



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion - 2003

**MISE EN PLACE
D'UNE ÉQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE STRASBOURG**

Éric SCHWARTZENTRUBER

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CONTEXTE HISTORIQUE ET RÉGLEMENTAIRE.....	6
1.1 L’histoire des addictions	6
1.1.1 Une évolution des concepts qui s’appuie sur la sociologie des consommateurs et sur les réponses sanitaires.....	7
1.1.2 L’évolution vers un concept d’addiction : d’une action sur les produits à une approche sur les comportements	9
1.1.3 L’évolution des produits et leurs conséquences sanitaires et sociales.....	11
1.1.4 L’opinion actuelle des Français	18
1.2 Les politiques publiques et la réglementation.....	20
1.2.1 L’évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues.....	20
A) Vers une réforme de la loi de 1970 ?	21
B) Une évolution lente des politiques sanitaires vers un dispositif de réduction des risques	22
C) Les traitements de substitution en France : où en est-on ?.....	23
1.2.2 Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances	27
A) Les constats du plan triennal	28
B) Parmi les axes prioritaires du plan triennal : l’amélioration de la prise en charge à l’hôpital par le développement des équipes de liaison hospitalières.....	28
1.2.3 La mise en application de ces nouvelles politiques à l’hôpital.....	30
2 LA SITUATION ACTUELLE EN ALSACE ET À STRASBOURG	34
2.1 Un contexte régional qui amène à considérer la lutte contre les addictions comme une priorité	34
2.1.1 La situation en Alsace au travers des Conférences régionales de santé (CRS) et des Programmes régionaux de santé (PRS).....	34
2.1.2 Un dispositif régional d’équipes de liaison en addictologie.....	37

2.2	L'état des lieux des structures hospitalières du CHU de Strasbourg impliquées dans la prise en charge des conduites addictives.....	38
2.2.1	Le CHU, plus grand hôpital d'Alsace, sera profondément restructuré dans les années à venir	38
2.2.2	Les dispositifs intra-hospitaliers qui prennent en charge les patients consommateurs de substances psychoactives	39
3	DISCUSSION SUR LA MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE A PARTIR DES ENTRETIENS.....	43
3.1	Méthode d'investigation et analyse des thèmes principaux émanant des entretiens	43
3.1.1	Méthodologie d'investigation.....	43
3.1.2	Analyse des thèmes principaux prévus par le questionnaire.....	45
A)	Le concept d'addiction : perception et acceptation par les acteurs de terrain, les professionnels doivent-ils le prendre en compte dans leur pratique quotidienne?	45
B)	Le manque de motivation et les problèmes de collaboration au sein de l'hôpital	46
C)	Les problèmes de fonctionnement et d'organisation au niveau de l'hôpital : rôle et place d'une équipe de liaison en addictologie.....	49
3.1.3	Analyse des informations recueillies qui n'étaient pas prévues par le questionnaire	53
A)	Les problèmes actuels à l'hôpital.	53
B)	La spécificité des patients dont il est question.....	54
3.2	Synthèse des entretiens et recommandations pour la constitution d'une équipe de liaison en addictologie	55
3.3	Étude du projet d'équipe de liaison déposé par deux médecins de l'hôpital civil.....	57
3.3.1	La présentation du projet	57
3.3.2	La rencontre avec les promoteurs du projet.....	58

4 RÔLE DU MÉDECIN INSPECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA MISE EN PLACE DE CETTE ÉQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE	61
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	67
Liste des annexes	70

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale d'hospitalisation

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CFES : Comité français pour l'éducation à la santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPA : Centre de prévention de l'alcoolisme

CRS : Conférence régionale de santé

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

DATIS : Drogue-Alcool-Tabac-Info-Service

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DU : Diplôme universitaire

ELA : Equipe de liaison en addictologie

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions, et perceptions sur les psychotropes

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

GHB : Gamma-hydroxybutyrate

HCSP : Haut comité de la santé publique

HUS : Hôpitaux universitaires de Strasbourg

IDE : Infirmière diplômée d'état

ISA : Indice synthétique d'activité

LSD : *Lysergsäurediäthylamid* (abréviation allemande)

MDMA : Méthylène-dioxy-amphétamine

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

NHC : Nouvel hôpital civil

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ORS : Observatoire régional de la santé
PAEJ : Point accueil écoute jeunes
PES : Programme d'échange de seringues
PH : Praticien hospitalier
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS : Programme régional de santé
RMI : Revenu minimum d'insertion
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquis
SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire
SROSS : Schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale
THC : Tétrahydrocannabinol
TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VHC : Virus de l'hépatite C

INTRODUCTION

Le sujet de ce mémoire a été fortement inspiré par les attributions qui me furent confiées lors de mon arrivée en tant que Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) stagiaire à la DRASS d'Alsace. La lutte contre les addictions, qui fait partie de ces attributions, constitue une priorité de santé publique affichée au niveau national par plusieurs gouvernements, ainsi que par les acteurs réunis au sein de la conférence régionale de santé d'Alsace (CRS). Si l'on étudie la situation au travers des constats établis à l'occasion des différentes CRS, l'existence d'une forte mortalité prématurée, avant 65 ans, constitue un problème majeur en Alsace. Un important pourcentage de ces décès prématurés est lié à des facteurs de risque individuels, essentiellement le tabac et l'alcool. L'Alsace dispose d'un programme régional de santé (PRS) « Alcool », et un nouveau programme « Addiction » est en cours d'élaboration.

Parmi les transmissions de mon collègue médecin inspecteur de santé publique, prédécesseur en charge de ces dossiers, et après les premiers constats effectués sur le terrain dans le champ des addictions, nous avons admis qu'il existait une prise en charge très insuffisante des consommateurs de substances psychoactives à Strasbourg. L'absence d'équipe de liaison en addictologie au sein d'un grand Centre hospitalo-universitaire ¹(CHU) tel que celui de Strasbourg, et dont le premier rôle doit être de dépister les comportements de patients vis à vis de diverses substances psychoactives lors de leur passage à l'hôpital, suscite des interrogations. Des doutes sont émis sur le bon fonctionnement du réseau ville-hôpital toxicomanie et nous amènent à s'interroger sur le rôle de l'hôpital quant à la prise en charge de ces patients. L'existence d'un dispositif de prise en charge des consommateurs de substances psychoactives satisfaisant en médecine ambulatoire, nous a incité à étudier d'éventuels dysfonctionnements au CHU, et à rechercher des solutions aux problèmes de prise en charge au niveau de l'hôpital.

La constitution d'une équipe de liaison en addictologie au CHU de Strasbourg devrait ainsi permettre l'amélioration de la situation locale.

¹ Le CHU de Strasbourg est appelé plus communément HUS qui signifie hôpitaux universitaires de Strasbourg. Les deux expressions seront utilisées de manière indifférente.

Des observations précises de terrain illustrent cette situation locale. A Strasbourg, il existe deux CSST rattachés à l'hôpital et fréquentés par de nombreux patients qui viennent notamment y chercher leur traitement de substitution. Les files d'attente sont parfois longues et les cendriers des salles d'attente remplis de mégots ; la consommation de tabac y est tolérée et n'est souvent pas remise en question lors des entretiens et consultations avec les patients. Les enjeux de santé publique sont pourtant majeurs, puisque le tabac est directement la cause de plus de 65000 décès par an en France. Prolongeant notre raisonnement, on pourrait dire que le toxicomane sevré de l'héroïne va en fait mourir de sa consommation de tabac. Un autre exemple est constaté dans le cadre du programme d'échange de seringues (PES), lors de la participation à l'activité de psychologues et de travailleurs sociaux qui accueillent des toxicomanes dans un bus stationné à certaines heures dans un quartier de Strasbourg. Certains toxicomanes, bien que sevrés, reviennent régulièrement s'entretenir avec les intervenants du bus avec lesquels ils ont gardé des relations privilégiées, d'autant plus que les psychologues et travailleurs sociaux ont joué un rôle important dans l'aide au sevrage pour certains de ces consommateurs d'héroïne. Il est question, dans ce cas, de « réussite » alors que certaines de ces personnes arrivent dans un état d'ivresse aiguë. Là encore, on peut parler de « déplacement » des consommations», et de patients consommateurs d'alcool dont les conséquences sanitaires et sociales sont bien connues. Dans ce cas, on pourrait dire que le toxicomane, sevré de l'héroïne, s'autodétruit par un nouveau comportement de dépendance vis à vis de l'alcool. Les exemples précités peuvent être considérés comme des échecs de prise en charge du point de vue de la santé publique, mais révèlent surtout l'insuffisance, la complexité et les difficultés de prise en compte, par les équipes de l'hôpital et aussi par les structures extra-hospitalières, des problèmes liés à la consommation de tabac et d'alcool.

Les constatations initiales faites avec les professionnels de terrain conduisent à une première hypothèse et qui est celle d'une insuffisante appropriation du concept d'addiction par les professionnels, aussi bien à l'hôpital que dans les structures extrahospitalières, et qui pourrait, dans un premier temps, expliquer les échecs de certaines pratiques de prise en charge. Il convient de rappeler que l'objectif de ce concept vise davantage à orienter les prises en charge sanitaires et les actions de prévention sur les comportements des individus, plutôt que d'agir à partir de l'approche habituelle sur les produits. La difficulté de mise en œuvre du concept d'addiction du point de vue pratique fait partie de cette hypothèse, et surtout dans le domaine des soins curatifs, au regard des domaines de la prévention où sa mise en application semble plus facile et plus réaliste.

La deuxième hypothèse de notre étude concerne la faible motivation d'une large majorité des personnels de l'hôpital, aussi bien soignants que dirigeants, et les problèmes de collaboration entre différents acteurs de l'hôpital. La mise en place d'une équipe de liaison en addictologie est-elle cohérente et véritablement souhaitée au sein de l'hôpital ?

De plus, l'organisation du système de santé, notamment à l'hôpital, reste traditionnellement très cloisonnée. Les tabacologues, alcoologues, spécialistes de la toxicomanie ainsi que les psychiatres exercent dans leurs services respectifs et se consacrent surtout à leur spécialité médicale d'origine. Cette organisation hospitalière cloisonnée ne permet pas une prise en compte de l'ensemble des conduites addictives du patient, y compris lors de son passage aux urgences, et peut aussi être à l'origine des échecs de prise en charge.

Une troisième hypothèse a été posée et concerne plus particulièrement les problèmes spécifiques de fonctionnement et d'organisation de cet hôpital. Les plaintes exprimées par un médecin généraliste, qui déclare ne plus adresser ses patients au CHU en cas de sevrage à l'alcool, sont pour le moins inquiétantes et nécessiteraient des investigations. Quel rôle essentiel faut-il donner à cette future équipe de liaison en addictologie ? Doit-elle se limiter au dépistage des comportements de patients vis à vis de diverses drogues lors de leur passage à l'hôpital, et immédiatement réorienter ces patients vers des structures extrahospitalières, sans prévoir de consultations suivies, ni d'hospitalisation dans des lits spécifiques qui seraient réservés à l'activité de l'équipe de liaison ?

Comment organiser l'articulation avec les dispositifs extra-hospitaliers après la sortie du patient et plus précisément avec le médecin traitant ?

L'ensemble de ces constats ainsi que les différentes hypothèses de travail constituent un cadre de travail intéressant pour un futur médecin inspecteur de santé publique en charge du dossier des addictions.

Les méthodes de travail envisagées consistent tout d'abord à étudier un ensemble de savoirs scientifiques et de savoir-faire dans la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives et d'explorer l'état des connaissances à travers une recherche bibliographique. Les différentes stratégies de prise en charge des consommateurs de substances psychoactives ont évolué ces dernières années en fonction des rapports de spécialistes et d'experts en la matière, des conférences de consensus, des aspects législatifs, des décrets et des circulaires émanant du ministère de la Santé.

Il aurait été souhaitable d'effectuer dans un premier temps une analyse des besoins d'une équipe de liaison en addictologie au CHU de Strasbourg, même si sa mise en place nous

semble à priori incontournable compte tenu du contexte politique, réglementaire, régional et local. Cette étude aurait pu se faire sur le modèle d'une enquête descriptive du type « enquête un jour donné » comme celle réalisée dans le département des Yvelines en 1995 dans les établissements hospitaliers.

Cette enquête, qui a tout particulièrement concerné les problèmes liés à l'alcool, a montré l'importance de l'alcoolisation excessive chez les patients hospitalisés. Elle a été réalisée auprès de 7626 personnes et a en effet permis de constater que 18 % des malades hospitalisés présentent une alcoolisation excessive alors que seulement 6 % des hospitalisations sont liées à un problème d'alcool. En fait, le faible nombre de patients hospitalisés pour un problème lié à l'alcool correspond à celui des patients atteints de complications directement imputables à l'alcool, et ne représente donc que la partie visible de l'iceberg. Il conviendrait bien sûr de dépister aussi les patients qui ne présentent pas encore de complications somatiques, psychiques ou sociales liées à l'alcool, afin d'espérer réaliser une prise en charge précoce plus efficiente que les actions proposées au stade d'alcoolodépendance. Parmi les conclusions de l'enquête, il est précisé que le problème avec l'alcool n'est diagnostiqué d'emblée qu'une fois sur deux et que le diagnostic de problème avec l'alcool n'est fait qu'une fois sur quatre chez les moins de 25 ans. Cette étude a aussi montré que le dépistage n'avait que peu d'intérêt s'il n'est pas suivi d'une bonne prise en charge, et qu'il existait un grand décalage entre le nombre d'équipes qui pensent proposer une prise en charge adaptée et celles qui ont réellement les moyens de la faire aboutir.

Un tel modèle aurait pu être repris par les acteurs locaux. Cette étude peut cependant être extrapolée à la population admise au CHU de Strasbourg.

Compte tenu du peu de temps disponible, et de l'adaptation nécessaire à la mise en place effective d'une équipe de liaison en addictologie, l'étude présentée dans ce mémoire se limitera à tester les hypothèses précitées en rapport avec les problèmes liés à la mise en place de cette équipe, et plus précisément aux problèmes liés au concept d'addiction, aux collaborations et motivations des différents acteurs et aux problèmes d'organisation et de fonctionnement du CHU. La discussion et l'analyse de différents points seront conduites à partir d'entretiens individuels effectués auprès de différents acteurs de l'hôpital parmi les soignants et dirigeants du CHU de Strasbourg, mais aussi à partir d'entretiens de personnes extérieures à l'hôpital et concernées par le sujet, telles que des représentants du milieu associatif ou des médecins libéraux de Strasbourg susceptibles d'adresser des cas d'urgence au CHU. Enfin, le premier projet d'équipe de liaison en addictologie, déposé par les promoteurs durant la rédaction de ce mémoire, sera commenté et analysé. Cette dernière analyse sera mise en relief, pour mettre directement le médecin inspecteur de santé

publique au cœur du sujet et lui donner l'occasion de se positionner et d'expérimenter la réalité de son rôle dans la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie, à l'hôpital, et plus généralement dans la politique de lutte contre les addictions.

La première partie du travail présentera le contexte historique, politique, et réglementaire des addictions, en prenant en compte les modifications récentes et plus particulièrement l'actualité. Cette partie se terminera par la mise en place des équipes de liaison en addictologie dans le cadre de l'organisation des soins hospitaliers.

La deuxième partie sera tout d'abord consacrée à la présentation du contexte régional de lutte contre les addictions. Il sera procédé ensuite à un état des lieux des structures hospitalières du CHU impliquées dans la prise en charge des conduites addictives.

La troisième partie est plus particulièrement consacrée à la discussion et à l'analyse du projet de mise en place d'une équipe de liaison en addictologie au CHU de Strasbourg, à partir des entretiens réalisés avec les professionnels de proximité.

1 LE CONTEXTE HISTORIQUE ET REGLEMENTAIRE

1.1 L'histoire des addictions

La politique de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances constitue depuis de nombreuses années un problème de santé publique affiché par différents gouvernements.

Dans son rapport général de 1994, Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) constate que parmi les points faibles de l'état de santé en France, la surmortalité prématurée² est très accentuée par rapport aux pays voisins. Cette surmortalité est évitable à plus de cinquante pour cent et se compose d'une part importante de décès dus à des conduites à risque. Le rapport dit : « Il faut porter davantage le fer sur les cinq domaines stratégiques que sont l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la vitesse et le SIDA ». Le rapport du HCSP de 2002 rappelle que si la France se porte bien, elle détient cependant deux records européens paradoxaux, d'une part c'est le pays où l'on vit le plus longtemps, d'autre part c'est celui où la mortalité avant 65 ans réduit le plus l'espérance de vie à la naissance, la France se situant à ce niveau à égalité avec le Portugal. Parmi les préoccupations alarmantes de ce rapport pour l'avenir figurent les accidents de la circulation et le rôle joué par l'alcool, surtout chez les jeunes. Viennent ensuite les suicides, le cancer du poumon, pour lequel le tabac constitue le principal facteur de risque, et les maladies cardio-vasculaires. Les addictions restent ainsi une des priorités de santé publique.

L'émergence de nouvelles idées et l'enrichissement des politiques de santé s'est organisé depuis vingt ans au travers de concepts de santé publique. Des transformations sont ainsi nées dans la politique de lutte contre les addictions.

Trois spécialistes, parmi les meilleurs experts de notre pays en ce qui concerne les pratiques addictives, vont s'unir pour démontrer l'intérêt d'une approche globale prenant en compte l'ensemble des substances psychoactives et des comportements d'addiction. Le professeur Michel REYNAUD est psychiatre et spécialiste des toxicomanies médicamenteuses et de l'alcoolisme. Le professeur Philippe-Jean

² La surmortalité prématurée est définie comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans.

PARQUET, très connu pour son rapport³ dont il sera question ultérieurement, a créé la première clinique française d'addictologie à Lille. Enfin, le professeur Gilbert LAGRUE, qui s'intéresse depuis longtemps aux problèmes de dépendance tabagique et qui a créé l'un des premiers centres d'aide à l'arrêt du tabac.

1.1.1 Une évolution des concepts qui s'appuie sur la sociologie des consommateurs et sur les réponses sanitaires

Au fur et à mesure du développement de la prise en charge des usagers de drogues sont apparus des termes⁴ nouveaux qui vont permettre de mieux comprendre les comportements de consommation et de dépasser les stigmates du toxicomane et de l'alcoolique.

Les représentations socioculturelles sont ainsi très marquées par les extrêmes de la dépendance qui constitue en fait le stade le plus avancé d'une longue histoire personnelle. Chez l'homme, l'usage des drogues remonte à la nuit des temps et nous sommes tous des usagers de psychotropes très divers. En France, une estimation du nombre de consommateurs de drogues⁵, réalisée en 1999, montre qu'il y a 43 millions d'usagers expérimentateurs⁶ d'alcool et 8,9 millions de consommateurs quotidiens d'alcool. En ce qui concerne le tabac, 36 millions d'usagers expérimentateurs de tabac et 13 millions de fumeurs quotidiens. La France compterait aussi, d'après les mêmes estimations, plus de 9 millions d'expérimentateurs de cannabis.

Les usagers et les produits évoluent selon les modes et les courants culturels et varient beaucoup selon l'environnement des personnes concernées. L'augmentation de la consommation de psychotropes d'origine médicale, comme par exemple les hypnotiques et les anxiolytiques, souvent longtemps bien tolérés par l'individu, font l'objet d'authentiques addictions chez de nombreuses personnes. L'adaptation de l'être humain à la poursuite de la course au progrès technologique et économique

³ Rapport du professeur Philippe-Jean PARQUET publié en 1997 : *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*

⁴ Définitions de ces termes en annexe 1

⁵ Baromètre Santé 2000, Comité français pour l'éducation à la santé (CFES), exploitation Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

⁶ Parmi les quatre niveaux de consommation retenus, l'expérimentation est le fait d'avoir pris au moins une fois dans sa vie le produit.

exige d'être de plus en plus actif et performant ; l'apparition de médicaments qui permettent de « sauter » des nuits sans sommeil, pour travailler davantage, en est un bon exemple ; certaines personnes deviennent dépendantes de ces produits.

Bien que tardifs, de sérieux progrès sont réalisés en France dans les années quatre-vingt dix lors de la mise en place des politiques de réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues. Les traitements de substitution permettent une nouvelle gestion des dépendants dans un cadre légal. La prévalence du VIH chez les injecteurs d'héroïne diminue et le nombre d'overdoses chute de moitié.

Cependant, la dépendance vis à vis de certaines substances psychoactives, dont souffrent beaucoup de personnes, reste un défi thérapeutique. Les réponses apportées à ces patients fluctuent énormément en fonction des idéologies des soignants.

Il y a vingt ans, peu de méthodes et de stratégies furent enseignées dans les facultés de médecine. L'enseignement spécifique sur les addictions est récent, il existe désormais un séminaire « addictions et conduites dopantes » au cours du deuxième cycle des études médicales. Divers diplômes universitaires (DU) portant sur les addictions sont désormais proposés dans plusieurs facultés de médecine en France.

Le discours prédominant a longtemps été celui de l'abstention et du sevrage : « il ne faut pas consommer de drogues et ne pas trop boire... ». La pauvreté du discours correspondait à la faiblesse des politiques publiques. Les rares alcoologues étaient marginaux et les tabacologues n'existaient pas.

La pauvreté des approches de santé publique jusqu'à ces dernières années va être peu à peu infirmée par une meilleure étude des données de mortalité, une analyse des facteurs de risque de mortalité prématurée (avant 65 ans), la maîtrise des dépenses de santé, la mise en évidence des inégalités régionales de santé, le rôle des comportements (alcool et tabac) et la reconnaissance de la réduction des risques avec l'émergence des co-morbidités associées aux consommations de drogues (VIH et VHC).

1.1.2 L'évolution vers un concept d'addiction : d'une action sur les produits à une approche sur les comportements

Pour tenter de remédier à l'augmentation du nombre des usagers de substances psychoactives qui a été multiplié par dix ou vingt depuis les années 1970, des propositions ont été faites par le professeur Parquet, afin d'élargir la lutte contre la drogue à l'ensemble des addictions. Dans son rapport, le professeur Parquet propose une politique de prévention qui s'appuie non plus sur la seule notion de produit, mais sur celle de comportements de consommation de substances psychoactives qui présentent un risque pour l'être humain. L'auteur propose d'aller au-delà de la démarche traditionnelle de prévention primaire qui se limite à prévenir l'initialisation de la consommation. Il s'agira également de prévenir le passage de l'usage à l'abus et à la dépendance, et de mettre en œuvre une politique de réduction des risques liés à la consommation.

Au départ, les démarches de soins sont autoritaires et répressives à l'égard des patients. La conception d'une approche par produit suppose qu'une cure de sevrage et le maintien de l'abstinence suffisent à guérir les patients. Des dispositifs sanitaires, réglementaires et législatifs distincts sont mis en place pour les toxicomanes et pour les alcooliques. La prise en compte de la spécificité de chaque produit a ainsi longtemps servi de base à la construction des politiques françaises de lutte contre la toxicomanie et contre l'alcoolisme.

Le développement des neurosciences a permis la mise en évidence de bases biologiques et moléculaires communes à toutes les dépendances, par action sur le système de récompense et la libération de dopamine au niveau de certaines régions du cerveau. Toutes les substances possèdent en effet des propriétés en commun en utilisant des infrastructures du système nerveux central identiques. Il en est ainsi de leur capacité commune à déclencher une pharmacodépendance. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induite. L'exemple des personnes dépendantes qui ont recours à un autre produit pour calmer les effets du sevrage lorsqu'elles ne disposent plus de leur produit habituel est frappant.

L'individualisation de trois grands types de comportements de consommation de substances psychoactives, et ce quelle que soit la substance concernée, devrait permettre de construire des politiques préventives, curatives et de réhabilitation adéquates aux besoins de la population. Les politiques réglementaires et législatives deviennent ainsi plus cohérentes et plus proches de la diversité des phénomènes observés.

L'usage : individuellement et socialement réglé, il se définit comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant pas de complications somatiques, ni de dommages induits. Cette consommation peut toutefois provoquer des dommages potentiels, comme par exemple la conduite automobile en état d'alcoolisation, c'est pourquoi cet usage doit être considéré comme une pratique à risques.

Les politiques à mettre en place doivent être de l'ordre de l'éducation pour la santé et doivent permettre de gérer le risque et de choisir des comportements bénéfiques pour la santé.

L'usage nocif ou abus : il se caractérise par une consommation répétée qui va entraîner des dommages biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels pour le consommateur lui-même, mais aussi pour son environnement familial, professionnel et social.

L'aide de première intention s'effectue non pas sur les comportements de consommation, mais sur les dommages induits qui existent déjà. Les politiques à mettre en place devraient permettre le développement de réseaux ville-hôpital ainsi que la construction de réseaux de soins coordonnés reliant la médecine de ville et les travailleurs sociaux.

La dépendance : elle se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer la substance, tout en étant conscient des conséquences négatives. La dépendance produit des modifications physiques ou comportementales dangereuses pour le consommateur et son environnement.

La prise en charge sanitaire et sociale doit être spécifique, par des professionnels compétents en ce domaine et ce quelles que soient la ou les substances qui ont induit la dépendance.

L'aboutissement vers une meilleure connaissance des déterminants de santé va transformer les stratégies de lutte contre les drogues et toxicomanies. Le problème

n'est plus seulement celui du produit consommé, mais aussi celui du contexte de la consommation et de son environnement social et économique. Cependant, l'approche par le concept d'addiction ne supprime pas l'importance d'une connaissance de base des produits et de leurs effets respectifs.

1.1.3 L'évolution des produits et leurs conséquences sanitaires et sociales.

Parmi les nombreuses substances psychoactives proposées sur le marché, il convient de distinguer l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes qui sont des drogues licites. Leur vente est autorisée, contrôlée, et leur usage réglementé.

Les drogues illicites comprennent essentiellement le cannabis, l'ecstasy et les amphétamines, la cocaïne, les opiacés, les hallucinogènes et des nouveaux produits qui apparaissent progressivement sur le marché.

L'alcool :

L'alcool est la plus acceptée des drogues, la consommation d'alcool est alimentaire, elle est symbole de sociabilité et de fête. L'alcool est un marqueur culturel et économique. Ses complications somatiques sont nombreuses et l'alcool entraîne rapidement des effets sanitaires, psychologiques et sociaux liés aux effets cognitifs et comportementaux. Sa dépendance est physique et psychique.

La mortalité liée à l'alcool est d'environ 50 000 morts par an⁷, qui inclue la mortalité directement liée à l'alcool (11000) en plus de la mortalité alcoolo-tabagique et de celle des accidents de la route et du travail.

Il existe aussi, pour l'alcool, une surmortalité des sujets jeunes et actifs.

L'intégration de l'alcool dans la définition des substances psychoactives, au côté des drogues illicites, a été un des points forts de la politique de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) conduite par sa présidente Mme Nicole Maestracci. Alors que tous les intervenants en alcoologie commencent à voir les résultats encourageants de cette politique, l'annonce du remerciement de Mme Nicole Maestracci par le nouveau gouvernement Raffarin a été mal accueillie par certains intervenants en prévention. La mobilisation des

⁷ Registre national des causes de décès 1995, Institut national de la santé et de la recherche médicale, service commun n°8 (INSERM-SC8) et (Hill, 2000)

mentalités péniblement et prudemment acquise ces dernières années sur les représentations de l'usage de l'alcool et de ses risques serait ainsi menacée de régression, d'autant plus que le puissant lobby alcoolier ne demande que ça.

Le Dr Didier Jayle, nouveau président de la MILDT, a toutefois rappelé que l'alcool modifiait le comportement de manière dangereuse pour la sécurité de l'individu et de son entourage, et qu'il ne pouvait être exclu de la MILDT.

Le tabac :

En France, en population générale adulte, la consommation quotidienne de tabac touche 33,2% des hommes et 26% des femmes, elle diminue nettement avec l'âge⁸. On constate par ailleurs que 41,1% des filles de 18 ans et 42,8% des garçons sont fumeurs quotidiens⁹. Il existe une augmentation de la consommation de tabac chez la femme, le pourcentage de femmes qui fument de façon régulière étant passé de 10 % en 1972 à 25 % en 1995. La mortalité est liée à la dose quotidienne et à la durée du tabagisme.

En 1997, 80 000 personnes seraient décédées des effets du tabac dont 35 000 par cancer, 30 000 par maladies cardio-vasculaires et 10 000 par broncho-pneumopathies obstructives. Compte tenu des évolutions actuelles de la consommation de tabac, les projections prévoient 165 000 décès en 2025¹⁰. L'une des particularités du tabac est qu'il entraîne essentiellement des complications sanitaires après une exposition prolongée. S'il est habituel de dire que le tabac n'entraîne pas beaucoup de risques sociaux, il ne faut pas oublier les conséquences du tabagisme passif, par exemple sur la santé des jeunes enfants. En France, le tabagisme reste encore relativement bien accepté socialement même si son image se dégrade peu à peu.

Les médicaments psychoactifs :

La consommation régulière de médicaments psychoactifs ou psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs...) concerne un français sur dix, avec une nette prédominance chez les femmes. La population des personnes âgées dépendantes à certains psychotropes est importante. Il est aussi constaté une augmentation de la

⁸ Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

⁹ Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) 2001

¹⁰ Indicateurs et tendances 2002, OFDT

consommation de calmants et somnifères chez les jeunes femmes. A 18 ans, près d'un tiers des filles en a déjà consommé¹¹. Les médicaments psychotropes sont les seuls produits dont l'expérimentation est plus répandue chez les filles que chez les garçons.

Les anxiolytiques sont dépresseurs du système respiratoire et peuvent potentialiser l'alcool ; cette dernière propriété est grave car elle peut-être à l'origine d'accidents de la circulation.

Le cannabis :

C'est la drogue illicite la plus consommée des français. Le cannabis est situé loin derrière l'héroïne et l'ecstasy dans le classement de la dangerosité des drogues. Il est consommé sous des formes diverses. Il est issu du chanvre indien qui provenait d'Asie centrale. L'herbe est le nom des feuilles, la marijuana ou des produits voisins comme le kif¹², en Afrique du Nord, correspondent également aux feuilles. Le haschisch est la résine séchée, beaucoup plus puissante. L'huile de cannabis est encore plus toxique. L'utilisation associée du tabac est indispensable.

A 18 ans, un jeune sur deux a expérimenté le cannabis, mais les usagers réguliers sont trois fois plus nombreux chez les garçons¹³. La dépendance est peu fréquente.

Des effets aigus sont observés à type de sensation d'ébriété, de troubles du comportement (euphorie, désinhibition), de troubles de la concentration, de la vigilance, et une augmentation du risque d'accident. Les risques sont pulmonaires, cardiovasculaires, psychologiques et psychiatriques avec des risques d'altération durable de la mémoire, en plus d'une altération des mécanismes de fécondation et d'une baisse immunitaire.

Si le cannabis est actuellement banalisé et très répandu, l'une des inquiétudes provient des différentes formes circulantes, dont les dosages en principe actif, tétra-hydrocannabinol (THC), sont très variables et inconnus du consommateur. Des états délirants aigus sont de plus en plus constatés et en rapport avec des dosages élevés de THC comme par exemple le haschich hollandais. Certaines barètes de shit

¹¹ Enquête ESCAPAD 2001

¹² Désignation populaire d'une préparation de cannabis finement haché ou de cannabis et de tabac prête à être fumée, notamment au Maroc et en Algérie.

¹³ Enquête ESCAPAD 2001

contiennent même du subutex et les consommateurs peuvent ainsi devenir dépendants à la buprénorphine.

L'ecstasy et les amphétaminiques :

La consommation d'ecstasy est devenue perceptible en France au début des années 1990 et se révèle depuis en progression. Son expérimentation et son usage restent néanmoins relativement limités. A l'origine d'un vaste phénomène culturel et social porté par un courant musical, l'ecstasy concerne en France entre 1 et 7% des jeunes. La consommation d'ecstasy s'inscrit le plus souvent dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. Proche des amphétamines, l'ecstasy a longtemps été présenté comme un produit récréatif entraînant peu de désagréments. Si l'on ne relève pas à l'heure actuelle de conséquences sanitaires graves de l'usage d'ecstasy, il convient de rester prudent en raison de l'absence de données sur l'éventuelle implication de la consommation d'ecstasy dans les accidents de la route et de l'absence de documentation sur le long terme compte tenu de l'apparition récente du phénomène. Les comprimés qui circulent contiennent souvent de la Méthylène-dioxy-amphétamine (MDMA) plus d'autres composés. Si la MDMA est majoritaire dans les échantillons achetés sous le label ecstasy, ceux-ci comportent d'autres produits actifs, notamment des molécules médicamenteuses qui peuvent induire des conséquences sanitaires problématiques.

Les dangers de la consommation de MDMA sont réels avec quelques cas exceptionnels de décès survenus depuis 1999. Les risques d'hyperthermie et de déshydratation, de troubles psychopathologiques et d'hépatites fulminantes existent, surtout en cas d'association avec l'alcool. La dépendance est faible.

La cocaïne :

Plusieurs types différents de préparation de coca sont utilisés par les toxicomanes : les feuilles de coca, la pâte de coca, qui peut être fumée, la poudre d'hydrochlorure de cocaïne qui est « sniffée » ou injectée, et les alcaloïdes de cocaïne, le *crack*¹⁴, qui sont fumés et dont les effets sont très rapides et très violents. La prévalence de consommation reste faible en France, sauf dans les Antilles où le *crack* est très répandu. Drogue accessible et peu coûteuse, le *crack* pose un problème de santé

¹⁴ Onomatopée évoquant le bruit que produisent les cristaux en se consumant. Cocaïne sous forme de base libre destinée à être fumée ou plus exceptionnellement injectée. Syn : *free-base*.

publique majeur aux Etats-Unis, où son faible prix le met à la portée des adolescents. Les accidents sont surtout cardiovasculaires, neuro-psychiques (les complications psychiatriques sont fréquentes à type de délire hallucinatoire et de psychose de type paranoïa) et obstétricales. Les dommages sociaux sont importants (vols, trafics...). La dépendance psychique est majeure, c'est l'une des substances les plus addictives (surtout sous forme de *crack*).

Les opiacés :

Ils existent sous différentes formes. De l'opium fumé ou absorbé à la morphine, dix fois plus puissante ; de l'héroïne intra-veineuse, le *fix*¹⁵, à celle qui est sniffée, la plus toxique. Elle circule aussi en association avec la cocaïne ou le *crack*, appelée alors *speed-ball*¹⁶. Dans la majorité des cas il y a polytoxicomanie. C'est une substance très addictive. Les dommages induits peuvent être directement liés au produit : overdose, état de manque, ou indirectes liées au mode d'utilisation comme les injections : SIDA, VHC, infections locales. Les dommages sociaux sont élevés et les états de pauvreté et de précarité de plus en plus fréquents. Plus de 60 % des consommateurs d'héroïne n'ont pas d'activité professionnelle et 31% perçoivent le revenu minimum d'insertion (RMI)¹⁷. La consommation d'héroïne baisse essentiellement en raison des traitements de substitution (méthadone et subutex). Les gros problèmes actuels sont liés au fait qu'on ne sait plus avec quoi l'héroïne est coupée, et qu'il existe un détournement d'usage du subutex, devenant une porte d'entrée dans la toxicomanie.

Les hallucinogènes : Le groupe des hallucinogènes comprend deux types de substances psychoactives : l'acide lysergique et la mescaline. Le LSD¹⁸, dérivé de l'acide lysergique, est très consommé aux Etats Unis et peu en France. La mescaline est utilisée surtout chez les Indiens d'Amérique centrale, c'est un produit mythique qui permettrait d'entrer en contact avec les Dieux. Ces hallucinogènes sont dangereux par leur dépendance psychique très importante.

¹⁵ De l' anglais *fix*, piqûre de drogue. Dose d'une drogue destinée à être injectée.

¹⁶ Terme qui désigne un mélange d'héroïne et de cocaïne destiné à être injecté, est parfois aussi synonyme d'amphétamine.

¹⁷ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

¹⁸ Abréviation de l'allemand : *Lysergsäure-diäthylamid*

Les nouveaux produits : ils sont de plus en plus fréquents. L'un de ces produits est le GHB (gamma-hydroxybutyrate), dénommé « drogue du violeur ». Anesthésique à double action, d'abord euphorisant puis sédatif et amnésiant. C'est un produit qui endort, il est inodore, incolore et on peut l'acheter sur internet. Utilisé aux Etats-Unis comme *smart-drug*¹⁹, le GHB a aux Etats-Unis le statut de produit diététique, et est donc d'accès libre, commercialisé comme sédatif léger et comme régulateur de la masse pondérale, il est vendu dans les clubs sportifs. Une véritable toxicomanie au GHB s'est développée outre-Atlantique, certains usagers recherchant spécifiquement les propriétés euphorisantes et amnésiantes de ce produit. Il est parfois administré à l'insu des personnes qui en deviennent les victimes (vols, abus sexuels...).

L'apparition de nouvelles drogues de synthèse, parallèlement à la montée en puissance de la consommation d'ecstasy, constitue également un sujet de préoccupation. Il existe aussi beaucoup de nouveaux produits contenant des mélanges : MDMA, kétamine²⁰ dont l'usage reste marginal en France et qui circule surtout avec l'ecstasy dans les raves, subutex etc...Les risques sont surtout liés aux faits que les consommateurs ne savent pas ce qu'ils consomment.

Il conviendrait aussi d'évoquer l'émergence de nouveaux usages de produits anciens, plutôt que l'émergence de nouvelles drogues.

On pourrait ainsi dégager quelques tendances récentes :

- Le développement de l'usage de l'ensemble des stimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy) et des hallucinogènes (LSD, champignons) dans certains contextes festifs.
- L'insertion de ces consommations dans des usages plus massifs d'alcool, de tabac et de cannabis.
- L'usage plus marginal d'héroïne fumée et de divers médicaments détournés, notamment les anesthésiants comme la kétamine ou le GHB, le plus souvent par certains jeunes dans ces mêmes contextes festifs.

¹⁹ Américain, qui signifie : drogue élégante, astucieuse. C'est un produit tonique supposé améliorer les fonctions intellectuelles, physiques ou sexuelles. Sensés être d'une totale innocuité, les *smart-drugs* sont souvent une alternative aux drogues illicites.

²⁰ Anesthésique vétérinaire et humain susceptible de donner lieu à des effets hallucinogènes.

Si le lien entre festivités, musique et consommation de produits psychoactifs est bien connu dans les fêtes techno car elles ont attiré l'attention des spécialistes des drogues dans le dispositif TREND (tendances récentes et nouvelles drogues), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a commandé une étude sur les consommations de produits psychoactifs en milieu rock, afin de mieux connaître d'autres milieux culturels que les seules fêtes techno.

Cette étude²¹ qui a eu lieu en 2001 sur quarante-quatre événements musicaux, permet de confirmer que les principales consommations sont le tabac, l'alcool et le cannabis. Les trois produits les plus consommés en France sont présents dans la grande majorité des événements musicaux. Si l'alcool est toujours présent, ne serait-ce que parce que toutes les salles de concerts disposent d'un bar, c'est la bière qui est la plus consommée, probablement en raison de son prix peu élevé. L'alcool est parfois consommé avec excès, certains spectateurs buvant avant le concert, afin de respecter un rite surtout présent dans les soirées « métal ». La consommation de cannabis est fréquente, le plus souvent sous forme de résine, les temporalités de consommation variant selon les salles et les concerts.

Les consommations d'autres produits sont peu fréquentes, peut-être les usagers de poppers²² sont ils plus fréquents dans les milieux « gothique ». Des dealers de cocaïne, d'ecstasy et de LSD ont été observés sur certains sites, dans le contexte des festivals, ou quelques consommateurs d'ecstasy ont aussi été rencontrés.

Peu de produits correspondent à une culture spécifique des courants musicaux. L'appartenance à un courant musical permet aux jeunes de trouver un support de libération des émotions et de recherche d'identité, s'appuyant sur des consommations de produits plus ou moins importants pour y parvenir.

²¹ Étude originale au niveau de la méthodologie qui est de type ethnographique : immersion dans le milieu festif rock et observations des participants, suivi des concerts, tenue d'un carnet de bord...

²² Préparation présentée comme aphrodisiaque et consommée par inhalation, très fréquente dans les milieux homosexuels.

1.1.4 L'opinion actuelle des Français

La réalisation d'une enquête sur les représentations, opinions et perceptions qu'ont les français sur les psychotropes est effectuée de façon périodique par l'OFDT²³.

Les Français hiérarchisent la dangerosité potentielle des différentes drogues : l'héroïne, la cocaïne, et dans une moindre mesure l'ecstasy, sont placés clairement en tête. Le cannabis, l'alcool et le tabac sont associés à un danger moins grand.

L'opinion des Français est importante car elle est liée à leur adhésion aux politiques publiques. On a ainsi constaté que les Français sont globalement pour les mesures de réduction des risques, mais qu'ils restent attachés à une certaine prohibition existante. Dans le cas du cannabis, deux Français sur trois restent favorables à son interdiction.

Les derniers résultats rendus publics par l'OFDT début février 2003 montrent que, sur un échantillon de 2000 personnes âgées de 18 à 75 ans et interrogées par téléphone, 61 % estiment être bien informés sur les drogues alors qu'ils n'étaient que 57,9 % en 1999. Les traitements de substitution sont mieux connus (70 % des sondés) et 78 % des français se déclareraient d'accord avec l'ouverture d'un centre de soins pour toxicomanes dans leur quartier. Trois-quart des français pensent qu'il est impossible d'envisager une vie sans drogues.

Il est très intéressant de constater que les jugements deviennent de plus en plus durs à l'égard de drogues licites comme l'alcool et le tabac. Seulement une personne sur cinq cite spontanément l'alcool et le tabac comme étant une drogue, mais 62 % des personnes estiment que le tabac est plus dangereux pour la société que les drogues illicites. Au sujet de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, 77 % des interrogés y sont favorables.

En 2001, un jeune sur quatre en France a été touché par la drogue, et les enquêtes montrent qu'un jeune sur deux a déjà consommé du cannabis.

²³ Enquête Eropp 2002 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Le coût social des consommations abusives d'alcool, de tabac et de drogues illicites en France s'élèverait à plus de 210 milliards de francs²⁴ . Si la France a décidé de privilégier la lutte contre les trafics, elle s'est aussi donné les moyens de lutter contre les drogues en créant la MILDT, dont le budget s'est élevé à près de 300 millions de francs consacrés surtout à des actions de prévention et d'information.

²⁴ Source : P. Fénoglio, V. Parel, P. Kopp. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 1997. Les résultats sous-estiment de manière importante le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associés à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte.

1.2 Les politiques publiques et la réglementation

1.2.1 L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues

Depuis les années 1950, plusieurs textes réglementaires²⁵ ont été édictés. Une coordination de l'action gouvernementale concernant les problèmes de drogue existe depuis 1982, et a permis la mise en place de différents plans d'action. Un comité interministériel, réunissant les ministres concernés par cette question, est amené à définir les politiques à mener sous l'autorité du Premier Ministre. La mission interministérielle, qui a connu plusieurs appellations jusqu'à la MILDT créée en 1996, est chargée de préparer la réflexion du comité et d'assurer la coordination de la mise en œuvre des décisions prises. La Mission dispose d'un budget propre, qui complète ceux que consacrent les différents ministères aux actions entreprises dans le domaine des drogues.

Les moments charnières les plus importants de ces actions gouvernementales sont :

- La Loi du 31 décembre 1970 qui constitue le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie avec trois axes principaux : la répression sévère du trafic, l'interdiction de l'usage et l'alternative thérapeutique, la gratuité des soins.
- La Loi VEIL du 9 juillet 1976 qui réglemente la publicité et la propagande en faveur du tabac.
- La Loi EVIN du 10 janvier 1991 qui pose l'interdiction de toute forme de promotion des tabacs et alcools avec interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (sauf emplacements prévus à cet effet).
- Le développement progressif d'un secteur spécialisé de prise en charge des toxicomanes.
- L'adoption de la politique de réduction des risques, marquée par l'extension du dispositif sanitaire et social et par le développement de la prescription de méthadone, médicament de substitution fourni aux héroïnomanes sous contrôle médical, à partir de 1995 dans les CSST, et tout récemment à l'hôpital sur prescription d'un praticien hospitalier (PH).

²⁵ Annexe 2 : Lois et textes réglementaires : faits marquants et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues.

- La création de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en mars 1993 et d'un service d'écoute téléphonique actuellement dénommé Drogue-Alcool-Tabac-Info-Service (DATIS).
- La création de la MILDT en 1996 avec l'extension progressive d'une culture commune à l'ensemble des acteurs du champ des addictions.

A) Vers une réforme de la loi de 1970 ?

La législation française en matière de drogues repose depuis plus de trente ans sur la loi du 31 décembre 1970 qui poursuit un double objectif : d'une part la répression de l'usage et du trafic de drogues, d'autre part l'offre d'une série de soins dont l'injonction thérapeutique.

L'un des enjeux de cette loi est de souligner la différence quant aux peines des usagers et des trafiquants. Les problèmes d'application de la loi sont depuis le début liés à la double nature de l'usager : délinquant et malade. A la fin des années 1970, le rapport Pelletier²⁶ souligne que l'alternative thérapeutique n'est proposée que de façon très minoritaire comparée aux condamnations pour usage. A partir de ce moment, on va distinguer les usages de drogue en fonction du produit. C'est à la suite de ce rapport qu'une circulaire de 1978 invitera les parquets à ne pas poursuivre les usagers de cannabis. Les années 1980 seront marquées par un renforcement de la répression. C'est en 1987 que sera à nouveau recadré le problème de l'usage, la toxicomanie ne sera plus seulement pensée en fonction du produit mais surtout en fonction du comportement. La circulaire de 1987 va ainsi recommander pour les usagers occasionnels un simple avertissement, pour les usagers réguliers l'injonction thérapeutique, les trafiquants et les délinquants devront eux être poursuivis.

Actuellement, la législation française demeure l'une des plus ferme au niveau européen. La France, le Luxembourg et le Portugal répriment réellement l'usage de stupéfiants. Dans le reste de l'Europe, il y a alternance entre un usage pas réprimé du tout, et une législation nuancée. Ainsi, la Belgique ne sanctionne que la consommation collective, et la Grèce ne réprime que dans le cas où l'usager est reconnu toxicomane.

En Grande-Bretagne, l'histoire a laissé des traces. L'opium, qui fut sanctionné dès le début du siècle, l'est encore aujourd'hui. Mais l'usage des autres produits n'est pas condamné outre-Manche.

²⁶ Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de drogues, 1978

Parmi les pays qui ne répriment pas, il y a l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas. Ces pays partent du principe que le toxicomane est une victime mais qu'il faut par contre lutter contre le trafic et les trafiquants.

L'ambiguïté des lois antidrogue est grande et une harmonisation s'avère de plus en plus nécessaire au sein de l'Europe.

B) Une évolution lente des politiques sanitaires vers un dispositif de réduction des risques :

Au début des années 1970, les structures sanitaires traditionnelles se montrent réticentes à accueillir des toxicomanes. L'État va ainsi devoir créer des structures spécialisées pour le traitement des toxicomanes à l'héroïne, distinctes des structures spécialisées dédiées au traitement des alcoolodépendants. C'est par le biais de subventions que l'État va s'appuyer sur un secteur associatif, très dynamique dans ce domaine, et c'est ainsi que les centres d'accueil et de postcures²⁷ vont se développer. Si la France préfère favoriser les traitements axés sur la prise en charge psychothérapeutique, elle va prendre du retard sur les autres traitements comme par exemple la substitution par méthadone. Le rapport Trautmann²⁸ fera état d'une certaine faiblesse des démarches de réinsertion. Depuis 1992, les centres spécialisés signent des conventions d'objectifs et assurent en parallèle une prise en charge médicopsychologique, sociale, et éducative des usagers de drogue.

A la fin des années 1980, l'épidémie de SIDA va obliger à s'interroger sur ce dispositif qui fait qu'une grande partie des usagers de drogue ne sont pas directement en contact avec le système de soins. Le premier pas vers la réduction des risques sera effectué par Michèle Barzach qui va suspendre le décret qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors de l'achat de seringues. C'est en 1993 que le virage est pris et qu'une politique de réduction des risques est réellement décidée et financée par le ministère de la Santé, selon trois principaux axes :

- Améliorer la prise en charge dans le dispositif spécialisé ainsi qu'à l'hôpital et constituer des réseaux ville-hôpital toxicomanie
- Développer le dispositif de réduction des risques
- Développer les traitements de substitution

²⁷ Période de repos et de réadaptation après certaines affections, certains traitements (par exemple la cure de désintoxication).

²⁸ Octobre 1989 : Rapport au Premier ministre sur la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants.

On retrouve là les grands axes de la politique actuelle, qui continue à s'appuyer fortement sur le secteur associatif.

Le problème de la prévention n'avait pas été abordé en 1970. C'est avec la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie en 1982, que la politique de prévention est officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre les drogues. C'est en 1986 qu'est lancée la première campagne nationale de prévention de la drogue : « la drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle ».

Cette politique de prévention, qui était initialement orientée sur les produits, se fonde à présent sur les comportements, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire. Le rapport Parquet va prolonger cette approche sur les comportements en opérant une distinction entre comportements d'usage, d'usage nocif et de dépendance. Ces orientations seront développées par la suite dans le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie adopté en 1999. Progressivement, l'alcool, le tabac et toutes les substances psychoactives seront ainsi intégrés dans la lutte contre les drogues et dépendances.

Des modifications récentes concernent les centres spécialisés (CSST) qui vont passer de l'État à l'assurance maladie, tout comme l'ont été les dispositifs spécialisés pour l'alcool (CCAA). Il était d'ailleurs question de rassembler les CCAA et les CSST, mais le nouveau gouvernement Raffarin aurait fait marche arrière. Ce retournement de situation a d'ailleurs été mal vécu par de nombreuses personnes impliquées dans les problèmes de toxicomanie, car ils craignaient une séparation des produits, surtout de l'alcool. Le risque de voir se perdre tout le travail effectué ces dernières années était grand. Si le transfert des CSST à l'assurance maladie permet en quelque sorte une certaine pérennisation des crédits alloués, il faut tout de même y voir aussi la fin d'un certain monopole de l'État, sur des formes de prise en charge spécifiques de patients qui étaient souvent délaissés par les structures classiques, obligeant l'État à agir fermement il y a quelques décennies.

C) Les traitements de substitution en France : où en est-on ?

Il n'y a actuellement que deux substances psychoactives, le tabac et les opiacés, qui bénéficient réellement d'un traitement dit de substitution.

Les traitements de substitution ont pris une place dominante dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés, ils font appel à deux médicaments différents : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (subutex). Les indicateurs estiment autour de

92 000 les personnes sous buprénorphine haut dosage, et à 12000 celles sous méthadone, le nombre d'usagers d'opiacés étant estimé entre 150 000 et 180 000²⁹.

Les objectifs de ces traitements sont multiples : stabiliser l'usager de drogue afin de le réinscrire dans une dynamique de soins, supprimer les signes du sevrage consécutifs à l'arrêt de l'héroïne et réduire les risques inhérents à la consommation d'héroïne, à savoir les risques infectieux dont font partie le SIDA et les hépatites, mais aussi aider à la réinsertion sociale et professionnelle, à la sortie du monde de la délinquance et de la criminalité et à l'amélioration de la qualité de vie.

La substitution diminue de façon significative la mortalité globale des toxicomanes. Les indicateurs collectifs d'impact des traitements de substitution indiquent une chute spectaculaire des overdoses mortelles et des interpellations pour usage et trafic d'héroïne, depuis la mise à disposition des traitements.

La substitution doit être intégrée dans un projet thérapeutique pluridimensionnel à long terme qui intègre les facteurs médicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux.

Peu euphorisants (absence de flash réel), ces traitements impliquent une forte motivation du patient, car il y a un risque pour le patient d'associer à son traitement d'autres produits stimulants ou toxiques ainsi que de l'alcool. Ces traitements ne sont pas efficaces pour des dépendances à d'autres produits comme la cocaïne, le crack, les benzodiazépines.

La méthadone :

Son traitement est initié dans un centre spécialisé (CSST), mais depuis le début de l'année 2002 tous les PH peuvent initier le traitement, exceptés dans les services d'urgence. Sa prescription par un médecin de ville et sa délivrance par un pharmacien d'officine ne peut se faire qu'en relais, quand une certaine stabilisation a eu lieu.

La prescription maximale est de 14 jours. Dans le cadre de la prescription et de la délivrance de la méthadone en CSST, le traitement doit être délivré quotidiennement sous contrôle médical ou infirmier. Le médecin pourra, en fonction de la situation du patient et au regard de sa stabilisation, confier au patient jusqu'à 7 jours maximum de prescription. Les flacons de méthadone se présentent sous la forme de sirop non injectable.

La durée du traitement, de 30 à 52 semaines, doit être suffisante pour permettre la maturation d'un projet de vie.

²⁹ Source : BARBIER C., HERANVAL-MALLET C. Elargissement du cadre de la primo-prescription de méthadone. *Le flyer*, Mars 2002, n°7

En France, on a tendance à réserver la distribution de méthadone à des patients marginalisés, avec de nombreux paramètres à considérer sur le plan psychologique, social et somatique. Ce traitement est préféré au subutex chaque fois qu'un suivi dans un cadre institutionnel s'avère important et rapproché. Le contact rapproché avec l'infirmière, la psychologue et le travailleur social facilitent l'adhésion et l'acceptation du patient aux soins et à l'insertion.

Le relais en médecine de ville se décide en collaboration avec l'équipe et le médecin, lorsque le suivi institutionnel n'est plus indispensable, que la posologie de méthadone est stabilisée et que les contrôles urinaires attestent l'absence d'utilisation de drogues illicites. Il faut également s'assurer que le patient ait un minimum de stabilité sociale (couverture sociale, revenu minimum et logement stable), et enfin que le patient a la capacité de gérer son traitement de manière autonome.

Le subutex (buprénorphine haut dosage) :

Il peut être prescrit par tout médecin en première intention, sur ordonnance sécurisée pour une période maximale de 28 jours. Le subutex est indiqué pour un patient adulte, présentant une pharmacodépendance majeure aux opiacés, et toujours dans le cadre d'une prise en charge globale (médico-psycho-sociale). Le médecin généraliste, pour se faire, peut s'entourer de l'avis de confrères, d'infirmiers ou de travailleurs sociaux exerçant dans les centres d'accueil spécialisés (CSST), il doit aussi pouvoir s'appuyer sur les réseaux ville-hôpital toxicomanie.

Il est recommandé au médecin de se mettre en rapport avec le pharmacien d'officine choisi par le patient, le médecin note sur l'ordonnance le nom du pharmacien et le rythme de la délivrance. Il est conseillé de faire des prescriptions courtes dans un premier temps, sept jours maximum, et de demander une délivrance quotidienne pendant la période d'induction du traitement. Au moment de cette phase d'induction, le patient doit être revu au moins deux fois dans la semaine pour évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement, il convient aussi de l'aider à verbaliser ses difficultés et à assumer sa « nouvelle vie ». Ces premières consultations doivent aussi permettre le dépistage de pratiques persistantes d'injection et de polyconsommation.

Comme pour la méthadone, ce n'est pas le produit en lui-même qui traite la problématique du toxicomane, mais c'est ce qui va s'organiser autour qui sera déterminant dans le succès du traitement.

Les aléas de la substitution sont essentiellement l'alcoolisation, l'injection, l'association de psychotropes, la revente et le *deal* du produit de substitution.

Si la consommation d'alcool est fréquente au cours du traitement de substitution, elle doit être analysée. Il conviendra de rechercher une pathologie psychiatrique associée et de renforcer la prise en charge psychosociale.

La persistance de l'injection est liée à une dépendance de l'injection elle-même, de son environnement, des rituels de convivialité. Elle peut traduire la difficulté de renoncer au flash. Le toxicomane doit donc faire le deuil de l'injection. Cette complication est un inconvénient majeur du traitement par subutex.

L'association à des psychotropes vise à retrouver l'effet de bien-être généré auparavant par la consommation, « l'effet de défonce ». Dans ce cas il faut aussi rechercher une pathologie psychiatrique associée.

Les autres dérives de la substitution sont la revente, le *deal* du produit de substitution, le partage, les polyprescriptions.

L'état des lieux sur les traitements de substitution aux opiacés, et le bilan au début des années 2000 :

Un bilan des données disponibles sur les traitements de substitution a été réalisé par l'OFDT et la Direction générale de la santé (DGS). Un rapport détaillé devrait être publié au courant de l'année.

Si l'offre s'est largement répandue sur le territoire, il persiste des inégalités d'accès et de choix pour les patients en raison de l'inaccessibilité de la méthadone dans certains départements. Malgré la médicalisation de la prise en charge de la toxicomanie, la part du travail médical et infirmier dans les CSST resterait faible, limitant la possibilité de développer une prise en charge globale. Le fonctionnement des réseaux, devant permettre une prise en charge pluridisciplinaire, resterait insuffisant tant au niveau de l'organisation que des pratiques concrètes de coopération et de partage d'informations.

Au sujet de l'ampleur du phénomène d'abus, du nomadisme et du trafic, on peut avoir une idée de la qualité des prescriptions à partir des informations télétransmises aux caisses d'assurance maladie par les pharmacies d'officine, au moment de la délivrance des médicaments. Les doses de subutex prescrites augmentent, mais les posologies restent encore trop déterminées par les attitudes des médecins et incitent à optimiser la posologie sur des critères liés aux patients.

Le phénomène de trafic reste difficile à évaluer. Même avec un pourcentage assez faible de sujets recourant à des prescriptions multiples, il serait possible d'alimenter un trafic relativement important.

La perception des bénéfices de la prise en charge par les usagers est variable. Il est toutefois intéressant de constater qu'une partie d'entre eux se sentiraient piégés par la poursuite de leur dépendance à un médicament, à un médecin ou à une prise en charge.

La complexité de la dépendance aux opiacés et la reconnaissance d'une prise en charge qui peut durer toute une vie, incite à diversifier les traitements et prises en charge, en ajustant à chaque moment les prestations offertes à la situation et aux besoins fluctuants des individus.

S'il n'y a réellement que le tabac et les opiacés qui bénéficient d'un traitement dit de substitution, les laboratoires pharmaceutiques travaillent à l'élaboration d'autres substituts ou de substances intervenant dans les chaînes neurobiologiques mises en œuvre dans les processus de dépendance. C'est ainsi que pour l'alcool, la nalorphine est déjà utilisée. Une tentative de vaccin, sans résultat probant à ce jour, existerait pour la cocaïne...Le développement des neurosciences amène des données pharmacologiques nouvelles, qui auront certainement des incidences sur les traitements du futur.

1.2.2 Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a été adopté par le gouvernement le 16 juin 1999. Il s'appuie sur de nombreux rapports, des travaux scientifiques ainsi que des données européennes et internationales.

Le plan est fondé sur des constats essentiels qui seront développés par la suite. A partir de ces constats, le plan s'efforce de définir des priorités d'action ainsi que les moyens d'y parvenir. Son rôle consiste aussi à susciter des pistes de réflexion et d'expérimentations dans certains domaines où il existe peu de savoir-faire.

Les principaux axes du plan portent sur l'information et la communication, la prévention, la formation, les soins et l'insertion ainsi que sur un élargissement des actions à toutes les conduites addictives quel que soit le produit consommé.

A) Les constats du plan triennal :

- **la polyconsommation de drogues illicites et licite est de plus en plus fréquente.**

Les modes de consommation ont évolué. Il est constaté une diminution de la consommation de l'héroïne, une augmentation de celle de cannabis, une augmentation de la consommation d'alcool (ivresses répétées surtout) et de tabac chez les jeunes, une progression de la consommation de médicaments psychoactifs (chez les jeunes filles surtout), une banalisation des produits dopants et une polyconsommation de plus en plus fréquente (Exemple : Alcool + cannabis, ecstasy + alcool...)

- **le dispositif de prise en charge est inégalement réparti sur le territoire national, l'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge est insuffisant et la prévention n'est pas assez développée.**

Le système de soins est trop cloisonné et une grande partie des gens ne sont pas pris en charge. Le dispositif de soins est relativement développé pour les toxicomanes, mais il est peu diversifié, trop tourné vers la prise en charge des dépendants et trop orienté vers les héroïnomanes.

La prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool et le tabac est insuffisante au regard de la population concernée et des enjeux de santé publique. Les consommations abusives ou à risque ne sont pas repérées de manière assez précoce. Certaines personnes ne sont ainsi prises en charge que plusieurs années après l'installation de la dépendance, alors qu'on sait que les consommations ont commencé avant l'âge de 20 ans. Dans le domaine de la prévention, beaucoup d'actions sont conduites mais dépendent surtout du dynamisme des acteurs locaux. D'après certaines enquêtes, les actions de prévention en milieu scolaire ont concerné moins de 20% des élèves pour l'alcool et le tabac. Il y aurait aussi un manque de formation de certains intervenants.

- **Il existe une insuffisance d'information pour le public mais aussi pour les acteurs des politiques publiques.**

Malgré l'existence de débats passionnés, l'information mise à la disposition du grand public reste faible. Les dispositifs de soins de ville ainsi que l'hôpital sont insuffisamment attentifs

aux usagers de drogues. Les consommateurs excessifs d'alcool ne sont repérés que dans un cas sur deux et le problème du tabac reste peu pris en charge.

- **il n'existe pas de culture commune aux différents acteurs du champ des addictions.**

L'insuffisance de culture commune aux différents acteurs des milieux sanitaires, répressifs, sociaux et éducatifs constitue un frein important à la conduite de politiques bien comprises par tous.

- **Il existe des difficultés de conciliation entre les politiques de répression et les actions de santé publique.**

L'application de la loi du 31 décembre 1970 à l'égard des usagers a été constamment marquée par une difficulté à concilier l'action répressive avec les impératifs de santé publique. Si le nombre d'usagers interpellés a doublé en 5 ans (75000 en 1998), la procédure judiciaire ne permet pas encore suffisamment une rencontre utile avec les médecins ou les travailleurs sociaux.

B) Parmi les axes prioritaires du plan triennal : l'amélioration de la prise en charge à l'hôpital par le développement des équipes de liaison hospitalières.

Les personnes dépendantes sont accueillies dans de nombreux services hospitaliers où les interventions sont malheureusement trop cloisonnées et ne prennent pas suffisamment en compte la nécessité d'une prise en charge globale du comportement addictif. Les personnes dépendantes sont ainsi accueillies à l'hôpital en fonction de la pathologie associée dont elles souffrent, sans prise en compte particulière de leur dépendance.

L'un des axes prioritaires du plan triennal doit conduire à l'organisation au sein de l'hôpital de réponses coordonnées et d'une politique générale de lutte contre les dépendances par la création d'équipes de liaison en addictologie.

Ces équipes de liaison ont pour mission de promouvoir la délivrance de soins adaptés aux personnes dépendantes et de proposer des réponses spécifiques à leurs besoins. Ces équipes doivent aider au repérage et à l'orientation des personnes avec conduites addictives, elles doivent aussi faciliter les prises en charge relais à la fin des hospitalisations. Ces équipes ont un rôle de formation et de soutien des soignants.

L'objectif est d'équiper les établissements publics les plus importants d'une équipe de liaison en addictologie, à savoir une équipe dans chaque hôpital de plus de 200 lits, et au moins une par département. Cette orientation suppose le rapprochement des équipes « alcool » et « toxicomanie » déjà existantes, afin de tendre vers la création de nouvelles équipes capables de répondre aux problèmes posés par toutes les dépendances. La création d'équipes devra tenir compte des compétences spécifiques acquises, des besoins régionaux et des données épidémiologiques locales.

1.2.3 La mise en application de ces nouvelles politiques à l'hôpital.

Plusieurs circulaires vont être diffusées afin d'appliquer ces nouvelles politiques à l'hôpital. Il convient de mentionner que le secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale a rappelé dans **la circulaire du 8 juin 1999** que l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire : il a valeur d'exemple pour tout ce qui touche à la santé. Des actions de sensibilisation, d'information et de prévention doivent y être menées à destination des soignants, des malades et des visiteurs. L'aide au sevrage tabagique doit y être développée. La prévention du tabagisme fait dorénavant partie des critères d'accréditation. Le plein respect de la Loi EVIN du 10 janvier 1991 est une priorité hospitalière : interdiction de fumer dans tous les locaux de soins et tous les lieux recevant du public.

La circulaire du Premier Ministre du 13 septembre 1999, relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, oblige à mieux prévenir et prendre en charge les conséquences jusqu'à présent sous-estimées de l'usage du tabac, de la consommation abusive d'alcool, ainsi que de l'emploi excessif ou détourné des médicaments psychoactifs.

La circulaire du 3 avril 2000 de la Direction des hôpitaux et de la Direction générale de la santé, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie, rappelle les missions et le rôle de l'hôpital dans la lutte contre le tabagisme. Les unités de coordination de tabacologie doivent être intégrées aux équipes de liaison en toxicomanie et en alcoologie lorsqu'elles existent. Une consultation hospitalière de tabacologie est assurée par du personnel médical formé à la tabacologie avec l'appui de personnel paramédical (infirmier, psychologue, diététicien...). Le médecin, avec l'aide de l'infirmier et/ou du psychologue, s'il dispose du temps nécessaire, effectue le travail de liaison au sein de l'hôpital : conseils de sevrage des personnes hospitalisées, formation et soutien des équipes hospitalières.

Le développement d'un travail de liaison dans la lutte contre les dépendances à l'hôpital se confirme.

La circulaire précise aussi que la direction de l'hôpital doit faciliter la mise en œuvre de ces formations, qui doivent également toucher le personnel des services administratifs et techniques, sans oublier ceux chargés de l'accueil et de la sécurité.

La circulaire du 8 septembre 2000 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la Direction générale de la santé, relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives, prévoit une enveloppe financière de 38 millions de francs pour la création ou le renforcement d'équipes hospitalières de liaison en addictologie. Cette circulaire rappelle certains constats alarmants : les problèmes d'alcool et de tabac sont rarement pris en compte par les équipes spécialisées en toxicomanie, la consommation tabagique est rarement prise en charge par les équipes d'alcoologie et inversement. Les toxicomanies médicamenteuses sont, quant à elles, le plus souvent méconnues. Malgré un renforcement du dispositif de prise en charge dans les années 1990 et la création d'équipes d'alcoologie de liaison ainsi que d'équipes de soins spécialisées pour les toxicomanes, les réponses hospitalières aux problèmes des personnes ayant des comportements addictifs restent très en dessous des besoins. Parmi les nombreuses insuffisances constatées : l'insuffisance de repérage des usages, des abus ou des dépendances, une prise en charge trop limitée des jeunes qui se réduit le plus souvent à un passage aux urgences et à un retour à domicile sans avoir abordé le problème de l'addiction, une limitation au traitement des complications.

La mission de prévention, destinée à promouvoir les comportements favorables à la santé au sein des établissements, est quasi inexistante.

Les établissements de santé doivent s'organiser afin de favoriser l'accueil et la prise en charge des personnes présentant une conduite d'usage nocif ou un comportement de dépendance en créant des équipes de liaison en addictologie. Les équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie doivent, à terme, rapprocher leurs compétences afin d'envisager des réponses centrées sur les personnes et les comportements et non plus uniquement sur les produits.

Afin de mieux repérer et dépister les comportements, les principales missions des équipes de liaison sont de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Un partenariat devra être recherché avec les médecins généralistes, la psychiatrie, les centres spécialisés comme les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA), les services hospitaliers spécialisés, le dispositif social, les réseaux de santé et les réseaux centrés sur une pathologie. La collaboration avec les associations, comme par exemple celles d'anciens buveurs, est encouragée.

Afin d'encourager les coopérations entre les trois pôles, centres spécialisés, services hospitaliers et réseaux d'acteurs locaux, il est souhaitable qu'une coordination soit organisée par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

A titre indicatif, une équipe de liaison en addictologie est composée d'un praticien hospitalier à temps partiel et de deux à trois équivalents temps plein de personnel non médical (infirmière, psychologue, travailleur social...) et d'un temps de secrétariat médical. La création d'une unité fonctionnelle d'addictologie peut être envisagée, elle pourra disposer d'un budget spécifique et présenter son propre rapport d'activité. Le rattachement de l'équipe de liaison à cette unité fonctionnelle ou à un service disposant de lits pour assurer les sevrages ou les bilans est décisif pour assurer l'identification et la reconnaissance de l'équipe de liaison.

Afin d'attribuer les crédits destinés à la création de ces équipes de liaison, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) doit tenir compte :

- De la situation du département en matière de comportements addictifs
- De la cohérence du projet au sein de l'hôpital, de son inscription dans le projet d'établissement avec implication des services d'urgences, de médecine et de psychiatrie
- Du rapprochement des acteurs chargés des activités alcool, toxicomanie et tabac dans les établissements de santé
- Des possibilités offertes en hospitalisation pour sevrages, bilans et soins aux personnes dépendantes au sein de l'établissement et dans les unités fonctionnelles d'addictologie
- Du travail en réseau avec le dispositif spécialisé et les réseaux d'acteurs locaux, la signature de conventions entre les partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale étant vivement souhaitée
- D'un éventuel effort interne de l'hôpital, pour la constitution de cette équipe de liaison ou d'une unité fonctionnelle d'addictologie

2 LA SITUATION ACTUELLE EN ALSACE ET A STRASBOURG

2.1 Un contexte régional qui amène à considérer la lutte contre les addictions comme une priorité

2.1.1 La situation en Alsace au travers des Conférences régionales de santé (CRS) et des Programmes régionaux de santé (PRS)

Les trois premières causes de décès en Alsace sont : les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, les traumatismes et empoisonnements.

L'Alsace est au premier rang national des régions à forte mortalité pour les maladies cardiovasculaires chez l'homme (surmortalité pour cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires).

Pour les cancers, l'Alsace est au troisième rang des régions à forte mortalité chez les femmes et au septième chez les hommes.

La sixième CRS³⁰ a eu lieu en janvier 2002.

Si l'on étudie la situation à partir des constats établis à l'occasion des différentes CRS, l'existence d'une forte mortalité prématurée (avant 65 ans) constitue un problème important en Alsace. C'est la tranche d'âge des 45-65 ans qui présente une très forte surmortalité prématurée, 65 % des décès prématurés sont liés à des facteurs de risque individuels³¹ : conduites addictives (tabac, alcool) et accidents.

Dès la première CRS, la consommation excessive d'alcool était retenue comme l'un des déterminants prioritaires à prendre en compte pour améliorer l'état de santé des alsaciens.

³⁰ Les CRS font suite aux Ordonnances JUPPE de 1996. Rappelons que, parmi les principales dispositions mises en place par les ordonnances JUPPE, figurent la mise en place des CRS, l'élaboration de PRS, la mise en place des ARH et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

³¹ Chiffres énoncés dans le document préparatoire à la consultation régionale pour la Loi de programmation quinquennale, devant être soumise par le gouvernement au Parlement dès le premier semestre 2003.

***L'Alsace a une forte activité vinicole et brassicole.
Un décès sur vingt en Alsace est lié à l'alcool.***

La CRS de 1997 fut en partie consacrée à la lutte contre les toxicomanies. Lors de cette conférence il fut rappelé certaines caractéristiques géographiques du Bas-Rhin et tout particulièrement la proximité immédiate de pays où les législations sont différentes.

La CRS de 1999 rappelait qu'il fallait poursuivre et accentuer les actions en faveur des jeunes.

La CRS de 2000 était centrée sur les jeunes autour de trois thèmes de débat : mal-être, bien-être, conduites à risque et alimentation. Le jury avait alors demandé à ce qu'une priorité soit accordée à la santé des jeunes et des enfants, en privilégiant les actions de prévention des conduites addictives et l'accès des jeunes à l'écoute, aux conseils, et aux soins nécessaires.

Quatre PRS ont été élaborés depuis 1995 :

- Un programme de lutte contre le cancer de 1995 à 2000
- Un programme de lutte contre le SIDA de 1998 à 2000
- **Un PRS « Alcool » de 2000 à 2004**
- Un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

L'élaboration du PRS « Alcool » a permis d'inscrire dans le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) des recommandations par rapport aux équipes de liaison en alcoologie. Le PRS « Alcool » a des objectifs principaux : promouvoir une approche globale des personnes en difficulté avec l'alcool, favoriser l'accès aux soins par une meilleure coordination des moyens existants, diminuer l'incidence des conduites d'alcoolisation dommageables, développer et harmoniser la prévention et favoriser une observation durable du problème alcool à l'échelle de la région.

Les perspectives de travail³² à court et à moyen terme dans la lutte contre l'alcool sont :

1. généralisation d'une culture commune sur les conduites addictives
2. développement des unités hospitalières d'addictologie.

³² Ces perspectives sont rappelées dans les actes de la conférence régionale de santé d'Alsace, Bischwiller, 22 janvier 2002

3. élaboration d'une organisation territorialisée des offres de prévention, surtout en direction des enfants et des jeunes.

Le PRS « Alcool » a été jusqu'à recommander des équipes de liaison en addictologie, les recommandations du rapport Parquet ayant été prises en compte en cours d'élaboration du PRS.

Il est par ailleurs prévu de modifier ce PRS « Alcool » et de le transformer en PRS « Addictions ».

Les données recueillies sur la santé des jeunes, préoccupation récurrente lors des conférences régionales, montrent que le comportement des jeunes alsaciens ne se démarque pas de celui des jeunes des autres régions³³.

Quelques faits marquants issus du « Baromètre santé jeunes 2000 » illustrent la situation régionale. Dans la région, près de 4 jeunes de 12-25 ans sur 10 déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps, dont 3 sur 10 de façon quotidienne. Globalement le nombre de fumeurs est plus élevé chez les garçons que chez les filles, cependant la prééminence du tabagisme masculin ne s'observe pas à tous les âges. En effet, à 12-14 ans, les filles sont deux fois plus nombreuses à fumer, cela correspond à un âge d'initiation au tabagisme plus précoce. Trois fumeurs sur quatre déclarent avoir déjà essayé de s'arrêter, et un sur deux déclare avoir envie de s'arrêter.

Les habitudes de consommation d'alcool montrent que si la grande majorité des préadolescents ne sont pas concernés par la consommation d'alcool, un peu plus de 4 % des 12-14 ans déclarent en avoir consommé une ou plusieurs fois par semaine. La consommation se concentre surtout le week-end, et les jeunes alsaciens de 15 à 19 ans consomment plus volontiers de la bière. Les ivresses répétées sont très majoritairement masculines et fortement liées à la consommation pluri-hebdomadaire.

Le cannabis est très largement au premier rang des drogues illicites consommées par les jeunes alsaciens dont un sur deux s'en est déjà vu proposer. Un peu plus d'un jeune sur dix consomme du cannabis de manière répétée ou régulière. Un tiers des jeunes est favorable à la libéralisation du cannabis.

Les jeunes alsaciens font un peu plus de sport et auraient tendance à légèrement moins fumer (tabac et cannabis) et boire que la moyenne nationale. Cependant, la prévention des

³³ Résultats du baromètre santé 2000 consacré aux 12-25 ans

conduites addictives et des comportements à risques chez les jeunes n'en demeurent pas moins des objectifs de santé publique³⁴.

2.1.2 Un dispositif régional d'équipes de liaison en addictologie

Ce dispositif ³⁵s'est mis en place progressivement sur l'ensemble de la région Alsace, dans les principaux établissements hospitaliers. Il est réparti de façon assez homogène sur l'ensemble de la région. Les équipes ont un fonctionnement différent en fonction des hôpitaux dans lesquels elles se situent. Certaines équipes prennent en charge les alcooliques, les toxicomanes et les tabagiques, d'autres ont des orientations uniquement « alcoologie » ou par exemple « alcoologie-psychiatrie ». Si plusieurs types de combinaisons se voient en pratique, ces équipes sont tout de même en grande majorité portées par des services de médecine. L'équipe de Mulhouse se différencie des autres par son point de départ qui est la psychiatrie. Les équipes ont connu une extension de leurs activités au cours du temps, par exemple extension de l'alcool au tabac et à la toxicomanie. Le tableau récapitulatif, en annexe 3, reprend les activités actualisées et réellement exercées par les équipes.

Un bilan de l'ensemble des équipes de liaison en addictologie a été réalisé à Paris le huit octobre 2002 lors d'une journée coordonnée par Mme Nicole MAESTRACCI, alors qu'elle était encore présidente de la MILDT. Les chiffres montrent une nette progression des équipes de liaison en addictologie en France ; on est passé de 107 équipes en l'an 2000 à 262 en 2002. Les trois régions de France les mieux équipées sont l'Île de France, la région Rhône-Alpes et le Nord-Pas de Calais. Cependant, après pondération en fonction du nombre d'habitants, les différences sont moins importantes. l'Alsace est relativement bien dotée, sauf à Strasbourg où il n'existe aucune équipe de liaison en addictologie, l'agglomération strasbourgeoise regroupant par ailleurs près de 40% de la population du département et disposant du plus grand hôpital de la région.

Un dispositif de prise en charge cohérent s'est mis en place sur le Bas-Rhin, autour d'une coordination des CCAA, et d'un renforcement des équipes hospitalières d'alcoologie. Des rapprochements entre les équipes concernées par l'alcoologie, la tabacologie et les

³⁴ Objectifs rappelés dans le document préparatoire à la consultation régionale pour la Loi de programmation quinquennale en santé publique, par la DRASS d'Alsace

³⁵ Liste des équipes hospitalières de liaison en addictologie dans la région Alsace : annexe n°3

toxicomanies se sont effectués un peu partout et de nouvelles équipes se sont créées à Saverne, Mulhouse et Colmar.

Le partenariat de certaines équipes avec les instances judiciaires a surtout progressé dans le cadre de la sécurité routière, où s'observe une progression des incitations adressées aux conducteurs ayant une alcoolémie excessive à se rapprocher d'un CCAA. Un bon exemple de fonctionnement de ce dispositif est observé à Saverne.

2.2 L'état des lieux des structures hospitalières du CHU de Strasbourg impliquées dans la prise en charge des conduites addictives

2.2.1 Le CHU, plus grand hôpital d'Alsace, sera profondément restructuré dans les années à venir

Les hôpitaux universitaires de Strasbourg représentent le centre hospitalier le plus important d'Alsace, et sont le seul CHU de la région.

Le CHU de Strasbourg est en fait constitué de plusieurs hôpitaux distincts et complémentaires. L'Hôpital Civil, le plus ancien, est situé au centre ville, alors que le plus récent est à Hautepierre, à une dizaine de minutes du centre ville par l'autoroute. Deux autres sites font partie des HUS : l'ancien hôpital militaire Lyautey, situé au Neuhof à l'ouest de la ville et qui comprend essentiellement le service de pneumologie, et l'hôpital de la Robertsau qui est destiné surtout aux personnes âgées.

Le projet médical, qui fait partie du projet d'établissement 2000-2005, énonce certaines faiblesses et points forts des HUS. L'établissement est confronté à des difficultés en grande partie liées à sa structure et à son organisation. Les locaux sont vétustes et inadaptés, la dispersion sur plusieurs sites et l'architecture pavillonnaire de l'hôpital civil induisent des dysfonctionnements qui portent préjudice à la qualité des prestations fournies aux malades et génèrent des surcoûts importants.

De grands travaux sont engagés pour construire le Nouvel Hôpital Civil (NHC) sur le site du centre ville, qui sera l'un des deux pôles géographiques majeurs de l'hospitalisation de court séjour. La restructuration de l'Hôpital de Hautepierre constituera le deuxième pôle géographique majeur des HUS. Il est prévu un troisième pôle uniquement logistique, qui regroupera sur une même plate-forme plusieurs fonctions logistiques afin d'en rationaliser la gestion.

Le futur site du centre ville regroupera la majorité des cliniques habituelles, on y retrouvera les disciplines de pneumologie et cardiologie, la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, la chirurgie digestive et urologique, l'ophtalmologie, la médecine interne, l'hépto-gastro-entérologie, la néphrologie et les réanimations médicales et chirurgicales.

Des lits « porte », des postes de dialyse ainsi qu'un plateau technique constitué d'un service d'urgence, de blocs opératoires, d'une structure d'hospitalisation de jour, viendront s'articuler autour de cette nouvelle entité.

L'hôpital de Hautepierre, qui constituera le deuxième pôle de la restructuration des HUS, devrait héberger toutes les disciplines qui s'y trouvent actuellement, moins la cardiologie et la pneumologie, plus les disciplines du centre ville qui n'auront pu être hébergées dans le Nouvel Hôpital Civil. Il sera cependant nécessaire de construire un bâtiment complémentaire car toutes les disciplines ne trouveront pas de place dans les surfaces actuelles. L'évolution envisagée, consiste à regrouper dans ce bâtiment neuf, des disciplines de médecine, de dermatologie, de neurologie, d'onco-hématologie, les laboratoires et l'anatomie pathologique. L'ensemble jouxtera le troisième pôle, le bâtiment mère-enfant, déjà en place.

La restructuration des HUS s'avère indispensable mais délicate sur le plan technique et organisationnel, sans oublier les enjeux financiers qui devront aussi être pris en compte. La politique de l'établissement pour les années à venir doit tenir compte de ces changements et s'y préparer. La création d'une équipe de liaison rapprochant différents acteurs des trois futurs principaux sites, devra aussi tenir compte de cette restructuration des HUS, même si elle fait partie intégrante du projet d'établissement.

2.2.2 Les dispositifs intra-hospitaliers qui prennent en charge les patients consommateurs de substances psychoactives :

A) Le service de Médicale A :

Ce service de médecine interne est situé à l'hôpital civil. Parmi ses activités cliniques et thérapeutiques figurent les soins et les sevrages pour toxicomanes aux opiacés. Les hospitalisations pour sevrage ont concerné 35 patients en 2000, 45 patients en 2001. Le « Fil d'Ariane » est un CSST installé au rez-de-chaussée de la médicale A ; il accueille des usagers de drogues dépendants aux opiacés et dispense les traitements de substitution de type méthadone. Au cours de l'année 2000, 77 patients ont été accueillis ; parmi eux 23 nouveaux patients et 47 traités par méthadone. Durant l'année 2001, 121 patients ont été accueillis dont 33 nouveaux patients et 69 traités par méthadone. La consultation de

polyclinique, qui est en fait une consultation de médecine générale, accueille de nombreux toxicomanes pour soins et sevrage en ambulatoire, tous les matins sauf le mardi matin. 1710 consultations pour 574 patients différents ont été effectuées du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001, donc sur 2 ans. Il convient d'y ajouter un centre de consultations de dépistage anonyme et gratuit également situé au rez-de-chaussée de la médicale A. Quatre lits répartis dans l'ensemble des services de la médicale A ont été attribués spécifiquement à la prise en charge des toxicomanes. Trois médecins de médicale A prennent en charge ces consommateurs de substances psychoactives

B) La Clinique psychiatrique de l'hôpital civil :

En matière d'addictologie, la Fédération de psychiatrie s'occupe surtout de soins et de sevrages. Elle présente un intérêt majeur dans l'association des pathologies psychiatriques, important facteur de comorbidité des toxicomanies. Une unité d'hospitalisation mère-enfant y accueille les femmes qui souhaitent entreprendre un sevrage. Quatre lits de l'ensemble de la clinique sont réservés à la prise en charge des toxicomanes (1 lit par unité).

C) Le centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) du Pavillon LERICHE de l'hôpital civil :

Il assure les consultations médico-psycho-sociales des personnes ayant un problème avec l'alcool, du lundi au samedi sur rendez-vous.

L'activité de l'année 2000, qui comprend celle de l'Hôpital civil et celle du CCAA de Hautepierre, est de 1770 actes médicaux et thérapeutiques (il s'agit en fait du nombre d'actes effectués par la structure incluant les consultations médicales, para-médicales ainsi que les séances de thérapies). L'activité du CCAA comprend ainsi 755 consultants (on appelle consultant toute personne qui aura au moins fait l'objet d'un entretien approfondi ou d'un bilan complet) dont 330 nouveaux consultants buveurs et parmi eux 129 fumeurs.

D) Le centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) de l'hôpital de Hautepierre :

Rattaché au service de nutrition du CHU, des consultations y sont effectuées, uniquement une demi-journée par semaine. L'activité 2000 est comptabilisée avec celle du CCAA du Pavillon Leriche de l'Hôpital civil.

E) Une consultation de sevrage tabagique au service de pneumologie de l'Hôpital LYAUTEY :

Elle est située dans l'ancien hôpital militaire qui se trouve dans le quartier du Neuhof, cet hôpital est décentré mais fait partie intégrante des HUS comme nous l'avons vu précédemment.

Des consultations individuelles d'aide au sevrage et des informations en groupe y sont organisées. Un médecin y assure des vacations à raison de deux demi-journées par semaine. Une intervenante psychologue est rattachée au service. Cette dernière effectue aussi des interventions dans les établissements scolaires de l'Education Nationale.

F) Une consultation de sevrage tabagique au service de pneumologie de Haute-pierre :

Des consultations de sevrage pour tout public y sont assurées. Le médecin responsable est un pneumologue qui exerce aussi en ville.

G) Des services d'urgence et de réanimation :

Ils accueillent des toxicomanes avec comorbidités. La délivrance de médicaments de substitution ne s'y effectue pas.

Un service d'urgence et de réanimation est situé à l'hôpital civil (Pasteur). Un autre service d'urgence et de réanimation est situé à l'hôpital de Haute-pierre.

H) Les autres services hospitaliers :

De nombreux services hospitaliers sont susceptibles de prendre en charge des patients consommateurs de substances psychoactives, soit en raison des pathologies intercurrentes ou tout simplement du fait qu'il est parfois difficile de trouver un lit pour un patient des urgences.

Si l'on considère qu'il faut s'intéresser à l'ensemble des patients consommateurs de tabac, d'alcool ou de substances comme les médicaments psychotropes, il serait assez logique de citer l'ensemble des services hospitaliers des HUS comme devant faire partie du dispositif de prise en charge des consommateurs de substances psychoactives.

Nous citerons comme exemple la dermatologie et la gastro-entérologie, qui ont des lits utilisés par les alcooliques, et qui font partie des services qui prennent en charge les pathologies en relation avec l'usage de drogues (VIH, hépatites...). Les services de

chirurgie, obstétrique ainsi que la clinique dentaire, font partie de ceux qui prennent en charge les pathologies intercurrentes.

Les structures citées ci-dessus ont des activités parfois mal connues, c'est la raison pour laquelle ne sont données que certains chiffres validés (indispensables au suivi et au financement de structures comme par exemple les CSST et les CCAA).

3 DISCUSSION SUR LA MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE A PARTIR DES ENTRETIENS

3.1 Méthode d'investigation et analyse des thèmes principaux émanant des entretiens

3.1.1 Méthodologie d'investigation

Les constats de départ nous ont amenés à formuler des hypothèses qu'il convient à présent de « tester ». Rappelons que les difficultés de mise en place d'une équipe de liaison en addictologie aux HUS, pourraient avoir certaines causes :

- soit une insuffisante appropriation du concept d'addiction par les acteurs de terrain et peut-être des difficultés de mise en pratique d'un concept théorique,
- soit un manque de motivation des personnels hospitaliers, et des problèmes de collaboration entre médecins, et entre médecins et paramédicaux, ou entre différents acteurs de l'hôpital,
- soit des problèmes de fonctionnement du CHU, avec des difficultés à envisager le rôle et la place d'une telle équipe de liaison, au sein d'un hôpital composé de plusieurs pôles dispersés sur la communauté urbaine de Strasbourg, et en voie de restructuration.

Afin d'interroger diverses personnes susceptibles de participer à nos investigations, et de permettre une discussion, un questionnaire³⁶ a été conçu afin de placer tous les sujets face à nos hypothèses de travail. Le but de cette démarche est d'obtenir des réponses sincères en prenant des précautions, compte tenu de certaines questions plus ou moins gênantes, comme par exemple celle qui suspecte une mauvaise collaboration de certains médecins, ou encore celle qui émet des doutes sur le bon fonctionnement de l'hôpital.

Débuter un questionnaire par une question fermée sur l'acceptation ou non d'un nouveau concept assez théorique et dont il est peu question en pratique n'aurait pas de sens.

³⁶ Questionnaire en annexe 5

La première question, qui porte sur l'exercice quotidien de la personne interrogée face aux consommateurs de drogues, et qui a priori ne semble pas directement correspondre à nos hypothèses, est importante car elle permet d'établir le contact, d'aborder le sujet sur les conduites addictives, et d'introduire la problématique à l'hôpital (la deuxième partie de la question portant sur d'éventuelles améliorations de la prise en charge à l'hôpital). Le questionnaire a aussi été établi afin de permettre aux acteurs extra-hospitaliers de s'exprimer à partir de leur pratique quotidienne, et de ne pas leur donner l'impression que tout se focalise sur l'hôpital. A titre d'exemple, un médecin généraliste répondra plus facilement aux questions 1, 2 et 6 qu'aux questions 3, 4 et 5 qui concernent directement l'hôpital. Les acteurs hospitaliers sont par contre concernés par l'ensemble des questions, auxquelles ils devraient pouvoir répondre aisément. L'ensemble du questionnaire a ainsi pu être soumis à 18 personnes sur 19 interrogées.

Un ensemble de raisons nous a ainsi amené à privilégier des questions d'opinion portant sur la manière de penser ou de juger, en sachant que ce genre de question est souvent mieux accueilli.

Les entretiens individuels³⁷ ont été réalisés auprès de diverses personnes travaillant aux hôpitaux universitaires de Strasbourg et de quelques professionnels exerçant en ville. Les acteurs hospitaliers intervenant dans le champ des addictions sont nombreux : médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, directeurs...

S'il semblait judicieux d'interroger les professionnels directement impliqués dans la future équipe du fait de leur activité d'alcoolologue, de médecin interniste responsable d'un CSST ou d'urgentiste, il semblait logique d'effectuer des entretiens auprès d'acteurs extérieurs à l'hôpital, susceptibles d'hospitaliser des patients ou de prendre le relais à la sortie de ces derniers. Il fut ainsi décidé de voir notamment un médecin généraliste installé à Strasbourg, ainsi qu'un médecin urgentiste travaillant à SOS médecins, et un psychiatre exerçant en libéral.

Ces entretiens ont permis de dégager plusieurs thèmes et pistes de réflexion sur les opinions des différents acteurs au sujet des conduites addictives, de la prise en charge des patients consommateurs de drogues en général et plus particulièrement aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, sur les relations entre acteurs intra-hospitaliers et extra-hospitaliers etc...

Il faudra tenir compte des idées et propositions développées à partir de ces entretiens, lors de la constitution effective de cette équipe de liaison.

³⁷ Liste des entretiens individuels réalisés, en annexe 4

Si les différents thèmes étudiés sont directement liés aux questions posées et aux hypothèses formulées au départ, il est intéressant de constater, qu'en plus des thématiques prévues dans la grille d'entretien, d'autres informations non recherchées ont été recueillies et seront présentées dans un deuxième temps.

Précisons encore que la lecture transversale des différentes thématiques a été effectuée à partir d'une grille d'analyse de contenu, et qu'une synthèse suivra l'analyse des différents thèmes.

S'il a été décidé de ne pas citer précisément les auteurs, pour des raisons essentiellement de confidentialité, l'analyse des entretiens tiendra compte de phrases tirées des interviews et mises entre guillemets. La spécialité du professionnel ou son lieu d'exercice pourront être précisés lorsque cela paraît nécessaire à la compréhension des thèmes analysés ou judicieux pour le lecteur.

3.1.2 Analyse des thèmes principaux prévus par le questionnaire

A) Le concept d'addiction : perception et acceptation par les acteurs de terrain, les professionnels doivent-ils le prendre en compte dans leur pratique quotidienne?

Si les chercheurs en neurosciences et certains acteurs de prévention de Strasbourg sont persuadés de la pertinence dans la pratique clinique de certains concepts soutenus par la MILDT, il en est tout autrement de certains professionnels qui restent attachés à une culture spécifique sur un produit donné, ou qui ne voient pas l'importance du concept d'addiction en pratique. Les avis sont ainsi partagés.

a) *Les raisons d'accepter un tel concept et de le prendre en considération dans un cadre de travail quotidien sont importantes pour certains acteurs :*

« Le concept d'addiction permet de mieux agir sur l'origine de l'addiction qui est multiple...si l'on veut traiter il faut aller chercher dans son passé...chercher un mal-être ». Si le concept est une « évidence » pour la pratique quotidienne du médecin généraliste interrogé, certains soignants l'intègrent dans leur exercice car : « il permet un langage commun...les gens ne viennent pas seulement avec un seul problème, ils viennent au minimum avec le problème alcool plus tabac...on est loin de l'alcoolique emblématique d'il y a vingt ans... ».

Le concept permet ainsi une meilleure compréhension des problèmes, il évite de trop stigmatiser, et permet une approche plus globale. L'une des personnes interrogées disait : « c'est important car la porte d'entrée est encore trop souvent le stupéfiant » .

b) Certains professionnels émettent des doutes, ont des appréhensions ou éprouvent des difficultés à appliquer le concept en pratique :

Un médecin dit : « Il existe une spécificité des toxicomanes par rapport à l'alcool et au tabac... j'ai des doutes sur le tronc commun tabac et alcool, pour moi ce sont deux choses totalement différentes, l'alcool est surtout un problème social...le tabac n'est pas un comportement de fuite... ». Certains professionnels tiennent compte de la complexité des patients et des difficultés à les sevrer de l'une ou l'autre drogue : « Je me vois mal faire arrêter le tabac à un toxicomane en cours de sevrage » disait un autre médecin. Encore un médecin : « Je ne suis pas convaincu qu'il faille traiter les deux à la fois, à savoir le tabac et l'alcool, c'est bien de laisser une soupape comme le tabac... ». Le pragmatisme de certains professionnels, souvent confrontés à des patients dépendants, est ici reconnu.

Si la spécificité de chaque produit est incontournable et que la plupart des professionnels reconnaissent les limites d'un tel concept, la réflexion d'une aide-soignante mérite d'être citée : « le concept d'addiction est difficile à mettre en place dans un service d'urgence, c'est plus facile dans les services hospitaliers...mais peut-être qu'on ne se donne pas les moyens... »

« N'est-il pas par ailleurs dangereux de mélanger ce qui est licite et ce qui est illicite, au niveau de la symbolique ? » suggère un psychiatre ...

B) Le manque de motivation et les problèmes de collaboration au sein de l'hôpital

a) La mise en place d'une équipe de liaison en addictologie aux hôpitaux universitaires de Strasbourg est-elle souhaitée par les acteurs locaux ?

Nous admettons que la mise en place de l'équipe de liaison se justifie du point de vue historique, régional et local, compte tenu des besoins de la population.

La mise en place d'une équipe est souhaitée pour différentes raisons :

Dans le contexte actuel de l'hôpital surchargé, plusieurs professionnels pensent que cette équipe constituerait une grande aide pour l'ensemble des équipes soignantes : « c'est de l'accompagnement qu'il faut...l'un des rôles de cette équipe consiste à soutenir les équipes déjà en place ».

L'un des rôles de cette équipe de liaison serait d'amener une ouverture, une autre réponse et d'autres solutions face à des problèmes difficiles, et dont on ne tient pas assez compte lors du passage des patients à l'hôpital : « le problème du tabac n'est pas assez pris en compte aux urgences » disait un membre du personnel des urgences. Un médecin nous rappelle que « des tas de gens qui fument et qui boivent ne sont pas pris en charge ».

Les médecins, directement impliqués dans la prise en charge des patients qui souhaitent effectuer un sevrage, pour l'héroïne ou l'alcool, justifient la mise en place de l'équipe en raison des listes d'attente pour sevrage, et de l'augmentation grandissante des demandes de mise sous méthadone.

« Les dispositifs de prise en charge actuels ne règlent pas les problèmes... »

La mise en place d'une équipe est réfutée pour d'autres raisons :

« Ça fera encore du monde en plus aux urgences...alors qu'il y a déjà beaucoup de monde : médecins, infirmières, assistantes sociales... ». Un professeur de médecine déclare que les équipes de liaison ne donnent que rarement satisfaction, il dit qu'il conviendrait mieux de faire fonctionner correctement les dispositifs déjà existants.

Pour certains, la mise en place n'est pas souhaitée, car « certains médecins et certaines équipes de soins sont un peu réticents à la prise en charge de ces patients, certaines équipes sont très peu tolérantes vis à vis de ces patients... ». S'il existe un manque de motivation de certains acteurs, certains reconnaissent que « la toxicomanie n'est pas une priorité des HUS », et que pour créer une telle équipe il faut avoir un soutien logistique de la direction des HUS. Des moyens supplémentaires devront être mobilisés, ce dont certains soignants sont peu conscients. Un seul considère qu'il sera difficile d'obtenir des temps-plein au niveau de l'ARH. Au contraire, l'un des acteurs pense que « l'équipe créerait des emplois et ce serait bien ... ».

Il convient cependant d'être prudent, car les membres de l'équipe pourraient être très vite débordés par les demandes venant de l'ensemble des services de l'hôpital.

Le manque d'investissement et de motivation d'une partie du personnel hospitalier interroge. En ce qui concerne le tabac, le personnel ne montrerait pas le bon exemple : « au sujet du

tabac, le personnel hospitalier c'est impressionnant ! ». Le manque d'investissement de certains professionnels existerait aussi lorsqu'il s'agit de prendre en charge certains types de patients : « les anesthésistes ne s'investissent pas assez dans la prescription des traitements de substitution, les chirurgiens c'est même pas la peine de leur demander... »

b) *Les acteurs hospitaliers intervenant dans les domaines de l'alcoologie, de la tabacologie et de la prise en charge des toxicomanes aux opaciés et autres drogues : rapprochement et collaboration.*

Le rapprochement des différents acteurs semble nécessaire afin d'améliorer la prise en charge des patients. Il existerait des problèmes de communication entre médecins, mais aussi entre médecins et infirmières, les différentes missions des uns et des autres étant devenues plus difficiles en raison du surcroît de travail et du manque d'effectifs. C'est dans un tel contexte que certains voient l'intervention d'une équipe de liaison : « une ELA peut ainsi faire tampon, ce serait bien car elle jouerait un rôle d'intermédiaire neutre... »

Si les infirmières sont bien conscientes de leurs missions de prévention, par exemple face aux fumeurs, elles prétendent que tout dépend du médecin chef de service : « c'est lui le maître à bord ». Une infirmière dit que les médecins ne sont pas assez convaincants lorsqu'il s'agit d'arrêter le tabac, et qu'il y a souvent des désaccords entre soignants sur ce qui a été exigé au départ, par exemple dans le contrat de sevrage effectué avec le patient : « les médecins sont souvent plus tolérants que les équipes de soins... ».

La comparaison entre Strasbourg et d'autres hôpitaux comme Saverne, Haguenau ou Wissembourg est intéressante : « À Strasbourg il y a beaucoup de médecins, mais le suivi de ces patients ne nécessite pas forcément la présence d'un médecin... Dans les autres villes, et dans 90 % des cas, c'est un binôme qui suit les patients : médecin-infirmière ou psychologue-infirmière ».

Le rapprochement est souhaitable car il permet le partage d'expérience : « on a toujours des choses à apprendre... » disait une infirmière.

Peu de patients des services de chirurgie sont adressés aux équipes existantes, et les collaborations dépendant fortement de l'histoire locale des services hospitaliers. C'est ainsi que la Médicale A travaille beaucoup avec les urgences Pasteur et que les médicales A et B travaillent avec le CCAA de l'hôpital civil.

Les acteurs locaux étant partagés et parfois contradictoires sur l'application des politiques de substitution (méthadone), les collaborations sont rendues plus difficiles.

Les collaborations existent avec les services de psychiatrie, surtout en raison de l'importance des facteurs de comorbidité psychiatrique, mais elles pourraient être améliorées.

Une proposition intéressante consiste à créer un pôle d'addictologie qui impliquerait plusieurs chefs de service, « la nomination d'un chef de pôle par l'ARH est souhaitable, plusieurs chefs pourraient être candidats à ce poste ».

C) Les problèmes de fonctionnement et d'organisation au niveau de l'hôpital : rôle et place d'une équipe de liaison en addictologie.

a) *La prise en charge des sujets présentant des conduites addictives à l'hôpital :*

Il est difficile d'obtenir des chiffres au sujet de ces activités, aussi bien dans les services de médecine qu'aux urgences. L'importance des listes d'attente avait déjà été évoquée précédemment, elle est rappelée ici pour les sevrages de toxicomanes à l'héroïne. Les délais d'attente sont trop longs pour les CCAA, il existe une augmentation des demandes pour stopper le tabac et les délais pour obtenir une consultation de tabacologie sont de plus en plus longs.

Les principaux constats effectués aux urgences de l'hôpital civil et de l'hôpital de Hautepierre sont :

- Une augmentation des polyconsommations et polymédications
- Une nette diminution des overdoses
- Une augmentation des ivresses aiguës
- Une augmentation des mauvaises indications du subutex (buprénorphine haut dosage), utilisé comme traitement de substitution et pouvant être prescrit par les médecins de ville. Certains médecins manifestent leur inquiétude au sujet d'une dépendance plus grande vis à vis du subutex : « il faut huit jours pour sevrer quelqu'un de l'héroïne, trois semaines pour le subutex »
- Une augmentation de la consommation d'ecstasy
- Une augmentation des accidents liés au cannabis
- Une augmentation des tentatives de suicide
- Une augmentation des comportements à risque
- Une augmentation de la violence
- Le problème du tabac qui n'est pas assez pris en compte aux urgences

Les difficultés de prise en charge de certains patients sont liées au fait que lorsqu'ils arrivent à l'hôpital ils présentent déjà des complications, ils sont déjà dépendants et il est impossible de prévenir : « c'est trop tard, l'addiction est déjà là... »

La prise en charge est probablement mal adaptée : c'est à la structure de s'adapter à l'usager et non pas l'inverse.

Des propositions de suivi médico-social sont ainsi faites au patient, mais il faut aussi penser à son entourage : « que proposons-nous à une femme d'alcoolique dont bien souvent la famille entière a été détruite par l'alcool ? ».

L'hôpital est un lieu de passage, et l'hospitalisation un moment de pause pour le patient, dont il faut profiter : « certains patients vont se livrer car personne n'est là pour les surveiller, et en plus on a le temps pendant l'hospitalisation... ».

Un premier contact réalisé à l'hôpital pourrait déclencher des motivations, à condition que l'hôpital s'en donne les moyens.

b) Au sujet du rôle et du fonctionnement de l'équipe :

Tout le monde est d'accord pour lui confier un rôle de **sensibilisation** des patients à leur problématique de dépendance, diffusion des **informations**, **dépistage** des pratiques addictives, **orientation** vers des structures de prises en charges adaptées, aide à la **motivation** des patients afin qu'ils souhaitent prendre en charge leur santé. « L'hôpital est un temps privilégié pour une prise en charge, pour une sensibilisation, pour une orientation...il faut aider les personnes à former un projet de vie sans alcool ou sans tabac, pour sortir de la dépendance ».

Le malade vu aux urgences ou dans un service de l'hôpital pourrait ainsi être envoyé en consultation auprès de l'équipe (dans des locaux spécifiques), ou alors c'est l'équipe qui se déplacerait dans le service où le malade est hospitalisé. Les deux solutions restent envisagées, mais « il faudrait la formule la plus souple possible... ».

Le rôle de soutien des équipes déjà en place, et plus précisément des services d'urgence, est rappelé par certains professionnels. Les unités mère-enfants et les femmes enceintes ayant des problèmes d'addiction ne doivent pas être oubliées.

La logique de prise en charge suivie d'une logique de responsabilisation, où par exemple on donne un numéro de téléphone à un patient alcoolique, ne semble pas être une bonne solution compte tenu du type de patients auxquels on a à faire : « le malade alcoolique a du mal à communiquer, lui donner simplement un numéro de téléphone n'est pas la bonne solution...il faut un temps où on va avec la personne vers... ».

Le rôle dans le suivi et l'**accompagnement ambulatoire** des patients est primordial.

L'équipe doit aussi informer de l'existence de structures extérieures, par exemple des lieux d'écoute comme les PAEJ (Point d'accueil écoute jeunes)

L'un des rôles essentiels de cette équipe serait la **formation des professionnels** : formation de l'ensemble des personnes travaillant à l'accueil des services hospitaliers recevant des toxicomanes, formation des professionnels des autres services hospitaliers. L'équipe de liaison a un rôle d'apprentissage de la prescription de méthadone, et dans l'initiation éventuelle d'un traitement de substitution. Un médecin pense qu'il conviendrait de former des agents de prévention dans les différents services « comme il en existe en Suisse à Lausanne... ». Tous les soignants doivent être sensibilisés. « L'équipe doit former des référents dans chaque service ».

c) L'équipe doit-elle avoir des lits spécifiques ?

Rares sont les interrogés qui y voient des avantages. En effet, les seuls avantages de disposer de lits fléchés, par exemple pour un sevrage, seraient de pouvoir répondre plus vite à une demande forte émanant de patients chez lesquels « il y a eu un déclic ». Un autre avantage se situe au niveau des personnels qui s'occuperaient de ces lits car « ils y seraient mieux formés et ils auraient un certain recul... ».

La plupart des gens interrogés sont d'accord pour dire que la réponse dans l'urgence n'est pas bonne. La prise en charge de ces patients nécessite une réflexion, un cheminement, une préparation. Une assistante sociale dit : « je n'ai pas encore rencontré de gens dépendants capables de se prendre en charge la première fois... ».

Un médecin nous dit : « la formule des lits fléchés n'est pas adaptée à la modernité ». L'idée qui consiste à considérer ces patients comme tous les autres, et qui permette ainsi de faire cohabiter tout le monde à l'hôpital, correspond à une réalité sociale : « créer des lits spécifiques, ça fait ghetto... ». Envisager la création d'unités spécifiques de prise en charge de toxicomanes n'est pas non plus réaliste : « ce sont des patients tellement difficiles que les équipes soignantes ne tiendraient pas le coup...et en plus on aurait tous les dealers devant la porte ! »

Au sujet de la composition de l'équipe, tout le monde est d'accord pour y prévoir un médecin, une infirmière, un psychologue et une secrétaire. Si les hospitaliers y voient plutôt un médecin de l'hôpital, un PH, les libéraux proposent un médecin indépendant de l'hôpital :

« ça pourrait être un médecin libéral qui vient deux ou trois fois par semaine dans chaque service, un attaché. »

d) Rôle de l'équipe de liaison avec les partenaires extérieurs :

Le lien avec les médecins généralistes libéraux est essentiel. Pour ne pas créer de rupture, il faut un suivi immédiatement à la sortie de l'hôpital, et c'est à ce niveau que le réseau est très important : « l'idéal serait de présenter la personne ressource au patient avant qu'il ne quitte l'hôpital... ».

Les partenaires extérieurs peuvent être multiples : médecins généralistes, CCAA, psychologues, associations, PAEJ, structures d'urgences etc... Si l'ensemble des partenaires peut être appelé par l'équipe, certains voient aussi un avantage pour les correspondants extérieurs de pouvoir joindre cette équipe en cas de besoin.

Il convient toutefois d'être prudent et de ne pas toujours miser sur le médecin traitant, car beaucoup de ces patients n'ont plus de médecin traitant : « je cite une femme alcoolique qui n'a plus de médecin traitant car ce dernier a mis le doigt sur le problème... soit la personne accepte, soit elle nie le problème et n'y retourne plus... c'est encore pire pour les toxicomanes... »

Cette ELA aurait un rôle important dans les informations à donner aux médecins généralistes : « concernant les patients qui pourraient bénéficier d'un traitement de substitution, il faut bien faire comprendre aux médecins qu'il existe une procédure d'admission préalable à respecter ; entre le premier contact et la décision de mise sous traitement de substitution, il existe deux, trois, voire quatre semaines... ce délai paraît souvent insupportable à certains médecins ».

L'un des médecins interrogés propose d'instaurer un carnet pour toxicomanes, comme ceux qui existent pour les patients sous anticoagulants ou chez certains diabétiques, d'après lui cette disposition permettrait de réduire le nomadisme médical important sur Strasbourg.

En tout état de cause, une véritable collaboration entre les acteurs hospitaliers et les acteurs de proximité est importante et ce d'autant plus que la réponse dans l'urgence n'est pas adaptée : « le rôle fondamental du médecin hospitalier n'est pas de régler le problème en urgence mais de s'assurer d'une bonne prise en charge à la sortie du patient », et c'est là que l'équipe de liaison prend toute sa place.

3.1.3 Analyse des informations recueillies qui n'étaient pas prévues par le questionnaire

A) Les problèmes actuels à l'hôpital.

Le problème du temps et des effectifs médicaux et para-médicaux est une réalité : « Compte tenu de la charge de travail on n'a pas vraiment le temps de s'occuper de ces patients ... ». Ce sont surtout les sous-effectifs d'infirmières qui sont ainsi rappelés, leur mission d'éducation étant impossible à effectuer compte tenu de l'importance du travail surtout dans les services d'urgences : « on ne s'occupe plus que de la raison principale qui a amené le malade ». Les délais d'attente augmentent pour les sevrages, et surtout pour les demandes de mise sous traitement de substitution.

L'application des 35 heures semble utopique mais néanmoins réglementaire.

Il existe d'importantes difficultés de recrutement de médecins vacataires pour assurer les consultations de tabacologie et d'alcoologie, en raison des problèmes de démographie médicale, mais aussi à cause du statut des médecins et de leur faible rémunération.

Le problème des allocations de ressources et les restrictions budgétaires imposées par l'ARH sont évoquées par un médecin interrogé.

Il existe une sorte de pouvoir des médecins qui composent les équipes : « ce sont eux les chefs » nous disait une infirmière. Les médecins sont aussi persuadés du rôle primordial du corps médical dans la prise en charge de ces patients, alors que le suivi n'est pas uniquement médical.

Si l'on tient compte d'un « accueil de qualité insuffisante aux urgences de Haute-pierre », d'une culture locale anti-substitution forte parmi certains professionnels, et d'une conjoncture actuelle très difficile à l'hôpital en général, les solutions proposées par certains sont les bienvenues ! C'est ainsi que peuvent se dégager les avantages de la création d'un pôle d'addictologie qui constituerait un groupement de moyens, cette solution revenant nettement moins chère que de créer de nouvelles unités. Ces dispositions qui consistent à regrouper et à mutualiser : « ça va dans le sens du projet d'établissement ».

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information³⁸ (PMSI) constitue un réel problème pour certains. Les activités d'une équipe de liaison en addictologie « ne sont pas rentables » car elle ne donnent pas de points ISA³⁹. Le système actuel ne valorise pas les consultations internes ni les activités d'une équipe mobile : « ces activités ne peuvent en aucun cas être comptabilisées en point ISA puisque ce sont des activités faites au bénéfice de quelqu'un ». Une réflexion est par ailleurs menée à la direction des HUS de Strasbourg : « comment peut-on valoriser les conseils, les appels téléphoniques, les consultations psychologiques ? ». Les séjours non hospitaliers ne sont pas valorisés, alors que certains prennent beaucoup de temps, surtout dans le domaine des toxicomanies et de l'alcoolisme. L'enjeu est important, car l'allocation de ressources se définit en tenant compte de l'activité produite et comptabilisée.

B) La spécificité des patients dont il est question.

S'il n'y a apparemment aucune volonté de stigmatiser certains patients, il faut relater la description effectuée par plusieurs personnes interrogées, car elle constitue un point important dont il faudrait tenir compte dans la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie.

De nombreux adjectifs décrivent les patients consommateurs de substances psychoactives : « Ce sont des patients exigeants, agressifs, ils veulent tout, et tout de suite..., ils sont violents... ». Souvent « plus du tout accessibles », ils ont souvent des problèmes sociaux, sont bénéficiaires du RMI et sont en situation de précarité. Ils ont du mal à communiquer : « des tas de gens qui boivent n'osent pas en parler... ». Ce sont des gens qui sont « en demande de maternage ».

Pour les médecins libéraux, ils constituent une clientèle non fiable qui ne respecte pas les horaires de rendez-vous, et ils sont sujet à un important nomadisme médical.

Les toxicomanes consommateurs de substances illicites ont souvent des liens importants avec les trafiquants : « il n'existe pas de toxicomane sans dealer ».

L'histoire racontée par un professionnel des urgences mérite d'être citée en partie : « j'ai vu une femme qui avait au moins 20 flacons de méthadone dans son sac, avec plein d'autres pharmacopées, lors de son arrivée aux urgences...elle était suivie dans plusieurs endroits

³⁸ La fonction du PMSI est d'asseoir la gestion des établissements de santé sur la connaissance de leur activité

³⁹ ISA : indice synthétique d'activité

différents...le temps de joindre un établissement pour lui trouver un hébergement, elle avait fugué... »

Les professionnels avouent que les patients connaissent bien les structures capables de les prendre en charge : « ils connaissent mieux le réseau que nous... ». Le plus important reste leur motivation : « c'est eux qui doivent faire ce travail de détachement, pour certains on dit que c'est impossible... »

3.2 Synthèse des entretiens et recommandations pour la constitution d'une équipe de liaison en addictologie

Trop de personnes en difficulté avec des consommations de substances psychoactives ne sont pas repérées lors de leur passage à l'hôpital.

L'amélioration du dispositif de prise en charge de ces consommateurs aux hôpitaux universitaires de Strasbourg devrait passer par la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie. Compte tenu des enjeux de santé publique, de l'augmentation constante des patients inscrits sur des listes d'attente, de l'existence d'un dispositif de prise en charge mal adapté surtout aux urgences, la création d'une ELA est indispensable.

Le concept d'addiction ne trouve pas de consensus. Néanmoins, son appropriation par les soignants faciliterait l'approche du patient sous l'angle du comportement et non plus sous celui du produit, et permettrait une meilleure prise en charge au long court du consommateur de substances psychoactives. Une culture commune partagée par l'ensemble des acteurs permettrait une meilleure collaboration et en fin de compte une amélioration de la prise en charge des patients. S'il paraît raisonnable de respecter le choix des professionnels dans leur approche spécifique sur les produits, il paraît incontournable de mettre en place un coordonnateur, en capacité de collaborer avec toutes les équipes en place et qui au préalable a su s'approprier le concept d'addiction.

La constitution d'une ELA commune pour toutes les conduites addictives, y compris le tabac, l'alcool, l'héroïne, les médicaments, devient ainsi une réalité.

La collaboration entre les médecins de différents services de l'hôpital, ainsi que celle entre certains personnels d'un même service (par exemple médecin-infirmière) est insuffisante. Le partage des expériences est indispensable car il permet d'améliorer les formes de prise en charge ; il faudrait l'encourager.

Les missions de l'hôpital ne se limitent pas aux soins curatifs, la prévention doit en effet faire partie intégrante des différentes formes de prise en charge, comme cela a déjà été rappelé par les pouvoirs publics.

Tout le monde est d'accord pour dire que le contexte actuel à l'hôpital est particulièrement difficile. L'aménagement de la réduction du temps de travail, les urgences débordées, les listes d'attente qui s'allongent, entraînent des dysfonctionnements. De telles conditions sont favorables à la mise en place d'une équipe de liaison qui viendrait non seulement soulager les services en place, mais aussi apporter un savoir-faire indispensable à la prise en charge de patients inhabituels et exigeants.

L'hôpital qui assure aujourd'hui l'accueil et l'hospitalisation de ces patients dans un cadre de prise en charge classique ne prend pas assez en compte les aspects préventifs et sociaux, l'ELA pourrait y remédier.

Si les rôles d'une telle ELA seraient avant tout de dépister, sensibiliser, informer et orienter les consommateurs de substances psychoactives, l'un des enjeux essentiel se situerait dans la bonne orientation et le suivi des patients vers les structures spécialisées.

L'équipe devrait améliorer l'accueil et la prise en charge dans les services d'urgence. C'est en effet à partir d'une analyse des motivations du patient qu'elle aiderait ce dernier à amorcer une forme de suivi. Elle ne se contenterait pas de donner un numéro de téléphone, il lui faudrait effectivement accompagner les patients vers le médecin traitant ou les structures extérieures.

L'un des rôles essentiels de cette équipe serait de former les médecins, l'ensemble des personnels para-médicaux, ainsi que tous les autres personnels des services hospitaliers des HUS, et éventuellement un référent dans chaque service. Une fois l'équipe de soignants formée, celle-ci devrait savoir à qui s'adresser et notamment pouvoir donner les informations nécessaires à la prise en charge d'un consommateur de substances psychoactives.

L'option qui consisterait à réserver des lits spécifiques à cette équipe n'est pas souhaitée. Des protocoles de soins, bilans et sevrages devraient cependant être élaborés et l'équipe devrait tout faire pour les mettre en œuvre dans l'ensemble des services hospitaliers des HUS.

L'équipe effectuerait surtout des consultations et interventions auprès de patients hospitalisés, après appel de l'équipe soignante.

L'ELA devrait coordonner le travail en réseau avec la psychiatrie, les médecins généralistes, les CCAA, les CSST, les associations et toutes les structures capables de prendre en charge le patient à sa sortie de l'hôpital.

La problématique du PMSI et des équipes de liaison, et plus généralement de toutes les unités mobiles qui ne donnent pas de points ISA et qui constituent ainsi des activités non valorisées, devrait être discutée avec le ministère de la Santé. Elle amène toutefois à se poser la question des missions non valorisées que l'on souhaite donner à l'hôpital. Ce dernier doit-il rester un lieu de haute technologie, complémentaire d'une médecine de ville qui pourrait se consacrer davantage à la prévention ? Si les missions sanitaires et préventives devraient être confiées à l'ensemble des secteurs de la santé, il ne peut plus être admis que la prévention, enjeu majeur de la santé publique, soit relative, voire exclue des missions d'un établissement hospitalier.

3.3 Étude du projet d'équipe de liaison déposé par deux médecins de l'hôpital civil

3.3.1 La présentation du projet

Le projet⁴⁰ d'équipe de liaison en addictologie pour les HUS a été déposé par deux médecins de l'hôpital : un médecin alcoologue responsable d'un CCAA et un médecin spécialisé en médecine interne, exerçant au CSST de l'hôpital.

La première partie du projet rappelle son origine et les constats sévères sur les pratiques addictives, qui sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importante, l'enjeu de santé publique étant majeur pour la prévention.

Dans ce projet, il est indiqué qu'environ 50% des personnes en difficulté avec l'alcool ne sont pas repérées au moment d'un séjour hospitalier et qu'il existe une méconnaissance de certains professionnels de santé sur les pratiques addictives. Si l'hôpital assure pleinement ses fonctions de soins et de prise en charge des complications associées aux consommations excessives, il convient d'améliorer la prévention et les possibilités d'orientation des patients vers d'autres structures que celles qui existent actuellement (CSST et CCAA), ces dernières étant surchargées et pas toujours capables de donner des réponses rapides face à l'urgence de certaines situations. Une estimation du nombre de patients hospitalisés chaque jour et présentant un problème lié à la consommation de

⁴⁰ En annexe 7

substances psychoactives est inquiétante puisqu'elle annonce 35 à 40 personnes par 24 heures pour les HUS.

La mise en commun des connaissances accumulées dans chaque domaine d'intervention (alcoologie, tabacologie, toxicomanie aux opiacés...) est nécessaire, d'autant plus que les polyconsommations sont de plus en plus fréquentes, constats repris de la MILDT dont le plan triennal incite à la création d'équipes de liaison hospitalières dans les établissements de santé publics.

Les structures actuelles de prise en charge des patients concernés par les problèmes d'addiction sont ensuite décrites, ainsi que la « faisabilité d'une ELA aux HUS ». Il est rappelé que le but de l'équipe est : « faire en sorte que toute personne ayant un problème de consommation excessive ou d'usage nocif ou de dépendance à un produit quitte toujours les HUS en ayant été dépistée, informée et s'être vu proposer, si elle le désire, une possibilité d'accompagnement intra- ou extra-hospitalier ».

Suivent les objectifs généraux et les missions de cette ELA, ainsi que les modalités de fonctionnement avec une composition pressentie de : un PH à temps plein, deux infirmières diplômées d'État à temps plein, un psychologue à temps plein et un mi-temps de secrétariat.

Le rôle des différents membres de l'équipe est ensuite détaillé. Il y est précisé que c'est l'ensemble de l'équipe qui assurera la formation des équipes soignantes en matière d'addictologie en partenariat avec le service de la formation continue des HUS.

L'équipe disposerait d'un local composé de trois bureaux. Elle serait placée sous la responsabilité administrative du CCAA.

Le document de présentation du projet se termine par deux annexes.

La première annexe expose la mise en place d'un groupe d'accompagnement (comité de pilotage). La deuxième annexe prévoit le développement d'un réseau ville-hôpital.

3.3.2 La rencontre avec les promoteurs du projet

Cette rencontre a été organisée par le MISP dans les locaux de la DDASS, elle a permis d'aborder l'ensemble des points du projet.

En premier lieu, il s'agissait de préciser les lieux d'intervention de cette équipe sur les sites des HUS. Un débat s'est ouvert autour de la question de la participation de la clinique

psychiatrique, aussi bien pour les sevrages que pour les consultations, et la proposition d'inviter les psychiatres lors d'une prochaine réunion est envisagée. L'invitation du chef de service de pneumologie, responsable des vacations de tabacologie, est souhaitée par le MISP.

Les objectifs de formation du personnel hospitalier au dépistage ont été rediscutés, et il a été retenu que les équipes qui le souhaitent pourront nommer une personne référente qui assurera le relais entre l'équipe et le service. L'équipe devrait ainsi former ces référents, qui eux-mêmes pourraient former les membres du personnel du service. La formation des internes du service et de ceux qui prescrivent est importante, elle peut aussi passer par l'équipe de liaison mais nécessite peut-être un soutien universitaire par le biais de la faculté de médecine.

Le problème des lits spécifiques n'est malheureusement pas simple à résoudre. Certains médecins hospitaliers conçoivent difficilement leur métier sans avoir de lits à leur disposition pour effectuer des bilans et sevrages. D'autres pensent que le rôle de l'équipe étant avant tout de dépister et d'orienter, il y aurait déjà assez de travail à faire et qu'il faut limiter les soins proprement dits.

Sauf cas particulier, chaque patient ne devrait être vu qu'une fois par l'équipe de liaison. Afin de maîtriser cette éventuelle activité de consultation, qui ne doit pas être une priorité, il conviendrait de bien définir l'organisation et la participation de cette équipe aux consultations. Ces dispositions devront être prévues dans le règlement intérieur.

La proposition d'un poste de médecin PH à temps plein peut être discutée, sachant qu'un mi-temps est déjà disponible et ne nécessiterait pas de création dans le cadre de la procédure de l'ARH. Les missions exactes du médecin et des autres membres de l'équipe (infirmière, psychologue...) devront être précisées.

La prise en charge des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives n'est pas sans poser des difficultés dans les services de gynécologie-obstétrique, ce qui justifierait une participation aux protocoles et formations de l'équipe de liaison.

Le développement d'un réseau ville-hôpital doit permettre à toute personne sortant de l'hôpital d'être prise en charge par son médecin traitant. Dans le cas de l'absence de médecin traitant, ou si le patient ne souhaite pas le voir, il faut pouvoir lui proposer une liste

de médecins et professionnels capables d'aider ces patients. La formation de ces acteurs extérieurs doit aussi être envisagée par l'équipe de liaison en addictologie.

Le rôle que pourrait jouer le réseau ville-hôpital toxicomanie déjà en place, devra être discuté avec les responsables du réseau.

4 RÔLE DU MÉDECIN INSPECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA MISE EN PLACE DE CETTE ÉQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Le MISP assure le relais des orientations de la santé publique pour la CRS, la MILDT et met en œuvre des circulaires du ministère de la santé :

Les missions du MISP évoluent et s'adaptent au regard des orientations de la santé publique. La programmation dans le domaine de la santé résulte des priorités retenues par les conférences régionales de santé. Ces priorités se déclinent en actions en direction de publics cibles tels les personnes en situation d'exclusion, mais aussi en faveur de certaines pathologies spécifiques, des risques environnementaux et des pratiques addictives.

Le MISP participe à l'organisation et au suivi de la CRS.

La participation à la mise en œuvre du PRS « Alcool » ou du futur PRS « Addictions » dans la région Alsace permet au MISP d'apporter son concours et sa compétence technique dans le domaine de l'alcoologie et des drogues, où un grand nombre de structures hospitalières ou associatives travaillent, dans le but d'améliorer l'état de santé d'une partie de la population.

Si le MISP doit exercer une partie de ses missions dans ce contexte régional marqué par le choix de priorités comme les addictions, il doit suivre l'état d'avancement de la réflexion et des pratiques. C'est en assurant le suivi du PRS « Alcool » que furent rappelées à plusieurs reprises la nécessité de créer des équipes de liaison, tout d'abord en alcoologie puis en addictologie.

En tant qu'agent des services déconcentrés de l'État, le MISP doit mettre en œuvre des circulaires de l'administration centrale. C'est le cas par exemple des circulaires DHOS et DGS relatives à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Le MISP participe ainsi à la mise en place d'un dispositif de soins, avec les promoteurs de l'hôpital, comme par exemple celui d'une équipe de liaison en addictologie.

Le MISP évaluateur des besoins avec une approche épidémiologique :

Son rôle peut consister tout d'abord à étudier les réels besoins de la population par une enquête épidémiologique.

S'il interprète les données épidémiologiques locales, il doit aussi accorder de l'importance aux besoins régionaux et veiller à la réduction des inégalités régionales.

Le MISP, au service de l'ARH, a un rôle dans la planification et dans l'amélioration du système de soins :

Si l'amélioration de la prise en charge des patients consommateurs de substances psychoactives fait partie de ses missions, il intervient aussi dans la mise en œuvre d'une contractualisation entre l'établissement de santé et l'ARH, ceci sous l'autorité du directeur de l'agence. Dans le cadre de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie, le MISP doit effectuer un certain nombre de vérifications pour le compte de l'ARH :

- L'adaptation de l'ELA au sein du département.
- La cohérence du projet au sein de l'hôpital et sa justification vis à vis du projet d'établissement.
- L'intégration à l'ELA des services d'urgences, de médecine et de psychiatrie.
- Le rapprochement des acteurs chargés des activités alcool, toxicomanie aux drogues illicites, et tabac.
- Les possibilités offertes pour les sevrages, bilans et soins.
- La réalisation d'un travail en réseau avec le dispositif spécialisé (CCAA et CSST) et les acteurs extra-hospitaliers.
- L'existence de conventions entre les partenaires impliqués dans les prises en charges sanitaires et sociales.
- Les volontés et motivations internes de l'hôpital.

Lors de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie, le MISP doit être le garant de l'adéquation des dispositions ministérielles et de la prise en charge des patients au sein de l'hôpital.

De la même façon, pour la réalisation d'un tel projet à l'hôpital, le MISP veillera non seulement à ce que celui-ci s'inscrive dans le projet d'établissement mais soit aussi conforme aux orientations de la politique générale de l'ARH.

Le MISIP a un rôle d'animateur et de coordonnateur :

Le MISIP a un rôle de coordonnateur au sein de la DDASS/DRASS, afin d'encourager la collaboration entre les différents dispositifs de santé : l'hôpital, les CSST et les professions libérales (médecins généralistes, infirmières, assistantes sociales...).

L'enquête, préliminaire à la création de l'équipe de liaison en addictologie, permet de dégager des pistes de réflexion à partir des entretiens et de les soumettre aux promoteurs du projet. Une étude des relations existant entre les personnes qui travaillent dans le même hôpital est intéressante à plusieurs niveaux, car elle permet de se rendre compte de la réalité des situations. L'exemple de certains médecins qui sont « pour » la substitution alors que d'autres sont « contre » illustre cette problématique. Il sera ainsi nécessaire de faire appel à la médiation pour rassembler tous les acteurs autour du projet.

Le MISIP a ce rôle d'animateur, de conciliateur et de coordonnateur, dans un but d'amélioration du service rendu aux usagers par les dispositifs de santé, et plus précisément par l'hôpital public dans notre cas.

Le MISIP a un rôle dans l'élaboration et le suivi des outils d'évaluation :

Le développement des moyens d'évaluation fait aussi partie des attributions du MISIP qui élabore des outils de suivi et d'évaluation. Il faudra veiller à la mise en place d'indicateurs d'évaluation dans le cadre précis de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie.

Certains indicateurs de suivi peuvent ainsi être proposés : des indicateurs d'activité comme par exemple le lieu de l'entretien (urgences, service de chirurgie...), le nombre de personnes mises sous traitement de substitution, l'orientation proposée (CCAA, médecin généraliste...). D'autres indicateurs concerneraient les résultats : devenir des patients vus par les équipes, modification de leur comportement ou de leur consommation, satisfaction des patients...

Le rôle du MISIP s'effectue ainsi de façon très diverse dans le champ de ses attributions et dans celui plus large de la santé publique.

Dans tous les cas, en tant que médecin, c'est un interlocuteur privilégié de ses confrères hospitaliers ou de ville pour les aider à bâtir le projet le plus adéquat.

CONCLUSION

De nombreux cancers, beaucoup de maladies cardio-vasculaires, neurologiques, psychiatriques, une partie des homicides et des accidents de la circulation sont directement liés à la consommation de substances psychoactives.

Les comportements addictifs ont pris des proportions épidémiques dans le monde depuis les années 1970 ; la rapide évolution de l'épidémie de tabagisme en constitue un bon exemple. La consommation mondiale d'alcool augmente aussi depuis quelques dizaines d'années et surtout dans des pays en développement.

En France, le bilan de l'action effectuée par madame Nicole MAESTRACCI dans le cadre du plan triennal 1999-2002 de lutte contre les drogues et dépendances est bon. Une meilleure connaissance des données scientifiques, de moins en moins de différences de fond entre drogues licites et illicites, une meilleure information du public, ainsi que l'apprentissage d'une culture commune destinée à intensifier les collaborations entre différents acteurs, comme par exemple la santé et la justice, concourent à l'amélioration des politiques sanitaires de prise en charge des patients consommateurs de substances psychoactives. Il reste cependant beaucoup de travail à faire.

L'hôpital a une place privilégiée dans la prise en charge des addictions. Si jusqu'à présent son rôle était bien établi dans les soins curatifs, il doit aussi participer aux actions de prévention et de promotion de la santé. Compte tenu de la fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les patients, l'hôpital doit s'engager dans une logique de repérage des comportements d'abus et de dépendance des personnes qui transitent par les urgences, qui consultent et qui séjournent dans les services.

L'étude effectuée dans ce mémoire a mis en évidence un certain nombre de constats, et a permis de dégager des pistes de réflexion, en s'appuyant sur l'expérience de terrain de plusieurs acteurs issus de l'hôpital, mais aussi du dispositif extra-hospitalier. Les modes d'intervention existants, et les entretiens réalisés, additionnés aux rapports d'experts, aux productions scientifiques et aux directives ministérielles, justifient la création d'une équipe de liaison, et participent ainsi à la réorganisation de l'hôpital pour le rendre plus performant dans sa réponse aux problèmes liés aux addictions.

Le retard pris dans la mise en place d'une telle équipe, dans le plus grand hôpital alsacien, peut s'expliquer par la découverte d'un hôpital en crise, confronté à des services d'urgence débordés, dans un contexte d'aménagement de la réduction du temps de travail et de manque d'effectifs.

Le succès de la mise en place de l'équipe de liaison reposera donc sur l'engagement et la volonté de collaboration de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, et pas seulement sur la compétence spécifique de chacun.

La mise en synergie des pratiques professionnelles sera facilitée par l'appropriation du concept d'addiction par chacun des acteurs.

Dans cette dynamique, l'équipe de liaison en addictologie aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg occupera une place centrale, et permettra de mieux répondre aux différents besoins de santé des personnes présentant des conduites addictives. Son rôle essentiel de repérage et d'orientation devra se faire au stade le plus précoce possible de la consommation. Cette équipe devra répondre aux demandes des urgences et des autres services de l'hôpital, mais aussi favoriser la réalisation de sevrages dans des délais raisonnables, ainsi qu'initialiser des traitements de substitution. Elle élaborera des protocoles de soins, interviendra dans l'aide et la formation des équipes soignantes de l'ensemble de l'hôpital, et s'assurera de la poursuite des soins.

La mission du MISP sera donc de mettre en avant les énormes enjeux de santé publique, et de valoriser l'existence d'un contexte régional plutôt favorable à la mise en place de nouveaux dispositifs de prise en charge des consommateurs de drogues, contexte évidemment nécessaire à l'application des circulaires ministérielles. Convaincu de la faisabilité de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie, le MISP devra également vérifier la conformité du projet avec la politique générale de l'ARH et les orientations du projet d'établissement des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Il pourra ensuite mobiliser les acteurs de l'hôpital afin d'élaborer un projet, l'état des lieux et les entretiens ayant suscité une mobilisation des professionnels.

Le MISP suit l'évolution des politiques publiques de lutte contre les addictions et apporte ainsi une aide méthodologique pour l'élaboration des objectifs et des moyens nécessaires, après avoir analysé la pertinence et la justification du projet. Son rôle est fondamental dans la coordination et l'animation des différentes réunions rassemblant les promoteurs du projet. Pour atteindre les objectifs, il pilotera un comité élargi associant les partenaires engagés autour de l'équipe. L'une des missions de ce comité sera de mettre en place une évaluation

qui permette de suivre l'adaptation de l'équipe de liaison en addictologie aux réels besoins des patients.

BIBLIOGRAPHIE

AQUATIAS S. Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock. *Tendances*, Décembre 2002, n°27

BARBIER C., HERANVAL-MALLET C. Elargissement du cadre de la primo-prescription de méthadone. *Le flyer*, Mars 2002, n°7

BATEL P., DAOUST M., RIGAUD A. L'alcool moins que jamais prioritaire. *Libération*, 4 octobre 2002, p. 6.

BENKIMOUN P. Entretien avec Didier Jayle, président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *Le Monde* [en ligne]. 02 janvier 2003, [mis à jour le 02.01.03]. Disponibilité sur internet : http://www.lemonde.fr/imprimer_article_ref/

BONNICI B. *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*. Nouvelle édition. Paris : La Documentation Française, 1998. 205 p.

BRÜCKER G. Mise en commun des méthodes de prise en charge du tabagisme, de l'alcoolisme et de l'usage des drogues illicites. In *Actes du colloque THS 5, Toxicomanies, Hépatites, Sida : Dans le secret des drogues et des virus*. Paris : Frison-Roche, 2002. Chapitre II, pp. 51-57.

COSTES J.-M. Nouvelles drogues, nouveaux usages : le cas de l'ecstasy. *ADSP*, Décembre 2001, n°37, pp. 13-16.

DOZON J.-P., FASSIN D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001. 361 p.

FENOGLIO P., PAREL V., KOPP P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. *ADSP*, Décembre 2000, n°33, pp. 71-75.

FONTAA V. *Le médecin et le toxicomane. Guide pratique*. Rennes : Heures de France, 2000. 331 p.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation Française, 1998. 309 p.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général*. Paris : La documentation française, 1994. 333 p.

IMBERT F., SCHAUDER N., BA M., et al. *Les jeunes de 12 à 25 ans en Alsace. Baromètre santé, premiers résultats 2000*. Vanves : CFES, 2000. 15 p.

LEMBEYE P. Psychologie de la dépendance ? *Combat face au SIDA*, Septembre 2002, n°29, pp. 40-43.

LERT F. Les traitements de substitution en France. *Swaps* [en ligne]. Mai 2002, n°26, [visité le 12.02.2003]. Disponible sur internet : <http://www.swaps@crips.Aссо.fr>

LÉVY A., CAZABAN M., DUFFOUR J. et al. *Santé publique*. 3^e ed. Paris : Masson, 1999. 227 p.

MAESTRACCI N. Plan de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances : Bilan et perspectives. *Interdépendances*, Janvier 2003, n°48, pp. 8-11.

MUNOZ RIVERO M. *L'addictologie : du concept à la mise en place d'un réseau. L'exemple rennais*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, 2001.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002*. Paris : OFDT, 2002. 368 p.

ODDOU A. Usages de substances psychoactives illicites. *Interventions*, 19 juin 2002, n°2, pp. 73-79.

PARQUET P.-J. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES, 1998. 46 p.

PRÉFECTURE DE LA RÉGION ALSACE. *Actes de la conférence régionale de santé d'Alsace 2001*. BISCHWILLER, 2002. 96 p.

PREMIER MINISTRE. MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*. Paris : MILDT, 1999. 109 p.

REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Odile Jacob, 2000. 273 p.

RICHARD D., SENON J.-L. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse-Bordas, 1999. 433 p.

ROMUALD T. Les toxicomanies en Guadeloupe. *CHU Guadeloupe- Infos médicales grand public* [en ligne]. [visité le 13. 12. 2002]. Disponible sur internet : <http://www.chu-guadeloupe.fr>

ROY P. Le Dr Didier Jayle, spécialiste de la réduction des risques, à la tête de la mission antidrogue. *Le quotidien du médecin*, 25 octobre 2002, n°7206, p. 14.

ROY P. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique. *Le quotidien du médecin*. [en ligne]. 04 février 2002 [visité le 05.08.2002]. Disponible sur internet : <http://www.quotimed.com>

Sites internet :

www.drogues.gouv.fr : site officiel, développé par la MILDT en partenariat avec DATIS, l'OFDT, et Toxibase, véritable base de connaissance pour le grand public et les professionnels

www.legifrance.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

www.quotimed.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Définitions

Annexe 2 : Lois et règlements : faits marquants et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues

Annexe 3 : Liste des équipes de liaison en addictologie en Alsace

Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés (qualification et lieu d'exercice des personnes)

Annexe 5 : Questionnaire en vue de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie au CHU de Strasbourg

Annexe 6 : Liste des différents thèmes étudiés à partir de la grille d'analyse de contenu des entretiens

Annexe 7 : Projet d'équipe de liaison en addictologie déposé par les médecins des Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Annexe 1 : Définitions

Drogue : substance naturelle ou synthétique qui agit sur l'organisme d'un sujet en modifiant ses sensations, son comportement, son activité mentale. Elle entraîne une production de plaisir. Elle provoque des effets sur le corps qui sont différents en fonction des produits et des modes d'administration. Elle est susceptible de provoquer une toxicomanie.

Syn : produit psychotrope, substance psychoactive.

Substance psychoactive : drogue qui entraîne une production de plaisir. Le système de récompense est excité. Toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance activent le circuit dopaminergique mésocorticolimbique, impliqué dans ce qu'on appelle plus largement le système de récompense. Toutes les substances augmentent la concentration de dopamine dans le noyau accumbens.

Toxicomanie ou addiction ou conduite addictive : comportement qui consiste à consommer, d'une façon habituelle ou périodique, une ou plusieurs drogues susceptibles d'entraîner un état de dépendance.

Il existe différentes formes d'addiction : des addictions aux substances psychoactives (drogues licites, illicites, médicaments détournés de leur usage) et des addictions sans drogue (dépendance alimentaire, jeu pathologique, addiction sexuelle...)

La notion d'addiction : « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de **plaisir** et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par **l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement** et sa **poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.** »

Le concept d'addiction : passage d'une approche « produit » à une approche « comportement » avec individualisation de 3 grands types de comportements de consommation de substances psychoactives :

-l'usage

-l'usage nocif ou abus

-la dépendance

Les différentes études ont montré que toutes les substances possèdent des propriétés en commun car elles utilisent des infrastructures du système nerveux central identiques. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induite.

A côté de cette **fonction commune de créer du plaisir et de la dépendance**, il existe une spécificité de chaque produit.

Les pratiques addictives :

Elles correspondent à l'ensemble des comportements de consommation de substances: usage, usage nocif, dépendance.

C'est en effet un concept fédérateur qui permet de dépasser les conséquences cliniques, sociales et organisationnelles négatives dues aux clivages entre les différentes addictions.

Il permet d'intégrer les déterminants sociaux des comportements de consommation et notamment de l'usage.

C'est un concept qui a cependant des limites :

1. les **addictions sans drogue** : anorexie-boulimie, addiction sexuelle, addiction au travail, jeu pathologique...les mécanismes neurobiologiques et psychologiques sont probablement similaires ou proches. Lorsque l'on parle de pratiques addictives en médecine, on a ainsi pour habitude de se limiter aux comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives.
2. les **spécificités de chaque addiction** : l'exemple du tabac dont les effets néfastes sont essentiellement liés aux complications sanitaires qu'il entraîne alors que les effets néfastes de l'alcool et des drogues illicites cumulent des effets sanitaires, psychologiques, sociaux (liés aux effets cognitifs et comportementaux).

Annexe 2 : Lois et règlements : faits marquants et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues

Dispositions légales en vigueur pour les DROGUES ILLICITES:

La Loi du 31 décembre 1970 :

Elle réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, depuis 1970 la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits. Par contre les textes sur la répression de l'usage n'ont pas été modifiés.

Les principaux objectifs de cette loi sont :

- réprimer sévèrement le trafic.
- sanctionner pénalement l'usage de stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique.
- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui demandent à se faire soigner.

Les textes soulignent le DOUBLE STATUT de l'usager considéré par le législateur comme délinquant et comme malade. L'usager peut échapper aux poursuites s'il se soumet à l'injonction thérapeutique qui lui est proposée par le procureur.

Les évolutions récentes de la législation :

Les lois votées à partir de la fin des années 1980 portent surtout sur la répression du trafic en aggravant les peines ou en créant de nouvelles infractions. La loi du 16 décembre 1992 augmente les peines jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 50 millions de francs pour certains trafics.

Parallèlement l'accent est mis sur la répression du blanchiment ou la justification mensongère de l'origine des ressources des trafiquants. La loi du 13 mai 1996 réprime aussi le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants.

La loi du 18 juin 1999 prévoit le dépistage systématique des conducteurs impliqués dans un accident mortel, une étude est en cours et devrait permettre d'étudier le rôle des stupéfiants dans la survenue de ce type d'accident.

La toute récente **loi du 3 février 2003** relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants vient d'être adoptée par l'Assemblée Nationale. Le texte, paru au journal officiel du 4 février 2003, prévoit que toute personne qui conduit un véhicule (ou qui accompagne un élève conducteur) alors qu'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants sera punie de deux ans d'emprisonnement et de 4500 euros d'amende.. Si la personne concernée se trouvait également, au moment même sous l'empire d'un état alcoolique, les peines sont

portées à trois ans d'emprisonnement et à 9000 euros d'amende. L'ensemble des peines complémentaires déjà en vigueur pour la conduite sous l'empire d'un état alcoolique sont également prévues (suspension du permis...).

Au Sujet de l'ALCOOL :

Le commerce et la distribution de l'alcool sont réglementés depuis plusieurs siècles, cependant les préoccupations de santé publique se heurtent aux intérêts économiques et sociaux. Si la vente et la consommation sont depuis longtemps soumises à autorisation (licence IV...), des mesures récentes plus libérales ont été adoptées en raison du poids des intérêts économiques : modifications des dispositions restrictives dans les nouvelles agglomérations, buvettes dans les stades réautorisées (alors qu'elles avaient été interdites par la loi EVIN...).

Au sujet de la publicité sur l'alcool, **la Loi BARZAC du 30 juillet 1987** interdit toute publicité à la télévision et sur les stades mais une circulaire va en donner une interprétation très libérale... **La Loi EVIN du 10 janvier 1991** interdit la propagande ou publicité directe ou indirecte sauf , dans certains cas comme la presse écrite (sauf si elle est destinée aux jeunes), en faveur des fêtes et foires traditionnelles consacrées à des boissons locales... Le contenu des messages publicitaires est réglementé et doit indiquer « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ». A l'origine l'affichage n'était autorisé que sur les lieux de production mais, faute de pouvoir bien les définir, il a été libéralisé et la seule restriction actuelle concerne la publicité au cinéma et à la télévision.

Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile et ont un rôle essentiel dans les poursuites...

L'ivresse publique est passible d'une contravention, la personne est conduite au commissariat où elle est retenue jusqu'à ce qu'elle est retrouvée la raison...

Au sujet de l'alcool et de la sécurité routière, la Loi du 8 décembre 1983 fixait un seuil unique d'alcoolémie à 0,8g/l de sang, la sanction étant une amende et/ou une peine de prison, la **Loi du 17 janvier 1986** prévoit le retrait immédiat du permis et sa possible suspension par le préfet. Dans les années 1990 la réglementation revoit à la baisse le seuil de tolérance de l'alcool au volant et l'alcoolémie tolérée passe à 0,5g/l de sang. Un taux entre 0,5 et 0,8 est passible d'une amende de 900 francs et d'un retrait de 3 points, au delà de 0,8g il s'agit d'un délit passible d'un retrait de 6 points, d'une amende, d'une peine de prison et d'un retrait de permis (**Décret du 29 août 1995**). La répression a également été étendue à ceux qui accompagnent un élève conducteur.

L'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut-être pris en considération pour imposer une obligation de soins, notamment en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve ou de libération conditionnelle.

Au sujet du TABAC :

L'Etat fabricant et distributeur perçoit des taxes importantes sur la vente du tabac et les intérêts économiques liés à la production et à la distribution sont importants. Les impératifs de santé publique n'ont été pris en considération que récemment alors que les risques pour la santé sont supérieurs à ceux d'autres substances.

Malgré les restrictions de la **Loi VEIL du 9 juillet 1976** et de la **Loi EVIN du 10 janvier 1991**, les décès prématurés liés au tabac n'ont fait qu'accroître la préoccupation des professionnels et ce malgré les interdictions de publicité, l'affichage de messages sanitaires « nuit gravement à la santé », l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs... Les associations de lutte contre le tabagisme peuvent aussi se constituer partie civile, comme celles pour l'alcoolisme, et sont très actives. Le tabac n'étant plus pris en compte dans l'indice des prix, cela a permis une augmentation régulière de son prix et entraîné une réduction de la consommation.

La Loi du 27 janvier 1993 introduit des modifications sur la publicité et permet la retransmission à la télévision des compétitions ayant lieu dans des pays où la publicité est autorisée, et ce jusqu'à ce qu'intervienne une législation européenne.

La teneur maximale autorisée en goudrons n'a cessé de baisser depuis 1991 et plus récemment des textes européens visent à interdire la publicité et à renforcer les messages sanitaires mais ils se heurtent à de puissants lobbies.

La récente augmentation des prix devrait encore faire baisser la consommation.

Au sujet des MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES :

On s'adresse à une grande diversité de produits, y compris les produits de substitution comme la buprénorphine haut dosage et la méthadone, et les produits en vente libre.

3 domaines d'intervention des pouvoirs publics :

- Règles de base de la consommation médicamenteuse (Droit commun) : Autorisation de mise sur le marché (AMM), ordonnance d'un médecin...
- Réglementation des substances vénéneuses qui évite les détournements et les abus. Il existe un classement international des substances psychotropes défini par la convention de Vienne de 1971 qui répartit les psychotropes en 4 tableaux.

Les conditions de prescription et de délivrance des médicaments distinguent 4 cas :

- médicaments accessibles sans ordonnance
- médicaments de la liste 2 (ordonnance renouvelable) : anti-inflammatoires (apranax, ibuprofène...)
- médicaments de la liste 1 (ordonnance non renouvelable) : analgésiques mineurs

(Di-antalvic, subutex, valium, tranxène)

- médicaments stupéfiants (ordonnances sécurisées) : analgésiques morphiniques majeurs comme Skénan, Moscontin

Il existe 2 types de sanctions cumulables, pénale et disciplinaire.

Au sujet du DOPAGE EN MILIEU SPORTIF :

La France est l'un des seuls pays à disposer d'une législation spécifique aux conduites dopantes dans le milieu sportif, la législation devant éviter l'atteinte à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et sportive des athlètes par l'utilisation de substances (stimulants, anabolisants...) et procédés (dopage sanguin, manipulations pharmacologiques, chimiques...) destinés à augmenter artificiellement le rendement. La liste des substances et procédés interdits est fixée par l'arrêté ministériel du 2 février 2000 qui reprend la liste du Comité international olympique, après la convention de Strasbourg. Certaines substances sont ainsi interdites alors que d'autres sont soumises à des restrictions (alcool, cortico-stéroïdes, bêta-bloquants...)

La Loi BUFFET du 23 mars 1999 affiche plusieurs objectifs : protéger la santé, faire cesser la tricherie, restaurer l'éthique du sport...

Pour PREVENIR le dopage, la loi BUFFET crée le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), le suivi et la surveillance des sportifs est assuré par la délivrance d'un certificat médical de non contre-indication nécessaire pour obtenir une licence.

Des contrôles sont effectués par décision ministérielle ou à la demande des fédérations par des médecins agréés, des sanctions disciplinaires sont prononcées et vont jusqu'à l'interdiction définitive de compétition sportive. Il existe aussi des sanctions pour les médecins qui ne transmettent pas les informations sur les dopages.

Annexe 3 : Liste des équipes de liaison en addictologie en Alsace

1) HAUT-RHIN

ETABLISSEMENT	ORIENTATION ALCOOLOGIE	ORIENTATION TOXICOMANIE	ORIENTATION TABACOLOGIE	SERVICE DE RATTACHEMENT/ CHEF DE SERVICE	NOM DU REFERENT	N° TELEPHONE	N° TELECOPIE
CH COLMAR 39, avenue de la Liberté 68024 COLMAR	x		x	Médecine A / Dr Denis	Dr Kremmer-Mauler	03 89 12 40 97	03 89 12 45 33
		x		Médecine F / Pneumologie ECIMUD / Psy	Dr Denis Dr Gagnon	03 89 12 40 97 03 89 12 48 24	03 89 12 45 33 03 89 12 44 99
CH MULHOUSE 87, avenue d'Altkirch 68070 MULHOUSE	x		x	Gastro-entérologie/Dr Sondag	Dr Bronner	03 89 64 70 92	03 89 64 70 10
		x		ECIMUD / Psy secteur 7/ Dr Weibel	Dr Darveve	03 89 64 75 34	03 89 64 75 24
CH PFASTATT 1, rue Henri Haeffely 68120 PFASTATT	x	x	x	Médecine interne	Dr Gebauer	03 89 52 11 11	03 89 50 80 60
CH ALTKIRCH							

2) BAS-RHIN

ETABLISSEMENT	ORIENTATION ALCOOLOGIE	ORIENTATION TOXICOMANIE	ORIENTATION TABACOLOGIE	SERVICE DE RATTACHEMENT/ CHEF DE SERVICE	NOM DU REFERENT	N° TELEPHONE	N° TELECOPIE
CH SAVERNE 19, Côte de Saverne 67604 SAVERNE	x	x	x	Méd. Int. / Unité addict.	Dr Bonnewitz	03 88 71 66 60	03 88 71 65 65
CH HAGUENAU 64, avenue du Pr Leriche 67500 HAGUENAU	x			Médecine interne	Dr Willemin	03 88 06 33 33	03 88 06 30 30
CH WISSEMBOURG 24, route Weiler 67166 WISSEMBOURG	x		x	CPA	Dr Grandjean (réf. alcool.)/ Dr Hoth (réf. tabac.)	03 88 54 11 16	03 88 54 11 16

Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés (qualification et lieu d'exercice des personnes)

- Assistante sociale d'un service de médecine des HUS
- Assistante sociale du service des urgences des HUS
- Infirmière cadre d'un service de médecine des HUS
- Infirmière d'un CCAA du Bas-Rhin
- Directrice d'une association prenant en charge des toxicomanes (CSST)
- Directeur d'un CCAA
- Membre de la direction des HUS
- Médecin d'un service de médecine des HUS travaillant dans un CSST
- Médecin exerçant aux HUS dans le cadre d'une consultation de polyclinique
- Médecin d'un service de psychiatre des HUS
- Médecin psychiatre libéral installé à Strasbourg
- Médecin alcoologue des HUS
- Médecin pneumologue des HUS
- Médecin d'un service de médecine travaillant dans un CCAA
- Médecin du service des urgences de l'hôpital civil
- Médecin du service des urgences de l'hôpital de Hautepierre
- Médecin exerçant dans une structure d'urgence libérale
- Médecin généraliste installé à Strasbourg
- Spécialiste local du PMSI (questionnaire soumis en partie seulement)

Annexe 5 : Questionnaire en vue de la mise en place d'une équipe de liaison en addictologie au CHU de Strasbourg

1. Dans votre exercice quotidien, êtes-vous fréquemment sollicité par des **personnes ayant des conduites addictives** ? (vis à vis de drogues **licites** comme l'alcool, le tabac, les médicaments ou **illicites** comme l'héroïne, la cocaïne, le cannabis...). Pensez-vous que l'on puisse **améliorer la prise en charge de ces personnes lors de leur passage à l'hôpital**, si oui de quelle façon ?

2. Que pensez-vous du **concept d'addiction** (concept qui privilégie l'approche sur les comportements plutôt que sur les produits) ?

3. Que pensez-vous du **rapprochement des acteurs hospitaliers** qui interviennent en alcoologie, en tabacologie, et dans la prise en charge des consommateurs d'héroïne (ou d'autres drogues illicites) ?

leur **collaboration** vous paraît-elle nécessaire ? cette collaboration est-elle possible à réaliser en pratique ?

4. Que pensez-vous de la **mise en place d'une équipe de liaison en addictologie** au CHU de Strasbourg (Son rôle serait essentiellement de renforcer le dépistage, l'information, la prise en charge et les soins des personnes ayant des conduites addictives) ?

5. Pensez-vous nécessaire de prévoir des **lits spécifiques** à ces prises en charge, pour le sevrage par exemple, ou bien pour les bilans et les soins ?

6. Que pensez-vous du **travail en réseau de cette équipe avec les partenaires extérieurs à l'hôpital**, comme par exemple les CSST, les médecins libéraux... ?

7. Avez-vous d'autres remarques à faire sur la prise en charge de ce type de patients à l'hôpital ?

Annexe 6 : Liste des différents thèmes étudiés à partir de la grille d'analyse de contenu des entretiens :

1. Le concept d'addiction : perception et acceptation par les acteurs de terrain, ce concept doit-il être pris en compte dans la pratique quotidienne des professionnels ?

2. Les acteurs hospitaliers intervenant dans les domaines de l'alcoolologie, de la tabacologie et de la prise en charge des toxicomanes aux opiacés et autres drogues : rapprochement et collaboration.

3. La mise en place d'une équipe de liaison en addictologie aux hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) est-elle indispensable et souhaitée par les acteurs locaux?

4. Au sujet du fonctionnement de l'ELA : son rôle, ses fonctions..., doit-elle comprendre des lits spécifiques pour effectuer des sevrages, bilans... ?

5. Les problèmes actuels à l'hôpital

6. La spécificité des patients dont il est question

7. La prise en charge des sujets présentant des conduites addictives à l'hôpital

8. Rôle de l'équipe de liaison avec les partenaires extérieurs

Annexe 7 : Projet d'équipe de liaison en addictologie déposé par les médecins des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

PROJET d'EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE POUR LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

ORIGINE DU PROJET :

- *Rendre l'hôpital plus performant dans les domaines du dépistage, de l'information et des soins auprès de personnes ayant un problème de consommation excessive de produits aux propriétés addictives.*
- *Les pratiques addictives sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes et représentent un des enjeux majeurs de prévention en santé publique. Leur fréquence est cependant largement sous-estimée (environ 50% des personnes en difficulté avec l'alcool ne sont pas repérées au moment d'un séjour hospitalier). Les usagers de drogue ou d'alcool font souvent l'objet de réprobation voire d'un certain rejet en raison des troubles qu'ils sont susceptibles d'induire dans les services de soins, mais aussi d'une large méconnaissance des professionnels de santé sur les ressorts multiples qui sous-tendent ces pratiques, de la consommation à la dépendance.*
- *A l'hôpital, l'accueil, l'hospitalisation et les consultations pour les personnes présentant une addiction relèvent du dispositif commun, ce qui nécessite de s'assurer de la formation continue des personnels, et de la bonne connaissance des possibilités d'orientation spécialisée si nécessaire. L'hôpital doit développer un savoir-faire, et être attentif aux aspects sociaux et préventifs. Ce savoir-faire est actuellement localisé dans des structures spécifiques et ne peut facilement être diffusé. De plus, nombre d'usagers n'entrent pas en contact avec ces structures spécialisées. Or, si les services de soins sont bien préparés à prendre en charge les complications et pathologies associées aux consommations excessives, le traitement des addictions elles-mêmes reste insuffisant.*
- *La mise en œuvre des soins spécifiques pour les questions d'addiction doit être coordonnée en partenariat avec les services qui accueillent les patients. Les structures telles que les CCAA ou le CSST Le Fil d'Ariane rencontrent essentiellement les personnes qui leur sont adressées. Elles n'ont pas la capacité actuelle de répondre de manière adéquate à toutes les demandes. En particulier celles qui émanent des services d'accueil et d'hospitalisation prenant en charge pour des pathologies associées les patients dont l'addiction représente une comorbidité ou même l'origine de la pathologie motivant le séjour aux HUS. Or les équipes hospitalières sont confrontées à des*

difficultés liées aux pratiques addictives des patients dont elles ont la charge, sans bien connaître les structures spécifiques aux H.U.S., sans garantie de réponse rapide, sans disposer de personnes ressources propres. Si une telle personne se déplaçait sur le lieu d'hospitalisation du patient pour amorcer une prise en charge spécifique et coordonnée, cela représenterait une amélioration considérable du service rendu au patient.

- *La prise en charge des addictions ne peut se concevoir que dans le long terme et dans une logique de travail en réseau qui comprend aussi la médecine et les structures de ville.*
- *L'hôpital participe au recueil d'informations épidémiologiques. Or les structures spécialisées (ex : Centre d'alcoologie ; centre méthadone) n'ont pas de vision globale de ce qui se passe au niveau de l'établissement.*
- *Aujourd'hui, les travaux de recherche fondamentale sur les effets des drogues, les expériences des équipes de soins et les orientations gouvernementales concernant la santé insistent sur les traits communs aux différentes addictions. Jusqu'à présent, aux HUS, des équipes spécialisées dans les problématiques alcool, tabac ou toxicomanie (opiacés, cocaïne...) œuvraient chacune de son côté. La sociologie des patients, les réseaux spécialisés de prise en charge extra-hospitalière, les principales complications somatiques, paraissent suffisamment distinctes pour justifier des spécificités. Aujourd'hui, les points de convergence entre les différentes addictions rendent féconde la mise en commun des connaissances accumulées dans chaque domaine et l'articulation des modalités de prise en charge. De plus, le phénomène de polyconsommation et la fréquence des dépendances à plusieurs produits doivent inciter à proposer des prises en charge qui s'adressent à toutes les conduites addictives, comme le souligne le dernier plan triennal de la MILDT (juin 1999).*
- *Le plan triennal de la MILDT désigne comme objectif le développement d'équipes de liaison hospitalière dans tous les établissements publics de santé de plus de 200 lits.*

Tout ceci justifie le projet de création d'une équipe de liaison en addictologie aux HUS.

STRUCTURES EXISTANTES AU NIVEAU DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG :

Actuellement il existe aux H.U.S. :

- *à la Clinique Médicale A : - en polyclinique une consultation orientée vers la toxicomanie*
- le centre méthadone (Fil d'Ariane - CSST)

- 2 C.C.A.A. (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) : l'un situé au Pavillon Leriche à l'Hôpital Civil, l'autre situé à l'Hôpital de Hautepierre au service de Médecine Interne
- 2 consultations anti-tabac : l'une au service de Pneumologie I à l'Hôpital Lyautey, l'autre au service de Pneumologie II à l'Hôpital de Hautepierre.
- Les consultations et hospitalisations en psychiatrie en cas de comorbidité psychiatrique.

En revanche, il n'y a aucune possibilité individualisée d'hospitalisation et ces structures n'ont qu'un rôle limité auprès des patients hospitalisés en raison d'une insuffisance de moyens. Si nous prenons l'exemple des C.C.A.A., on s'aperçoit en effet que le problème de l'accueil des patients hospitalisés dépasse et de loin leur capacité. En moyenne en France, 13 % des lits d'hospitalisation sont occupés par des personnes ayant un problème d'alcoolisation excessive. Si l'on retient que les H.U.S. proposent environ 1 400 lits pour les adultes et que les séjours moyens ont une durée de 10 jours, on peut estimer que chaque année environ 6 500 patients présentant un problème d'alcoolisation excessive, sont hospitalisés pour ce problème ou pour une autre raison. On peut penser qu'environ 80 à 90 % de ces patients ne sont pas aidés pour leur problème d'alcoolisation excessive. Cela représente donc environ 25 à 30 nouveaux patients hospitalisés chaque jour aux H.U.S. et présentant un problème d'alcool. Si on ajoute les personnes utilisant d'autres drogues psychoactives, on obtient une valeur située entre 35 et 40 personnes/24 heures. Il est certain qu'aucune des structures actuelles aux H.U.S. ne peut accueillir un nombre si élevé de patients pour un problème de toxicomanie.

FAISABILITE D'UNE EQUIPE D'ADDICTOLOGIE AUX HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG :

- *Au cours de ces 30 dernières années, l'alcoologie, la tabacologie et les autres drogues ont évolué séparément, ce qui les différenciait semblait tellement manifeste : la séparation du légal et de l'illégal, de l'âge et de la culture. Les alcooliques et les drogués se méprisaient les uns les autres. Actuellement on assiste à une évolution au niveau de la recherche et du traitement, visant à rapprocher ces trois secteurs. Par ailleurs, les consommateurs utilisent de plus en plus plusieurs produits.*
- *L'addictologie est un concept fédérateur qui intègre différentes disciplines à même d'aider les personnes en difficultés à cause de la consommation de produits susceptibles de générer des états de dépendance.*
- *En effet, ces différents produits ont des propriétés communes :*

- au niveau neurobiologique la libération de la dopamine au niveau du cerveau
- au niveau psychologique : l'impulsivité, la dépressivité, la recherche de sensations sont souvent retrouvées comme facteur associé au comportement d'addiction. Le produit intervient également comme un réducteur de souffrance.

- ces produits entraînent tous à terme les consommateurs dans une logique d'assujettissement "la perte de la liberté de s'abstenir".

- les étapes du comportement de consommation sont retrouvées d'un produit à l'autre : usage - mésusage - usage nocif - dépendance - sevrage - rechute lors d'une tentative de reconsommation du produit.

- les étapes du traitement sont largement similaires : accueil - projet de changement - motivation - modifications du comportement ou sevrage - suivi plus ou moins prolongé - travail avec la famille - intérêt des approches cognitivo-comportementales pour la préparation au changement et la prévention de la reconsommation.

- il y a par ailleurs bien sûr de nombreuses différences, car chaque produit garde une spécificité au point de vue épidémiologique, représentation sociale, complications somatiques et psychiatriques, mais les nombreux points de convergence permettent d'envisager une seule équipe pouvant répondre aux divers besoins des unités de soins en regroupant des spécialités diverses mieux à même d'intervenir dans des cas précis.

BUT :

Le but d'une équipe d'addictologie de liaison est de faire en sorte que toute personne ayant un problème de consommation excessive ou d'usage nocif ou de dépendance à un produit quitte toujours les H.U.S. en ayant été dépistée, informée et s'être vu proposer, si elle le désire, une possibilité d'accompagnement intra- ou extra-hospitalier.

OBJECTIFS GENERAUX D'UNE EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE AUX HUS :

- mieux adapter les soins aux personnes dépendantes et non dépendantes consommant de façon excessive et proposer des réponses spécifiques à leurs besoins, notamment :
- être un interlocuteur unique quel que soit le produit en cause.
- améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes consommateurs excessifs de produits addictifs aux urgences.
- faciliter l'accompagnement de ces personnes par des équipes de soins qui n'ont pas l'habitude des problèmes spécifiques posés par les addictions qui modifient le déroulement les séjours hospitaliers.
- assurer une meilleure circulation de l'information à l'intérieur des H.U.S.

- *former le personnel hospitalier au dépistage des pratiques addictives (médicaments, alcool, tabac, drogues) pour pouvoir délivrer une première information et orienter utilement les personnes.*
- *amorcer ou poursuivre le suivi des personnes dépendantes hospitalisées aux H.U.S. et qui posent le problème d'une addiction, en plus des pathologies qui ont motivé le séjour*
- *permettre la mise en commun des savoirs et savoir-faire qui ont été développés pour chaque domaine spécifique (drogues, alcool, tabac), promouvoir l'articulation des prises en charge, favoriser le développement des possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins.*
- *être un point de référence visible dans l'établissement pour les relations avec les structures ambulatoires, améliorer et consolider les pratiques en réseau qui sont en place.*
- *développer des outils d'observation de l'activité en addictologie.*
- *participer à la formation continue des acteurs de santé à l'extérieur des HUS.*
- *être un terrain de stage validant pour le DESC d'addictologie.*

MISSIONS DE L'EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE :

- A. *Interventions auprès de l'équipe de soins, à sa demande, pour évaluer, ajuster, initier un traitement ; pour aider à l'orientation du patient vers des structures adapté à un suivi à long terme.*
- B. *L'équipe de liaison peut aussi assurer des consultations externes, intervenir en aval des hospitalisations (favoriser le relais de prise en charge), mais l'activité de consultations ne doit jamais devenir une priorité.*
- C. *Élaboration de protocoles de soins et d'accompagnement, aide à leur mise en œuvre : bilan, gestion du manque, sevrage, substitution. Ces protocoles sont destinés à assurer une prise en charge initiale adéquate dans les services d'urgence et dans les unités de soins. Ces protocoles sont également destinés aux médecins faisant partie du réseau ville-hôpital.*
- D. *Sensibilisation, information, formation et soutien des équipes soignantes, en particulier les personnels des urgences, des services et des réseaux impliqués dans le suivi des personnes atteintes par le VIH et le VHC ou des complications des dépendances alcool et tabac.*
- E. *Établissement d'une liste des personnes et structures ressources pour les différentes addictions, intra et extra-muros après convention de partenariat. Cette liste comportera des informations suffisamment précises quant au public visé et aux possibilités offertes. Elle sera diffusée à l'intérieur des HUS.*

- F. *Coordination des prises en charge autour d'un patient : équipe soignante / équipes spécialisées ; équipe soignante / psychiatrie ; équipe spécialisée / psychiatrie ; structures de l'établissement / structures extérieures (médecin traitant , centres spécialisés ; psychiatrie de secteur ; UCSA etc...)*
- G. *Organisation de rencontres de travail entre les différentes structures spécialisées concernées : mise en commun des connaissances, échanges d'information, élaboration de travaux de recherche collaboratifs.*
- H. *Organisation du recueil d'information à l'échelle de l'établissement : observation de l'activité en addictologie, informations épidémiologiques.*
- I. *Représentation de l'établissement auprès de comités de suivi et autres instances consultatives et décisionnelles en matière d'addictologie.*
- J. *Réflexion et prospective pour le développement de l'addictologie aux HUS.*

MODALITES DE FONCTIONNEMENT :

1. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Sa composition pressentie est

- *un praticien hospitalier à temps complet*
- *deux infirmières D.E. à temps plein*
- *un(e) psychologue temps plein*
- *un mi-temps de secrétariat*

Les membres de l'équipe doivent être compétents en addictologie :

- *soit être titulaire d'une capacité Alcoologie-Toxicomanies-Tabacologie*
- *soit avoir une expérience de terrain*
- *soit avoir effectué une formation reconnue*
- *l'équipe doit pouvoir bénéficier d'une mise à jour régulière de ses connaissances par le biais de la formation continue*

2. ROLE DES DIFFERENTS MEMBRES DE L'EQUIPE :

- *L'ensemble de l'équipe travaillera en étroite collaboration pluridisciplinaire.*
- *Le praticien hospitalier sera plus particulièrement chargé de :*
 - *organiser la coopération entre l'équipe d'addictologie et les U.F. avec les cadres infirmiers et les chefs de service*
 - *organiser les réunions d'équipe*
 - *adapter les outils diagnostiques nécessaires*
 - *organiser la mise au point de protocoles avec la participation de personnes compétentes*

- *assurer le lien avec les structures de toxicomanie, alcoologie et tabacologie intra et extrahospitalières*
- *participer aux tâches dévolues à l'ensemble de l'équipe*

- les infirmières D.E. seront plus particulièrement chargées de :

- *rencontrer certains patients sur demande de l'équipe*
- *proposer une orientation si besoin vers les structures de soins ou de suivi social appropriées*
- *aider à l'utilisation des protocoles et outils diagnostiques*
- *aider à la mise en place de soins*

- le (la) psychologue sera plus particulièrement chargé(e) de :

- *aider les équipes des U.F. à analyser les situations qui posent problème*
- *entendre les difficultés que rencontrent ces équipes et leur apporter un soutien*
- *favoriser un travail de réflexion au sein de l'équipe d'addictologie sur ses pratiques, sur la démarche éthique*

- l'ensemble de l'équipe assurera la formation des équipes soignantes en matière d'addictologie en partenariat avec le service de la Formation Continue des H.U.S.

3. LOCALISATION :

L'équipe de liaison dispose d'un local dédié équipé de trois bureaux, téléphone, répondeur, fax, portable, ordinateur sur le réseau PARSEC, accès Internet.

Les consultations éventuelles ont lieu

L'équipe de liaison est placée sous la responsabilité administrative du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie. Elle travaille en étroite collaboration avec le CCAA et la fédération de médecine interne A.

4. BUDGET :

Personnels

Équipement

Fonctionnement (téléphone, fax, papeterie, déplacements extra-muros, formation continue...)

ANNEXE 1

La mise en place de l'équipe de liaison nécessitera la création temporaire d'un groupe d'accompagnement.

Son but sera de guider et d'optimiser la démarche : il sera composé de personnes familiarisées avec le problème des addictions, de personnes de l'administration hospitalière ainsi que de personnes provenant de divers services (chef de service, surveillante, infirmière, chef de clinique).

L'essentiel sera d'organiser la cohabitation de cette structure transversale avec les divers services, d'où la nécessité de bien décrire les attributions et les limites de compétences de l'équipe d'addictologie de liaison. Un projet d'équipe aidera à lever certaines ambiguïtés, par exemple l'équipe d'addictologie de liaison ne se substitue en aucun cas aux équipes de soins. Dans ce projet, il sera également important d'organiser le rôle de l'équipe dans le cadre des urgences.

ANNEXE II

Le développement d'un réseau ville-hôpital d'addictologie sera également une nécessité. Un quart temps de psychologue a été attribué au C.C.A.A. de l'Hôpital Civil dans cette optique. Il est en effet nécessaire de pouvoir proposer aux personnes n'ayant pas de médecin traitant ou ne souhaitant pas rencontrer leur médecin traitant pour ce problème ou souhaitant changer de médecin traitant, un choix de médecins capables de les aider dans leurs démarches.