoire met enjeu les associations apprises et celui de contrôle permet de résoudre les conflits.

En cas d'addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, aussi bien par la saillance que dans la motivation à s'en procurer, et à l'envahissement des circuits de mémoire avec déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal par les associations corticales.

Cela permet de mieux comprendre les attitudes psychocomportementales des sujets dépendants : le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés, accorde beaucoup moins d'importance aux autres intérêts, objectifs et motivations devenus secondaires par rapport au besoin obsédant du produit.

6. Approches psychopathologiques des addictions (64)

La psychopathologie est la branche de la psychologie qui a pour l'objet l'étude comparée des processus normaux et pathologiques de la vie psychique (Larousse 2009). Les approches psychopathologiques ont contribué au développement de la compréhension et de la prise en charge des addictions.

Nous pouvons citer :

- les approches psychanalytiques avec les apports de Ph. Jeammet, J. Bergeret ou de A. Charles-Nicolas et de M. Valleur,
- l'approche psychosociale de S. Peele,
- les approches biopsychocomportementale de M. Zuckerman, MJ. Apter, I. Brown ou E. Loonis,
- l'approche systémique de P. Angel et S. Angel,
- l'approche cognitivo-comportementaliste. Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (T.C.C.) sont actuellement de plus en plus utilisées par le corps médical pour la prise en charge des personnes addictes.

Face à l'impossibilité d'envisager ici de développer avec pertinence l'ensemble de ces approches, le choix a été fait de présenter l'approche cognitivo-comportementale du fait de la fréquence de son utilisation dans les prises en charges actuelles et d'introduire les notions d'interventions brèves.

6.1. Approche cognitivo-comportementale (81)

Les principales théories scientifiques développées au XX^{ème} siècle pour décrire les phénomènes d'apprentissage, à savoir : la théorie du conditionnement classique de Pavlov, celle du conditionnement opérant de Skinner et la théorie de l'apprentissage social de Bandura s'appliquent aux différentes conduites addictives. Les thérapies comportementales ont été développées pour agir sur ces apprentissages en prenant en compte, à partir des années 1970, les processus

cognitifs. Dès lors, l'analyse du trouble addictif s'est fait en associant les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles ainsi que l'environnement de l'individu. Concernant l'aspect cognitif, les apports de Beck sont largement reconnus. En effet, suite à ces travaux sur la dépression, Beck, en 1993, a adapté son approche thérapeutique aux troubles cognitifs. L'auteur postule que l'existence de cognitions dysfonctionnelles participe au maintien des addictions et aux rechutes. Dès 1985, Marlatt et Gordon ont proposé un modèle de prévention basé sur la restructuration cognitive du sujet.

Les pensées dysfonctionnelles sont le plus souvent mêlées aux facteurs de fragilisation personnelle comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles, les difficultés de communication, la dépression, une faible estime de soi, l'impulsivité et une image de soi négative. La lecture comportementale de la conduite addictive doit aussi passer par la compréhension de l'addiction en tant que processus de répétition. Celui-ci amène le patient par le cycle compulsif à une dépendance, ayant à court terme une réassurance créée par un mouvement de répétition, véritable forme d'existence par la présence du symptôme et parallèlement autothérapeutique (81).

Enfin, cette approche prend en considération les éléments de l'histoire du sujet qui peuvent être considérés comme déclencheurs.

L'objectif premier est d'amener le sujet à prendre conscience du cycle cognitivo-comportemental et émotionnel déclencheur et renforçateur de la conduite addictive. Cette première étape, appelée analyse fonctionnelle, constitue la base de la prise en charge thérapeutique.

6.2. Les Interventions Brèves

Les interventions brèves sont des entretiens limités dans le temps. Nous citerons l'entretien motivationnel (E.M.) et le Repérage Précoce et l'Intervention Brèves (R.P.I.B.).

6.2.1. L'entretien motivationnel (82) (13)

L'entretien motivationnel s'est développé au cours des années quatre-vingts aux Etats-Unis et au Royaume-Uni avant de se diffuser plus largement dans le monde.

Ses applications se font généralement dans le champ de l'éducation sanitaire, et en particulier dans le traitement des dépendances aux substances psycho-actives.

Ses auteurs, William Miller et Stephen Rollnick, tous deux psychologues, le définissent comme une méthode de communication directive, centrée sur le patient, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il s'agit d'un style d'intervention, d'une modalité particulière d'interaction avec le patient, orienté vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la diminution du comportement à risque. Il est centré sur le patient et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante favorisant le changement de comportement et de style de vie du patient.

Les principes de base définissent les attitudes de l'intervenant dans la conduite de l'entretien :

- exprimer l'empathie,
- développer les divergences,
- rouler avec la résistance,
- développer le sentiment d'efficacité personnelle.

L'application de ces principes se déroule dans un cadre caractéristique de l'entretien motivationnel :

- poser des questions ouvertes,
- valoriser,
- pratiquer l'écoute réflexive,
- reformuler et résumer.

L'entretien motivationnel s'avère ainsi particulièrement utile dans les situations où les patients sont en difficulté pour reconnaître la gravité d'un problème. Ces situations se rencontrent fréquemment dans le traitement des dépendances aux substances, où la négation du problème et l'ambivalence vis-à-vis du changement sont très caractéristiques. De plus, l'entretien motivationnel peut s'intégrer à une expérience professionnelle déjà rodée.

6.2.2. Repérage Précoce et Intervention Brève (R.P.I.B.) ⁽¹⁴⁸⁾

Cette approche a été étudiée dans le domaine de l'alcoologie. Le R.P.I.B. vise à la diminution de la consommation d'alcool à court ou moyen terme, chez les buveurs qui dépassent les seuils recommandés par l'O.M.S.

Le R.P.I.B. a été adapté à la médecine de ville pour que l'entretien dure maximum cinq minutes. Comme son nom l'indique, le R.P.I.B. se divise en deux parties :

- le Repérage Précoce. Le professionnel évalue la consommation de l'utilisateur à l'aide d'un questionnaire (Cf Annexe 2). Si la consommation est à risque ou nocive, le professionnel continuera sur l'Intervention Brève.
- l'Intervention Brève. Les bases de l'Intervention Brève ont été conçues à l'origine par Miller et Sanchez ⁽¹⁴⁹⁾ et s'expriment par l'acronyme FRAMES :
 - restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back),
 - responsabiliser : le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute,
 - donner un conseil de modération (ou Advice),
 - évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou Menu),
 - user de bienveillance, ne pas juger (ou Empathy),
 - laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou Self-efficacy).

Le R.P.I.B. peut être également adapté à d'autres addictions par l'utilisation d'autres tests de repérage (tabac, cannabis, ...).

7. Politique Française en matière d'addiction

7.1. Evolution du marché des drogues ⁽⁶⁵⁾

Face à l'évolution du marché des drogues et face à l'évolution des modes de comportements de consommation, la politique Française a dû s'adapter. Certaines mesures ont eu un réel impact en termes de santé publique comme la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues injectables. Cependant en ce qui concerne les « *drogues légales* » comme l'alcool ou le tabac, les campagnes de prévention et de soins sont souvent diluées dans un marketing commercial efficace et ciblé, pouvant donner, au final, un message confus.

Actuellement, Il existe deux plans gouvernementaux sur les addictions :

- Le plan addiction 2007-2011,
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

7.1.1. Evolutions les plus récentes du marché des drogues

Deux facettes complémentaires sont ici à considérer :

- d'une part, les mutations qui affectent l'offre de substances psychoactives et qui dessinent un nouveau paysage pour les consommateurs de drogues, qu'il s'agisse des drogues illicites, du tabac ou de l'alcool ;
- d'autre part, les évolutions du comportement de consommation proprement dite qui définissent de nouveaux enjeux en termes de santé publique mais aussi de sécurité.

7.1.2. Mutation de l'offre ⁽⁶⁶⁾

La production et la distribution des drogues ont une dimension internationale cruciale, du fait de l'existence d'un trafic transnational et d'intérêts économiques dont les ramifications sont mondiales. C'est d'ailleurs autour de la question du contrôle de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants que la coopération

internationale s'est historiquement structurée à travers des conventions successives qui visent à organiser :

- à l'échelle mondiale la production, la fabrication et la distribution de certains produits stupéfiants (essentiellement opiacés) à des fins médicales,
- à lutter contre toute autre forme d'utilisation des stupéfiants assimilée juridiquement à des actes de trafic.

Or depuis l'entrée en vigueur de la dernière convention internationale de 1971 ⁽⁶⁷⁾ sur les substances psychotropes, on constate que le paysage de l'économie mondiale des drogues a connu des bouleversements majeurs :

1- Les pays du Sud, traditionnellement producteurs et pourvoyeurs du trafic mondial de stupéfiants, deviennent à présent également des pays consommateurs.

Cette évolution est particulièrement sensible pour les pays du Sud dits *de transit* situés à proximité des zones de production, qu'il s'agisse de l'Asie centrale, du Pakistan ou de l'Iran pour l'opium venant d'Afghanistan, ou encore de la zone Caraïbe pour la cocaïne venant d'Amérique du Sud. Cette poussée de la consommation d'héroïne et de cocaïne dans ces zones est particulièrement préoccupante s'agissant de pays qui ne disposent, en règle générale, ni des dispositifs de prévention et de soin, ni de l'arsenal répressif capables de faire face aux nombreux problèmes et dommages induits. La France doit elle-même faire face à une très nette poussée de la consommation de cocaïne/crack dans ses trois départements d'Amérique latine et des Antilles avec les problèmes sanitaires et d'ordre public qui en résultent.

2- Les pays du Nord, traditionnellement consommateurs, deviennent à leur tour producteurs.

Cette métamorphose est une conséquence directe du développement de l'usage des drogues de synthèse. La lutte contre ces nouvelles formes de trafic est extrêmement complexe :

- Les laboratoires sont généralement de petite taille et peuvent être démontés en quelques heures,

- d'un faible encombrement, ces drogues sont particulièrement faciles à transporter et à distribuer sous un volume réduit,
- aucun repérage par satellite n'est possible, puisqu'il n'y a pas, par définition, de surfaces cultivées.

Ce double mouvement introduit de nouvelles exigences qui doivent être impérativement prises en compte, en particulier dans la construction du volet international des politiques publiques des drogues. L'aide au développement des pays vulnérables doit devenir une dimension incontournable de la coopération internationale, à la fois pour offrir à ces pays des alternatives crédibles à la culture du pavot ou de la coca (cultures de substitution) et pour favoriser l'émergence des structures sanitaires indispensables à la prise en charge des usagers dépendants. Ajoutons que certains de ces pays doivent, de plus, faire face à une politique commerciale de plus en plus agressive de la part des multinationales du tabac soucieuses de compenser le recul de leurs ventes dans les pays développés par la conquête de nouveaux marchés dans les pays du Sud. C'est une raison supplémentaire de les aider et de les conseiller.

Vis-à-vis de ces nouveaux enjeux, l'Union Européenne peut jouer un rôle éminent, ne serait-ce parce qu'une large part des nouveaux défis à relever se situe à l'intérieur de son espace et dépend in fine de sa volonté. Ainsi en va-t-il des questions posées par les évolutions du marché des drogues de synthèse. Pour l'heure, on n'assiste pas en Europe à l'explosion de la consommation d'ecstasy et d'amphétamines chez les jeunes adultes. Mais l'exemple américain, avec la récente poussée de la consommation de métamphétamine, doit nous inciter à la vigilance. Sous l'impulsion de la France et de la Suède, l'Europe s'est dotée depuis plusieurs années d'un dispositif efficace de surveillance de l'apparition de nouvelles drogues de synthèse (Early-Warning System EWS)⁽⁶⁸⁾, qui devrait permettre d'anticiper et de contenir une éventuelle poussée de la consommation de métamphétamine sur notre continent.

7.1.3. Mutation des circuits et des méthodes de distribution (69) (70)

Deux phénomènes récents méritent ici d'être relevés, dans la mesure où ils modifient assez profondément les conditions d'approvisionnement des consommateurs et constituent, de ce fait, un élément facilitateur de la consommation.

Le premier phénomène émergent est l'essor de la vente de produits illicites (en particulier cannabis et drogues de synthèse) et de tabac par Internet. Ce phénomène est préoccupant à plusieurs titres :

- difficultés d'identification des personnes et des structures à l'origine du trafic,
- perception par l'acheteur potentiel d'un moindre risque puisque Internet permet d'échapper aux aléas du trafic de rue (pas de risque notamment d'interpellations policières),
- avantage financier en ce qui concerne les produits du tabac et l'alcool,
- anonymat des livraisons noyées dans l'énorme flux des colis postaux,
- possibilité pour les gestionnaires du site de promouvoir la fabrication de drogues de synthèse en livrant de véritables recettes de cuisine d'un niveau de chimie élémentaire.

Le second phénomène correspond aux pratiques d'autoproduction de cannabis. De nombreux indices laissent penser que ces pratiques se développent. Même si beaucoup de consommateurs de cannabis ne disposent pas de l'espace, des moyens financiers et/ou des conditions climatiques permettant de se lancer dans l'autoproduction de cannabis, on ne peut pas exclure le fait que le phénomène prenne une certaine ampleur dans les années qui viennent, dans la mesure où il permet de s'affranchir des aléas du trafic de rue.

7.2. Evolution des comportements de consommation

En matière d'évolution de la consommation de drogues, la France doit faire face, comme la plupart des pays de l'Union européenne, à des évolutions différenciées qui n'appellent pas de réponses univoques et standardisées.

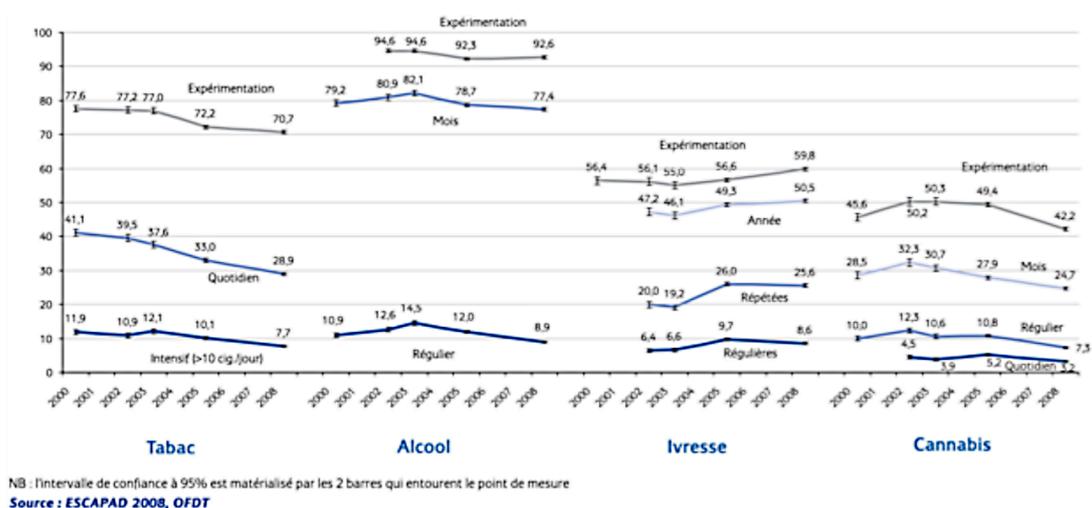


Figure 11. Evolution entre 2000 et 2008 des niveaux d'usage des principaux produits psychoactifs à 17 ans en métropole.

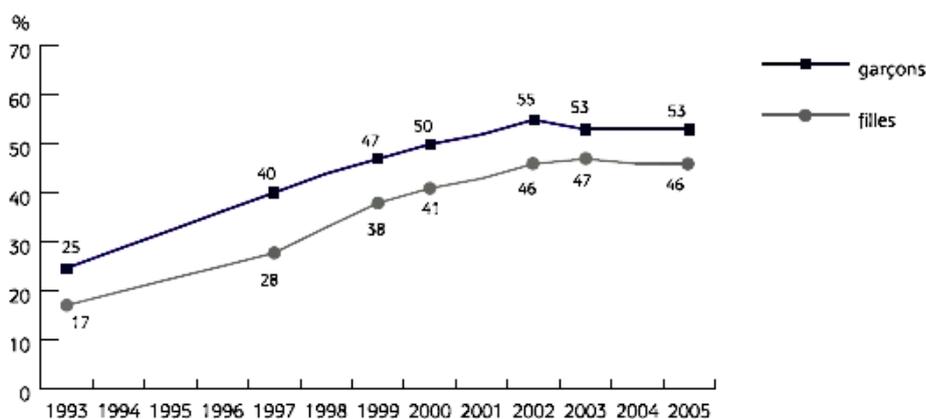
Nous pouvons signaler que les études de l'O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) spécifient différents modes de consommation (71) :

- abstinence : aucun usage du produit en question au cours de la vie,
- expérimentation : au moins un usage au cours de la vie,
- usage dans l'année : au moins un usage au cours des douze derniers mois,
- récent : au moins un usage au cours des trente derniers jours,
- régulier : au moins dix usages au cours des trente derniers jours,
- quotidien : tous les jours.

Cette méthodologie est différente des critères du D.S.M. IV-TR ou du C.I.M. 10 (usage nocif/abus ou la dépendance) vu précédemment.

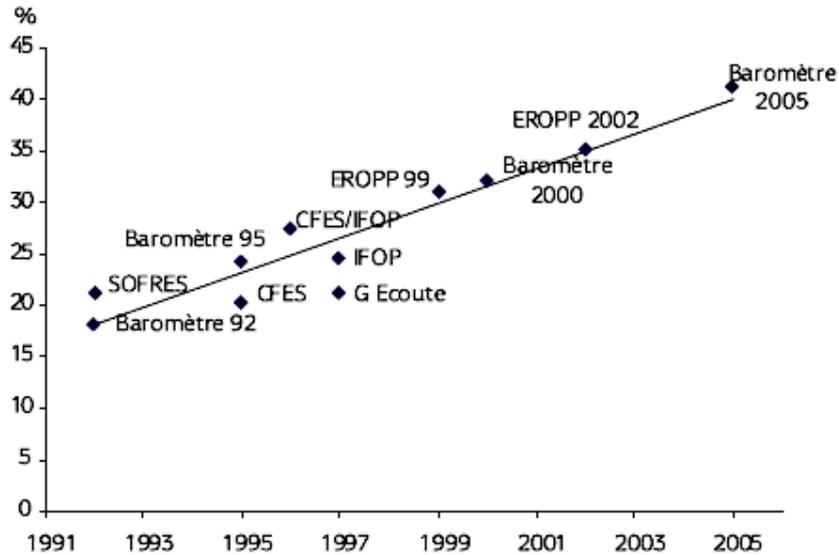
7.2.1. Cannabis (72)

L'évolution la plus spectaculaire des années 1990 est celle de la consommation de cannabis. Les adolescents d'aujourd'hui se démarquent de leurs aînés par un niveau d'expérimentation (autour de l'âge de 15 ans) et d'usage régulier nettement plus élevé. Ainsi l'expérimentation du cannabis a-t-elle doublé depuis le début des années 1990, passant de 18% en 1992 chez les 18-44 ans à 32 % en 2005. Aujourd'hui les consommateurs réguliers représentent environ 20% des 16-24 ans, même si les chiffres fournis par les dernières enquêtes (E.S.C.A.P.A.D. 2008 et E.S.P.A.D. 2007) semblent indiquer l'amorce d'une stabilisation globale de la consommation de cannabis par rapport à 1999, avec des rythmes de progression beaucoup plus limités que par le passé (Cf figure 13). D'un point de vue de la population générale, l'expérimentation a quasiment doublé en 15 ans ; aujourd'hui, 40% de la population a testé au moins une fois dans sa vie du cannabis. (Cf figure 14).



Sources : Adolescents, enquête nationale 1993, ; Enquête sur la scolarité et les loisirs des lycéens 1997, CADIS ; ESPAD 1999 Inserm/OFDT/MENRT ; ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, OFDT.

Figure 12 : expérimentation du cannabis à 17, par sexe 1993 à 2005 (%)



Sources : sondage 1992, SOFRES ; Baromètre 1992, 1995, 1996, 2000, CFES ; sondage 1997, IFOP ; sondage 1997, Publimétrie Grande Écoute ; EROPP 1999, 2002, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES.

Figure 13 : expérimentation du cannabis parmi les 18-44 ans, 1992-2005 (%)

7.2.2. Alcool ⁽⁷²⁾ ⁽⁷³⁾

L'alcool continue d'occuper une place centrale en raison de son niveau de consommation dans l'ensemble de la population et des dommages (sanitaires et sociaux) induits. Si l'on observe en France une baisse régulière de la consommation moyenne depuis plusieurs années, on doit constater en même temps que les jeunes restent à l'écart de cette évolution : stabilité de l'usage assortie d'une fréquence relativement élevée de l'expérience de l'ivresse (autour de 15 ans) et du maintien à un niveau élevé des ivresses répétées (comportement beaucoup plus masculin que féminin). En 2005, le classement des boissons en fonction du nombre de leurs consommateurs au cours du mois, montre que les bières et les prémix sont les boissons les plus populaires chez les jeunes avec respectivement 57 % et 48 % de consommateurs, devant les alcools forts (43 %) puis les champagnes et vins mousseux, les cocktails et le vin qui arrive en sixième position (28 %). Les hiérarchies des préférences des garçons et des filles sont proches, mais se distinguent notamment pour les trois premiers choix, aussi bien en termes de produits que de classement : bière, puis alcools forts et prémix pour les garçons, prémix, puis champagne et bière pour les filles. La forte présence des prémix dans cette hiérarchie invite à considérer

avec attention les usages de ces produits et les stratégies de commercialisation et de promotion qui leurs sont attachées.

En France, le modèle Anglo-Saxon du *Binge-drinking*, ou Alcoolisation festive de fin de semaine, tend à progresser chez les jeunes en tant que mode d'alcoolisation dominant. Cependant, le taux d'ivresse répétée des jeunes Français reste inférieur à ceux que l'on peut observer dans certains pays Anglo-saxons, comme le Royaume Uni ou le Danemark.

Au niveau de la population adulte et en dépit de la baisse de la consommation moyenne, on évalue aujourd'hui à deux millions le nombre de personnes alcoolo-dépendantes au sens médical du terme et à trois autres millions les personnes « en difficulté avec l'alcool » (buveurs excessifs).

7.2.3. Tabac ⁽⁷²⁾ ⁽⁷⁴⁾

S'agissant du tabac, la consommation a progressé chez les jeunes, et en particulier les jeunes filles, jusqu'en 1999, alors que les niveaux de consommation dans la population adulte ont connu, sur la même période, une baisse limitée mais régulière, plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Depuis 1999, on assiste à ce qui semble annoncer un renversement de tendance pour les jeunes, puisque selon les dernières données publiées par l'I.N.P.E.S., le pourcentage d'adolescents se déclarant fumeurs est passé de 44,5% en 1999 à 28,9% en 2008. L'enquête de l'I.N.P.E.S. suggère que cette diminution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes n'est pas étrangère aux récentes mesures de restriction du tabagisme prises par les pouvoirs publics : hausses significatives des prix du tabac et interdiction de la vente aux mineurs de moins de 16 ans. Les derniers chiffres de l'enquête E.S.P.A.D. confirment d'ailleurs cette tendance. Si l'on se réfère aux travaux de recherche relatifs aux expériences américaine ou anglaise de politiques volontaristes de contrôle du tabagisme, ces mesures ont indéniablement un effet dissuasif sur tous ceux qui en sont au stade de l'expérimentation ou de l'usage épisodique du tabac : en revanche, ces politiques ne semblent avoir que peu d'impact sur les personnes dépendantes (4 à 6 millions de personnes en France).

7.2.4. Autres drogues ⁽⁷⁵⁾

Pour les autres drogues qui concernent une bien plus faible partie de la population, les tendances antérieures se confirment : baisse de la consommation d'héroïne par voie intraveineuse, mais interrogations sur la possible hausse de l'héroïne fumée, en particulier en milieux festifs, baisse des injections, hausse de la consommation de cocaïne et de crack, progression modérée de la consommation de drogues de synthèse, essentiellement mais pas uniquement dans le cadre festif, utilisation croissante de substances dopantes, bien au delà du cercle du sport de haut niveau.

Avec la progression de l'usage du cannabis, la stabilisation à un niveau élevé de pratiques de polyconsommation est la deuxième évolution repérable chez les adolescents et les jeunes adultes. L'association observée le plus souvent est celle de la consommation concomitante d'alcool et de cannabis. De la même manière, l'usage concomitant d'alcool et de médicaments est de loin d'être négligeable : il concerne 13,1% des filles de 18 ans et 7,6% des garçons du même âge. A côté de ces formes « classiques » de polyconsommation, le polyusage de produits licites et de drogues de synthèse comme l'ecstasy progresse également mais reste un phénomène très limité.

7.3. Evolution des termes du débat en matière de politique publique des drogues

7.3.1. Le tabac ⁽¹⁵¹⁾

Bien que les dangers du tabac sur la santé ont été supposés dès le XVII^{ème} siècle, avec Jacques I^{er} d'Angleterre qui stigmatisait cette « *déplorable habitude dangereuse pour le cerveau et désastreuse pour les poumons* », son pouvoir cancérigène ne fut démontré que dans les années 50 par le Docteur Doll ⁽⁷⁶⁾. L'O.M.S. reconnaît pour la première fois que le tabac est une substance induisant une dépendance en 1974. En France, pour lutter contre le tabagisme, les gouvernements ont choisi des mesures pour « *dénormaliser* » son utilisation :

① la loi « Evin » en 1991 est la première loi de lutte contre le tabagisme :

- elle interdit toute publicité directe pour le tabac et les produits du tabac,
- elle impose un message de caractère sanitaire sur chaque paquet de cigarettes,
- elle interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transports collectifs, sauf dans les emplacements spécifiques aux fumeurs,
- elle permet aux associations de lutte contre le tabagisme de se porter partie civile pour les infractions aux dispositions de la présente loi,
- elle a sorti du calcul des indices des prix la référence au tabac, permettant d'en augmenter le prix.

② L'arrêté du 25 avril 2002 : Réduction de l'attrait des emballages du tabac. L'état impose aux fabricants d'apposer sur au moins 30% d'une des surfaces du paquet un message d'avertissement : « Fumer tue, Nuit gravement à la santé, ...»

③ La convention cadre des Nations Unies pour la lutte antitabac en 2003. Il s'agit du premier instrument juridique conçu pour diminuer la mortalité due au tabac dans le monde. Ce traité demande aux pays :

- d'imposer des restrictions sur la publicité en faveur des produits du tabac, le parrainage et la promotion,
- d'imposer de nouveaux conditionnements et étiquetages,
- de contrôler l'air ambiant à l'intérieur des locaux,
- de renforcer la législation pour réprimer la contrebande.

④ Le décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif qui légifère sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics :

A compter du 1er février 2007, il est interdit de fumer :

- "dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail",
- "dans les moyens de transports collectifs",

- "dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs".

Les entreprises peuvent aménager des salles closes pour la consommation du tabac.

Ces salles doivent respecter certaines normes :

- être ventilées,
- être équipées de fermetures automatiques,
- ne pas constituer un lieu de passage,
- ne pas dépasser 35 m².

L'interdiction est entrée en vigueur le 1er janvier 2008 dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

⑤ Encourager l'arrêt de la consommation du tabac :

- création d'un numéro vert « Tabac info service » et d'un site internet d'information,
- mise à disposition en officine des substituts nicotiques avec depuis 2007 la création d'un forfait de prise en charge de ces substituts (décret du 15 novembre 2006),
- le renforcement des consultations d'aide au sevrage tabagique dans les établissements de santé,
- campagne de prévention grand public et d'éducation pour la santé. Des campagnes sont mise en place par l'I.N.P.E.S. pour lutter contre le tabagisme et inciter l'arrêt du tabac,
- l'élaboration de recommandation par l'A.F.S.S.A.P.S. destinés aux médecins pour les aider dans les choix stratégiques au sevrage tabagique.

⑥ L'augmentation du prix du tabac, avec comme objectif une diminution de la consommation (Cf figure 15). Les impacts de ces augmentations sont controversés. Le 28 octobre 2010 dans un communiqué de presse à Agence France Presse (A.F.P.), l'Office Français de prévention du Tabagisme (O.F.T.), a demandé un report de la prochaine augmentation de la hausse du tabac initialement prévue pour 8 novembre 2010 estimant qu'elle « n'a aucun effet bénéfique sur la santé publique ».

Pour l'Office Français de Prévention du Tabagisme, « elle augmente les inégalités sociales, elle restreint les possibilités de gérer dans l'avenir le prix du tabac dans une optique de gestion de la santé, cette mesure nuit donc à la santé publique » et propose « le lancement d'un plan tabac coordonné avec tous les autres plans de santé qui pourrait s'inspirer de l'avis du Haut conseil de santé publique récemment rendu avec, entre autres, une augmentation des prix du tabac organisée pour diminuer l'addiction et la consommation ». La consommation de tabac a augmenté de près de 2% entre 2005 et 2010, selon des données du Baromètre santé 2010.

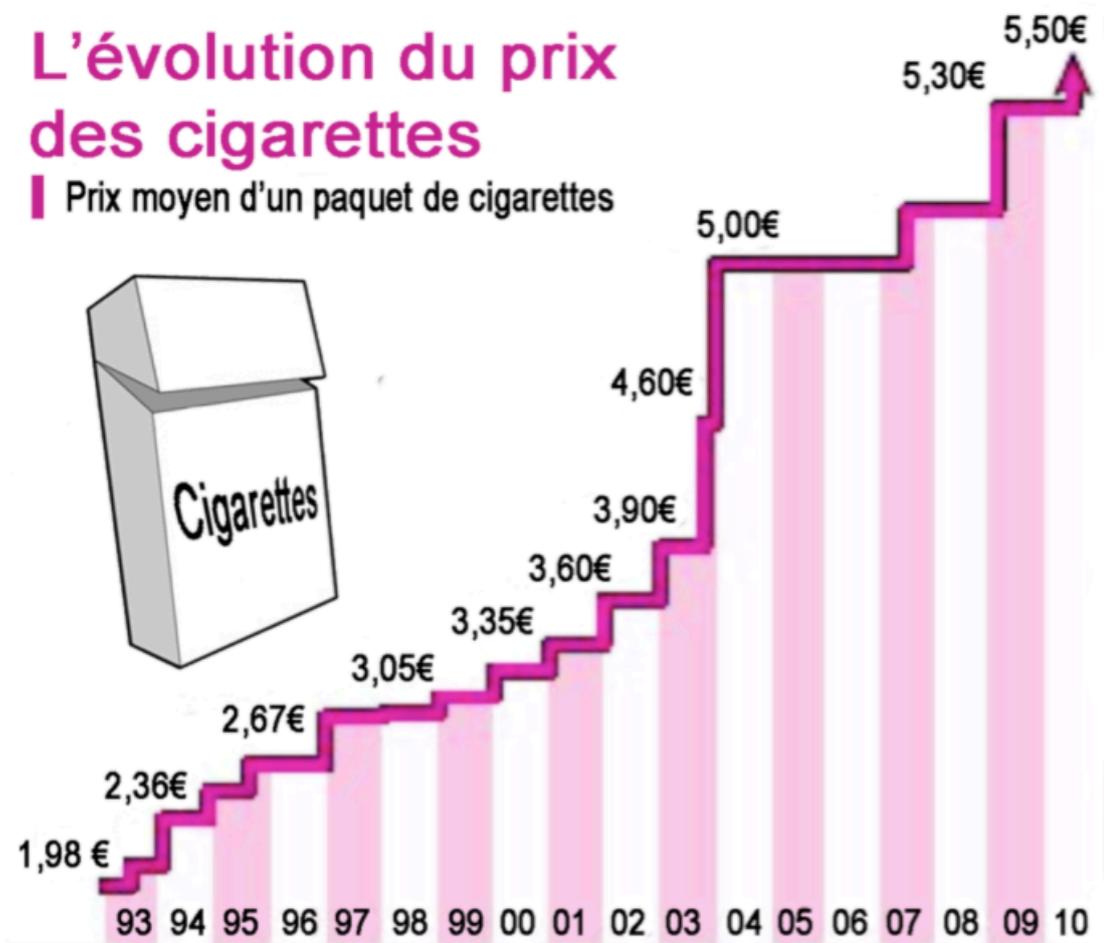


Figure 14. Hausse des prix du tabac depuis 1993

7.3.2. L'alcool ⁽⁷⁷⁾ ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁷⁹⁾

En France, deux législations royales : Charlemagne et François 1^{er}, répriment l'ivresse "trouble à l'ordre public"⁽⁸⁰⁾. En l'année 802, Charlemagne publia un édit qui

défendait de s'enivrer ; dans ce texte, les ivrognes étaient déclarés incapables de témoigner en justice, fût-ce pour leur propre cause. En 1536, François 1^{er}, à la suite des désordres arrivés en Bretagne à cause de gens ivres, publia un édit qui s'appliquait à tout le royaume. Il y est promulgué que tout homme, pris en état d'ivresse, sera condamné, la première fois, à aller en prison avec un régime au pain sec et à l'eau. La seconde fois, il sera fouetté entre les deux guichets ; la troisième, il sera fouetté publiquement ; et en cas de nouvelle récidive, il sera banni après amputation des oreilles.

Cette notion de punition de la personne alcoolique provenait d'une méconnaissance médicale de la dépendance à l'alcool et c'est poursuivi durant plusieurs siècles. En effet, la relation entre alcoolisme et alcool n'a commencé à être identifié qu'au 19^{ème} siècle (1848 « Alcoolisme » du Docteur Magnus Huss). La difficulté provenait de l'intégration sociale et culturelle des boissons alcoolisées, notamment du vin en France :

- les boissons alcoolisées étaient un des éléments de base de l'alimentation. En effet, les cours d'eau étant souvent souillés, les normes sanitaires de l'époque conseillaient l'utilisation de boissons fermentées pour son effet naturel antiseptique. Dans d'autres régions, notamment en Asie, les populations ont privilégié de développer la consommation à base d'eau bouillante comme le thé,
- dans les pays chrétien, le vin est associé au sacré et par extension aux fêtes religieuses,
- les tavernes représentaient un lieu social central dans les villages et les villes,
- dans un contexte d'une population majoritairement rurale, la boisson alcoolisée permettait de s'adapter au travail difficile de la campagne.

Cette connotation très positive de la boisson alcoolisée n'a pas provoqué la méfiance des autorités et des médecins de l'époque. Paradoxalement, alors que la boisson alcoolique était valorisée, la personne alcoolique était rejetée. Le buveur d'alcool était représenté comme un "vieux" avec la notion de moral ou un "taré" avec la notion de dégénéré mental.

Avec ces représentations, c'est tout naturellement que les mesures gouvernementales promurent des lois de lutte contre « l'alcoolique » plutôt que des

lois contre « l'alcoolisme ». Nous pouvons citer au 19^{ème} siècle l'internement forcé, les discours moralisateurs et les « mouvements de tempérance » qui se réunirent en « mouvement anti-alcoolique ».



Figure 15. Affiche de lutte contre l'alcoolisme, 1873

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, les différentes politiques de lutte contre l'alcoolisme ne parviennent pas à enrayer la croissance de la consommation. À partir de 1954, sous l'impulsion du gouvernement de Pierre Mendès France, l'action publique contre l'alcoolisme prend des formes multiples :

- réduction de l'offre, à partir de 1954, par la fermeture des débits de boissons, par la réglementation des points de vente, par la disparition du privilège du bouilleur de cru en 1960,
- développement de la prévention, prévention routière et prévention scolaire,
- organisation de campagnes publicitaires anti-alcool,

- réglementation de la publicité avec l'interdiction d'associer l'alcool au sport et à la conduite automobile,
- création en 1954 du Haut Comité d'Etudes et d'Informations sur l'Alcoolisme.

A partir des années 70, l'état met en place de nouvelles réglementations :

- enseignement d'alcoologie, en 1971, pour les étudiants en médecine, les élèves des professions paramédicales, les juristes et les travailleurs sociaux,
- aggravation des peines pour conduite en état d'ivresse en 1985,
- mise en place de campagnes publicitaires comme en 1984 « *Un verre ça va, trois verres...bonjour les dégâts* ».

De plus, des centres spécialisés financés par le gouvernement se développèrent :

- en 1970 apparaissent les Consultations d'Hygiène Alimentaire,
- en 1975, ces consultations deviennent des Centres d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.),
- le 15 mars 1983 par la circulaire RALITE, les C.H.A. deviennent des C.H.A.A. : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie,
- à la fin 1998, les C.H.A.A. qui assurent le traitement ambulatoire des malades alcooliques acquièrent, sous la nouvelle dénomination de Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie (C.C.A.A.), le statut d'établissements médicosociaux.

Ce n'est que très récemment, en 1999, que l'alcool a été rattaché aux substances psychoactives illicites par son intégration aux compétences de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (M.I.L.D.T.).

Les plans de la M.I.L.D.T. relative à l'alcool depuis 1999 sont :

- le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001),
- le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008),
- le plan gouvernemental de lutte contre les toxicomanies (2008-2011).

Ce dernier plan fait évoluer les C.C.A.A. en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (C.S.A.P.A.), intégrant ainsi l'alcool dans la prise en charge des addictions.

7.3.3. Drogues illicites ⁽⁷⁹⁾

Jusqu'au milieu des années quatre-vingts, c'est de l'addiction aux opiacés et singulièrement à l'héroïne qui a dominé et symbolisé le paysage de l'action publique en matière de drogues. La médiatisation de la mort d'une jeune adolescente durant l'été 1969 à Bandol entraîna une pression sur le gouvernement qui légiféra sur une loi le 31 décembre 1970. Le ministre de l'intérieur Raymond Marcellin s'est exprimé en 1971:

« (La loi du 31 décembre 1970) a créé le délit d'usage illicite des stupéfiants, qui n'existait pas dans notre droit. Cette innovation est très importante : dès lors que la toxicomanie est reconnue comme une infraction à la loi tous ceux qui en ont connaissance d'un cas d'usage de drogue ont le devoir d'en informer l'autorité publique. D'autre part, si le toxicomane lui-même est un malade, et personne ne peut douter qu'il le soit, il est aussi un délinquant. A ce titre il peut être astreint, sous peine de poursuites, à subir une cure de désintoxication sous le contrôle de l'autorité judiciaire. La répression est ainsi associée à une action médico-sociale dans l'intérêt des intoxiqués eux-mêmes. »

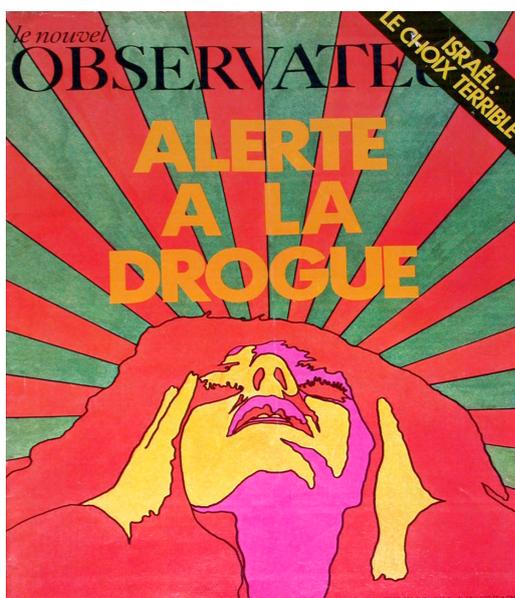


Figure 16. Le nouvel observateur septembre, 1969

Ainsi, Le dispositif de répression et de prise en charge s'est progressivement structuré autour de cette forme grave de toxicomanie. De fait, même si la loi de 1970 réprimant l'usage non médical de stupéfiant ne visait pas exclusivement les consommateurs d'héroïne, c'est ce groupe particulier que sa mise en œuvre effective s'est concentrée. L'article 3 de la loi de 1970 mentionne la prise en charge par la collectivité publique des dépenses d'hospitalisation et de soins des toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement public afin d'y être traités. Ces premières structures de soins gratuites avaient pour but d'inciter les toxicomanes à se soigner volontairement et de limiter l'extension de ce fléau.

Le décret du 29 juin 1992 propose de désigner toutes les structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie et financées par l'état, sous le nom générique de Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (C.S.S.T.).

En 2003, le statut des C.S.S.T. a changé, les faisant passer du dispositif d'exception, basé sur un système conventionnel financé par l'Etat au droit commun des institutions médicosociales, financé par l'assurance maladie.

Par rapport à cette période que nous pourrions qualifier d' « héroïnocentriste », la politique publique en direction des consommateurs de drogues a connu un double décentrement :

- le premier a été provoqué par l'épidémie de SIDA parmi la population de toxicomane par voie intraveineuse dans les années 1980 et a conduit à reléguer au second plan les objectifs d'ordre public au profit d'une logique sanitaire de réduction des risques. En effet, la gravité du SIDA, la possibilité de réduire la transmission du virus par l'accès aux seringues, la prise de conscience de la longue durée des carrières de consommation et de l'efficacité des stratégies thérapeutiques ont imposé le paradigme de la réduction des risques qui avait des retombés positives immédiates.
- le second décentrement de la politique publique est intervenu à la fin des années 1990 lorsque l'alcool et le tabac ont été explicitement inclus dans le champ de l'intervention publique en matière de drogues. Cette extension a été rendue possible par une conjonction de divers facteurs :

- contestation par les scientifiques du fondement des différences entre les substances et prise de conscience progressive de la nature addictive de ces produits licites,
- meilleure appréhension de l'ampleur des dommages associés à leur consommation, qu'il s'agisse des dommages à soi-même ou des dommages à autrui à travers notamment les accidents de la route ou encore les violences associées aux états d'ivresse,
- évaluation plus précise de l'ampleur épidémiologique des consommations d'alcool et de tabac grâce aux enquêtes en population générale conduites à cadence régulière par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T. : E.S.P.A.D., E.S.C.A.P.A.D., E.R.O.P.), l'I.N.P.E.S. (Baromètre Santé) et l'I.N.S.E.E. (volet tabac de l'enquête sur les conditions de vie des ménages).

Cette inclusion de l'alcool et du tabac dans l'espace des addictions a profondément modifié le regard porté sur la politique des drogues. Le plan triennal 1999-2001 a été le premier à développer une approche globale des conduites addictives, en privilégiant un abord par les comportements plutôt que par les produits. L'opinion publique a pris conscience que la figure du « drogué » ne se réduisait pas à celle de l'héroïnomanie injecteur, mais qu'elle pouvait prendre des visages beaucoup plus familiers ; ensuite, les professionnels de santé travaillant au quotidien avec les personnes dépendantes ont compris qu'au-delà des spécificités des addictions qu'ils avaient à prendre en charge, ils se trouvaient confrontés aux mêmes difficultés pour gérer les étapes critiques du sevrage, conjurer les tentations de la rechute et réinstaller leurs patients dans un projet de vie.

Ce changement de point de vue a également touché les responsables administratifs et politiques qui se sont rendus compte que le dispositif de prise en charge, qui s'était historiquement structuré, d'un côté autour de l'alcool avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie (C.C.A.A.) et, de l'autre, autour de l'héroïne avec les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (C.S.S.T.), était à la fois déséquilibré et trop cloisonné :

- déséquilibré puisque le réseau des C.C.A.A. censé répondre aux besoins des 2 millions de personnes alcool-dépendantes dans notre pays (5 millions si l'on inclut les buveurs excessifs) n'apparaît pas fondamentalement plus dense et mieux pourvu que le réseau des C.S.S.T. destiné à prendre en charge, quant à lui, une population d'héroïnomanes estimée entre 150 000 et 180 000 personnes,
- trop cloisonné ensuite puisque éclaté entre alcoologues, spécialistes des opiacés et tabacologues, opérant dans des structures séparées avec, au demeurant, des systèmes de financement distincts, alors que les professionnels eux-mêmes ressentent et manifestent de plus en plus le besoin d'échanger sur leurs pratiques et de confronter leurs expériences cliniques.

C'est en tenant compte de ces problèmes que les pouvoirs publics ont décidé la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (C.S.A.P.A.), sur un site unique ou dans le cadre d'un travail en réseau. Ces centres pourront proposer des soins :

- soit simultanément pour divers types d'addictions,
- soit exclusivement pour des problèmes d'alcool et de tabac ou pour les dépendances aux substances illicites ou certaines d'entre elles.

Les activités concernant l'alcool, le tabac ou d'autres dépendances devront être définies dans le projet d'établissement sous forme de programmes distincts.

Ce dispositif vise :

- à optimiser l'offre de soin,
- à faciliter la prise en charge des personnes présentant une dépendance à plusieurs substances,
- à permettre, grâce à une masse critique suffisante, une prise en charge pluridisciplinaire complémentaire du traitement médical des addictions,
- une meilleure lisibilité,
- une meilleure coopération médecine de ville/institutions.

Parallèlement aux C.S.A.P.A., les réseaux de santé, créés par la loi du 4 mars 2002, ont été développés par l'état pour améliorer la prise en charge des patients mais avec comme objectifs plus spécifiques de créer, favoriser et développer :

- le décloisonnement des professionnels de l'addiction,
- la pluridisciplinarité,
- les échanges Ville-Hôpital,
- la prise en charge du patient addict en médecine de ville.

C'est dans ce cadre de réseau de santé, que l'association T.S.R. 87 (Toxicomanie Soins Réseau) déposa un dossier promoteur en 2005 et recruta un animateur de réseau.

Partie 2 Réseau de santé en Addictologie

"Le médecin est le serviteur de l'art; le malade doit s'opposer à la maladie avec le médecin "

Traité de l'école de Cos, Epidémies, Vème siècle avant notre ère.

1. Construction de la notion de réseau

1.1. Historique

1.1.1. Etymologie ⁽⁸³⁾

L'étymologie du mot « *réseau* » retient le sens le plus général de maillage. Cette notion confère, en premier lieu, un sens d'interconnexion physique. Cet usage dédié en premier lieu au textile qualifie désormais des infrastructures de transports divers (routier, ferroviaire, énergie, ...) ou d'agencements organisationnels particuliers comme les réseaux de firmes. D'autres acceptions évoquent des notions plus dynamiques de circulation ou d'échange de flux, lorsqu'elles décrivent par exemple l'appareil circulatoire en anatomie ou désignent des organisations clandestines d'espionnage ou de résistance, toutes qualifiées de réseaux. Internet, réseau des réseaux peut bien évidemment se rattacher à cette lecture. Les sciences ont consacré le terme de réseau dans son acception matérielle, la chimie « *science de la liaison et des communications des substances* » appelant cette instrumentation théorique à la fin du XVIII^{ème} siècle avec Lavoisier.

Par analogie avec l'étymologie, un réseau permet d'établir des relations entre professionnels, qu'elles soient physiques ou à distance, dans le but de faire fonctionner un système. Cette définition va progressivement s'étoffer durant le XX^{ème} siècle pour arriver en 2002 à sa première définition consensuelle.

1.1.2. Début du XX^{ème} Siècle ⁽⁸⁴⁾

La lutte contre la tuberculose fut la première expérience française en matière de réseau, car cette maladie représentait un énorme problème de santé publique. En 1900, la tuberculose tuait cent cinquante mille personnes par an et surtout il n'y avait aucun traitement actif de la maladie. Lorsqu'au moment de la mobilisation générale de 1914, soixante cinq mille militaires sont réformés, on prend conscience du risque de contamination, on fait voter une loi demandant aux préfets d'ouvrir des

dispensaires dans les grandes villes. Un véritable plan de prise en charge globale, un réseau, se met en place dont le pivot est le dispensaire. Il se caractérise par :

- un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite,
- le placement des sujets contagieux pour isolement et traitement dans les sanatoriums des malades pouvant être soignés et dans les hôpitaux publics, avec des lits spécialisés, pour les cas désespérés,
- la prophylaxie effectuée par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public,
- une surveillance épidémiologique assurée par le dispensaire.

En 1946, l'apparition de la streptomycine a apporté une arme efficace contre la tuberculose et marqua la fin de ce réseau.

1.1.3. Milieu du XX^{ème} siècle (85)

La découverte des neuroleptiques, avec son chef de file la chlopromazine (Largactil®) en 1955, offre la possibilité aux patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de sortir « *vivre* » en ville grâce à une coordination entre médecins hospitaliers, médecins de ville et travailleurs sociaux.

Fin des années soixante dix, l'association de gérontologie dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris développa l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées. A cette même époque, les soins infirmiers à domicile sont définis.

En 1972, la réforme de la psychiatrie et l'instauration d'équipes psychiatriques de secteur, tendaient au même objectif de coordination entre structures et professionnels de la santé.

Ces alternatives à l'hospitalisation ont été énoncées par la loi hospitalière de 1970, mais ne trouvèrent une forme d'existence qu'en 1974 grâce à certaines initiatives de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) concernant la création et le fonctionnement de l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) (circulaire du 19 octobre 1974, circulaire du 29 octobre 1974), A partir de ce moment, l'H.A.D. est possible, dans des conditions très strictes, pour les personnes âgées, les malades au stade terminal et les personnes atteintes d'insuffisance rénale.

Cependant la prescription d'H.A.D. resta dévolue à l'hôpital et ne donne pas de place au médecin de ville, son but étant surtout d'étendre la capacité hospitalière.

1.1.4. Années quatre-vingts : les réseaux informels ⁽⁸⁶⁾ ⁽⁸⁷⁾

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 V.I.H., maladie évolutive, chronique et 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 professionnels de santé. Ni la médecine de ville, ni l'hôpital n'était en mesure de l'assumer seule.

Ainsi, pour répondre à ses situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes, des réseaux informels sont apparus à l'initiative de médecins libéraux ou exerçant en institution, d'infirmiers et de pharmaciens ne pouvant plus faire face, dans les cadres traditionnels, aux pathologies telles que le sida et la toxicomanie aggravées par la précarité économique.

Ces réseaux informels ne bénéficiaient d'aucun financement. Ils étaient souvent spontanés et reposaient sur le bénévolat pour une prise en charge globale et coordonnée des patients.

Par la suite, leur champ d'intervention s'est étendu à d'autres pathologies et thématiques de santé (toxicomanie, santé-précarité, hépatite C, soins palliatifs, diabète, périnatalité, cancérologie, ...).

① Les soins coordonnés

A partir de 1985, un débat va s'organiser autour du concept de réseau de soins coordonnés. Aux États-Unis, les Health Maintenance Organisation (H.M.O.) 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 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) et de l' Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (A.P.-H.P.) 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 prépaiement 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.

② Officialisation de la coordination des soins ⁽⁸⁸⁾

Ce ne sera que bien plus tard, dans les années quatre-vingt-dix, que ces initiatives seront officialisées et encouragées par la circulaire du 4 juin 1991. Avec la mobilisation d'une association de malades (AIDES), cette circulaire légifère sur 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 V.I.H. A l'époque, la durée de vie d'un patient commençant à présenter des infections opportunistes n'excédait pas 6 mois et les séjours hospitaliers étaient nombreux. A la sortie des services hospitaliers spécialisés, ces patients n'étaient pas accompagnés sauf dans les secteurs où s'étaient spontanément développés des réseaux de soins. Ces réseaux ont servis de modèle aux premiers réseaux de cette circulaire qui ouvrit une première brèche de transversalité dans l'organisation du système de soins.

Les réseaux gagnant en expérience, la circulaire du 7 mars 1994 développa d'autres réseaux Ville-Hôpital, cette fois pour la prise en charge des toxicomanes.

③ Les « ordonnances Juppé »

Les réformes du système de soins initiées par les ordonnances de 1996 fixe un cadre juridique aux réseaux de soins :

- 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 :

Premièrement, 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. Ils ont pour objet de mener des actions « *en vue de promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention* ». Ces expérimentations sont prévues pour une durée de 5 ans. Il est de même précisé que, pour leurs mises en œuvre, des dérogations du code de la Sécurité sociale peuvent s'appliquer, en particulier des dérogations tarifaires. Ces réseaux expérimentaux sont soumis à un agrément ministériel après avis du Conseil d'Orientation des Filières et des Réseaux Expérimentaux de Soins (C.O.F.R.E.S.), appelée aussi commission Soubie du nom de son président Raymond Soubie. Le conseil est composé de 27 membres : les financeurs, les professionnels, les établissements de santé et les économistes de santé (Article R162-50-9 et Article R162-50-9). Les professionnels de santé sont essentiellement représentés par les médecins (ordre, syndicat, fédération) avec 6 représentants. Les autres professionnels de santé (médicaux et para-médicaux) ont un seul représentant.

La seconde catégorie regroupe les réseaux hospitaliers, agréés par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.). 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 »*.

1.2. Les tentatives de consensus ⁽⁸⁹⁾ ⁽⁹⁰⁾

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 ?

Une des premières définitions qui a fait référence a été celle proposée par la Coordination Nationale des Réseaux (C.N.R.) en 1997 :

« 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. ».

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. ».

D'un point de vue plus général, les caractéristiques communes des premières définitions de réseau ont été :

- la pluridisciplinarité,
- collaboration Ville-Hôpital,
- la mise en place d'un parcours de soins coordonné,
- un problème de santé spécifique correspondant à une demande des individus ou des institutions,
- une action sur un territoire donné,
- le respect de la confidentialité et les droits du malade.

Ces caractéristiques seront très largement reprises dans la première définition réglementaire de la loi du 4 mars 2002.

2. La loi du 4 mars 2002

2.1. Origine ⁽⁹¹⁾

Les états généraux de la santé de 1998 et de 1999 ont permis l'expression d'un débat ouvert et démocratique avec les français. Une des demandes exprimée lors de ces états généraux est une affirmation claire et forte des droits des malades. Plusieurs pays européens ont adopté des lois similaires : la Finlande en 1992, les Pays-Bas en 1995, la Grèce en 1997, le Danemark en 1998 et la Belgique en 2002.

Le message de ces « *mille réunions* », qui se sont déroulées de septembre 1998 à juin 1999 et qui mobilisèrent plus de 200 000 personnes, peut se résumer assez simplement, tant il a été souvent le même, répété sous une forme ou sous une autre. Il tient en cinq mots : relation, information, prévention, accessibilité, participation.

Les personnes malades et les usagers de santé ont clairement souhaité une meilleure écoute et une revalorisation de leurs droits.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite Loi Kouchner adoptée le 4 mars 2002 inscrit ces dimensions dans le code de la santé publique.

2.2. Contenu ⁽⁹²⁾ ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾

La loi contient deux idées essentielles :

- En premier lieu, la loi prévoit la mise en place d'une véritable « *démocratie sanitaire* », qui propose une reconsidération du malade en général et la reconnaissance des droits des usagers du système de santé.
- En second lieu, l'objectif poursuivi a été l'amélioration de l'indemnisation des victimes de fautes ou d'accidents médicaux.

L'évolution des esprits sur des sujets tels que la douleur, la dignité du malade, la fin de vie, l'information du malade, son consentement aux soins, le risque médical

et la responsabilité médicale, ont progressivement permis d'aller plus loin dans le développement des droits des malades. Cette loi marque la reconnaissance de la part du système de santé ; ainsi toute personne dispose de certains droits fondamentaux :

- à la protection de la santé,
- à une information sur son état de santé permettant un consentement libre et éclairé de la personne,
- au respect de la dignité et de la vie privée,
- au secret des informations concernant sa situation,
- à la prise en charge de la douleur,
- au principe de non-discrimination,
- à la désignation d'une personne de confiance en cas d'incapacité à exprimer sa volonté,
- à l'accès direct au dossier médical,
- la dispense, pour les médecins, de l'autorité parentale « *lorsque le traitement ou l'intervention sont nécessaires pour la sauvegarde de la santé du mineur* ».

Dans ce nouveau texte, les associations d'usagers se voient reconnaître une place importante. Elles bénéficieront par exemple d'une position revalorisée au sein des institutions et pourront exercer les droits de la partie civile devant les juridictions. La loi précise également que chaque établissement de santé se dotera d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.C.).

Désormais, les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades pourront être agréées soit au niveau régional, soit au niveau national. Cet agrément sera subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et l'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance.

De très nombreuses dispositions figurent également dans cette loi et concernent :

- les orientations de la politique de santé,
- le rôle de la Conférence Nationale de Santé et du Haut Conseil de la Santé,
- la création dans chaque région d'un conseil régional de santé,
- la réforme du Conseil de l'ordre des médecins et d'autres ordres professionnels,
- la formation médicale continue,
- l'organisation de certaines professions paramédicales,
- les réseaux de santé.

2.3. Définition des réseaux de santé ⁽⁹²⁾

Cette loi définit les objectifs des réseaux de santé à l'article 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 groupements de coopération sanitaire, 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. »

2.4. Les enjeux (85) (87)

Il s'agit donc d'une structure horizontale qui coordonne les interventions professionnelles des champs sanitaire et social.

Le réseau peut être également considéré comme une organisation transversale aux institutions et aux dispositifs existants. Il englobe la notion d'action collective apportée par des professionnels. C'est une 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. Il s'agit d'un modèle d'organisation non hiérarchique et non centralisé. Le passage d'un point à un autre du système peut se faire plus librement et suivant différentes voies (figure 17).

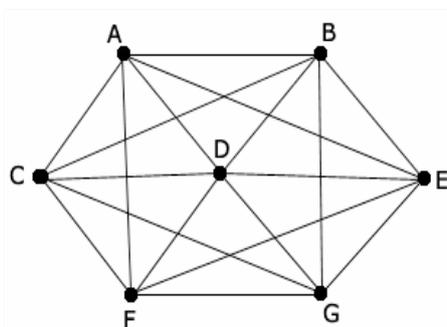


Figure 17 : Représentation schématique du réseau

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. Les réseaux de santé sont donc centrés sur le patient et lui proposent une offre globale (médico-psycho-sociale) et continue dans le temps, une offre de santé au sens large.

2.5. Les textes législatifs relatifs aux réseaux de santé ⁽⁹⁵⁾

Les textes législatifs apparus depuis la loi du 4 mars 2002 ont permis de définir les financements, le fonctionnement des instances nationales et régionales, le fonctionnement des réseaux et les modalités d'évaluation. Les textes législatifs suivant sont les textes références pour l'élaboration et le dépôt du dossier promoteur à déposé à l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.).

Les lois

- loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé,
- loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002,
- loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement,
- loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, notamment son article 94,
- loi n° : 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008, dans ses articles 44 et 74.

Les décrets et circulaires

- 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,
- Circulaire d'orientation DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la D.H.O.S. et de la C.N.A.M.T.S. en matière de réseaux de santé,
- Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales,
- Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins,
- Décret n° 2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du fonds

d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au financement des réseaux,

- Décret du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclu avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

Les codes

- code de la Sécurité sociale, notamment en ses articles L162-45, L162-46, L221-1-1, D221-1 à D221-27, R162-59 à R162-68,
- code de la santé publique, notamment en ses articles L6321-1 et L 6321-2, D6321-1 à D6321-7.

2.6. Le financement ⁽⁹⁶⁾ ⁽⁹⁷⁾

2.6.1. D.N.D.R. (Dotation Nationale de Développement des Réseaux)

Les réseaux de santé étaient financés à leurs créations par la D.N.D.R, appelée également la « *cinquième enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie* », dont le contenu était prélevé sur les quatre autres : soins de ville, établissements sanitaires publics et P.S.P.H. (établissements de santé privés participant au service public hospitalier), cliniques privées, établissements médico-sociaux. Cette enveloppe était distribuée aux régions par la D.R.D.R (Dotation Régionale de Développement des Réseaux).

2.6.2. F.I.Q.C.S. (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins)

La D.N.D.R. fut intégrée, en 2007, dans une nouvelle enveloppe : le F.I.C.Q.S. Il est issu de la fusion entre les fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (F.A.Q.S.V.) et la dotation nationale de développement des réseaux (D.N.D.R.).

Il a vocation à financer :

- des actions ou expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville,
- de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé,

- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde,
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire,
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Il contribue également à la mise en œuvre du dossier médical personnel et notamment au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

2.6.3. Gestion du F.I.Q.C.S. et attribution des subventions

Les instances nationales sont représentées par le Comité National de Gestion (C.N.G.) et le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (C.N.Q.C.S.). Leurs missions sont mentionnées par la figure suivante :

Les instances du FIQCS

ORGANISATION NATIONALE

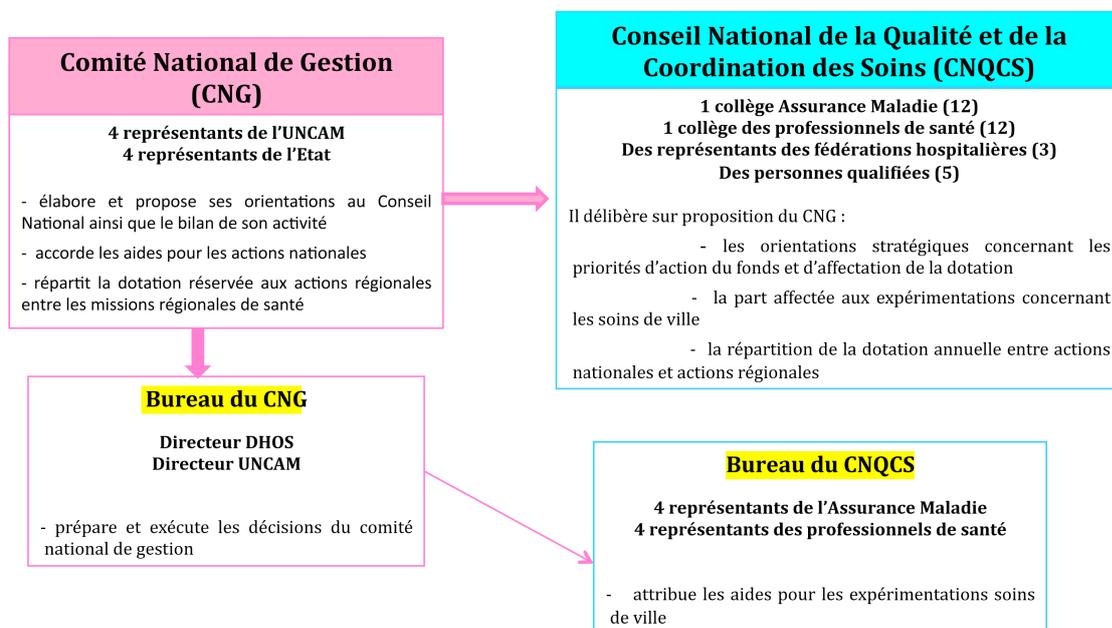


Figure 18. Les instances du F.I.Q.C.S. Nationales

Le Comité National de Gestion (C.N.G.) décline l'enveloppe nationale en régionale et notifie une dotation aux Agences Régionales de Santé (A.R.S.). Jusqu'en 2010, l'organisation régionale du F.I.Q.C.S. était sous la responsabilité de la Mission Régionale de Santé (M.R.S.) avec l'appui du Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins (C.R.Q.C.S.). Leurs missions sont mentionnées par la figure suivante :

Les instances du FIQCS

ORGANISATION REGIONALE

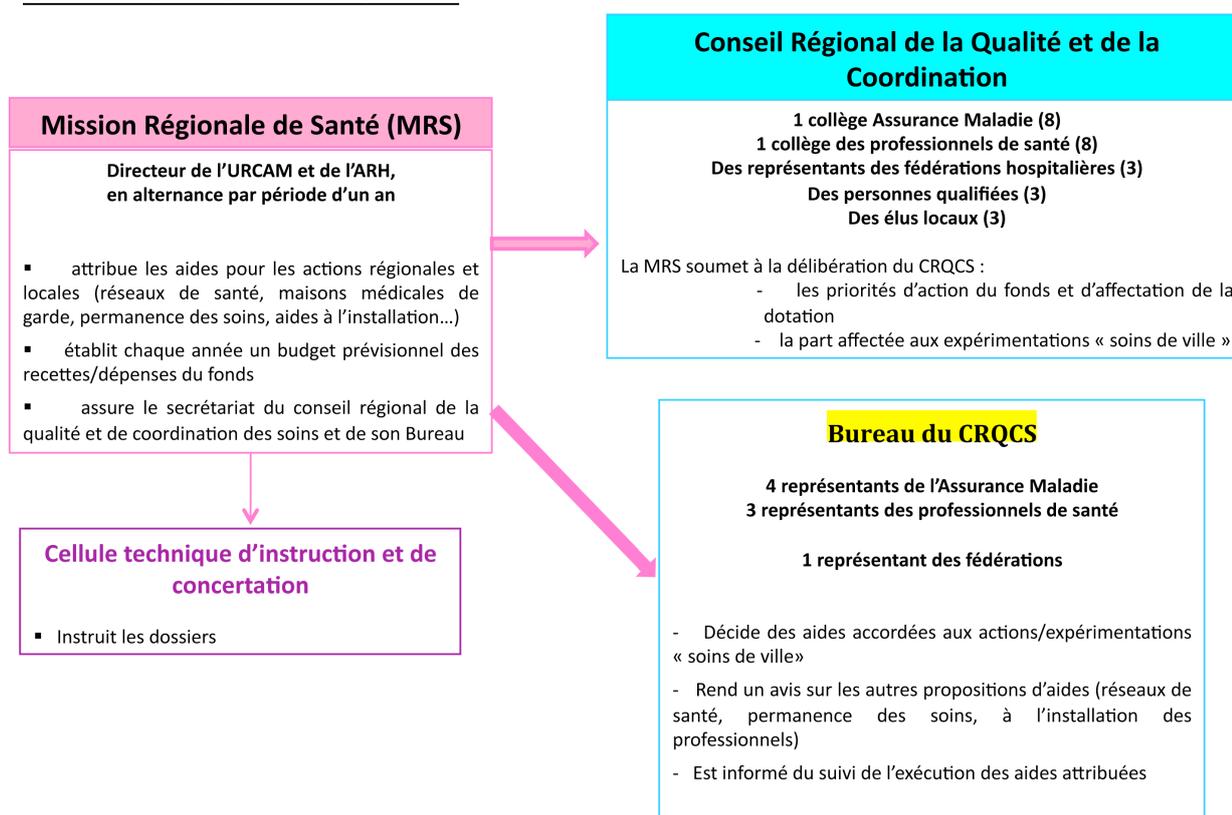


Figure 19. Les instances du F.I.Q.C.S. Régionales

L'enveloppe nationale est fixée chaque année sur arrêté. Elle a évolué avec le développement des réseaux de 2002 à 2007 puis stagne depuis 2008 avec la création du F.I.Q.C.S.



Figure 20. Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux de 2002 à 2007

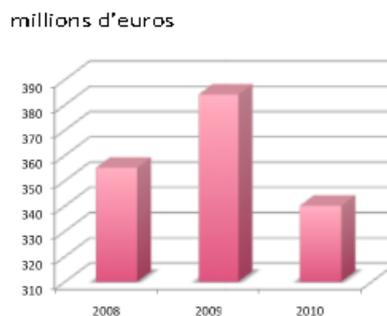


Figure 21. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de 2008 à 2010 au niveau national.

Figure 20. Dotation Nationale pour les réseaux de santé

Au niveau régional, l'enveloppe n'a pas évolué depuis 2005 (Cf figure n°21) malgré le développement croissant du nombre de réseau.



Dotation Régionale pour le Développement des réseaux en Limousin de 2002 à 2007



Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de 2008 à 2010 au niveau du Limousin.

Figure 21. Dotation régionale pour les réseaux de santé

Il existe, en 2010, 19 structures sont financées par l'enveloppe des réseaux F.I.C.Q.S. :

COGLIM	Réseau mémoire du Limousin
DIABLIM	Réseau diabète
EHPADENT	Réseau de santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD

HEMATOLIM	Réseau de soins en Hématologie
ICARLIM	Réseau de l'insuffisance cardiaque
LINUT	Réseau de la prise en charge nutritionnel de la personne âgée
Maison des adolescents de la Corrèze	Réseau Corrèzien pour les jeunes de 13 à 25 ans
Maison des adolescents de la Creuse	Réseau Creusois pour les jeunes de 13 à 25 ans
Maison des adolescents de la Haute-Vienne	Réseau Haute-Vienne pour les jeunes de 13 à 25 ans
NEPHROLIM	Réseau de la maladie rénale chronique
ONCOLIM	Réseau de cancérologie en Limousin
PERINATLIM	Réseau de santé Périnatalité
RAPCEAL	Réseau d'aide à la prise en charge de l'autisme
REIMPHOS	Réseau informatique du Limousin
Réseau en Alcoologie de Haute Corrèze	Réseau de la pathologie alcool en Corrèze
Réseau gérontologique du Pays Monts et Barrages	Réseau de gérontologie
Réseau de santé ville hôpital en addictologie (AddictLim)	Réseau Addiction
Réseau de Traumatisé Crânien	Le réseau de l'accompagnement et de l'insertion professionnelle des personnes cérébro-lésées
TRAMPOLINE	Réseau des enfants autistes, psychotiques, dysharmoniques et/ou ayant des troubles du comportement extrêmement lourds

Récapitulatif des dotations de 2002 à 2010, en France et en Limousin

Financement D.N.D.R.

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation nationale	23 millions	46 millions	106 millions	138 millions	140 millions	178 millions
Dotation Limousin	136 000	1 million	1,9 millions	2,7 millions	2,6 millions	2,7 millions
Pourcentage De la dotation Limousin par rapport au national	0,6%	2,2%	1,8%	1,9%	1,8%	1,5%

Financement F.I.Q.C.S.

Année	2008	2009	2010
Dotation nationale	355 millions	384 millions	340 millions
Dotation Limousin	2,7 millions	2,5 millions	3,1 millions
Pourcentage De la dotation Limousin par rapport au national	0,8%	0,65%	0,9%

2.7. Les promoteurs (85) (98)

Les promoteurs peuvent être tout professionnel ou acteur travaillant dans le domaine de la santé et du médico-social. La loi n'impose aucun statut juridique particulier. Pour bénéficier d'une subvention, les réseaux doivent passer une convention avec les autorités publiques. De ce fait, il est préférable que le promoteur possède une forme juridique dotée d'une personnalité morale, et ainsi être apte à posséder des droits et à encourir des obligations. Ces réseaux peuvent avoir comme base :

- une association loi de 1901 : structure issue du droit commun,
- un groupement d'intérêt public (loi de juillet 1982) : structure issue du droit public permettant un partenariat avec des structures publiques ou des organismes privés (100),

- un groupement de coopération sanitaire (ordonnance du 24 avril 1996) : structure régie par la réglementation sanitaire et sociale et mettant en coopération des structures publiques et privées ⁽⁹⁹⁾,
- un réseau coopératif de santé soumis aux droits coopératifs (loi de 1947) et mettant en place des coopérations entre des établissements de santé publiques et privés ⁽¹⁰¹⁾.

Chacune de ces formes juridiques possède des caractéristiques particulières de souplesse et d'adéquation à la gestion des réseaux. Ce sont souvent les circonstances qui favorisent l'utilisation d'une forme juridique ou d'une autre. Cependant, la forme la plus répandue reste l'association loi 1901. Historiquement, les réseaux ont fonctionné grâce à des arrangements personnels, la Mairie ou l'Hôpital prêtant une salle ou mettant à disposition à temps partiel du personnel. Il a donc fallu une forme juridique souple et opérationnelle pour rechercher des subventions, pour mettre en place des projets et recruter de personnel qualifié. C'est donc naturellement que ces mêmes associations déposèrent un dossier promoteur pour un réseau de santé.

2.8. L'évaluation ⁽¹⁰²⁾ ⁽¹⁰³⁾ ⁽¹⁰⁴⁾

La Haute Autorité de Santé H.A.S. a établi des critères d'évaluation que tout réseau de santé doit respecter. Chaque réseau met en place une démarche d'amélioration des pratiques s'appuyant notamment sur les référentiels des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels intervenant au sein du réseau, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

La notion de parcours de soins est définie comme le chemin suivi par un patient tout au long de sa prise en charge par le réseau.

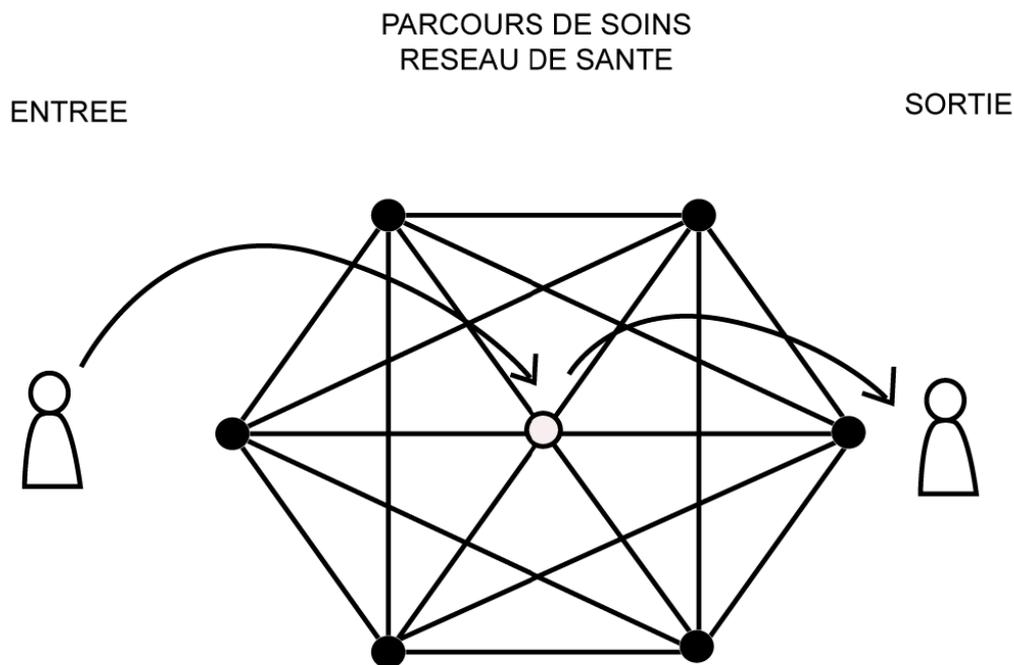


Figure 22 : Parcours de soins dans le cadre d'un réseau de santé

La vocation d'un réseau de santé tente de redéfinir un parcours cohérent par rapport à la prise en charge traditionnelle en offrant des services, en déterminant le bon professionnel de santé afin d'assurer la qualité, la continuité, la coordination et l'accès aux soins.

Différents niveaux d'évaluation peuvent ainsi être distingués :

- un niveau d'évaluation du fonctionnement institutionnel du réseau,
- un niveau d'évaluation spécifique des actions,
- un niveau d'évaluation des pratiques cliniques,
- un niveau de la pertinence institutionnelle du réseau qui aura pour objectif la mise en évidence du coût global du réseau.

La circulaire du 7 mars 2002 situe l'évaluation des réseaux à deux niveaux selon les acteurs impliqués et la temporalité :

- une évaluation interne tous les ans,
- une évaluation externe à la fin de chaque période de financement.

2.8.1. L'évaluation interne

L'évaluation interne ou auto-évaluation est assurée au minimum à l'occasion du rapport d'activité qui vous est transmis par le promoteur du réseau chaque année avant le 15 mars (art. D.6321-7 du code de la santé publique). En interne, les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés précédemment.

Cette évaluation en continu doit permettre de suivre en routine l'activité et le bon fonctionnement des réseaux financés, par le biais des rapports d'activité ou des tableaux de bord renseignés par les réseaux.

2.8.2. L'évaluation externe

Elle se déroule à la fin de chaque période de financement soit tous les trois ans. L'objectif de l'évaluation est de démontrer, à l'issue des périodes de financement, la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport aux dispositifs existants et d'appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnels) peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement.

Le rapport d'évaluation permet d'apprécier :

- le niveau d'atteinte des objectifs,
- la qualité de prise en charge des usagers, processus et résultats,
- la participation et la satisfaction des usagers et professionnels du réseau,
- l'organisation et le fonctionnement du réseau,
- les coûts afférents au réseau,
- l'impact du réseau sur son environnement.

Cette évaluation permet d'apprécier le réseau dans son ensemble. Les évaluations doivent donc mettre en évidence les facteurs de réussite, les freins et les leviers, ainsi que le caractère reproductible des projets.

Ainsi, c'est le résultat de cette évaluation et les recommandations faites qui conditionnent la poursuite d'un financement et les modalités éventuelles d'attributions budgétaires.

2.9. Les types de réseau (105) (106)

Bien qu'existant actuellement qu'une seule définition des réseaux de santé, nous pouvons rencontrer dans la littérature différentes distinctions fonction de critères de classement.

A la fin des années quatre-vingts, une classification fonction des personnes impliquées dans le réseau proposait trois types de réseau :

- les *réseaux primaires* qui sont composés de la personne aidée et de ses proches comme la famille, les amis, les voisins, les collègues de travail,...),
- 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.

Ces définitions vont être remplacées par des définitions plus réglementaires comme en 2004, la typologie proposée par la C.N.R. (Coordination Nationale des Réseaux) :

- 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 V.I.H. 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.

Nous pouvons également citer la proposition de l'O.N.R.S. (Organisation Nationale des Réseaux de Santé) en 2005 qui distinguait les réseaux de prises en charge, les réseaux de pairs, les réseaux d'experts et les réseaux de télésurveillance.

Cependant, la tendance va actuellement vers une simplification des typologies des réseaux. En Limousin, la Mission Régionale de Santé propose deux types de réseau de santé ⁽¹⁰⁷⁾ :

- *Réseaux thématiques* : diabète, cancer, soins palliatifs, gérontologiques, addictions, périnatalité...

- *Réseaux territoriaux de proximité* :
Réseaux de santé polypathologiques tournés vers une population, pour l'ensemble de ses besoins en santé, afin de coordonner sur ce territoire l'ensemble des acteurs concourants à la prise en charge globale du patient.

D'un point de vue pratique, on peut distinguer deux grands types de réseaux :

- Le *premier type* se caractérise par une orientation vers la prise en charge de pathologies spécifiques s'appuyant sur des protocoles de soins pour lesquels un consensus existe. Dans cette perspective, cette notion dynamique de réseau repose sur l'acceptation des partenaires de s'inscrire dans le protocole de soins ou le protocole organisant un lien entre les acteurs intervenant dans la prise en charge en réseau. Les protocoles mis en œuvre visent à organiser la place et les missions de chacun au cours de la trajectoire de soin des patients. Il s'agit dans ce cas d'une véritable réponse apportée par différents acteurs à un problème repéré de santé publique dans une aire géographique donnée.

- Le *second type* de réseaux regroupe des dispositifs visant à la coordination des soins. Ils supposent que le partenariat est susceptible de répondre à des questions de nature organisationnelle, voir de soins, auxquelles aucun consensus préalable ne permet de répondre. Ce type de réseau s'impose quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs. Cela est particulièrement adapté à des situations au cours desquelles les problèmes de santé sont multiples ou complexes, dont les contours sont flous et l'évolution dans le temps et l'espace est incertaine. Les problèmes

chroniques menaçant les personnes fragiles correspondent bien souvent à ce niveau de complexité. Dans ce cadre, sont intégrées les dimensions de prévention, de soins et d'insertion et sont impliqués des acteurs appartenant aux domaines sanitaire mais aussi médicosocial ou social.

C'est ce second type de réseau qui correspond au fonctionnement d'un réseau de santé en addictologie.

3. Les réseaux de santé en addictologie

3.1. Positionnement institutionnel (108) (109) (110)

Au plan réglementaire, les dispositifs fondateurs de la Sécurité Sociale en 1945, ont défini des réseaux institutionnels relatifs à la lutte contre les fléaux sociaux notamment concernant l'alcoolisme et la toxicomanie. Ces réseaux furent qualifiés de « réseaux sanitaires spécialisés ». Leurs mises en place ont été toutefois peu opérationnalisées.

Il faudra attendre la loi du 19 janvier 1983 pour voir réapparaître la notion de réseau avec l'encouragement d'expérimentations comme :

- « *Réseaux de Soins Coordonnés* » P. Giraud et R. Launois, 1985,
- « *Les réseaux de soins, médecine de demain* », Economica, 1985,
- « Les réseaux de soins », Y. Condé, *Gestion Hospitalières*, n°259, 1986,

Ces ouvrages ont été largement inspirés des notions de « *managed care* » et des « *Health Maintenance Organizations* ».

A la différence des cas précédents privilégiant l'organisation et la coopération, l'argumentation centrale des promoteurs vise à la réduction des coûts et pas seulement à une meilleure coordination des dispositifs. Une dizaine d'expérimentations de ces réseaux a été réalisée sans suite.

Quelques années plus tard, la Direction Générale de la Santé publiera un certain nombre de circulaires encourageant le fonctionnement en réseau dans les domaines du sida (1991), des soins de proximité (1993), de la toxicomanie (1994), de l'hépatite C (1995) et enfin de l'alcool (1996), mais elles eurent un écho modeste. En fait, une observation statistique indique un développement important de l'effectif des réseaux consécutif à la publication des ordonnances d'avril 1996. L'objectif emblématique des réformes initiées par ces textes est de parvenir à une « *maîtrise médicalisée des dépenses de santé* », en assurant dans un premier temps un resserrement des procédures d'allocation de ressources mais aussi en encourageant le développement d'innovations, voire également en envisageant le renouvellement des modalités de financement.

L'état crée en 1982 un organisme chargé d'animer et de coordonner les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, en particulier dans les domaines de l'observation, de la recherche, de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, et de la lutte contre le trafic. Il évoluera en 1999 à la M.I.L.D.T. mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

La M.I.L.D.T. a mis en place des plans gouvernementaux :

- Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001,
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008,
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Ce dernier comporte cinq grands axes :
 - la prévention, la communication, l'information,
 - l'application de la loi,
 - les soins, l'insertion sociale, la réduction des risques,
 - la formation, observation, recherche,
 - la politique internationale.

De plus, la M.I.L.D.T. assure le financement de deux groupements d'intérêt public :

- l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (O.F.D.T.) assure la fonction d'observation des drogues, d'évaluation et de diffusion des données statistiques,
- le Centre interministériel de formation anti-drogue (C.I.F.A.D.), situé à Fort de France en Martinique, permet la diffusion des pratiques de lutte contre le trafic dans la zone des Caraïbes.

En parallèle du dernier plan gouvernemental 2008-2011, l'état mit en place le Plan Addiction 2007-2011 avec comme spécificité la prise en charge, la coordination, la prévention et la recherche à travers six objectifs :

- une meilleure prise en charge des addictions dans les établissements de santé,
- une meilleure prise en charge des addictions dans les centres médico-sociaux,
- une meilleure coordination des trois secteurs de suivi et d'accompagnement du patient: hospitalier, ambulatoire et médico-social,
- le développement de la prévention,
- le renforcement de la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions,
- le renforcement et la coordination de la recherche en addictologie.

Ainsi, les enjeux des réseaux addictions dans le plan Addiction 2007-2011 sont :

- repérer précocement les usages à risque et problématiques (alcool, tabac, cannabis),
- réduire le délai de recours aux soins (souvent tardif) et assurer le suivi pour prévenir les ruptures de soins et/ou les rechutes,
- décloisonner les prises en charge entre l'institution et la ville,
- assurer un langage commun et une pratique collective en développant la formation,
- prendre en compte et accompagner le besoin de prise en charge sociale,

- assurer la prise en charge des comorbidités notamment psychiatriques ou psychologiques,
- prendre en compte les consommations abusives de médicaments psychotropes.

Enfin, nous pouvons noter l'évolution du terme « réseau » d'un point de vue sémantique dans les textes réglementaires :

- « *réseaux sanitaires spécialisés* » (1945),
- « *réseaux de soins coordonnés* » (1983),
- « *réseaux et filières de soins* » (1996),
- « *réseaux de santé* » (2000),
- « *réseaux coopératifs de santé* » (2002),
- « *réseaux de santé* » (2003).

3.2. Intérêts

3.2.1. Pour le patient ⁽⁸⁷⁾ ⁽¹¹¹⁾

La notion de réseau correspond tout d'abord à une demande des patients d'une prise en charge globale. L'évolution technique a souvent éloigné de la médecine, des patients et de leur famille. De même, les professionnels éprouvent des difficultés à partager les compétences. Le réseau s'organise ainsi autour du patient. Dans beaucoup de pathologies, l'approche pluridisciplinaire aboutit à des choix plus adaptés, le réseau permettant d'organiser la prise en charge et le suivi de pathologies complexes souvent chroniques.

Son objectif est :

- de décloisonner le système de santé et de favoriser l'accès aux soins,
- de coordonner les interventions des différents professionnels,
- de replacer le patient au cœur du système,
- d'organiser la pluridisciplinarité et la synergie des compétences,
- de développer la prévention.

3.2.2. Pour le professionnel ⁽⁸⁷⁾ ⁽¹¹¹⁾

L'engagement dans un réseau permet de rompre l'isolement pour le praticien. Il apporte un plus à sa pratique dans un cadre pluridisciplinaire qui lui permet d'appréhender les situations les plus complexes. Le réseau formalise un partenariat et représente le support d'échanges d'informations entre professionnels. Il permet également de relier les secteurs social et médicosocial et d'assurer ainsi une prise en charge des patients en aval du système curatif. Dans sa définition même, le réseau de santé invite à prendre davantage en compte le dépistage de la population, ainsi que la réinsertion après le traitement.

La pratique de réseau permet :

- d'améliorer l'organisation des soins,
- de former les professionnels sur la prise en charge des addictions,
- de travailler sur la place de chaque professionnel dans la prise en charge des patients,
- de créer un espace de confiance entre professionnel à partir des prises en charge communes des patients,
- d'accéder à des soins remboursés dans le cadre de la prise en charge,
- de développer des groupes de soutiens.

Le réseau déplace ainsi la question du plan organisationnel à celle des pratiques professionnelles.

3.2.3. Intérêts spécifiques des réseaux de santé en addictologie ⁽⁸⁷⁾ ⁽⁹⁸⁾

Les problèmes d'addiction engendrent des difficultés de prise en charge particulière. Les problèmes cliniques sont complexes et fréquemment intriqués avec des pathologies somatiques. Leur évolution est souvent chronique. Le repérage est difficile et le nomadisme médical fréquent chez les patients.

Ces différents aspects renforcent l'idée que le réseau et son approche pluridisciplinaire et complémentaire sont les seules véritables réponses à l'ensemble des problèmes posés. L'organisation en réseaux doit intégrer :

- la notion de durée dans le suivi d'une personne dépendante, en soulignant l'importance de la continuité entre les différents acteurs de la prise en charge, notamment les échanges entre la ville et l'hôpital,
- la dimension psychopathologique du trouble addictif. L'organisation psychique du sujet conditionne en grande partie la prise en charge et le pronostic,
- les difficultés liées à l'exclusion, à la précarité et à la marginalisation. On observe une augmentation de la prévalence des conduites addictives chez les sujets en situation de précarité, ainsi qu'un accroissement de la précarisation et de l'exclusion chez les sujets présentant des conduites addictives.

A l'heure actuelle, compte tenu des différents dispositifs existants, il est indispensable de favoriser la pluridisciplinarité permettant d'appréhender les différents patients.

Une problématique spécifique doit être considérée au sein de l'organisation des réseaux : celle des sujets jeunes pour lesquels l'intérêt de l'action est une réduction des risques plus que le sevrage. Les acteurs du champ éducatif et social ont alors un rôle majeur à jouer, aussi au niveau de la prévention que du repérage.

L'organisation en réseau se doit d'apporter de la cohérence pour favoriser une coopération et les échanges de savoir faire et la fluidité des prises en charge. Une fois de plus, afin d'assurer les soins dans un but commun, la définition des objectifs doit être précise et partagée par tous les acteurs.

3.3. Outils nécessaires au fonctionnement des réseaux (87) (95) (103) (110)

Afin de fonctionner, un réseau justifie un certain nombre d'outils pour répondre à ses objectifs. Il nécessite des outils « *papiers* » inscrite dans la loi et « *humains* » créés à partir de l'expérience des réseaux.

3.3.1. Des outils « papiers »

Ces outils sont définis par la loi et sont indispensable à la mise à en place d'un réseau de santé :

- La charte du réseau

La charte est un document précisant entre autres, les modalités d'entrée et de sortie du réseau, les engagements des professionnels membres.

- Une convention constitutive

Ce document récapitule et précise obligatoirement d'une manière détaillée les modalités de fonctionnement et d'évaluation du réseau, les populations concernées.

- Un document d'information de l'utilisateur

Document à valeur contractuelle précisant les droits et obligation de l'utilisateur d'une part, des professionnels membres du réseau de l'autre, ...

- Le cahier des charges de l'évaluation

L'évaluation du réseau constitue un des éléments incontournables du projet. Le guide de l'HAS propose des grilles d'évaluation qualitatives et quantitatives, destinées à aider une démarche d'autoévaluation.

3.3.2. Des outils « humains »

Les salariés du réseau représentent la base du fonctionnement du réseau de santé. Il s'agit de professionnels recrutés par le promoteur pour faire vivre et optimiser le réseau.

A la création des premiers réseaux, il n'existait aucune fiche de poste spécifique pour les salariés. Leurs objectifs se sont précisés avec l'expérience des réseaux de santé. Actuellement, deux postes sont au minimum nécessaire pour débiter un réseau :

- un coordonnateur médical ou de santé
- un coordonnateur administratif

Ils s'activeront à mettre en place des outils adaptés aux besoins des patients et des professionnels, notamment :

① *Un système informatisé performant*

Le fonctionnement du réseau repose sur un système informatique d'échanges d'informations et de stockage des données. Il n'existe pas actuellement de système validé, chaque région développant et testant leurs propres systèmes informatiques.

Les systèmes expérimentés permettent :

- à tous les acteurs de connaître l'état de santé d'un patient à tout moment, facilitant la circulation de l'information et les contacts entre professionnels, dans le but d'améliorer la prise en charge,
- un dossier du patient standard partagé et informatisé visant à favoriser tous les objectifs du suivi.

② *Des formations pluridisciplinaires*

Il s'agit d'une composante indispensable à la vie du réseau, en particulier les réseaux centrés sur une pathologie. Elle permette à chacun d'acquérir une culture commune et les connaissances indispensables au suivi du patient. Cela est fondamental dans le domaine des pratiques addictives, en particulier dans le repérage précoce et dans l'identification des troubles. Les formations sont de plus un lieu d'échanges permettant la reconnaissance entre les différentes compétences professionnelles des intervenants.

③ Une coordination des acteurs du réseau

La coordination est fondamentale. Si l'information n'est pas hiérarchisée, la pérennisation et le bon fonctionnement du réseau passent par l'existence d'une coordination qui doit être assurée par les coordonnateurs qui permettent l'organisation de la vie du réseau et qui sont responsables :

- de la communication interne et externe des formations,
- du suivi de l'évaluation,
- de l'évolution du réseau,
- des aspects stratégiques et des rapports avec les financeurs.

Ainsi, l'association T.S.R. 87 (Toxicomanie Soins Réseau), premier réseau Ville-Hôpital du Limousin, déposa en 2005, le dossier promoteur d'un réseau de santé : le R.S.V.H.A. (Réseau de santé Ville Hôpital en Addictologie). Le réseau recruta deux professionnels : un médecin et un pharmacien pour le poste d'« *animateur de réseau* », la dénomination évoluant en « coordonnateur de réseau ».

Partie 3 Le Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie

« Les remèdes aux plus grandes maladies ne se trouvent pas toujours dans la pharmacie. »

Giacomo Girolamo Casanova

1. Origine du réseau de santé addiction en Limousin : AddictLim (112)

1.1. Association Toxicomanie Soins Réseau 87 (T.S.R. 87)

1.1.1. Le premier réseau Ville-Hôpital

L'association Toxicomanie Soins Réseau 87 (T.S.R. 87), créée en avril 1996, a été la première association « réseau Ville-Hôpital » dans la région du Limousin. Il s'agissait de mettre en place une structure permettant de recevoir des aides financières pour assurer la formation et la coordination des différents acteurs dans la prise en charge des usagers d'opiacés du fait de l'apparition des traitements de substitution (Méthadone® 1995, Subutex® 1996). L'association a permis de faire travailler ensemble sur la prescription et la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés :

- des professionnels hospitaliers et libéraux,
- des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine.

Ce travail contribua à améliorer la prise en charge et la continuité des soins du patient addict mais également favorisa le dialogue et la rencontre entre médecins et pharmaciens.

Enfin, T.S.R. 87 a permis d'être un laboratoire d'idées, un lieu d'expérimentation avant leurs applications « in vivo » dans le réseau.

1.1.2. Les actions

T.S.R.87 mène quatre actions principales :

① La formation

La formation des professionnels de santé est apparue comme une priorité dans le cadre du réseau Ville-Hôpital. Dès décembre 1996, T.S.R. 87 organisa les premières soirées de formation des professionnels (médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux) autour des bonnes pratiques en matière de substitution. T.S.R. 87 continue

d'organiser, en partenariat avec l'association Bobillot, des soirées de formation sur la thématique des addictions. En juin 1999, TSR 87 créa le journal « Le joint ». D'une diffusion départementale, il est passé à un élargissement régional et une diffusion à mille cinq cent exemplaires à raison de quatre numéros par an. Cependant, le financement papier n'est plus assuré par la région, celle-ci nous invitant à développer un journal sous forme informatique avec une diffusion via Internet.

② La réduction des risques ⁽¹¹³⁾

La politique de réduction des risques privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, ...) et sociaux (exclusion, précarité, ...) liés à l'usage de substances psychoactives et, particulièrement, des substances illicites. Depuis 2004, l'état a souhaité regrouper les dispositifs de réduction des risques au sein d'une structure unique : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.)⁽¹¹⁴⁾. Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, ...). L'accueil est anonyme et gratuit. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. En Limousin, le C.A.A.R.U.D. est porté par l'association AIDES en partenariat avec le Pôle d'addictologie du Centre Hospitalier d'Esquirol.

Une autre notion est importante : le seuil⁽¹¹⁴⁾. Elle fait référence au niveau d'exigence dans l'accessibilité aux soins et aux aides proposées. Nous pouvons distinguer :

- le « *haut seuil* » selon que l'on vise un soin de l'individu dépendant. Cela concerne essentiellement les services des hôpitaux spécialisés dans la prise en charge des addictions. En Limousin, nous pouvons citer l'exemple du plateau technique du Pôle d'Addictologie du Limousin (P.A.L.).
- le « *bas seuil* » selon que l'on vise avant tout à l'aider à gérer son comportement et à le rendre plus acceptable pour la société. Le C.A.A.R.U.D. est un exemple de structure « bas seuil ».
- le « *moyen seuil* » est retrouvé également dans la littérature. Il fait référence à la substitution sous buprénorphine des patients addicts en médecine libérale et aux structures médico-sociales en ville comme les C.S.A.P.A. Bobillot. Le

« moyen seuil » essaye de concilier l'exigence de soins et l'exigence sociale. Il fait souvent l'objet d'un partenariat entre la ville et l'hôpital sous la forme d'une association. En Limousin, c'est l'association T.S.R. 87 qui sert de support en 1996 pour le réseau Ville-Hôpital.

Nous pouvons citer comme exemples d'actions portées par l'association T.S.R. 87 :

- Le projet automates (1997) : ce projet s'est inscrit dans la politique de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses. Il s'agissait d'automates récupérateurs de seringues usagées et échangeurs de jetons avec lesquels les usagers addicts récupèrent un « *kit propre d'injection* » auprès du pharmacien d'officine. Malheureusement, ce projet n'a pu aboutir malgré l'acceptation du financement des récupérateurs et l'obtention des autorisations des riverains et commerçants.

- Le promotion du Stérifilt® : Il s'agit d'un filtre étudié pour améliorer la filtration des impuretés lors d'une injection chez les usagers. Ce filtre a pour objectif de remplacer le coton dans le Stéribox®. De nombreuses études⁽¹¹⁶⁾ ont démontré que le Stérifilt® diminue les risques liés l'injection de particules notamment les abcès, phlébites, « *poussières* » et œdèmes. Ainsi, T.S.R. 87 met à disposition auprès des pharmaciens adhérents des Stérifilts® gratuits pour donner en complément des Stéribox®. En plus de son objectif de réduction des risques, le Stérifilt® est apparu comme un outil intéressant pour ouvrir un dialogue avec certains usagers.

③ Instances régionales de santé

- Le président de T.S.R. 87 est invité à participer aux réunions de santé concernant les addictions au niveau des plans régionaux (P.R.S.P., S.R.O.S., P.R.S.).
- Le président de T.S.R. 87 est invité à participer au comité de suivi des médicaments de substitution. Ce groupe est composé par les institutions (C.P.A.M., D.R.A.S.S., ...) et les acteurs de terrain. Son but est de suivre l'évolution des prescriptions et de réfléchir aux problématiques notamment sur les poly-prescriptions.

④ La prévention

T.S.R. 87 a créé, en 2005, la *Semaine Départementale des Addictions* (devenue régionale en 2010). Cette manifestation a pour objectifs de :

- sensibiliser la population sur la problématique des addictions,
- identifier les acteurs de proximité,
- faciliter le dialogue avec le patient.

Chaque année, une thématique est donnée :

2005 : « Dépendance aux opiacés »

2006 : « Le Cannabis »

2007 : « Addiction »

2008 : « Addiction aux jeux vidéos et Cyber Addiction »

2009 : « Addiction et Adolescent »

2010 : « Arts et Addiction »

2011 : en prévision « Médicaments psychotropes, du comportement addictif au bon usage »

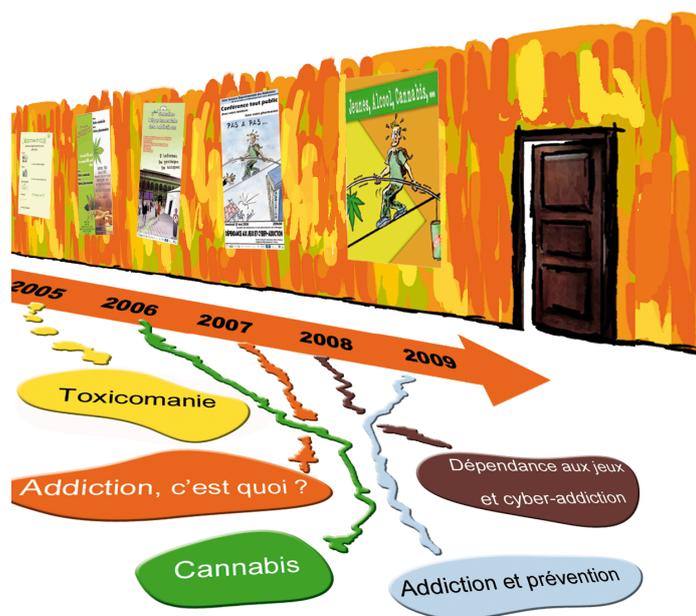


Figure 23. document « Semaine des Addictions »

Lors de cette manifestation, un kit est envoyé aux professionnels de santé de la région. Il contient des documents d'information pour le professionnel et le patient, des affiches pour la salle d'attente et les vitrines d'officine, un programme des manifestations (conférence, portes ouvertes, ...). La manifestation est en partenariat avec les structures travaillant dans le domaine de l'addictologie issues du social, médico-social et médical. Elle a regroupé, en 2010, 34 associations/institutions en partenariat, 47 manifestations réparties dans le Limousin, 300 visiteurs guidés par 12 associations/institutions au Pavillon du Verdurier à Limoges pour l'exposition « Arts et Addiction » et une couverture médiatique régionale (télévision, radio, presse).

1.2. Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie (R.S.V.H.A.)

1.2.1. Le dépôt du dossier promoteur R.S.V.H.A.

T.S.R. 87 a été le promoteur d'un réseau de santé en 2005 : le Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie. L'objectif initial a été de créer un poste d'animateur, qui évolua en poste de coordonnateur, pour :

- faire un état des lieux des pratiques notamment au niveau des médecins libéraux et des pharmaciens d'officine,
- établir les parcours de prises en charge en ville et identifier les réseaux existants,
- faire remonter aux comités d'administration de TSR 87 les problématiques des professionnels et proposer des outils pratiques,
- organiser les journées de formations professionnelles.

En 2007, à la suite de l'évaluation externe du réseau, le travail du coordonnateur se recentra sur l'objectif de proposer un réseau régional Addiction incluant la coordination du parcours de soins du patient. De ce fait, jusqu'en 2009, le coordonnateur :

- rencontra les structures sociales et médico-sociales,
- rencontra des acteurs sur les thématiques des addictions : alcool, tabac, drogues illicites, addictions sans drogues,

- travailla avec le comité de coordination du réseau sur la proposition d'un réseau régional regroupant les structures travaillant dans le domaine de l'addictologie,
- travailla sur l'intégration des groupes de patients.

Ce travail a abouti en 2009 au dépôt du dossier promoteur AddictLim, incluant les recommandations des dernières évaluations externes.

1.2.2. Les objectifs du R.S.V.H.A.

L'objectif général du réseau est l'amélioration de la prise en charge du patient addict dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale. En pratique, cet objectif peut-être décliné en objectifs opérationnels :

- intégrer dans la prise en charge les dimensions Médico-Psycho-Sociales,
- structurer le réseau au niveau de la région,
- améliorer la formation professionnelle et favoriser les échanges pluridisciplinaires,
- créer et diffuser des outils pratiques de prévention.

Le poste de coordonnateur étant un poste clé, des missions spécifiques lui ont été attribuées :

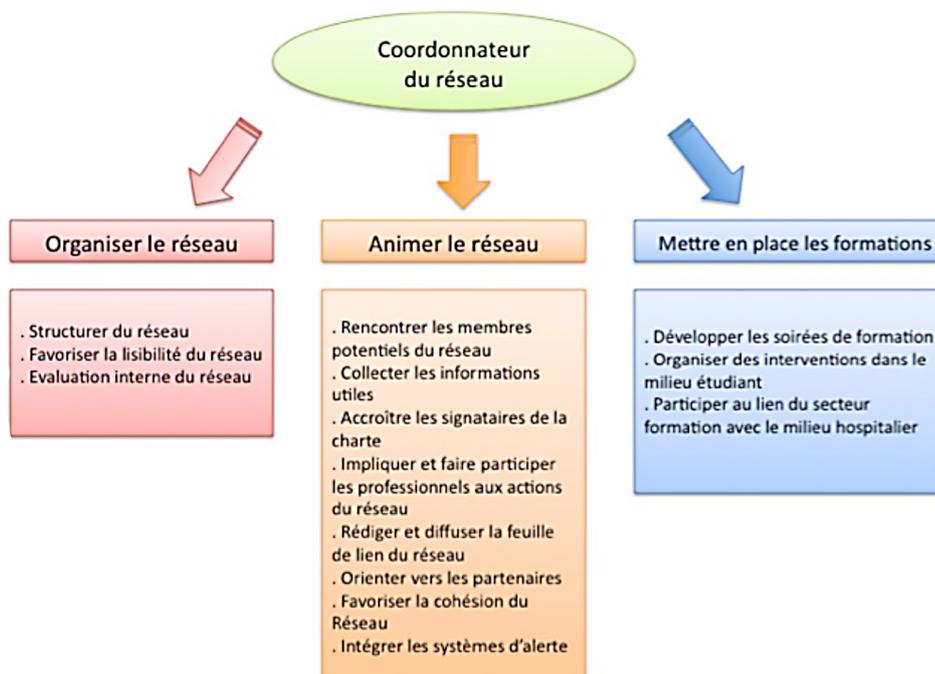


Figure 24. Synopsis du coordonnateur de santé

2. AddictLim

2.1.Contexte régional

En 2007, l'Observatoire Régional de Santé (O.R.S.) a remis une synthèse des inégalités socio-sanitaires en Limousin⁽¹¹⁷⁾. Cette étude montre une hétérogénéité en matière d'accès aux soins sur le territoire comme la difficulté pour trouver des médecins spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des kinésithérapeutes. Cependant le limousin possède un bon maillage concernant les médecins généralistes, les officines et les infirmiers. La synthèse met également en évidence une concentration des structures et des populations sur une moitié de la région alors que l'autre partie se trouve dans une situation sanitaire défavorable (population rurale éloignée des établissements de santé, mortalité importante, faibles revenus). Les annexes 2 et 3 représentent les cartes de l'Observatoire Régional de Santé du Limousin de 2007.

La problématique actuelle du Limousin est son évolution socio-sanitaire dans les prochaines années. L'A.R.S. et l'O.R.S. du Limousin travaillent sur cette question. Ils ont organisé le 9 septembre 2010 une journée sur « Comment rendre attractif le Limousin pour les professionnels de santé »⁽¹¹⁸⁾. La conclusion dégage pour l'avenir :

- deux problématiques :
 - un problème d'accès aux soins spécialisés et aux plateaux techniques pour une certaine tranche de la population notamment pour les personnes âgées isolées,
 - à terme, probablement des problèmes d'accès aux soins primaires si le phénomène de regroupement professionnel s'amplifie.
- quatre besoins :
 - structurer l'offre libérale en milieu rural,
 - attirer les jeunes professionnels en milieu rural notamment les médecins généralistes,
 - maintenir et développer les consultations avancées spécialisées, en particulier avec les petits hôpitaux de proximité et développer la coopération entre les acteurs libéraux et ces hôpitaux de proximité,
 - proposer une offre adaptée en matière de transport.

En ce qui concerne l'addiction aux substances psychoactives, le Limousin est concerné par toutes les addictions avec deux problématiques importantes par rapport aux autres régions françaises : l'alcool et le tabac. La consommation des substances illicites est également une réalité. Le Limousin est la seconde région sur le taux de croissance de la délivrance de la Méthadone® et du Subutex® (médicament de substitution aux opiacés). Cette croissance progressive depuis plusieurs années montre une implication croissante des professionnels de santé sur cette thématique (119). Elle souffre d'un manque de moyens d'où un décalage par rapport aux autres régions de France.

2.2.Constats du Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie (146)

En 2009, les constats du Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie ont été :

1. La difficulté des professionnels libéraux à prendre en charge un patient addict :
 - Manque de temps pour se former (peu de disponibilité, beaucoup de sollicitation pour d'autres formations, ...),
 - Peu de temps pour la consultation,
 - La prise en charge globale nécessite des frais non remboursés par la sécurité sociale ou par les mutuelles,
 - La pratique en réseau n'est pas intégrée dans la pratique professionnelle.

2. Une volonté des professionnels libéraux de prendre en charge un patient addict dans le cadre d'un réseau de santé.

3. Une nécessité de former les professionnels de ville comme acteurs de soins, prévention, dépistage et d'orientation car ils représentent les professionnels de proximité repartis sur toute la région.

4. Le développement de réseaux pluridisciplinaires de professionnels (ville, hôpital et institution) sur tous les territoires du Limousin.

La finalité est de poursuivre le travail déjà engagé par le Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie en mettant en pratique les connaissances acquises des professionnels lors des formations. Ce réseau inclut le patient dans un parcours de soins proposé par le médecin généraliste, en concertation avec le patient et coordonné par le réseau de santé AddictLim.

2.3. Le dossier promoteur AddictLim ⁽¹⁴⁶⁾

AddictLim est un réseau de santé, dont le financement a été demandé à l'Agence Régional de Santé. Il intègre dans son fonctionnement les axes de la définition (Cf figure 25):

- Favoriser l'accès aux soins des usagers du système de santé,
- Assurer la continuité des soins,
- Organiser leur coordination,
- Garantir l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires,
- Développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins,
- Participer à des actions de santé publique,
- Procéder à des actions d'évaluation.



Figure 25. Axes de travail du réseau de santé AddictLim

Le parcours de soins comporte trois étapes (Cf figure 26):

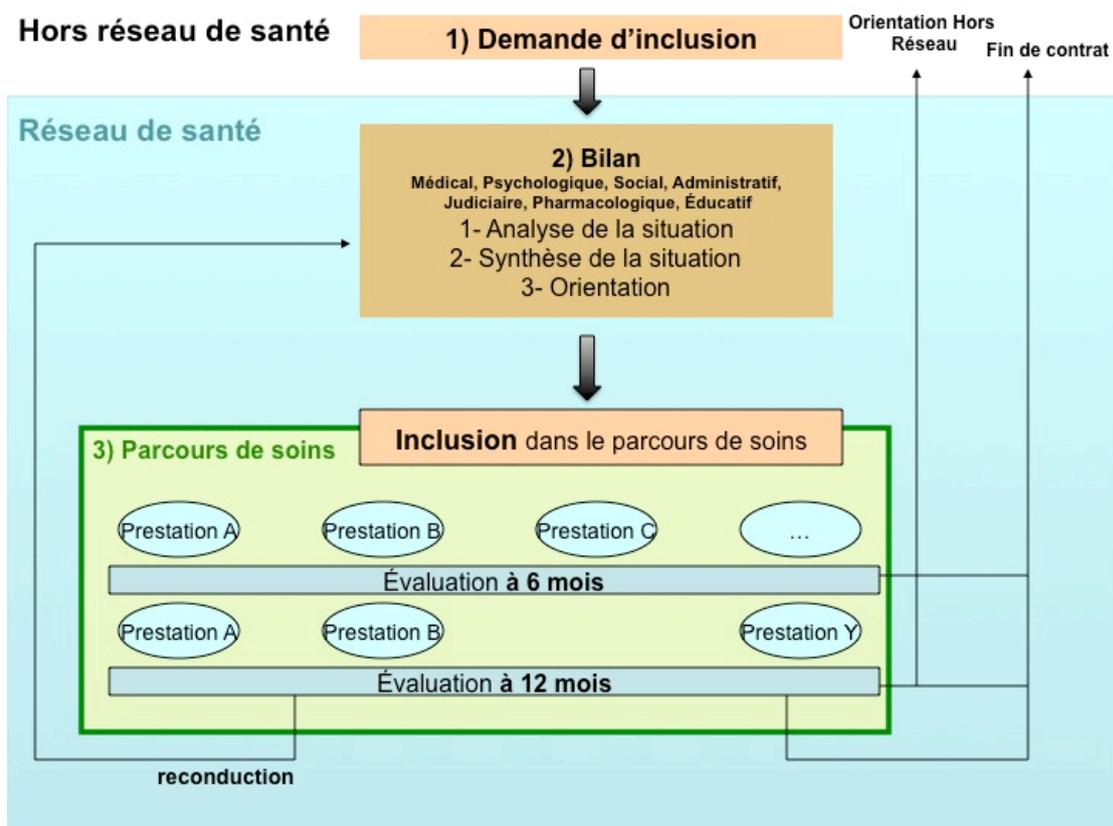


Figure n°26 : Parcours de soins AddictLim

1) La demande d'inclusion

La demande d'inclusion dans le réseau peut se faire par tout professionnel du réseau (médecin, pharmacien, infirmier, assistante sociale, ...), permettant ainsi de multiplier les portes d'entrée dans le parcours de soins.

Lors de cette demande faite au réseau de santé, l'utilisateur proposera un médecin référent qui peut être son médecin traitant ou un autre médecin généraliste. Celui-ci fera le bilan du patient pour mettre en place le parcours de soins.

2) Le bilan

Le bilan est fait par le médecin référent. Il travaillera avec d'autres professionnels pour effectuer un bilan global de la personne (médical, spécialiste, social, administratif, judiciaire, éducatif, ...). L'objectif du bilan est d'évaluer le comportement de l'utilisateur pour mettre en place un parcours de soins adapté.

3) Le parcours de soins dans le réseau

Le parcours de soins est mis en place pour une durée d'un an avec régulièrement des évaluations (au minimum 2 à 6 mois et à 12 mois) pour s'assurer que le parcours reste adapté.

Le patient aura accès à des prestations remboursées dans le cadre du réseau comme par exemple les consultations avec un psychologue ou les entretiens « éducation thérapeutique » par le médecin généraliste, le pharmacien, le chirurgien dentiste ou toute personne formée et reconnue.

Pour chaque reconduction dans le parcours de soins, le patient effectuera un bilan pour apprécier son évolution.

2.4. Les innovations apportées ⁽¹⁴⁶⁾

2.4.1. Collaboration Ville-Hôpital-Institutions

Chaque professionnel ou institution a créé, de part son expérience et ces besoins, leur propre réseau interne. Il apparaît important et nécessaire de formaliser ces parcours et favoriser les échanges entre les structures afin d'améliorer le dépistage, la prévention, l'accompagnement, la prise en charge et éviter les rechutes (Cf figure n°27).

LES STRUCTURES ET LES RELAIS AU SEIN DU RÉSEAU DE SANTÉ

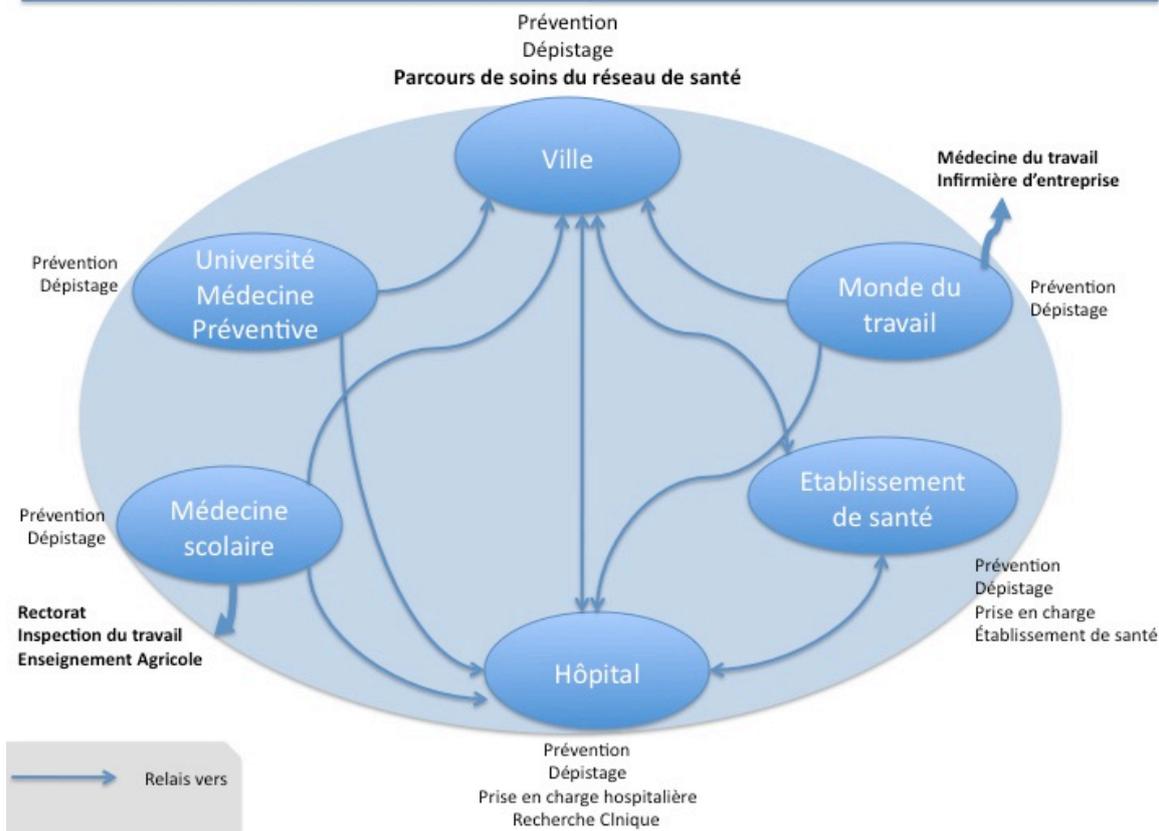


Figure n°27 : Relais au sein du réseau de santé

2.4.2. Prise en charge par le réseau des frais non remboursés par la sécurité sociale

Le réseau propose de donner les moyens aux patients, souhaitant une prise en charge par son médecin traitant, une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) dédommée par AddictLim. Ainsi, le réseau pourra, entre autres, rembourser des consultations de psychologue, consultations de nutritionniste ou certains soins dentaires.

2.4.3. Le patient Acteur de sa prise en charge

Le réseau travaille sur l'autonomisation, l'insertion et la réhabilitation du patient. Il est actif dans sa prise en charge :

- il doit signer la charte Patient expliquée par le médecin généraliste,
- il choisit les professionnels de son parcours de soins en concertation avec le médecin généraliste,
- il peut participer, s'il le souhaite, aux réunions de concertation pluridisciplinaire le concernant,
- il évaluera son parcours de soin et le réseau de santé par le biais de questionnaires.

2.4.4. Indemnisation du temps supplémentaire pour les professionnels libéraux

Le temps et surplus de temps de travail pour les professionnels libéraux dans le cadre du réseau sont dédommagés. Cela concerne :

- le surplus de temps en consultation ou entretien,
- le dépistage,
- le remplissage des documents administratifs,
- les réunions pluridisciplinaires concernant un patient,
- les formations.

2.4.5. Groupes de paroles pour les patients mais aussi pour les proches

L'entourage représente des acteurs indispensables pour une bonne prise en charge du patient. Le réseau proposera des lieux d'échanges, encadrés par des professionnels du réseau, pour les proches, après accord du patient. Ces interventions impliquent un partenariat actif entre les acteurs de l'addictologie.

2.4.6. Enveloppe précarité

En ville, l'avance de frais pose un réel problème de prise en charge pour les populations en situation précaire. L'objectif de cette enveloppe est de pouvoir

débuter une prise en charge en ville le temps des démarches administratives avec l'assistante sociale.

2.4.7. Développer l'éducation thérapeutique

Faire prendre conscience de leur place en terme d'éducation thérapeutique et donner les moyens (formation, dédommagement du temps, outils, ...) aux professionnels du réseau pour intégrer l'éducation thérapeutique à leurs pratiques.

2.4.8. Approche régionale par territoire

L'objectif est, en premier lieu, de créer, en Limousin, des réseaux pluridisciplinaires localisés composés des professionnels de proximité. AddictLim a pour vocation de rendre autonome les professionnels sur un territoire donné en favorisant la création des liens inter-professionnels (Cf figures n°28 et 29).

Ensuite, une fois ces territoires autonomes, AddictLim coordonnera ces « réseaux locaux » :

- en intégrant chaque patient dans un parcours de soins défini,
- en favorisant les échanges d'information entre ces réseaux territoriaux,
- en mettant en place des formations qui répondent à une demande des professionnels,
- en proposant les remboursements (prestations dérogatoires tarifaires) aux patients du réseau.

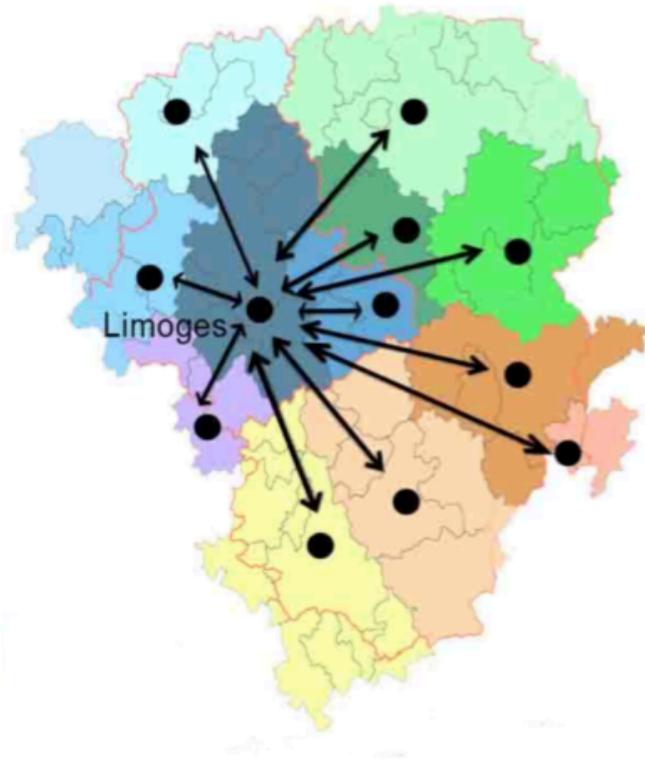


Figure 28. Régionalisation centrée sur Limoges

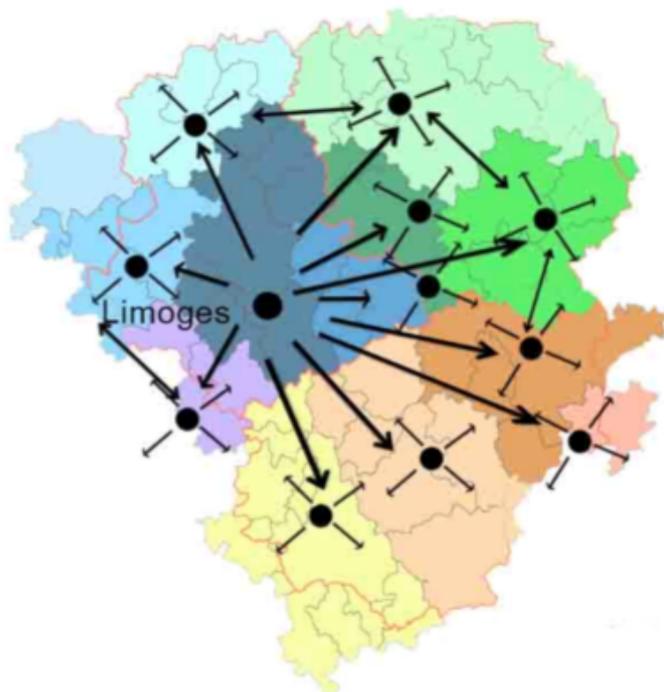


Figure 29. Régionalisation à partir des réseaux locaux

3. Pharmacien et réseau de santé

Avec l'évolution constante du métier de pharmacien, il semble important de replacer le pharmacien dans le contexte actuel de santé. En matière d'addiction, l'article R4235-2 rappelle que « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage* ».

3.1. Place du pharmacien dans le système de santé

Le pharmacien d'officine possède le statut complexe d'être un commerçant et un professionnel de santé. Cependant, pour la population, le pharmacien garde toute sa crédibilité et sa confiance en tant que professionnel de santé selon l'étude Ipsos santé « *les français et leur pharmacien* » ⁽¹²⁰⁾ Janvier 2008 et l'enquête Vision Critical « *image et attachement des français à la profession de pharmacien* » ⁽¹²¹⁾ novembre 2009.

En outre, les lois gouvernementales avec plus récemment la loi Hôpital Patients Santé Territoire (H.P.S.T.) de juillet 2009 ou le rapport Rioli ⁽¹²²⁾, du 15 octobre 2009, place clairement le pharmacien comme professionnel de santé.

3.1.1. Code de déontologie du pharmacien

A la suite de l'article 36 de la loi H.P.S.T., de nouvelles missions ont été inscrites dans le code de la santé publique à l'article L5125-1-2. Il :

- 1°) Contribue aux soins de premier recours ;
- 2°) Participe à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3°) Participe à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4°) Concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5°) Peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;

6°) Peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7°) Peut être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

8°) Peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Ces missions peuvent être regroupées en trois thématiques que nous développerons dans le point suivant :

- un acteur de soins de premier recours,
- un partenaire pour les professionnels dans une approche pluridisciplinaire,
- un acteur de veille et de protection sanitaire.

Nous ajouterons trois autres thématiques : un acteur d'économie de santé, un éducateur thérapeutique et un acteur de lien social.

3.1.2. Le pharmacien d'officine, un acteur de santé polyvalent

3.1.2.1. Acteurs de soins de premier recours

La première mission du pharmacien est de contribuer aux soins de premier recours. Ces soins sont définis par la loi à l'article L1411-11 du code de la santé publique (Cf figure 30). Le pharmacien est concerné, en tant que :

- professionnel de la santé (information, éducation, prévention, orientation, suivi, dépistage),
- professionnel du médicament,
- professionnel de proximité .

Soins de premier recours

Art. L1411-11

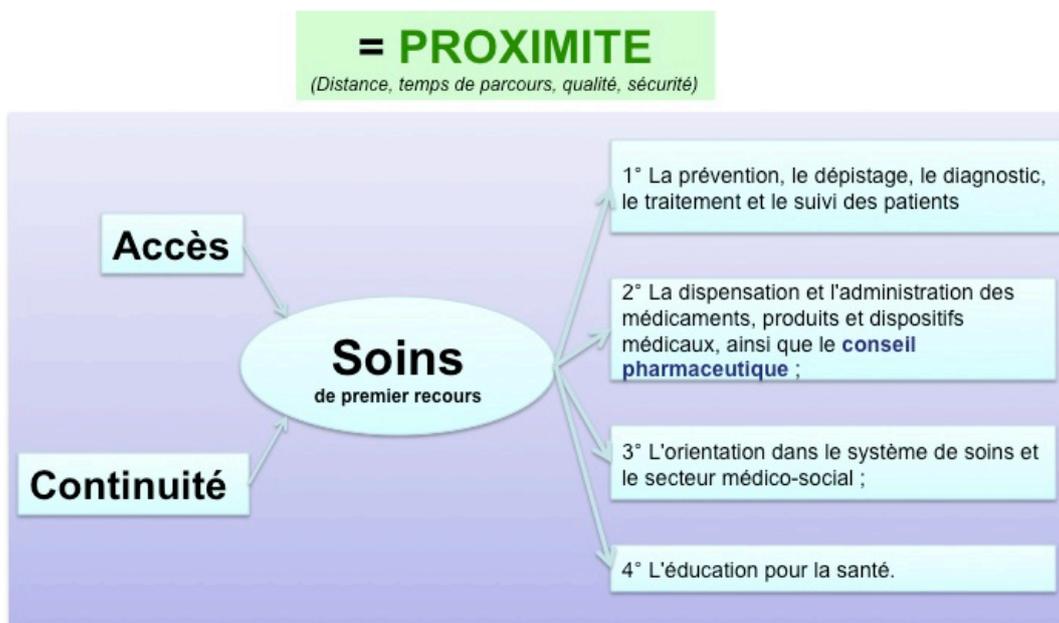


Figure 30 : Définition des soins de premier recours

① Un professionnel de la santé ⁽¹²⁵⁾

Le XXI^{ème} siècle consacre le rôle charnière du pharmacien dans le système de santé. Si, aujourd'hui, le pharmacien ne prépare plus lui même les médicaments, il a développé de nouvelles missions dans le domaine de l'éducation et de la prévention, mais aussi dans le domaine des soins pharmaceutiques par l'introduction de la pharmacie clinique dans l'enseignement initial et continu. C'est la valeur ajoutée par le pharmacien qui confère au médicament ses propriétés les plus justes pour le patient et ses conditions les moins onéreuses pour la société à travers les économies générées par le service pharmaceutique. Il doit tout autant savoir dispenser, former au bon usage du médicament, initier aux bonnes pratiques hygiéno-diététiques que prévenir les accidents induits par les activités de travail ou de loisirs, ou encore éduquer les voyageurs aux destinations lointaines sur les risques qu'ils encourent.

② Professionnel du médicament ⁽¹²⁶⁾

Le pharmacien, de part sa formation, est le spécialiste du médicament. Son métier en tant que professionnel ne se limite pas à la délivrance des médicaments, il doit dispenser le médicament c'est à dire associer à la délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. Enfin, le pharmacien est de plus en plus amené à prendre en charge certaines pathologies spécifiques tels que les rhinites ou gastro-entérites et à orienter, le cas échéant, les personnes vers les professionnels de santé appropriés.

③ Un acteur de proximité

- Une répartition sur tout le territoire

Plus de 22 000 pharmacies d'officine ⁽¹²⁸⁾ en France, avec une moyenne d'une pharmacie pour 2500 habitants, elles constituent un remarquable réseau de proximité, plus dense que celui des 17 000 bureaux de poste ⁽¹²⁹⁾. Le maillage complet du territoire national permet d'assurer un service de garde et d'urgence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et ainsi assurer la permanence des soins.

- Une clientèle fidèle

Le pharmacien a majoritairement une clientèle régulière et fidèle, ce qui lui permet de bien connaître son cadre de vie et également ces habitudes.

Il est ainsi un partenaire privilégié pour les autres professionnels de santé notamment avec le médecin pour le suivi du traitement.

- Un espace de confidentialité (Art R. 5125-9 du Code de la Santé Publique)

Pour accomplir ces diverses missions, le pharmacien met en œuvre, outre des conditions d'exercice très réglementées et notamment le respect du secret professionnel, des conditions d'aménagement de ses locaux permettant discrétion et confidentialité que requièrent le dialogue et le recueil d'informations personnelles liées à la pathologie et nécessaires à la prise en charge et à la réussite du traitement.

- Un lieu de rencontre, d'échange et de démocratisation de l'information.

Un des points les plus importants du métier de pharmacien est le dialogue avec les patients sur la santé : la sienne, la santé générale ou la santé médiatisée. Ce point d'entrée est souvent une occasion pour le pharmacien de mieux connaître son patient et de pouvoir effectuer une « éducation personnalisée ».

Le pharmacien peut prendre le temps nécessaire pour rassurer le patient, ajouter des informations complémentaires du médecin et veiller à la bonne compréhension de sa maladie. Dans une société où l'accès à l'information est devenu simple et rapide grâce notamment aux médias ou à Internet, les erreurs de compréhension se multiplient engendrant mauvaises interprétations et confusions allant jusqu' à la diabolisation ou l'idéalisation d'un produit, d'un comportement ou d'une profession. Le pharmacien représente encore un professionnel de santé, ayant une légitimité, pour la population, à prodiguer des conseils et des recommandations. Il doit veiller à garder cette crédibilité face à ses deux concurrents qui en gagnent chaque jour : les médias et Internet.

- Un professionnel au plus près du patient

Le pharmacien réalise naturellement la dispensation au sein de son officine, mais il peut aussi se rendre au chevet du malade lorsqu'il participe au maintien à domicile des patients qui sont dans l'impossibilité de se déplacer. Cette activité est un secteur en pleine expansion en Limousin. En effet, dans une région vieillissante et rurale, l'accessibilité aux soins et le maintien des patients à domicile est un enjeu où les pharmaciens ont un rôle à jouer.

3.1.2.2. Acteur dans une équipe pluridisciplinaire

Le pharmacien joue un rôle d'interface entre le patient, les autres professionnels de la santé, les assureurs mais également les personnes proches de celui-ci. Il peut être désigné comme professionnel « correspondant » ⁽¹²⁷⁾ en accord avec le patient et le médecin traitant. Ce professionnel doit s'assurer de la permanence des soins pour le patient et de sa prise en charge pluridisciplinaire ainsi que la disponibilité des produits nécessaires. Ce schéma de coopération inter-professionnelle permettrait :

- d'améliorer la prise en charge du patient en terme de sécurité et de qualité,
- d'optimiser le travail de chacun des intervenants,
- d'éviter les hospitalisations et les ré-hospitalisations grâce aux repérages des facteurs d'aggravation et de décompensation.

3.1.2.3. Acteur de veille et de protection sanitaire ^{(122) (130) (131) (132)}

Le pharmacien représente une véritable « sentinelle de santé publique ». C'est un acteur actif dans la sécurité sanitaire :

- il veille aux problèmes liés aux médicaments en les signalant aux autorités (pharmacovigilance, pharmacodépendance, matériaux vigilance, réactovigilance, traçabilité et retrait de lot du médicament, ...),
- il veille à la bonne utilisation des produits dispensés dans sa pharmacie,
- il collabore avec l'AFSSAPS en retirant les médicaments jugés dangereux pour la santé.

Il peut également participer aux études épidémiologiques dans les études nationales, régionales et départementales concernant les thématiques de santé.

3.1.2.4. Acteur économique de santé ⁽¹²⁵⁾

Le pharmacien est un acteur essentiel de l'économie de la santé à travers :

- la prescription pharmaceutique du médicament générique,
- une surveillance attentive du dossier patient notamment en ce qui concerne la surconsommation des médicaments ou la multiplicité des ordonnances,
- l'optimisation de la thérapeutique enrichie par des conseils adaptés.

3.1.2.5. Acteur de lien social ^{(133) (133) (127)}

La pharmacie d'officine un espace incontournable de notre système de santé mais également social. Lors de l'inauguration du salon Pharmagora le 27 mars 2010, Madame Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, qualifia le pharmacien de « créateur de lien social » notamment dans les pharmacies rurales :

- Lien avec l'individu

Grâce à une clientèle fidèle, le pharmacien connaît chacun de ses patients et possède des informations personnelles, familiales ou professionnelles susceptibles d'être partagées avec d'autres professionnels.

- Lien avec les personnes dépendantes ou marginalisées.

Le pharmacien d'officine est un guide dans le parcours de soins du patient et sait l'orienter vers les autres professionnels de santé ou les diverses structures d'accueil notamment celles pour personnes dépendantes ou marginalisés.

- Lien avec les populations fragilisées.

La permanence des soins renforce l'image de professionnel de santé du pharmacien d'officine disponible au service des populations fragilisées.

3.1.2.6. Acteur de l'éducation thérapeutique

Enjeu majeur dans l'exercice de la profession, L'éducation thérapeutique a été qualifiée d'« *ardente obligation aujourd'hui officiellement reconnue* » par l'ordre national des pharmaciens et représente, un « *enjeu de demain pour les pharmaciens* »

⁽¹³⁵⁾.

① Définition (136)

On entend par éducation thérapeutique un enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affection, notamment d'une affection de longue durée (137) .

Il s'agit d'un processus éducatif continu, intégré dans les soins (dans le cadre d'un plan de soin coordonné) et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées.

L'E.T.P. concerne d'abord le patient mais également son entourage (les parents d'enfants porteurs d'affection chronique, les proches, le tiers de confiance, ...)

Ainsi, le malade et son entourage comprenant mieux la maladie, coopèrent avec les soignants et la qualité de vie s'en trouve maintenue sinon améliorée.

Le malade acquiert et maintient les ressources nécessaires pour organiser au mieux sa vie avec la maladie.

② Finalité

L'E.T.P. vise :

- à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de nouveaux savoirs,
- à limiter la progression de la maladie et éviter la survenue de complications en responsabilisant le patient grâce à des compétences acquises dans un programme d'éducation thérapeutique.

③ E.T.P. et Pharmacien (138)

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, les rôles du pharmacien sont multiples :

- Informer, promouvoir la prévention et le dépistage :
en termes de santé publique, le pharmacien se trouve de plus en plus en situation d'information, de rencontre, de prévention et de dépistage. Il doit alors développer des compétences en termes de communication pour sensibiliser, accueillir, écouter, orienter, rassurer et encourager au dépistage...

- Soutenir et accompagner les patients :
bien souvent, le pharmacien intervient après le diagnostic, ce qui le place dans une position d'accueil et de médiateur entre le passé et l'avenir, entre le médecin et la mise en application des traitements. Le patient peut être sensible à un court entretien où il pourra reformuler sa compréhension des choses et poser toutes les questions importantes.

- Expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements :
en termes d'information, d'explication et de clarification, le pharmacien se place comme un résonateur des autres professionnels de soins gravitant autour du patient, afin de renforcer ou rectifier les données comprises à propos de la maladie, des traitements, de leur efficacité et de leurs effets secondaires. L'utilisation de différents outils et documents est intéressante pour objectiver le dialogue.

- Promouvoir le bon usage du médicament:
 - en termes d'organisation pratique pour la prise effective des médicaments,
 - en termes d'aide à la performance et à l'autonomie dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux.

3.2. Le pharmacien dans les plans gouvernementaux addictions ⁽¹³⁹⁾

Les actions des pharmaciens dans les deux plans gouvernementaux : plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et Plan Addiction 2007-2011: la prise en charge et la prévention des addictions, peuvent être classées en cinq catégories :

- **Formation universitaire et continue des pharmaciens**

Plan Addiction 2007-2011: la prise en charge et la prévention des addictions

« En concertation avec leurs instances universitaires et pédagogiques développer l'enseignement universitaire et post-universitaire de l'addictologie : des pharmaciens, des sages-femmes, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux. »

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Dans le cadre de l'amélioration des compétences des professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge :

« Former les pharmaciens, les dentistes et les infirmières libérales au repérage, au conseil minimal et à l'orientation des patients repérés. »

- **Réduction des risques**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008/2011

Dans le cadre de la réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues :

« Étudier le rôle des pharmaciens dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues »

Plan Addiction 2007-2011: la prise en charge et la prévention des addictions

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques en matière de réduction des risques :

« Pour renforcer le cadre de la prescription et de la délivrance des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné, et dans le but d'aider à prévenir le nomadisme médical et paramédical, l'article L.162-4-2 du code de la Sécurité sociale est modifié afin que le nom du pharmacien figure systématiquement sur l'ordonnance pour certains produits dont la liste sera fixée par arrêté. »

- Prévention

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Dans le cadre de l'amélioration des compétences des professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge :

« Créer et mettre à disposition des outils d'aide au repérage, au conseil minimal et à l'orientation, adaptés aux pharmaciens et à leurs équipes officinales, aux dentistes et aux infirmières libérales. »

- Instances nationales

Plan Addiction 2007-2011: la prise en charge et la prévention des addictions

« Ainsi l'arrêté du 26 octobre 2006 a créé la commission Addictions. Elle a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives et regroupe des représentants des professionnels, des usagers, des associations et des institutionnels ayant à intervenir dans ce champ. Elle est composée de 42 membres permanents dont 29 personnalités qualifiées, dans les domaines de la toxicomanie, de l'alcool, du tabac et de l'addiction et 13 représentants institutionnels (D.G.S., Dhos, M.I.L.D.T., Assurance Maladie, A.F.S.S.A.P.S., I.N.P.E.S., Observatoire français des drogues et des toxicomanies (O.F.D.T.), Institut national du cancer (I.N.C.A.), Haute autorité de santé (H.A.S.), Ordres des pharmaciens et des médecins, et des médecins inspecteurs régionaux. »

3.3. Réseau de santé en addictologie et pharmacien

En 2006, lors de mes premières rencontres en tant que coordonnateur de santé seulement 13 % des pharmacies de la Haute-Vienne rencontrées estimaient travailler ou avoir travaillé en réseau (Cf annexe 6). L'idée du réseau était associée à un fonctionnement dans le cadre d'une structure ou d'une institution. La vision du réseau Médecin, Pharmacien et Patient n'apparaissait pas, or ce réseau représente la base minimale pour la prise en charge d'un patient avec ordonnance. Actuellement,

l'ordonnance représente le lien principal entre le médecin et le pharmacien. Le médecin pose un diagnostic, rédige une ordonnance. Le patient se rend dans son officine pour la délivrance des médicaments prescrits. Le pharmacien ne perçoit la santé du patient que par l'analyse de l'ordonnance et par leur entretien. Cependant, ce dialogue pose les inconnues suivantes :

- Souhaite-t-il parler à son pharmacien de sa maladie ? Notamment pour un patient addict. Le comptoir est-il le lieu le plus adapté ? Cela renvoie au problème lié à la confidentialité, notamment dans les pharmacies rurales et de quartier.
- Quelle compréhension le patient a-t-il de sa maladie et de son traitement ?
- Quelles informations le médecin a-t-il données au malade ?

Si le pharmacien n'arrive pas à résoudre les problématiques avec les données qu'il possède, c'est souvent à ce moment qu'il décide de prendre contact avec le prescripteur.

Il est rarement « agréable » pour un pharmacien de téléphoner à un médecin. En effet, le pharmacien fait remarquer implicitement au médecin qu'il a commis une erreur... ou au contraire le médecin fait remarquer au pharmacien qu'il n'a pas compris l'ordonnance. Même si la situation reste le plus souvent cordiale, elle n'aide pas à établir d'emblée une relation de confiance.

Face à cette situation, le pharmacien a dû apprendre le travail en partenariat et solliciter les précisions dont il avait besoin pour assumer pleinement son rôle d'acteur de santé privilégié. Ce faisant, il a offert une opportunité au médecin de partager autour de la problématique du patient.

Dans le cadre d'un réseau de santé en addictologie, médecins (généralistes et spécialistes) et pharmaciens se rencontrent lors des réunions, échangent lors des formations et le médecin contacte la pharmacie avant l'arrivée du patient. Ils apprennent ainsi à se connaître, facilitant les contacts ultérieurs.

En 2011, le réseau a souhaité évaluer la vision du réseau auprès des pharmaciens. Le réseau a ciblé, dans ces membres pharmaciens signataires de la charte, 16 pharmaciens assistants régulièrement à nos manifestations. (Cf annexe 5). Le questionnaire a été rempli avec le coordonnateur de santé (téléphone, entretien).

Ces entretiens ont montré l'avancée de la notion de réseau pour les pharmaciens.

Les mots les plus associés au réseau de santé ont été « l'échange », « le lien », « la pluridisciplinarité » et « le bénéfice » pour le patient. Après analyse de toutes les réponses, les pharmacies associent le réseau à 5 idées générales :

- collaboration entre professionnels,
- amélioration des soins pour le patient,
- coordination des professionnels du patient,
- apports de connaissance,
- soutien aux professionnels.

Ces idées correspondent à la vision du réseau de santé tel que définie par la loi.

Pour le pharmacien d'officine, le réseau représente actuellement :

- un lieu de formation,
- un lieu de rencontre pluridisciplinaire,
- un lieu d'échange sur sa pratique,
- un lieu de demande d'informations.

Ils sont motivés pour s'investir dans la prévention, le dépistage, l'orientation, le suivi et l'éducation thérapeutique. Cependant, la majorité des pharmaciens reconnaissent une nécessité de formation sur ces thématiques.

Six ans après les premières rencontres, la vision du réseau est devenue précise. Il semble évident, pour tous les pharmaciens du réseau, qu'ils ont leur place en tant qu'acteur de santé dans la prise en charge des addictions. L'étape suivante sera de proposer une collaboration avec l'ordre des pharmaciens et avec les syndicats pour consolider et finaliser ce travail fait avec les officinaux.

3.4. Enjeux du pharmacien au sein d'un réseau de santé en addictologie

La politique actuelle montre une volonté du gouvernement et de l'ordre national des pharmaciens d'asseoir la place du pharmacien comme professionnel de santé. TSR 87 et AddictLim ont, depuis le début de leurs actions, placés le pharmacien

comme acteur essentiel pour le dépistage et la prise en charge des patients addicts. Le réseau de santé AddictLim s'inscrit parfaitement dans cette politique actuelle de santé et répond aux exigences du gouvernement et de l'ordre national des pharmaciens.

Le réseau de santé propose aux pharmaciens :

- un lieu formation et d'échanges,
- de valoriser la profession,
- une pratique officinale dans le cadre de la pluridisciplinarité,
- un outil réseau informatisé support des échanges d'information.

Le pharmacien pourra ainsi participer à la prévention, au dépistage, à l'orientation, au suivi et à l'éducation thérapeutique du patient.

3.4.1. Un lieu de formation et d'échanges professionnels

Pour donner les moyens aux pharmaciens de faire évoluer leurs pratiques, la formation reste un outil essentiel pour faire acquérir les compétences, introduire la pluridisciplinarité et réfléchir sur le métier de pharmacien.

Des modules d'Addictologie dans le cursus universitaire commencent à être proposés dans les facultés Françaises, ainsi que des diplômes spécialisés. Au niveau de la Formation Continue, l'addiction est inscrite sur les thématiques retenues par la Formation Continue Conventionnelle (F.C.C.) des pharmaciens. En Limousin, le réseau propose depuis 1996 des soirées de formations. Elles réunissaient déjà des médecins et des pharmaciens, de la ville et de l'hôpital, dans le but d'apporter des connaissances mais également de développer le partenariat. Nous pouvons citer les réunions d'Intervision, de 2006 à 2007, qui proposèrent aux médecins et aux pharmaciens d'un même quartier de se rencontrer pour se former et échanger sur leurs patients en communs. Cette approche localisée a permis de travailler sur des problématiques et des patients spécifiques, mais surtout à permis à des professionnels de mieux se connaître et de faciliter les prises de contacts ultérieurs.

Ces formations sont également un lieu privilégié pour introduire le travail en réseau. L'association TSR 87 en partenariat avec l'association Bobillot, dans le cadre du R.S.V.H.A., proposent quatre journées de formation « les jeudis de l'addictologie » réunissant les acteurs qui gravitent autour du sujet addict : des médecins

généralistes, des médecins spécialistes, des pharmaciens d'officine, des infirmiers, des assistantes sociales et des psychologues. Ces journées se divisent en deux parties, une première théorique sur une thématique spécifiques et présentée par un professionnel de la région ; une seconde en petit groupe, privilégiant les échanges, sur l'analyse et les commentaires de cas cliniques et cas de comptoir.

Au delà de l'apport de connaissances sur la thématique, les formations sont surtout nécessaires :

- pour apprendre à connaître les autre professions ou professionnels,
- pour apporter un contact humain et ainsi visualiser ces partenaires,
- bâtir ensemble un langage et une vision de prise en charge commune, condition indispensable au fonctionnement en réseau.

3.4.2. Valoriser le pharmacien en tant que professionnel de santé

Le réseau valorise le métier de pharmacien comme professionnel de santé mais propose également d'indemniser l'acte pharmaceutique.

3.4.2.1. Valorisation du métier

Le réseau de santé offre aux pharmaciens la possibilité de se placer comme un véritable acteur de santé :

① dans la prévention

La pharmacie est un lieu idéal de sensibilisation de la population sur les risques liés aux substances psychoactives. Le pharmacien peut participer à la prévention en relais des campagnes de sensibilisation nationales prise en charge par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (I.N.P.E.S.) :

- Lutte contre le tabagisme
- Sensibilisation sur l'alcool au volant
- Le cannabis
- L'alcool en particulier chez les jeunes, au volant et pour la femme enceinte

Le réseau de santé centralise les documents de prévention : affiches, prospectus, vidéos, ... pour les diffuser au sein de ces membres.

De plus, le réseau de santé créé des documents spécifiques adaptés à la demande des professionnels du Limousin, comme par exemple des documents de réponse pour les

patients et les professionnels sur le cannabis « Quelques questions sur le cannabis : proposition de réponse » ou les prospectus destinés à accompagner la délivrance de spécialité contenant de la codéine et dans un usage hors AMM (Cf figure n°7).

L'objectif de ce prospectus est de pouvoir accompagner chaque boîte de codéine afin de mettre clairement, entre le pharmacien et l'utilisateur, le cadre de la délivrance de la codéine et de lui proposer une alternative.



Figure n°31 : Prospectus de prévention codéine

② dans le **dépistage** des usagers et leur **orientation**

Le pharmacien est légitime pour repérer les usages à risques, les usages nocifs et les dépendances. Le réseau de santé propose aux professionnels des outils pratiques permettant en quelques minutes d'évaluer la dépendance d'un individu. Nous pouvons citer le test FACE pour l'alcool, le test DETA pour le cannabis ou le test Fagerström pour le tabac.

Une fois la dépendance évaluée, le pharmacien peut décider selon la situation :

- de donner simplement des conseils et des recommandations et/ou
- de l'orienter vers un professionnel de santé libéral ou dans une institution

- en ce qui concerne le tabac, le pharmacien pourra proposer un substitut nicotinique approprié en utilisant des outils comme le dossier tabac diffusé par l'I.N.P.E.S.

Depuis 2000, le pharmacien est devenu un acteur important de l'accès au public des substituts nicotiques.

Dans le repérage, le pharmacien représente le professionnel qui côtoie le plus de personnes au quotidien. Il représente une véritable porte d'entrée dans le parcours de soins.

③ dans le **suivi du traitement** et d'être un interlocuteur privilégié dans le parcours de soins auprès des professionnels (connaît bien le patient, rechute, moral, difficulté, ...)

Dans le but d'améliorer le suivi en officine, AddictLim propose un carnet de suivi officinal des patients sous médicament de substitution aux opiacés. Ce carnet aura pour objectifs d'être un aide organisationnelle pour la délivrance des stupéfiants, une mise jour de la réglementation et des protocoles de délivrance et un annuaire pour une bonne orientation des patients.

De part sa proximité avec ses patients, le pharmacien est un interlocuteur privilégié dans le parcours de soins pour signaler des informations complémentaires telles que les difficultés rencontrées au quotidien, les adaptations posologiques, les rechutes, les questionnements, les difficultés professionnelles ou familiales.

④ comme **acteur de santé publique**

a) La politique de réduction des risques ⁽¹⁴⁰⁾ ⁽¹⁴¹⁾

Dans le domaine de l'addictologie, les pharmaciens ont été parmi les premiers acteurs à participer à la politique de réduction des risques avec la délivrance de seringues (1987) et plus tard des Stéribox® (1991), qui est un kit d'injection stérile. En 2000, 90% des pharmacies proposent des Stéribox® et distribuent plus de 90 % des seringues destinées aux usagers de drogue par voie intraveineuse. Cette politique de réduction des risques a permis la diminution de la transmission des infections à VIH,

VHC et VHB. La délivrance des Stéribox® a également permis d'évaluer le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Cependant, cette délivrance n'est pas apparue comme un moyen de dialogue. Les pharmaciens ont déclaré en 1997 que la substitution médicalisée reste la meilleure ouverture au dialogue (52%). La vente de seringues ne représente que 2% des réponses.

Pour favoriser ce dialogue, le réseau a demandé à trois pharmacies de proposer avec chaque boîte de Stéribox® un filtre de meilleure qualité appelé Stérifilt® permettant ainsi d'aborder la santé de l'individu. Testé depuis quelques mois, le Stérifilt® apparaît comme un outil de dialogue intéressant. Grâce à sa nouveauté, il entraîne les réactions des usagers, qu'elles soient positives, négatives ou mitigées. Mais surtout il permet au pharmacien de se replacer comme professionnel de santé.

Le niveau d'accès aux soins dépend du niveau d'implication et de connaissances du pharmacien. Il participe au moyen seuil ou au haut seuil quand il rentre dans un partenariat avec le médecin généraliste ou un médecin de C.S.A.P.A. Cependant, ces niveaux d'accès aux soins ne sont possible que si le pharmacien acquière les compétences nécessaires et accepte de collaborer avec d'autres professionnels dans le cadre d'une prise en charge globale.

b) Les systèmes d'alerte ⁽¹²⁹⁾ ⁽¹³⁰⁾

Le pharmacien a une obligation de déclaration des effets secondaires des médicaments ainsi que les pharmacodépendances. Addictlim propose dans son dossier promoteur un partenariat avec les centres de pharmacovigilance et de pharmacodépendance dont l'objectif est de faire remonter les informations via le réseau de santé.

3.4.2.2. Valorisation de l'acte pharmaceutique

Précédent le rapport Rioli et la loi H.P.S.T., avant la Formation Continue Conventionnée, le réseau de santé proposait une valorisation financière pour l'implication des professionnels libéraux dans le cadre du réseau. Ainsi, depuis 2005, pour les journées de formations du réseau « les jeudis de l'addictologie » chaque professionnel est indemnisé pour se former. Cette indemnisation permet au médecin libéral de compenser les consultations annulées et au pharmacien d'être remplacé à son officine. Depuis, en mai 2010, La Formation Continue Conventionnée a également

proposé d'indemniser les pharmaciens titulaires pour la formation continue à hauteur de 330 euros par journée et sur 6 journées par an. L'expérience du réseau a montré les limites actuelles des formations en journée : les petites pharmacies n'ayant que le pharmacien titulaire au comptoir, ne peuvent, faute de remplaçants, assister à ces formations. Si la Formation Continue Conventionnée devient obligatoire, il semblerait normal qu'elle soit accessible à tous. Les « formations en ligne » peuvent certainement être une réponse car il est possible (ou bientôt possible) de se former seul ou, avec la visioconférence, de se former avec d'autres professionnels. Il est possible de remplacer les réunions « physiques » par des réunions « virtuelles » permettant un gain de temps et allégeant la logistique. Mais les professionnels sont-ils prêts à tester ces nouvelles technologies ?

Le contexte économique des officines est actuellement au centre de l'attention des pharmaciens. Selon l'édition 2011 du Baromètre de la trésorerie des officines, 49% des pharmacies présentent un solde de trésorerie négatif. Ainsi, comment financer de nouvelles missions alors que les officines n'arrivent pas à financer leurs fonctionnements actuels ?

Le rapport Rioli ne propose pas de modes de financements concrets mais encourage les pharmaciens à solliciter les enveloppes régionales. Les réponses des syndicats pour financer les missions de la loi H.P.S.T. sont :

- Le financement par les Agences Régionales de Santé ⁽¹⁵⁰⁾,
- Le financement par l'Assurance Maladie avec la création d'une lettre clé pharmacie sur le même système que les médecins ⁽¹⁵³⁾.

Les réseaux de santé, de part leurs expériences, peuvent apparaître comme un moyen de financer certaines missions. Dans le dossier promoteur AddictLim, le réseau propose aux pharmaciens une valorisation financière pour les formations, les actes de dépistage, la prévention et le suivi. Cependant se pose la question de la pérennisation de ce mode de rémunération car le réseau ne peut, actuellement, intégrer qu'une file active réduite de patients et sur des financements limités.

3.4.3. Intégrer la pratique en réseau au sein d'une pratique officinale

Le socle de la prise en charge des addictions est le trépied médico-psycho-social. Depuis les années 80 et l'arrivée du VIH, les premiers réseaux de toxicomanie se sont développés autour de cet axe, mettant en place les premiers protocoles de prise en charge globale du patient.

Riche de cette expérience, Addictlim intègre le pharmacien dans cette pratique pluridisciplinaire. Dans le cadre des prescriptions de médicament de substitution, le partenariat Médecin-Pharmacien existe en Haute-Vienne depuis 1996. Le réseau de santé met en place l'élargissement de ce partenariat aux autres professions comme les psychologues ou les assistantes sociales. Ce nouveau contexte nécessite un travail du réseau sur le décloisonnement des professions et sur la collaboration inter-institutionnelle. Le pharmacien peut, dans le cadre du réseau, développer l'idée du rapport Rioli sur le pharmacien « correspondant » qui associe continuité des soins, coopération entre les professionnels de santé et coordination.

3.4.4. Mettre en place un outil d'échange d'information sécurisé

En Limousin, les réseaux de santé possèdent un organisme spécifique REIMPHOS pour le développement d'un outil sécurisé de circulation d'information patient.

Depuis l'annonce du Dossier Médical Personnel lors de la loi Kouchner en 2002, de nombreux organismes ont travaillé sur un outil capable de répondre aux exigences professionnelles. Prévu d'abord pour 2007, une version de pré-lancement est prévu pour l'année 2011 ⁽¹⁴²⁾. Cependant, chaque région, dont le Limousin, continue à travailler à son développement notamment dans le cadre des réseaux de santé.

Les pharmacies possèdent le Dossier Patients ⁽¹⁴³⁾ (D.P.) qui représente un outil majeur pour aider le pharmacien dans sa pratique. L'idée, encore expérimentale, serait de relier le système Dossier Patients sur un logiciel de « coordination réseau ». Cependant, tout cela reste hypothétique car le Limousin n'a pas encore développé de dossier de partage satisfaisant. En attendant, REIMPHOS a développé la « messagerie sécurisée » ⁽³²⁾, outil permettant d'envoyer et de recevoir des documents patients, sur le même principe qu'une boîte de messagerie électronique.

Cependant, le dossier patient informatique semble un outil indispensable au réseau de santé pour :

- favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins,
- améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné.

3.5. Quelques réflexions de l'expérience de ce travail

3.5.1. Adaptabilité des réseaux de santé

En 2005, la structuration des réseaux de santé était à ses débuts. Il n'existait pas de formations ou de diplômes spécifiques. Ma formation de départ était fondée sur la lecture des textes de lois et sur la rencontre des différents réseaux de santé en France. Jusqu'en 2008, ces rencontres se déroulèrent sur Paris au Pôle National de Ressource (P.N.R.) et réunissaient une vingtaine de réseaux sur la thématique des addictions. Le P.N.R. avait tissé un « réseau national de réseaux régionaux » et correspondait à un outil pertinent. Il permettait la circulation des informations et donnait aux réseaux en addictologie un lieu de rencontres et d'échanges. Cependant les restrictions budgétaires contraignirent la fermeture du P.N.R. Il a été dommage de couper un organisme qui nous permettait de nous enrichir de l'expérience des autres réseaux. Nous nous sommes rendu compte que les réseaux ont souvent les mêmes problématiques et qu'il existait, pour une même difficulté, différentes solutions développées : certaines étaient en expérimentation, d'autres avaient déjà évalué leur action. Utiliser les outils existants et déjà évalués a l'avantage d'un gain de temps considérable sur la mise en pratique d'une action.

Le P.N.R. n'a pas été remplacé. Actuellement, il existe l'Union Nationale de Réseau de Santé (U.N.R.S.), créée en décembre 2008, qui regroupe cent cinquante réseaux de santé multithématiques. U.N.R.S. peut apparaître comme un soutien intéressant pour toutes les problématiques communes des réseaux de santé et peut-être également en ce qui concerne les addictions. Néanmoins, le site ne contient pas d'informations spécifiques sur l'addiction et les membres comportent seulement trois réseaux en addictologie.

Il semble important et nécessaire, au bout de sept ans d'existence, que les réseaux de santé se structurent, en France et en Région. L'aspect expérimental des réseaux a permis, certes, une liberté de propositions mais elle a conduit à une disparité des actions et des modes de fonctionnement. Jusqu'en 2009, l'indemnisation des professionnels libéraux lors des réunions de formation n'avait pas de grille tarifaire : un professionnel indemnisé pour une formation Diabète ne percevait pas la même indemnisation qu'une formation Addiction. Actuellement, l'expérience des formations indemnisées a abouti à une grille tarifaire identique pour tous les réseaux. La structuration opérationnelle tend à s'homogénéiser avec le binôme coordonnateur médical (ou de santé) et coordonnateur administratif. Mais de 2004 à 2007, chaque réseau créa des postes avec des dénominations et des objectifs qui leurs étaient propres. « Coordonnateur », « animateur de réseau », « délégué de santé », « animateur de prévention » sont des exemples de poste demandés par les promoteurs. Je ne développerai pas les évolutions sur l'évaluation interne et externe ou les modifications annuelles des éléments du suivi de l'activité, mais depuis leur création en 2004, les réseaux de santé ont dû développer une adaptabilité constante pour répondre aux exigences de l'état, des professionnels et des patients.

3.5.2. Apprendre à travailler ensemble

Les projets et actions du réseau intègrent de nombreux professionnels : médecin généraliste, médecin psychiatre, pharmacien, infirmier, psychologue, assistante sociale, ... Leurs mises en place a nécessité des collaborations dans un cadre pluridisciplinaire. Les réflexions échangées soulignèrent les problématiques propres à chaque corps de métier, les difficultés entre les professionnels mais également mirent en évidence les complémentarités de chacun. Travailler ensemble est difficile. Les freins sont multiples :

- Une culture différente

Les formations initiales de chacun permettent des approches complémentaires ou au contraire de l'incompréhension. Les notions de santé, de prévention, de malade sont vues différemment si l'on est médecin, pharmacien, psychologue ou éducateur. Par exemple, les psychologues libéraux ont fait une remarque récurrente lors de la

présentation du réseau : l'intitulé « professionnel de santé » les gênait. Un psychologue ne se considère pas comme un professionnel de santé car il n'aborde pas la personne addictive comme un patient ou un malade. C'est pourquoi le réseau a préféré le terme « professionnel du réseau » qui permettait également d'intégrer tous les acteurs potentiels (éducateur, socio-esthéticienne, ...).

- La méconnaissance du travail des autres professionnels

Les représentations sur les autres métiers proviennent généralement d'un manque de connaissance des autres professions. Dans le cadre des médicaments de substitution aux opiacés, un médecin peut penser que « *le pharmacien est trop strict sur les mentions de l'ordonnance* » ou un pharmacien que « *le médecin délivre un peu trop facilement* ». Le réseau a donné la possibilité aux médecins et aux pharmaciens d'échanger sur leurs difficultés réciproques lors des réunions de formation ou d'Intervision. Les Intervisions étaient des réunions, en soirée, de médecins et de pharmaciens qui travaillaient dans un même quartier. Ces réunions ont permis d'échanger et partager, dans un cadre convivial, les difficultés de chacun sur la prise en charge des patients addicts. Les Intervisions ont contribué à améliorer les relations médecin/pharmacien et la prise en charge du patient.

- Le temps

Pour travailler ensemble, il faut dégager du temps. Même si le réseau possède une enveloppe spécifique pour indemniser les réunions, la problématique reste aux professionnels de dégager le temps nécessaire. Les médecins et les pharmaciens, en ville ou hospitalier, ont des professions chronophages. Les réunions de fonctionnement du réseau s'effectuent le plus souvent au moment des repas ou le soir après 20h00. Un pharmacien titulaire d'une petite officine ne peut dégager du temps en journée sauf s'il arrive à trouver un remplaçant pour seulement une après-midi. Les réseaux de santé doivent réfléchir sur la notion de temps d'implication, que ce soit pour les libéraux ou hospitaliers, afin de pouvoir intégrer le travail en réseau dans les pratiques professionnelles.

3.5.3. Image du pharmacien

Nous avons vu précédemment que la volonté du gouvernement et des instances représentatives des pharmaciens est d'impliquer le pharmacien comme un acteur essentiel du système de santé.

L'enquête IPSOS de 2006 sur « Pharmacien et Education santé » ⁽¹⁵²⁾ montre que les pharmaciens et la population s'accordent sur une légitimité du pharmacien en temps qu'éducateur de santé ; il possède :

- la confiance du grand public (pour 87% du public et 92% des pharmaciens),
- les compétences professionnelles (pour 95% du public et 92% des pharmaciens),
- un espace de confidentialité (pour 74% du public et 81% des pharmaciens),
- la disponibilité (pour 78% du public et 66% des pharmaciens),
- la connaissance du patient et de son historique (pour 56% du public et 87 % des pharmaciens).

L'image du pharmacien reste actuellement très positive pour le grand public, mais dans le contexte actuel où les médias ont une influence sur les opinions, qu'en sera-t-il dans le futur ?

Déremboursement des médicaments, scandales sur le médicament, ventes sur Internet des médicaments, etc., peuvent engendrer des incompréhensions du grand public. L'enquête de l'UFC « Que choisir » en Août 2009 sur la thématique « Conseil en pharmacie, Leclerc s'attaque à l'ordre » ⁽³³⁾, auprès de 1379 officines de 90 départements a montré le résultat d'un manque de conseils associés de la part de l'équipe officinale qualifiant la profession d'un « manque flagrant de professionnalisme ». Cette étude se porta sur la demande concomitante d'une boîte d'aspirine Upsa 500 mg en comprimés effervescents et une boîte de Nurofen 200 mg en comprimés enrobés. UFC « Que choisir » attendait deux niveaux de conseil de la part des pharmaciens : une mise en garde sur la consommation de chacun de ces deux

médicaments et une mise en garde sur leur association. L'enquête fait apparaître que, dans 8 cas sur 10, il n'y a pas eu de mise en garde contre les effets indésirables des deux médicaments. Dans 6 cas sur 10, il n'y a pas eu de recommandation sur les risques de leur association.

Même si l'on ne connaît pas les conditions exactes de la demande pour apporter un aspect critique à cette enquête, leur point de vue doit nous mettre en alerte sur le futur de la profession, qui ne doit pas être réduite à un aspect purement commercial.

Le prix des médicaments conseils est déjà soumis à une forte concurrence entre les officines, notamment avec l'apparition des officines « discounts » qui ont privilégié un prix attractif sur le médicament, laissant peu de temps à l'équipe pour le conseil officinal. Néanmoins, la forte affluence dans ces officines montre un intérêt du public pour une médication à moindre coût. Dans ce contexte économique du médicament, les publicités d'une grande enseigne de distribution qui souhaite « *vendre les médicaments remboursés au prix L.* » peuvent toucher l'opinion publique. Quelle serait alors la plus-value d'un médicament conseil acheté sur Internet ou dans une officine ?

Le conseil personnalisé et la confiance, qui se bâtissent sur une relation de proximité, semblent être deux éléments que les grandes surfaces et Internet auront des difficultés à remplacer.

Néanmoins, il est techniquement possible de créer une pharmacie virtuelle avec des conseils personnalisés en direct sur Internet via une webcam et d'envoyer les médicaments par la Poste du soir au lendemain matin. Il est peut-être difficile pour nous d'envisager ce mode d'entretien pharmaceutique comme « normal » car nous sommes habitués aux contacts physiques. Cependant, les nouvelles générations possèdent une nouvelle vision du contact humain, ajoutant aux contacts physiques les contacts virtuels. Comment les pharmaciens adapteront-ils leurs pratiques dans ces futures officines virtuelles ?

Conclusion

Le métier de pharmacien évolue sans cesse. Les plans gouvernementaux placent le pharmacien comme professionnel de santé, exerçant sa profession au sein d'un corps professionnel pluridisciplinaire. Il apparaît important que les pharmaciens créent des liens avec les partenaires pour pouvoir ajouter à l'acte pharmaceutique les nouvelles missions qui lui sont confiées.

Le réseau de santé représente une opportunité pour faire apparaître le pharmacien comme un véritable acteur de santé. Les réseaux en addictologie ont intégré le pharmacien depuis déjà plusieurs années dans la délivrance des médicaments de l'addiction. Les pharmaciens ont été parmi les premiers professionnels à participer avec succès à la politique de réduction des risques. La profession possède le potentiel nécessaire pour participer au dépistage, à la prévention, à l'éducation à la santé, à la coordination des soins, à l'orientation, au suivi thérapeutique et à l'éducation thérapeutique.

Dans un contexte où, d'ici la fin de l'année, tous les plans gouvernementaux en matière d'addiction vont être réécrits, il serait important que le pharmacien soit actif dans la place qu'il décidera de se construire.

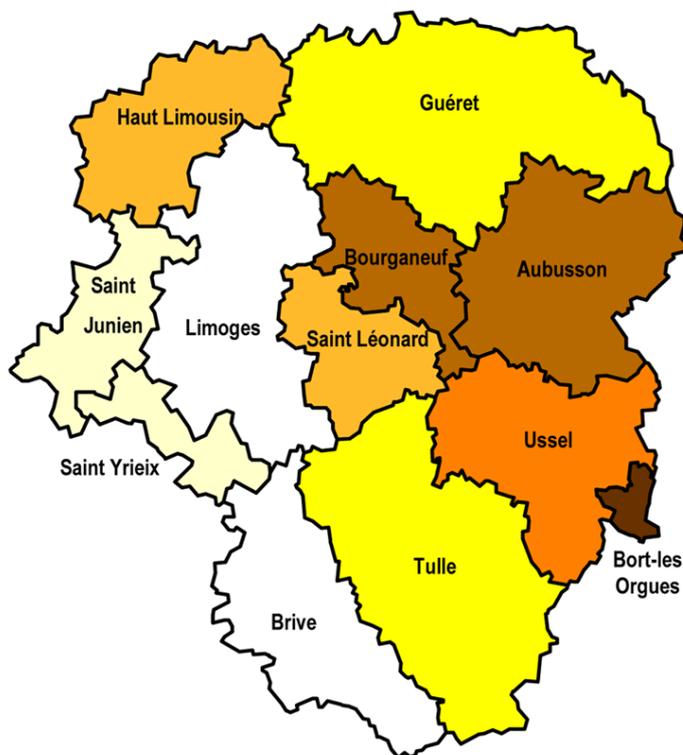
ANNEXES

Annexe 1	Synthèse évolution addiction	P154
Annexe 2	Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des territoires de santé	P155
Annexe 3	Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des cantons	P156
Annexe 4	Test Alcool FACE	P157
Annexe 5	Questionnaire Pharmacien et réseau de santé	P158
Annexe 6	Questionnaires pharmaciens 2006	P161

ANNEXE 2

Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des territoires de santé

Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des territoires de santé



Territoires défavorisés

- E1** : Forte proportion d'ouvriers, faibles revenus et chômage plutôt élevé. Forte mortalité générale et par cancer et très forte mortalité prématurée liée à des facteurs de risque individuels
- E2** : Proportion élevée d'agriculteurs, revenus faibles, chômage élevé. Offre de soins libéraux favorable. Forte mortalité générale et très forte mortalité prématurée liée à des facteurs de risques individuels.

Territoires en situation intermédiaire, moins pénalisés

- E3** : Forte proportion d'ouvriers et d'employés, revenus légèrement inférieurs à la moyenne. Offre de soins libéraux faible. Mortalité générale et prématurée supérieures à la moyenne régionale
- E4** : Population plus âgée, agricole. Revenus plutôt faibles. Bonne offre de soins. Mortalité générale et prématurée légèrement au-dessus de la moyenne

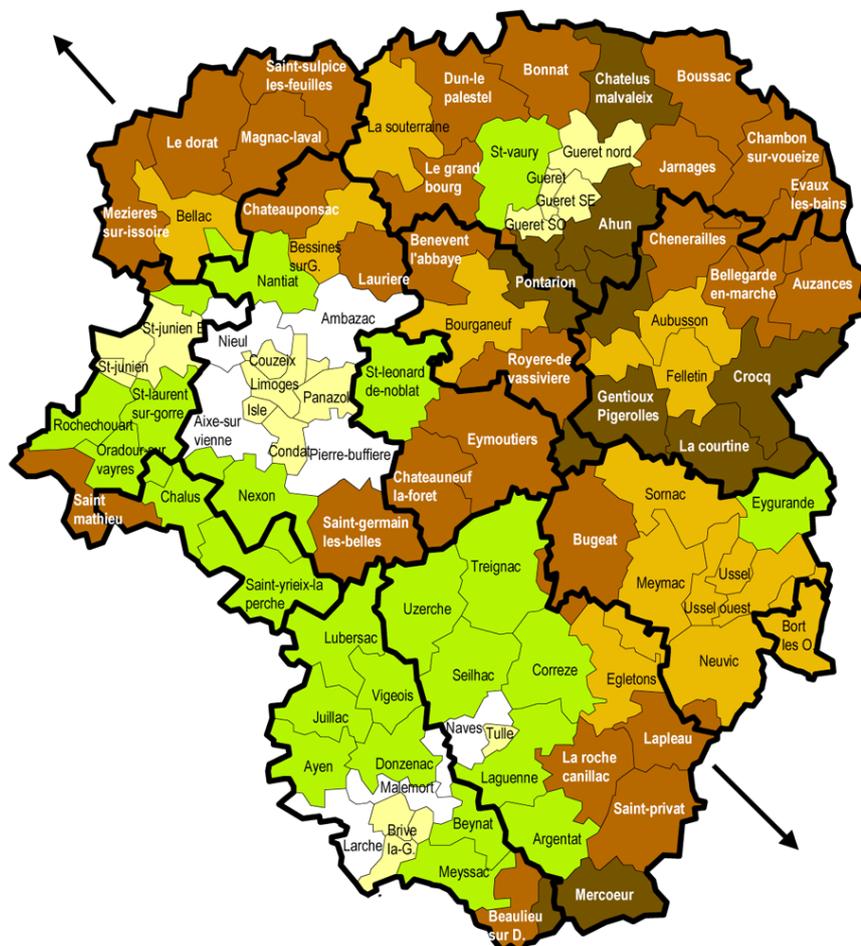
Territoires plutôt favorisés

- E5** : Fortes proportions d'employés et de cadres, revenus au-dessus de la moyenne, chômage plutôt faible. Bonne offre de soins libéraux. Mortalité générale et prématurée inférieures à la moyenne
- E6** : Forte proportion d'ouvriers, revenus au-dessus de la moyenne, chômage faible. Offre de soins moyenne. Faibles taux de mortalité générale et prématurée
- E7** : Forte part de cadres et d'employés. Revenus les plus élevés, chômage légèrement supérieur à la moyenne. Offre de soins très favorable. Faible mortalité générale et prématurée

ANNEXE 3

Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des cantons

Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires en Limousin à l'échelon des cantons



Cantons plutôt défavorisés

- D1 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale importante mais pas de surmortalité prématurée
- D2 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale légèrement supérieure à la moyenne mais une forte mortalité prématurée
- D3 : Petites villes ou bourgs. Forte proportion d'ouvriers et d'employés. Chômage plus élevé. Une surmortalité générale et prématurée

Cantons plutôt favorisés

- D4 : Cantons à dominante rurale, relativement favorisés, taux de chômage et de RMI faibles. Offre de soins satisfaisante. Mortalité générale et prématurée inférieures à la moyenne
- D5 : Cantons urbains. Population relativement jeune. Forte proportion de cadres et d'employés. Offre de soins satisfaisante. Faible mortalité générale.
- D6 : Cantons péri-urbains. Revenus élevés, population relativement jeune, cadres et employés. Faible mortalité générale et surtout faible mortalité prématurée

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
3 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
5 Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
TOTAL					

Interprétation :

Date : ____ / ____ / ____

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

ANNEXE 5

Questionnaires aux pharmaciens du Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie

**Questionnaire
Pharmacien et réseau de santé**

1) Pouvez-vous nous citer des mots (maximum 5) que vous associez à la définition de « réseau de santé » ?

-
-
-
-
-

2) Que vous apporte le réseau dans votre pratique ?

- un lieu de formation
- un lieu de demande d'information
- un lieu de rencontre pluridisciplinaire
- un lieu d'échanges sur sa pratique
- autre :

3) Le pharmacien a-t-il sa place comme acteur dans un réseau de santé addiction?

- Oui Non

4) Si oui, quels seraient les rôles du pharmacien ?

- Prévention
- Dépistage
- Orientation
- Suivi
- Education thérapeutique

- autre :

5) Seriez-vous prêt à participer au réseau de santé AddictLim ?

- Oui Non

Analyse

Questionnaire effectué du 1^{er} janvier au 30 janvier 2011 auprès de 16 pharmaciens du réseau.

Les pharmaciens sont tous signataires de la charte et assistent à au moins 1 réunion du réseau par an.

Le questionnaire a été effectué par téléphone.

La question 1) comportait un temps limité de 30 secondes pour favoriser les réponses spontanées.

- 1) Pouvez-vous nous citer des mots (maximum 5) que vous associez à la définition de « réseau de santé » ?

	Mots	Nombre de réponse
Collaboration entre professionnels	Echange	7
	Lien	5
	Isolement	4
	Partage	3
	Entraide	1
Amélioration des soins pour le patient	Bénéfice patient	5
	Amélioration des soins	4
	Patient	2
	Ecoute du patient	1
	Malade	1
	Professionnel	1
	Efficacité	1
Coordination des professionnels du patient	Pluridisciplinarité	5
	Communication	3
	Coordination	3
Apports de connaissance	Formation	4
	Information	3
Soutien aux professionnels	Cadre	3
	Sécurité	1
	Motivation	1
	Implication	1
Autres	Projet	1

2) Que vous apporte le réseau dans votre pratique ?

	Réponses	Pourcentage
Un lieu de formation	16	100%
Un lieu de demande d'information	12	75%
Un lieu de rencontre pluridisciplinaire	16	100%
Un lieu d'échanges sur sa pratique	16	100%
autre : réconfort et soutien	1	6%

3) Le pharmacien a-t-il sa place comme acteur dans un réseau de santé addiction?

	OUI	NON
Réponses	16	0
Pourcentage	100%	0%

4) Si oui, quels seraient les rôles du pharmacien ?

	Réponses	Pourcentage
Prévention	14	87%
Dépistage	16	100%
Orientation	16	100%
Suivi	16	100%
Education thérapeutique	12	75%
Autres :	0	0%

12 pharmaciens ont fait remarquer qu'actuellement ces rôles nécessitent une formation.

5) Seriez-vous prêt à participer au réseau de santé AddictLim ?

	OUI	NON
Réponses	16	0
Pourcentage	100%	0%

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRES PHARMACIENS 2006

TSR 87

1. Connaissiez-vous l'association TSR 87 ?

Oui non

2. Si oui : Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois ?

- Confrère
- Contact téléphonique direct
- Invitation à une action du réseau
- Plaquette de présentation
- Autres :...

3. Etiez-vous adhérent à TSR 87 ?

- Oui et je suis toujours adhérent
- Oui mais j'ai arrêté
- Pourquoi :...
- Non

4. Pouvez-vous mesurer votre implication dans le réseau ?

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

RESEAU

5. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé dans le cadre d'un réseau avec d'autres professionnels de santé ou des institutions?

- Oui
- Non (passer à 9.)

6. Quels sont les rapports que vous avez eu avec les différents professionnels de santé /institutions?

- Échange d'information sur un patient
- Formation commune
- Orientation du patient vers un autre professionnel
- Autres :

7. Cette collaboration a-t-elle été :

- Ponctuelle
- Régulière
- Toujours d'actualité

8. Que retenir-vous de cette/ces collaboration(s) ? (Pouvez vous les évaluer)

● Points positifs :

- Meilleur suivi du patient
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Connaissance du travail des professionnels
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- ...
- Autres : ...

● Points négatifs :

- Difficulté de communication
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Mauvaise coopération
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- ...
- Autres :

PRESCRIPTIONS ET LEGISLATION

9. Comment trouvez-vous la réglementation sur les stupéfiants ?

- Pas assez strict
- Correcte
- Contraignante mais normal
- Contraignante et exagérée
- Autres :...

10. Prescripteur :

En cas de difficulté pour la posologie du médicament, comment réagissez-vous ?

- Vous ne prescrivez pas et vous le recommandez à un centre spécialisé
- Vous demandez une ancienne ordonnance
- Vous lui donnez ce qu'il demande
- Autres :...

10 bis. Existe-t-il d'après vous une urgence dans la prescription d'un traitement de substitution ?

- Oui
- non

Pourquoi ?

11. Pharmacien :

En cas de difficulté avec une ordonnance, comment réagissez-vous ?

(Plusieurs réponses sont possibles)

- Vous appelez le médecin
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Vous délivrez la quantité marquée
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Vous demandez au patient de retourner voir son médecin
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Autres :...

12. Avez-vous rencontré des problèmes de poly-prescriptions ou de chevauchement d'ordonnance ?

- Oui
- Rarement
- Exceptionnellement
- Non

13. Avez-vous eu des soucis de prescription avec des benzodiazépines et du Subutex ?

- Oui
- Non

Addictologie

14. Trouvez-vous votre formation universitaire en addictologie suffisante pour votre exercice professionnel ?

- Oui
- non

15. Quels sont vos outils de formation sur ce thème?

- La presse médicale

Précisez :...

- Les soirées de formation
- L'enseignement universitaire
- Les conseils des confrères
- Internet
- CSST BOBILLOT

Précisez :...

- Autres :...

16. Trouvez-vous satisfaisant les outils de formation proposés pour l'addictologie dans votre exercice professionnels?

- Oui
- non

17. Si non : qu'attendez-vous d'une formation en toxicomanie ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Information médicale uniquement
- Information médico-sociale
- Opportunité de mise en situation (jeux de rôle)
- Possibilité d'échanger avec des confrères, entre pairs
- Possibilité de rencontrer d'autres catégories socioprofessionnelles
- Recherche d'outils
- Autre :...

18. Avez-vous déjà participé à une action du réseau :

- TSR 87
- CSST Bobillot
- IRST
- Autres

18 bis. Avec quelle fréquence ?

- Une fois
- Aléatoirement en fonction des thèmes abordés
- Participations régulières
- Semaine des addictions

Les patients Addicts

Patients addicts : l'enquête se limitera aux patients dépendant aux substances psychoactives (sauf éthanol et nicotine)

19. Combien de patients Addicts suivez-vous pour un traitement de substitution?

- Aucun
- 1 à 5
- 5 à 10
- 10 à 20
- Plus de 20

20. Si vous n'avez aucun patient: accepteriez-vous d'être accompagné dans le cadre d'un réseau de santé ?

- Oui non

21. Pouvez-vous évaluer les demandes?

- Aide au sevrage

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Substitution par du Subutex®

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Substitution par de la Méthadone®

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Stéribox®

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Codéine

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Suivi VIH

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Suivi VHC

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

- Autres :...

22. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge ?

Oui non

23. Si oui : Quels sont les problèmes rencontrés ?

Administratif

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Organisation

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Manque de relais avec d'autres professionnels

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Violences verbales

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Violences physiques

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Mensonges

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Ponctualité des prescriptions ou des rendez-vous

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Mésusage (soupçon ou avéré)

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Trafic (soupçon ou avéré)

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Autres :...

24. quelle est la durée de consultation/délivrance ?

1 à 10 min

10 à 15 min

15 à 30 min

30 à 60 min

Plus d'une heure

Attentes

26. Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'un réseau ?

- Information
- Formation
- Coordination des soins
- Rencontres avec des partenaires
- Gain de temps
- Autre :...

27. Quels sont les sujets que vous aimeriez que l'on aborde lors des soirées de formations ?

- Les drogues licites
Précisez :...
- Les drogues illicites
Précisez :...
- Mésusage des médicaments
psychotropes
- Conduites addictives
- Aspect médico-social
- Autres :...

28. Seriez-vous intéressé par des séminaires (formation des professionnels de santé par groupe d'une dizaine dans un même quartier ou ville)

Oui non

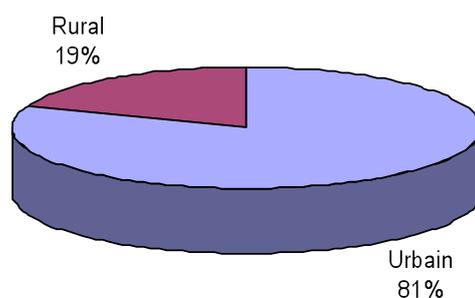
Synthèse des résultats pour les pharmacies de la Haute-Vienne

Nombre total de questionnaires valides : 47
 Nombre de refus : 6
 Nombre total de pharmacie contacté : 53
 87% d'acceptation de Rendez-vous

Exercice en milieu :

	Nombre de réponses	Réponses en %
Rural	10	19
Urbain	37	81

Exercice en milieu: taux de réponse: 100%

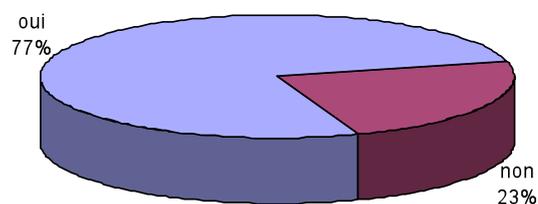


TSR 87

1. Connaissez-vous l'association TSR 87 ?

	Nombre de réponses	Réponses en %
Oui	36	77%
Non	11	22%

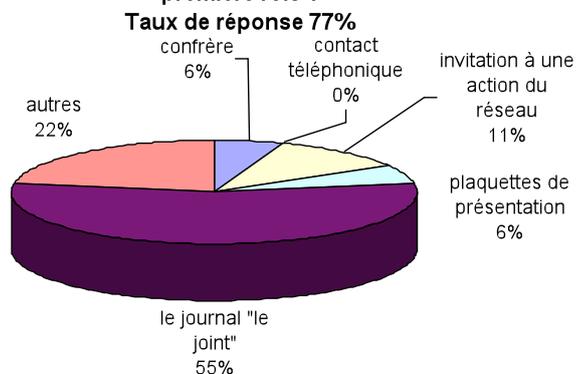
Connaissez- vous l'association TSR 87 taux de réponse 100%



2. Si oui : Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Confrère	2	6%
Contact téléphonique	0	0%
Invitation à une action du réseau	4	11%
Plaquettes de présentation	2	6%
Le journal "le joint"	20	55%
Autres	8	22%

Si oui : Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois ?



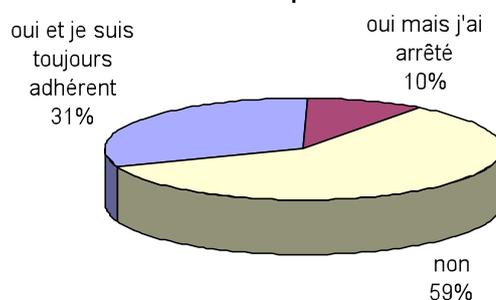
Autres :

1 réponse: par le centre Bobillot	12%
2 réponses: soirées de formation	26%
1 réponses: Comité de suivi	12%
4 réponses : à la création	50%

3. Etiez-vous adhérent à TSR 87 ?

	Nombre de réponses	Réponses %
oui et je suis toujours adhérent	13	31%
oui mais j'ai arrêté	4	10%
non	25	59%

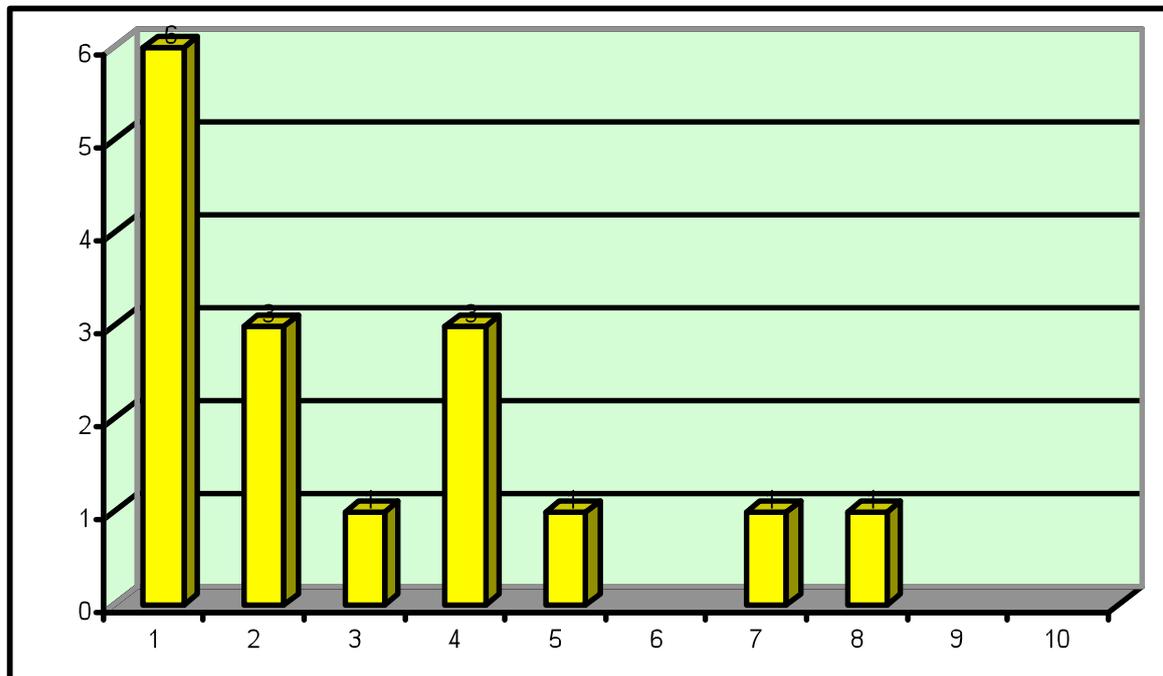
Etiez-vous adhérent à TSR 87 ?



4. Pouvez-vous mesurer votre implication dans le réseau ?

Echelle de 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Nombre de réponses : 16

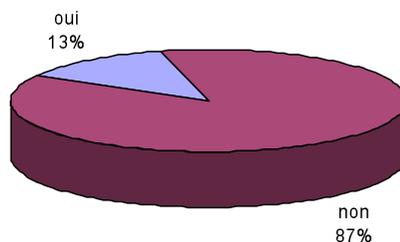


RESEAU

5. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé dans le cadre d'un réseau avec d'autres professionnels de santé ou des institutions?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	6	13%
Non	41	87%

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé dans le cadre d'un réseau avec d'autres professionnels de santé ou des institutions?
Taux de réponse 100%



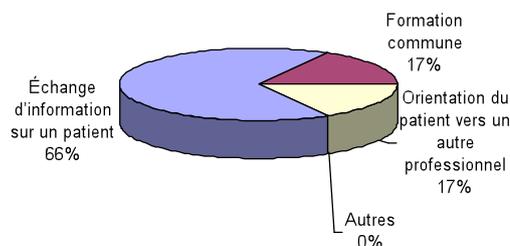
Remarques : seules les personnes ayant répondu OUI la question 5 ont répondu aux questions 6 à 8.

Travail en réseau avec :
 1 réponse : Le centre Bobillot
 2 réponses Oncolim
 3 réponses TSR 87

6. Quels sont les rapports que vous avez eu avec les différents professionnels de santé /institutions ?

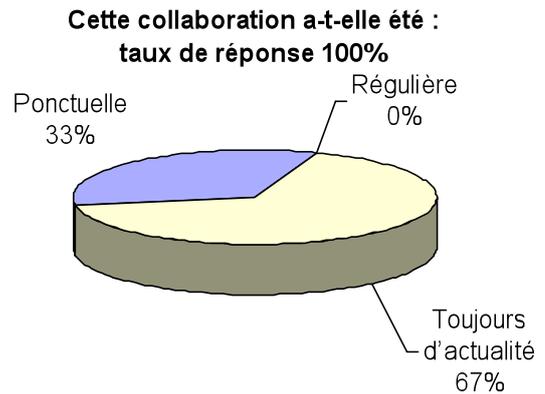
	Nombre de réponses	Réponses %
Échange d'information sur un patient	4	68%
Formation commune	1	17%
Orientation du patient vers un autre professionnel	1	17%
Autres	0	0

Quels sont les rapports que vous avez eu avec les différents professionnels de santé /institutions?
Taux de réponse 83%



7. Cette collaboration a-t-elle été :

	Nombre de réponses	Réponses %
Ponctuelle	2	33%
Régulière	0	0%
Toujours d'actualité	4	67%



8. Que retenir-vous de cette/ces collaboration(s) ? (Pouvez vous les évaluer) taux de réponse 67%

● Points positifs :

- Meilleur suivi du patient

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse	2				1		1	1	1	1

Moyenne : 5,33

- Connaissance du travail des professionnels

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse	2	1							1	1

Moyenne 4,40

● Points négatifs :

- Difficulté de communication

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse							1			

Moyenne : 7

- Mauvaise coopération

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponse							1			

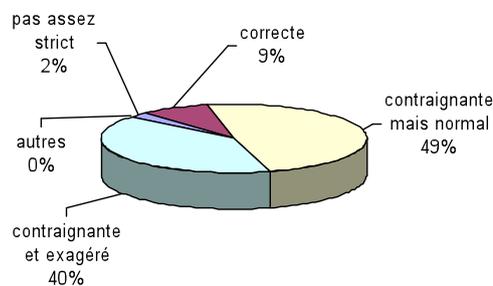
Moyenne : 7

PRESCRIPTIONS ET LEGISLATION

9. Comment trouvez-vous la réglementation sur les stupéfiants ?

	Nombre de réponses	Réponses %
pas assez strict	1	2%
correcte	4	9%
contraignante mais normal	23	49%
contraignante et exagéré	19	40%
autres	0	0%

Comment trouvez-vous la réglementation sur les stupéfiants ?
Taux de réponse 100%



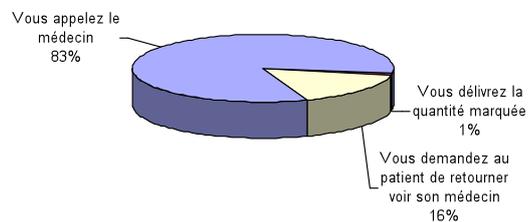
10. Question destinée aux médecins

11. Pharmacien :

En cas de difficulté avec une ordonnance, comment réagissez-vous ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Vous appelez le médecin	9,66	83%
Vous délivrez la quantité prescrite	0,15	1%
Vous demandez au patient de retourner voir son médecin	1,83	16%

En cas de difficulté avec une ordonnance, comment réagissez-vous ? (Plusieurs réponses sont possibles)
Taux de réponse 100%

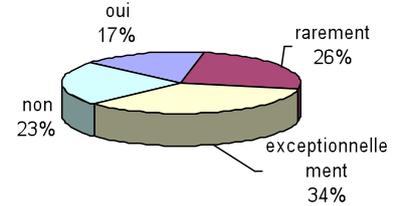


12. Avez-vous rencontré des problèmes de poly-prescriptions ou de chevauchement d'ordonnance ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	8	17%
Rarement	12	26%
Exceptionnellement	16	34%
Non	11	23%

Avez-vous rencontré des problèmes de poly-prescriptions ou de chevauchement d'ordonnance ?

Taux de réponse 100%

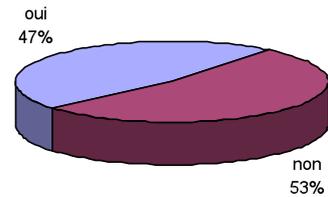


13. Avez-vous eu des soucis de prescription avec des benzodiazépines ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	22	47%
Non	25	53%

Avez-vous eu des soucis de prescription avec des benzodiazépines ?

Taux de réponse 100%

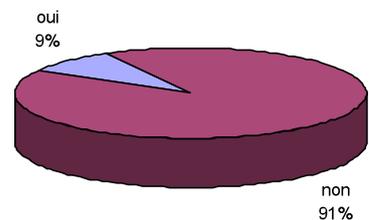


Addictologie

14. Trouvez-vous votre formation universitaire en addictologie suffisante pour votre exercice professionnel ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	4	9%
Non	43	91%

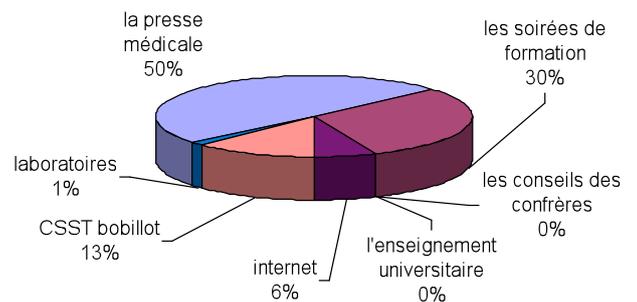
Trouvez-vous votre formation universitaire en addictologie suffisante pour votre exercice professionnel ?
Taux de réponse 100%



15. Quels sont vos outils de formation sur ce thème?

	Nombre de réponses	Réponses %
la presse médicale	39	50%
les soirées de formation	24	30%
l'enseignement universitaire	0	0%
les conseils des confrères	0	0%
Internet	5	6%
CSST /bobillot	10	13%
Laboratoires	1	1%
Autres	0	0%

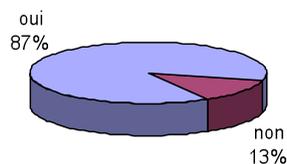
Quels sont vos outils de formation sur ce thème?
Taux de réponse 100%



16. Trouvez-vous satisfaisant les outils de formation proposés pour l'addictologie dans votre exercice professionnels?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	41	87%
Non	6	13%

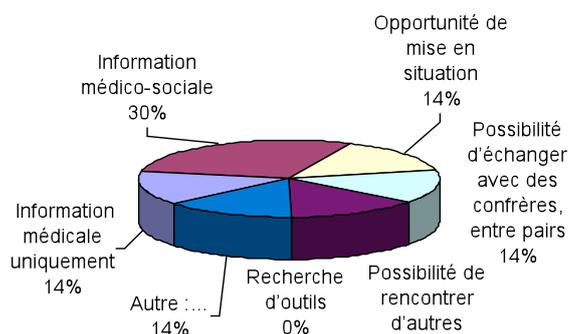
Trouvez-vous satisfaisant les outils de formation proposés pour l'addictologie dans votre exercice professionnels?
Taux de réponse 100%



17. Si non : qu'attendez-vous d'une formation en toxicomanie ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Information médicale uniquement	1	14%
Information médico-sociale	2	30%
Opportunité de mise en situation	1	14%
Possibilité d'échanger avec des confrères, entre pairs	1	14%
Possibilité de rencontrer d'autres catégories socioprofessionnelles	1	14%
Recherche d'outils	0	0
Autre : plus pratique	1	14%

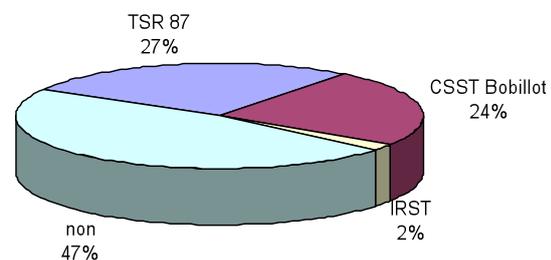
Si non : qu'attendez-vous d'une formation en toxicomanie ?
Taux de réponse 100%



18. Avez-vous déjà participé à une action du réseau :

	Nombre de réponses	Réponses %
TSR 87	15	27%
CSST Bobillot	13	24%
IRST	1	2%
Non	26	47%

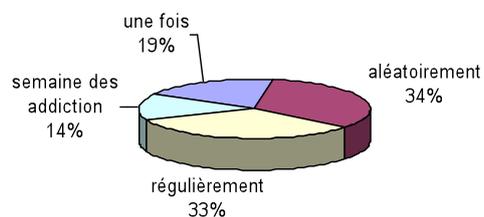
Avez-vous déjà participé à une action du réseau :
taux de réponse 100%



18 bis. Avec quelle fréquence ?

	Nombre de réponses	Réponses %
une fois	4	19%
aléatoirement	7	34%
régulièrement	7	33%
semaine des addictions	7	14%

Avec quelle fréquence ?
Taux de réponse 100%

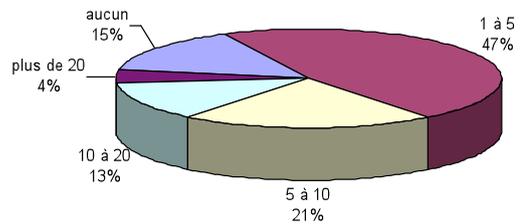


Les patients Addicts

19. Combien de patients Addicts suivez-vous pour un traitement de substitution?

	Nombre de réponses	Réponses %
Aucun	7	15%
1 à 5	22	47%
5 à 10	10	21%
10 à 20	6	13%
plus de 20	2	4%

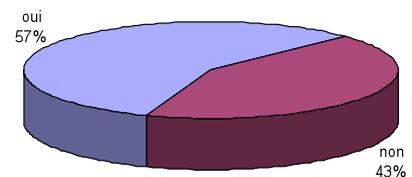
Combien de patients Addicts suivez-vous pour un traitement de substitution?
Taux de réponse 100%



20. Si vous n'avez aucun patient: accepteriez-vous d'être accompagné dans le cadre d'un réseau de santé ?

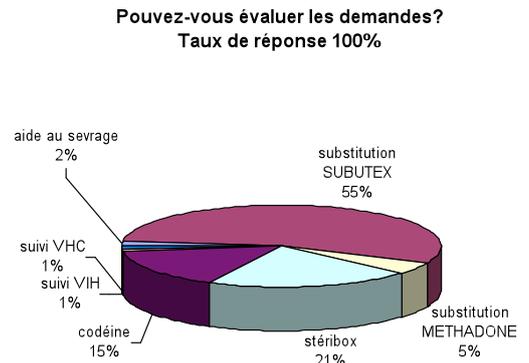
	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	4	57%
Non	3	43%

Si vous n'avez aucun patient: accepteriez-vous d'être accompagné dans le cadre d'un réseau de santé ?
Taux de réponse 100%



21. Pouvez-vous évaluer les demandes?

	Nombre de réponses	Réponses %
aide au sevrage	2,27	2%
substitution SUBUTEX	59,6	55%
substitution METHADONE	5	5%
stéribox	23	21%
codéine	16,6	15%
suivi VIH	1,29	1%
suivi VHC	1,29	1%
autres	0	0%



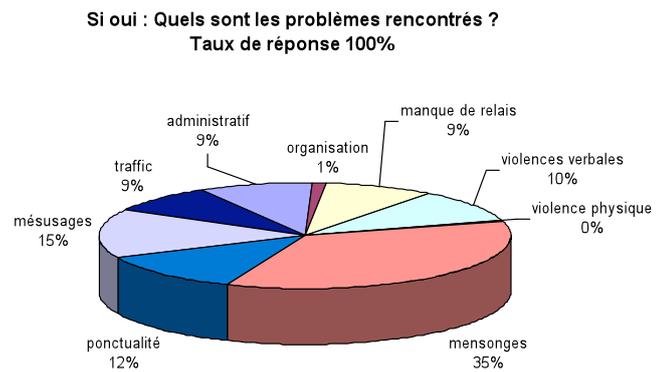
22. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	34	72%
Non	13	28%



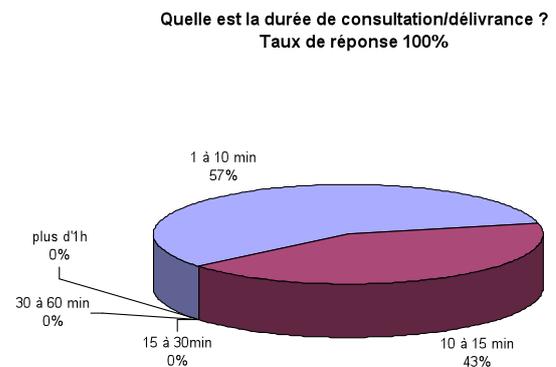
23. Si oui : Quels sont les problèmes rencontrés ?

	Nombre de réponses	Réponses %
administratif	11,5	9%
organisation	1,56	1%
manque de relais	11,5	9%
violences verbales	13	10%
violence physique	0,47	0%
mensonges	46,6	35%
ponctualité	15,6	12%
mésusages	19,8	15%
trafic	11,4	9%
autres	0	0%



24. quelle est la durée de consultation/délivrance ?

	Nombre de réponses	Réponses %
1 à 10 min	27	57%
10 à 15 min	20	43%
15 à 30min	0	0%
30 à 60 min	0	0%
plus d'1h	0	0%

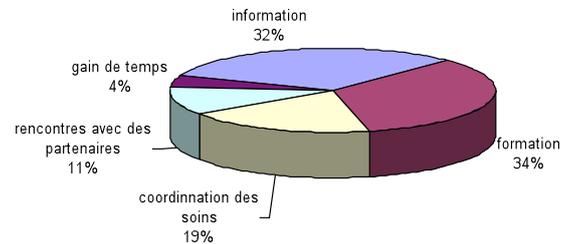


Attentes

26. Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'un réseau ?

	Nombre de réponses	Réponses %
information	29	32%
formation	31	34%
coordination des soins	17	19%
rencontres avec des partenaires	10	11%
gain de temps	4	4%
autres	0	0%

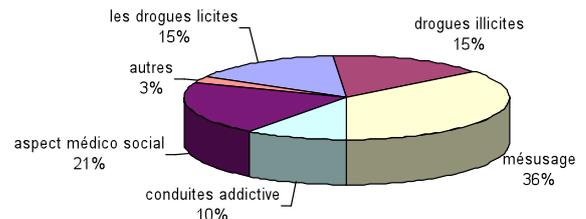
Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'un réseau ?
Taux de réponse 75%



27. Quels sont les sujets que vous aimeriez que l'on aborde lors des soirées de formations ?

	Nombre de réponses	Réponses %
les drogues licites	6	15%
drogues illicites	6	15%
mésusage	14	36%
conduites addictives	4	10%
aspect médico social	8	21%
autres	1	3%

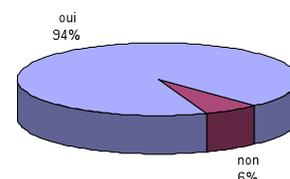
Quels sont les sujets que vous aimeriez que l'on aborde lors des soirées de formations ?
Taux de réponse 34%



28. Seriez-vous intéressé par des séminaires (formation des professionnels de santé par groupe d'une dizaine dans un même quartier ou ville) ?

	Nombre de réponses	Réponses %
Oui	44	94%
Non	3	6%

Seriez-vous intéressé par des séminaires (formation des professionnels de santé par groupe d'une dizaine dans un même quartier ou ville)
taux de réponse 100%



BIBLIOGRAPHIE

(1) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Editions Berlin, 2005, p. 13.

(2) NETSHINE S. Psychologie Clinique : la psychologie clinique en dialogue. Tome 2, Edition Bréal, 2002, p. 139.

(3) FERNANDEZ L., SZTULMAN H. Approche du concept d'addiction en psychopathologie. Edition psycho E print, 1997, p. 255-265.

(4) JACQUET M., RIGAUD A. Emergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques. In : LE POULICHET S. (dir). Les addictions, monographies de psychopathologie. Paris édition PUF, 2000, p. 11-71.

(5) CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. Les conduites de dépendance : Dimensions psychopathologiques communes. Edition Paris Masson 2003, p. 27.

(6) MARCE L-V. Traité pratique des maladies mentales. Paris : Edition J-B Ballière et fils, 1862, p. 349.

(7) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Editions Berlin, 2005, p. 16-17.

(8) VALLEUR M. Les modèles psychologiques de compréhension des addictions. In : REYNAUD M. (dir) Traité d'addictologie. Paris : édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 61.

(9) Organisation Mondiale de la Santé. Comité expert des drogues engendrant la dépendance. [en ligne]. In : Site de l'Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur : www.who.int/trs/WHO_TRS_312_fre.pdf. (page consultée le 1 juillet 2010)

(10) POROT A. Que sais-je ? Les toxicomanies. 8^{ème} Edition PUF, 1996, p. 128.

(11) VALLEUR M. Toxicomanie et devenir de l'humanité : trente ans d'intervention en toxicomanie. Edition Odile Jacob, 2001, p. 33-34.

(12) LEJOYEUX M. Addictologie. Edition Elsevier Masson, 2009, p. 18-21.

(13) DOUTRELUCHE Y., COOTENCIN O., Thérapies brèves : principes et outils pratiques. Paris seconde édition Elsevier Masson, 2008, p. 1-12.

(14) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Paris édition Berlin, 2005, p. 13-15.

(15) GOODMAN A. Addiction : définition et implication. British Journal of addiction, 1990, vol 85, p. 1403-1408.

(16) ZINBERG N. drugs, set an setting. London édition Yale Univ Press, 1984, 277 p.

(17) CORMIER D. Toxicomanies : Style de vie. Montréal édition Gaëtan Morin, 1984, 173 p.

(18) VALLEUR M., MATIASIAK J-C. Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris 2^{ème} édition Armand Colin, 2008, p. 304-309.

(19) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'Addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 4-5.

(21) VALLEUR M., MATIASIAK J-C. Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Edition Armand Colin, Seconde édition 2008, p. 39-44.

(22) BABOR T-F., HOFMANN M., DELBOCA F-K. et Al. Types of alcoholics : evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry, 1992, Vol 49, p. 599-608.

(23) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'Addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.9-10.

(24) KARILA L., REYNAUD M. Traité d'addictologie : Facteurs de risque et de vulnérabilité. In : REYNAUD M. (dir). Traité d'Addictologie. Edition Flammarion médecine-science, 2006, p. 44-46.

(25) MANGHI R. Les conduites addictives. [en ligne]. In : Site de l'hôpital universitaire de Genève. Disponible sur : www.addictologie.hug-ge.ch/_library/pdf/addictionPG.pdf. (page consultée le 1 octobre 2010)

(26) Organisation Mondiale de la Santé. Neuroscience : usage de substances psychoactives et dépendance. Bibliothèque de l'Organisation Mondiale de la Santé. [en ligne]. In : Site de l'OMS. Disponible sur www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf (page consultée le 1 octobre 2010)

(27) BABOR T. No ordinary commodity: alcohol and public policy. Oxford édition University Press, 2003, 290 p.

(28) BEITCHMAN J-H, ADALF E-M, ATKINSON L. et Al. Psychiatric and substance use disorders in late adolescence : the rôle of risk and perceived social support. *Américan Journal on Addiction*, 2005, vol 14, p. 124-138.

(29) LINGFORD A., NUTT D. Neurobiology of addiction and implication for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 2003, vol 182, p. 97-100.

(30) CAMI J., FARRE M. Drug addiction. *New England Journal of Medecine*, 2003, vol 349, p. 975-986.

(31) HIROI N., AGATSUMA S. Genetic susceptibility to substance dépendance. *Molecular Psychiatry*, 2005, vol 10, p. 336-344.

(32) LESSOV C., SWAN G., RING H. et Al. Genetics and drug use as a complex phenotype. *Substance Use and Misuse*, 2004, vol 39, p. 1515-1569.

(33) CHAKROUN N., DORON J., SWENDSEN J. Substance use, affective problems and personality traits : test of two association models. *Encephale*, 2004, vol 30, p. 564-569.

(34) MARCELLI D. « Les consommations de produits ». In ALVIN P. et MARCELLI D. *Médecine de l'adolescent*. Paris édition Masson, 1999, p. 237-247.

(35) PIRARD S., SHARON E., KANG S. et al. Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients an impact on treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 2005, vol 78, p. 57-64.

(36) BERAUD J., MARCELLI D., VENISSE J. Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection. In : Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris, la documentation française, 2002, p. 59-77.

(37) GILDER D., WALL T., EHLERS C. Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dépendance in southwest california Indians. *Alcoholism Clinical and Experience Research*, 2004, vol 28, p. 1805-1813.

(38) REYNOLDS M., MEZEY G., CHAPMAN M. et Al. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependance*, 2005, vol 77, p. 251-258.

(39) COUBASSON C., SMITH P., CLELAND P. Substance use disorder, anorexia, bulimia, and current disorders. *Canadian Journal of Public Health*, 2005, vol 96, p. 102-106.

(40) COMPTON W., KONWAY K., STINSON F. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders un United States : results from the national epidemiologic Survey on alcohol and related condition. *Journal Clinical of Psychiatry*, 2005, vol 66, p. 677-685.

(41) LIEB K., ZANARINI M., LINEHAN M., BOHUS M. Borderline personnaloty disorder. *Lancet*, 2004, vol 364, p. 453-461.

(42) CHAMBERS A., TAYLOR R., POZENTA N. Developmental neurocircuitry og motivation in adolescence : a critical period of addiction vulneravility. *American Journal of Psychiatry*, 2003, vol 160, p. 1041-1052.

(43) GOGTAY N., GIEDD J., LISK L. et Al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 2004, vol 101, p. 8174-8179.

(44) CORCOS M., JEAMMET P. Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements. Paris édition Doin, 2001, 94 p.

(45) REYNAUD M. Addiction et psychiatrie. Paris édition Masson, 2005, p. 42-43.

(46) MOUREN-SIMEONI M-C, VANTALON V. Les conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant. In : BAILLY D, VENISSE JL. Addiction et psychiatrie. Paris édition Masson, 1999, p. 91-106.

(47) Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies. Polyconsommation. [en ligne]. In: Site de la M.I.L.D.T. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/risques/polyconsommation>. (page consultée le 1 octobre 2010)

(48) CRUM R., LILLIE-BLANTON M., ANTONY J. Neighbourhood environment and opportunity to use cocaïne and other drugs in late childhood and early adolescence. Drug Alcohol Depend, vol 43, p. 155-161.

(49) SWADI H. Individual risk factors adolescent substance use. Drug and alcohol dependance, 1999, vol 35, p. 691-712.

(50) IANOTTI R., BUSH P., WEINFURT K. Perception of friend's use of alcohol, cigarettes, and marijuana among urban schoolchildren : a longitudinal analysis. Addictive Behaviour, 1996, vol 21, p. 615-632.

(51) LEDOUX S., SIZARET A., HASSLER C. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Alcoologie et Addictologie, 2000, vol 2, p. 19-40.

(51) BECK F., LEGLEYE S. Drogue et adolescence, usage de drogue et contextes d'usages à la fin de l'adolescence, évolutions récentes. Paris édition OFDT, 2003, 166 p.

(52) BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs. Paris édition OFDT, 2002, 220 p.

(53) BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans, ESCAPAD 2001, Paris, 2001, 200 p.

(54) GLENN DINNING A., SHUCKSMITH J., HENDRY L. Family life and smoking in adolescence. Social Science and Medecine, 1997, vol 44, p. 93-101.

(55) KRAL A., MOLNAR B., BOOTH R. et Al. Prévalence of sexual risk behaviour and substance use among runaway and homeless adolescent in San Francisco, Denver and New York, Internation Journal of STD and AIDS, 1997, vol 8, p. 109-117.

- (56) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 7-8.
- (57) REYNAUD M., BAILLY D., VENISSE J-L. Médecin et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris édition Masson, 2005, p. 94-97.
- (58) VELEA D. Toxicomanie et conduites addictives. Paris édition Heures de France, 2005, p. 48-49.
- (59) KOOB G, NESTLER E. The neurobiologie of drug addiction. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 1997, vol 9, p. 482-497.
- (60) WISE R. Neurobiology of addiction. Current Opinion in Neurobiology. 1996, vol 6, p. 243-251.
- (61) MALDONADO R. The neurobiology of addiction. Journal of Neural Transmission suppl., 2003, vol 66, p. 1-14.
- (62) TASSIN J-P. Conférence à Ernest du 13 février 2010. [en ligne]. In : Site de La lettre du collègue. Disponible sur : <http://lettre-cdf.revues.org/283>. (Page consultée le 1er janvier 2011)
- (63) SALOMON L, LANTERI C, GLOWINSKI J. Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons. Proceedings of the National Academy of Science, 2006, vol 103, p. 3476-3481.
- (64) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Paris éditions Berlin, 2005, p. 40-46.
- (65) JAYLE D. REYNAUD M. La politique Française en matière de lutte contre les addictions. In : REYNAUD M. Traité d'Addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 201-p204.
- (66) REYNAUD M., BAILLY D., VENISSE J-L. Médecin et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris édition Masson, 2005, p. 21-p27.

(67) International Drug Policy Consortium. Les conventions de l'O.N.U. sur le contrôle des drogues. [en ligne]. In : Site de l'International Drug Policy Consortium. Disponible sur : <http://www.idpc.net/fr/incidence%20politique/incidence-politique-mondiale/systeme-mondial-controle-drogues/conventions-ONU>. (Page consultée le 1er novembre 2010)

(68) Early Warning System. [en ligne]. In : Site de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>. (page consultée le 1er novembre 2010)

(69) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. [en ligne]. In : Site de la M.I.L.D.T. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/index.html>. (page consultée le 1er novembre 2010)

(70) Production et offre du cannabis. [en ligne]. In : Site de l'OFDT. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cannabis/offre-1.html>. (page consultée le 1er novembre 2010)

(71) Méthodologie : nomenclature. [en ligne]. In : Site de l'O.F.D.T. Disponible sur http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/1_Doc.xhtml. (page consultée le 1er novembre 2010)

72) LEGLEYE S., SPILKA S., NEZET O. et Al. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans : Évolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Tendances O.F.D.T., 2009, n°64, 6 p.

73) La consommation d'alcool en France. [en ligne]. In : Site de l'O.F.D.T. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html>. (page consultée le 10 décembre 2010)

74) LEGLEYE S., SPILKA S., NEZET O. et Al. Les drogues à 17 ans ; résultats de l'enquête Escapad 2008. Tendances O.F.D.T., 2009, n°66, 6 p.

75) Polyconsommation. Disponible sur : [en ligne]. In : Site de l'O.F.D.T. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05ppol.pdf> (page consultée le 10 décembre 2010)

76) DOLL R., HILL A. Smoking and carcinoma of the lung. British Medical Journal, 1950, vol 2, p. 739-741.

77) CRAPLET M. Histoire des conduites d'alcoolisation. In : REYNAUD M. Traité d'addictologie. Paris édition Médecin-sciences Flammarion, 2006, p. 303-306.

- 78) FILLAUT T. Histoire et alcool. Edition l'Harmattan, 1999, p. 127-169.
- 79) JAYLE D. Evolution de politiques publiques en matière d'addiction. In : REYNAUD M. BAILLY D. VENISSE J-L. Médecine et addictions. Paris édition Masson, 2005, p. 21-26.
- 80) MORIN A. Répertoire général et raisonné du droit criminel. Tome 2. Paris édition Chez A. Durand, 1851, p. 266.
- (81) POUDAT F-X. Approche cognitivo-comportementale des addictions. In VENISSE J-L, BAILLY D. Addictions : quels soins ? Paris édition Masson, p. 151-182.
- (82) L'entretien motivationnel qu'est ce que c'est ? [en ligne]. In : Site de l'Association Francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. Disponible sur : <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel>. (page consultée le 1er janvier 2011)
- (83) 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 1er juillet 2010)
- (84) VINAS J. De la tuberculose aux ordonnances de 1996. Septembre 1998. . [en ligne]. In: Site internet de HCSP Haut Conseil de la Santé Publique. Disponible sur : www.hcsp.fr/explore.cgi/ad241314.pdf. (page consultée le 1er juillet 2010)
- (85) MEYER C., COUFFINHAL A. Partenariat, coordination réseaux et filières dans le système de santé : le champ d'une décision politique ? Edition Paris : La Documentation Française, 1996, p146.
- (86) 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 1er juillet 2010)
- (87) LLORCA P-M. Traité d'addictologie : les réseaux en addictologie, 2006 édition Flammarion SA, p. 285-288.
- (88) VELA D. Toxicomanie et conduites addictives. Edition Heure de France, 2005, p. 313.

(89) CHU de Rouen. Réseau de santé [en ligne]. In : site internet du CHU de Rouen. Disponible sur : <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/professionnelSante/reseaux/sante>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(90) UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE - 3^{ème} congrès national des réseaux ville-hôpital, des réseaux de santé et des réseaux de proximité. Abstracts, Juin 2001.

(91) BORDILLON F., FOURNIER V. Droit des malades [en ligne]. In : le site du CHUPS Jussieu. Disponible sur <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.3.html>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(92) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. In : Légifrance. Disponible sur le site www.legifrance.fr. (page consultée le 1er juillet 2010)

(93) Résumé de la loi Kouchner [en ligne]. In : Hôpital de Sancerre. Disponible sur <http://www.hopitalsancerre.fr/documentations/LOI%20du%204%20mars%202004.pdf>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(94) PELISSIER F. Les réseaux en santé et l'assurance maladie. [en ligne]. In : Site internet URCAM Bourgogne. Disponible sur le site http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/reseausantetassurancemaladie/index_html. (page consultée le 1 juillet 2010)

(95) Dossier promoteur R.S.V.H.A. In : Site de l'URCAM Limousin. [en ligne]. Disponible sur http://www.limousin.assurance-maladie.fr/uploads/media/Dossier_demande_financement_Reseau_FIQCS.doc. (page consultée le 1 juillet 2010)

(96) Code de la sécurité sociale. [en ligne]. In : Site de légifrance. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940710&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20100630&fastPos=3&fastReqId=1779339244&oldAction=rechCodeArticle>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(97) Code de la sécurité sociale. [en ligne]. In : Site de Légifrance. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=70C2A99577C1C6B828B4BCD687C678FD.tpdjo03v_1?idSectionTA=LEGISCTA000017778723&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20100626. (page consultée le 1 juillet 2010)

(98) POLOMENI P. Les réseaux addiction. Revue Toxibase n°18, décembre 2002. p.3.

(99) DE MONTBEL. A. Les groupements de coopération sanitaire. [en ligne]. In : Site de l'URML-pays de la Loire. Disponible sur <http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/psl.gcs.pdf>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(100) Guide de légistique : Groupement d'Intérêt Public. [en ligne]. In : Site de Légifrance. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/html/Guide_legistique_2/524.htm. (page consultée le 1 juillet 2010)

(101) FENIES C. Coopérative de médecins : les réseaux de demain. . [en ligne]. In : Site de l'URML-IDF. Disponible sur <http://www.urml-idf.org/urml/CR091702.pdf>. (page consultée le 1 juillet 2010)

(102) Evaluation des réseaux de santé. [en ligne]. In : Site de la Haute Autorité de santé. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf. (page consultée le 1 juillet 2010)

(103) Circulaire d'orientation DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé. Disponible sur le site Légifrance www.legifrance.fr. (page consultée le 1^{er} juillet 2010)

(104) Journée pratique des réseaux addictions. [en ligne]. In : Site du Pôle national de ressource. Disponible sur http://www.prn-addictions.org/pro/medias/synthesejpra4_prn.pdf. (page consultée le 1er juillet 2010)

(105) SANICOLA L. Les cahiers de l'actif n°258/259. [en ligne]. In : Site internet de formation actif online. Disponible sur http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_sanicola_258_259.pdf. (page consultée le 1er juillet 2010)

(106) Les réseaux. [en ligne]. In : Site du CHU de Rouen. Disponible sur <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/professionnelSante/reseaux>. (page consultée le 1er juillet 2010)

(107) Mission régionale de santé du Limousin. Réunion d'information des Coordonnateurs administratifs de réseaux de santé. [en ligne]. In : Site de l'Agence Régionale de santé. Disponible sur (<http://ars.sante.fr/Reseaux-de-sante.36020.0.html>). (page consultée le 1er juillet 2010)

(108) BONAFINI P. Réseaux de soins : réforme ou révolution ? Revue Politiques et Management Public n°2 vol. 20. 2002. p1-22.

(109) Plans gouvernementaux. [en ligne]. In : Site de la MILDT. Disponible sur <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/archives/plans-gouvernementaux>. (page consultée le 1er juillet 2010)

- (110) Plan addiction 2007-2011. [en ligne]. In : Site de l'académie de médecine. Disponible sur http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/addictions/plan_addictions_2007_2011.pdf. (page consultée le 1er juillet 2010)
- (111) Journée pratique des réseaux addictions. [en ligne]. In : Site du Pôle national de ressource. Disponible sur http://www.prn-addictions.org/pro/medias/cr_jra_15nov2005.pdf. (page consultée le 1er juillet 2010)
- (112) T.S.R. 87. Le réseau RSVHA-TSR 87. [en ligne]. In : Site de Santé Limousin. Disponible sur : <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/trs87-rsvha/le-reseau-tsr87-rsvha>. (page consultée le 3 juillet 2010)
- (113) M.I.L.D.T. Politique de réduction des risques. [en ligne]. In : Site de la M.I.L.D.T. Disponible sur : [http://www.drogues.gouv.fr/nc/haut-de-page/lexique/index653e.html?tx_mbfpglossary\[letter\]=r&tx_mbfpglossary\[uid\]=193](http://www.drogues.gouv.fr/nc/haut-de-page/lexique/index653e.html?tx_mbfpglossary[letter]=r&tx_mbfpglossary[uid]=193). (page consultée le 20 décembre 2010)
- (114) Drogues Info Service. C.A.A.R.U.D. [en ligne]. In : Site de Drogues Info Service. Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/?Le-Centre-d-Accueil-et-d>. (page consultée le 20 décembre 2010)
- (115) LOWENSTEIN W., SANCHEZ M. Addiction aux opiacés et traitements de substitution. Ed Paris John Libbey, 2003, p. 65-67.
- (116) Etudes et publications. Site d'Apothicom. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.apothicom.org/publications.php>. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (117) O.R.S. du Limousin. Les synthèses de l'O.R.S. Fiche numéro 14. [en ligne]. In : Site de l'Observatoire Régional de Santé du Limousin. [en ligne]. Disponible sur : http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2007/inegalites_synth14.pdf. (page consultée le 1 décembre 2010)
- (118) FERLEY J.P. Données de démographie médicale. [en ligne]. In : Site de l'Observatoire Régional de Santé du Limousin. Disponible sur : http://www.ors-limousin.org/publications/Chiffresclef/Demo_Med_sept10.pdf. (page consultée le 1 décembre 2010)
- (119) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie. Enquête ILIAD 2009. [en ligne]. In : Site de L'observatoire français des drogues et des toxicomanies. Disponible sur : www.ofdt.fr. (page consultée le 1 décembre 2010)
- (120) IPSOS. Etude janvier 2008 « les français et leur pharmacien ». [en ligne]. In : Site de l'Ipsos. Disponible sur : <http://www.ipsos.fr/Canallpsos/articles/2427.asp>. (page consultée le 1 septembre 2010)

- (121) Vision Critical. Enquête novembre 2009 « image et attachement des français à la profession de pharmacien. ». [en ligne]. In : Site de Vision Critical. Disponible sur <http://www.visioncritical.fr/2009/11/image-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien>. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (122) Rapport Rioli. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin. Juillet 2009. [en ligne]. In : Site de santé Limousin. Disponible sur : <http://www.sante-limousin.fr/travail/editorial-rph/fichiers/RapportRioli.pdf>. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (123) Ordre National des pharmaciens. Code de déontologie du pharmacien. [en ligne]. In : Site de l'Ordre national des pharmaciens. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/code_t2c1.htm. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (124) Etats généraux de l'organisation de la santé. Synthèse des travaux des 2 journées nationales du 8 février et 9 avril 2008. [en ligne]. In : Site de l'handipole. Disponible sur : http://www.handipole.org/IMG/pdf/synthese_egos_2008.pdf. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (125) KELLER-DIDIER C. Pharmacien, Un métier au cœur du système de soins. Bulletin de l'ordre de pharmacien n°376, novembre 2002, 3 p.
- (126) ROBINET S. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, approche spécifique par le pharmacien d'officine. Février 2007. [en ligne]. In : Site de la Haute Autorité de Santé. P116-118. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_548432. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (127) Rapport de l'académie nationale de Pharmacie. Rôle du pharmacien correspondant, décembre 2009, 15 p.
- (128) Ordre nationale des pharmaciens. Eléments démographiques en 2010. [en ligne]. In : Site de l'ordre national des pharmaciens. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/demo_brochure.pdf. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (129) Conseil Supérieur des Messageries de Presse. La poste. [en ligne]. In : Site de CSMPresse. Disponible sur : <http://www.csmpresse.fr/CSMP-/-Presse-et-distribution/la-poste.html>. (page consultée le 1 septembre 2010)
- (130) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Feuille de déclaration de pharmacodépendance de l'A.F.S.S.A.P.S. [en ligne]. In : Site des centres de pharmacodépendance. Disponible sur : www.centres-pharmacodependance.net/declarations/declaration/phardep.pdf. (page consultée le 1 septembre 2010)

(131) Ministère de la santé. Feuille de déclaration d'effet indésirable. [en ligne]. In : Site du ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/cerfa/efindes/abvitot.pdf. (page consultée le 1 septembre 2010)

(132) Ordre national des pharmaciens. Médicaments et contre façon. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/242.pdf>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(133) BACHELOT R. Enregistrement du discours inaugural du salon Pharmagora de Madame la ministre Roselyne Bachelot le 27 mars 2010. [en ligne]. In : Site de Cadureso. Disponible sur <http://www.cadureso.com/actualite/52-articles-page-accueil/609-discours-inaugural-de-pharmagora-2010-par-mme-la-ministre-de-la-sante-roselyne-bachelot>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(134) MERMET G., ZAMBROWSKI J-J, et Al. Ph. Pharmagora : Atelier Sandoz. [en ligne]. In : Site laboratoire Sandoz. Disponible sur : <http://www.sandoz.fr/site/fr/presse/actualites/GP/100709.shtml>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(135) DREUX C., BLANCHET F. Education thérapeutique des patients. Bulletin de l'ordre de pharmaciens n°405, décembre 2009, 5 p.

(136) HECQUARD P. Education thérapeutique : Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 3 avril 2009. [en ligne]. In : Site de l'Ordre national des médecins. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/educationtherapeutique.pdf>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(137) Commission générale de terminologie et de néologie. Définition du Journal Officiel du 06/09/2008. en ligne]. In : <http://franceterme.culture.fr>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(138) JACQUEMET S., CERTAIN A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'ordre de pharmacien n°367, juillet 2000, 7 p.

(139) M.I.L.D.T. Plans gouvernementaux. [en ligne]. In : Site de la M.I.L.D.T. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/archives/plans-gouvernementaux>. (page consultée le 1 septembre 2010)

(140) BEAUVÉRIE P. et Al. La seringue, le Stéribox et les pharmaciens. Le courrier des addictions, volume n°2, juin 2000. p. 91.

(141) NGUYEN D., BONNET N. La méthadone en officine : de la réticence au souhait de bonnes pratiques. Le flyer, volume n°14, novembre 2003, p. 8-9.

- (142) CLAVREUL L. Lancement discret du dossier médical personnel. [en ligne]. In : Site du journal le Monde. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/12/16/lancement-discret-du-dossier-medical-personnel_1454265_3224.html. (page consultée le 1 janvier 2011)
- (143) Ordre national des pharmaciens. Dossier Pharmaceutique. [en ligne]. In : Site de l'Ordre national des pharmaciens. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/DP/index1.htm>. (page consultée le 1 janvier 2011)
- (144) REIMPHOS. Les usages de la messagerie sécurisée. [en ligne]. In : Site de santé Limousin. Disponible sur : <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/usages-de-la-messagerie-securisee/les-usages-de-la-messagerie-securisee>. (page consultée le 1 janvier 2011)
- (145) ELBRAN M., MATRICON-DELBE C. Conseils en pharmacie, Leclerc s'attaque à l'ordre. Mensuel 473. Septembre 2009, p. 16-20.
- (146) AddictLim. Dossier promoteur AddictLim déposé à la Mission Régionale de Santé. Tome 1. Novembre 2009, 77 p.
- (147) Le Parisien. Un quart des pharmacies menacées de faillite. [en ligne]. In : Site du Parisien. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/economie/un-quart-des-pharmacies-menacees-de-faillite-20-02-2011-1323500.php>. (page consultée le 21 février 2011)
- (148) MILHET M., DIAZ-GOMEZ C., Alcoolisation excessive en médecine de ville. Tendances N°46, mars 2006, 4 p.
- (149) MILLER WR., SANCHEZ VC., Motivating Young adults for treatment and lifestyle change. In : HOWARD G. Issues in alcohol use and misuse by Young adults. Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1994, p. 55-82.
- (150) U.S.P.O. Communiqué de presse du 13 septembre 2010.[en ligne]. In : Site de l'U.S.P.O. Disponible sur : http://www.uspo.fr/spip.php?article3836&var_recherche=15%20septembre%202010. (page consultée le 1 janvier 2011)
- (151) PERRIOT J. Histoire de la lutte contre le tabagisme et de la création du dispositif de soins en tabacologie. In : REYNAUD M. Traité d'addictologie. Paris édition Médecine-sciences Flammarion, 2006, p. 401-405.
- (152) IPSOS. Le pharmacien et l'éducation santé. [en ligne]. In : Site de L'IPSOS. Disponible sur <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/sondages/pharmaciens-et-l%E2%80%99education-sante>. (page consultée le 1 janvier 2011)
- (153) U.R.P.S. Notre programme point par point. [en ligne]. In : Site de l'U.R.P.S. Disponible sur : <http://www.urpspharmacien.fr/accueil>. (page consultée le 1 mars 2011)

(154) Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France. A.F.P. du 25 mars 2011 : Près d'une pharmacie sur deux est financièrement dans le rouge. [en ligne]. In : Site du journal « le Point ». Disponible sur : http://www.lepoint.fr/societe/pres-d-une-pharmacie-sur-deux-est-financierement-dans-le-rouge-25-03-2011-1311551_23.php. (page disponible le 25 mars 2011)

ABREVIATIONS

A.F.P.	Agence France Presse
A.F.S.S.A.P.S.	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
A.P.-H.P.	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
A.R.H.	Agence Régionale d'Hospitalisation
A.R.S.	Agence Régionale de Santé
A.T.V.	Aire Tegmentale Ventrale
C.A.A.R.U.D.	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
C.I.F.A.D	Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue
C.I.M.	Classification Internationale des Maladies
C.N.A.T.M.S.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
C.N.G.	Comité National de Gestion
C.N.R.	Coordination Nationale des Réseaux
C.O.F.R.E.S.	Conseil d'Orientation des Filières et des Réseaux Expérimentaux de Soins
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.Q.C.S.	Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins
C.R.U.Q.P.C.	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
C.S.P.	Code de la santé publique
D.G.S.	Direction Régionale de la Santé
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
D.N.D.R.	Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux
D.P.	Dossier Patient
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.D.R.	Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux
D.S.M.	Diagnostic and Statistical Manuel
E.M.	Entretien Motivationnel
E.S.C.A.P.A.D.	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense
E.S.P.A.D.	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
E.T.P.	Education Thérapeutique
F.A.Q.C.S.	Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville
F.C.C.	Formation Continue Conventionnée

F.I.C.Q.S.	Fonds d'Intervention pour la Qualité et de Coordination des Soins
F3A	Fédération des Acteurs de l'Alcoolologie et de l'Addictologie
H.A.D.	Hospitalisation A Domicile
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
H.M.O.	Health Maintenance Organisation
H.P.S.T.	Hôpital Patients Santé Territoire
I.N.C.A.	Institut National du CANcer
I.N.P.E.S.	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
M.I.L.D.T.	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
O.F.D.T.	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
O.F.T.	Office Français de Prévention du Tabagisme
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.R.S.	Observatoire Régional de Santé
P.A.L.	Pôle d'Addictologie en Limousin
P.N.R.	Pôle National de Ressource
P.R.S.	Plan Régional de Santé
P.R.S.P.	Plan Régional de Santé Publique
R.P.I.B.	Repérage Précoce et Intervention Brèves
R.S.V.H.A.	Réseau de Santé Ville Hôpital en Addictologie
REIMPHOS	Réseau Régional d'Echanges d'Informations Médicales relatives aux Patients HOSpitalisés
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation de Santé
T.C.C.	Thérapie Cognitivo-Comportementale
T.S.R.	Toxicomanie Soins Réseau
U.N.R.S.	Union Nationale des Réseau de Santé
U.R.M.L.	l'Union Régionale des Médecins Libéraux

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Approche des addictions à partir du modèle « <i>trivarié</i> ».	P25
Figure 2	Verre standard	P29
Figure 3	La pyramide du risque de Skinner	P 34
Figure 4	Profil de dangerosité pharmacologique	P35
Figure 5	Mécanisme de la relation entre l'usage de substances psychoactives et les problèmes sanitaires et sociaux	P 36
Figure 6	Intéactions entre le produit, l'individu et son environnement.	P45
Figure 7	Facteurs de risque et de protection face à l'addiction	P45
Figure 8	Le système de récompense : les voies dopaminergiques mésolimbiques et mésocorticales.	P47
Figure 9	Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues	P50
Figure 10	Schéma synthétique du fonctionnement du cerveau addict.	P52
Figure 11	Evolution entre 2000 et 2008 des niveaux d'usage des principaux produits psychoactifs à 17 ans en métropole.	P61
Figure 12	Expérimentation du cannabis à 17, par sexe 1993 à 2005 (%)	P62
Figure 13	Expérimentation du cannabis parmi les 18-44 ans, 1992-2005 (%)	P63

Figure 14	Figure 14. Hausse des prix du tabac depuis 1993	P68
Figure 15	Affiche de lutte contre l'alcoolisme, 1873	P70
Figure 16	Le nouvel observateur septembre, 1969	P72
Figure 17	Représentation schématique du réseau	P89
Figure 18	Les instances du F.I.Q.C.S. Nationales	P91
Figure 19	Les instances du F.I.Q.C.S. Régionales	P92
Figure 20	Dotation nationale pour les réseaux de santé	P93
Figure 21	Dotation régionale pour les réseaux de santé	P93
Figure 22	Parcours de soins dans la cadre d'un réseau de santé	P97
Figure 23	Documents Semaines des Addictions	P115
Figure 24	Synopsis du coordonnateur de santé	P117
Figure 25	Axes de travail du réseau de santé AddictLim	P120
Figure 26	Parcours de soins AddictLim	P121
Figure 27	Relais au sein du réseau de santé	P123
Figure 28	Régionalisation centrée sur Limoges	P126
Figure 29	Régionalisation à partir des réseaux locaux	P126
Figure 30	Définition des soins de premier recours	P129
Figure 31	Prospectus de prévention codéine	P142

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes Maîtres de la Faculté, 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 des 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.

RESEAU DE SANTE EN ADDICTOLOGIE : Expérience de la Haute-Vienne. Place du pharmacien dans ce réseau.

RESUME DE LA THESE

En 2002, le « réseau de santé » a été défini par la loi et financé par une enveloppe spécifique, donnant l'opportunité aux professionnels de travailler ensemble sur l'amélioration de la prise en charge du patient. L'association *Toxicomanie Soins Réseau 87* s'est saisie de cette loi pour établir un état des lieux de la prise en charge des patients addicts et poser les bases d'un réseau de santé régional en addictologie. Ce travail a été formalisé dans le dossier promoteur « AddictLim » auprès de l'Agence Régionale de Santé. Le réseau de santé représente une opportunité pour faire apparaître le pharmacien comme un véritable acteur de santé, travaillant en partenariat au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

MOTS CLES :

Réseau de santé, addiction, toxicomanie, pharmacien, AddictLim, pluridisciplinarité, Haute-Vienne.

TITLE

Health Network in addiction, an experience in Haute-Vienne. Role of the pharmacist in this network.

ABSTRACT

In 2002, the " health network " was defined by law and given specific financing allowing professionals to work together on improving taking care of patients. The « Toxicomanie Soins Réseau 87 » organisation used this law in order to establish an inventory of the management of addicted patients and lay the groundwork for a regional health network in addiction; this work was formalized in a new promoting report "AddictLim" for the Regional Health Agency. The health network is an opportunity to show the pharmacist as a real player in health, working as a partner within a multidisciplinary team.

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Faculté de pharmacie de Limoges, 2 rue du Docteur Raymond Marcland, 87025 Limoges Cedex