

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de la Justice



Office National de Lutte Contre  
la Drogue et la Toxicomanie

Conseil de l'Europe



Groupe Pomicou  
Pomicou Group

# PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

*Séminaires de formation de médecins  
dans le cadre du projet MedNET*

*Algérie, 1<sup>er</sup> semestre 2008*

**Textes traduits vers l'Arabe  
Salah ABDENNOURI**

**ACTES**



# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>Avant propos</b>	5
<b>Remerciements</b>	6
<b>Réseau méditerranéen MedNET de coopération sur les drogues et les addictions- Présentation</b>	7
<b>Réseau MedNET : Rapport sur les séminaires de formation relative à la prise en charge des toxicomanes en Algérie</b>	12
<b>La politique Nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie</b> par Salah Abdennouri, Directeur d'Etudes, d'Analyse et d'Evaluation, Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (Algérie)	17
<b>Lutte contre la Toxicomanie, Plan d'action sanitaire</b> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière -	27
<b>Concepts et Définitions de la Toxicomanie</b> par Dr Ramzi Haddad, Psychiatre, Skoun (Liban)	30
<b>Suivi du toxicomane</b> par Dr Ramzi Haddad, Psychiatre, Skoun (Liban)	35
<b>Le SATO Picardie</b> par Jean Pierre Demange, Directeur du SATO (France)	40
<b>La prise en charge clinique du toxicomane</b> par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan, Paris et Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)	42
<b>L'expérience de la clinique de Marmottan</b> par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre et Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)	50
Groupes / Ateliers	56
<b>Modèles explicatifs de la toxicomanie - Comprendre les comportements</b> par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan (France)	58
<b>Usage, abus, dépendance</b> par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre Addictologue, Paris (France)	60
<b>Le modèle de soins français - Les principes de la prise en charge</b> par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan (France)	63
<b>Modalités de prise en charge des toxicomanes – L'expérience du centre de cure et de désintoxication du CHU</b> par Dr Mustapha Derguini et Dr Abderahmane Habibeche, Psychiatres, CHS Frantz Fanon, Blida (Algérie)	66

<b>Les conduites addictives : Définition</b> par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre Addictologue, Paris (France)	75
<b>Travailler avec les consommateurs de cannabis. Des critères d'évaluation</b> par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre, et Jean Pierre Couteron, Président de l'ANIT- Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)	80
<b>Passer d'une addiction à une autre (Switchaddict)</b> par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre addictologue CHU Jean Verdier Bondy et Dr Marc Valleur, Psychiatre, Directeur du Centre Marmottan	82
<b>Situation cliniques</b>	84
<b>Modèles de questionnaires</b>	85
<b>L'organisation de la prise en charge</b> par Mustapha Benslimane, Centre Nova Dona à Paris (France)	88
<b>L'expérience du Centre Nova Dona avec sa spécificité de regrouper un CAARUD et un CSST</b> par Mustapha Benslimane, Centre Nova Dona, Paris (France)	91
<b>La réduction des risques en France</b> par Mustapha Benslimane, Responsable du Centre Nova Dona, Paris (France)	98
<b>Présentation des substances psychoactives et comportements de consommation</b> par Dr Sylvie Fauvelot-Mahier, APS Contact Provins (France)	102
<b>Usage et dépendance</b> par Jean Pierre Demange, Directeur du SATO Picardie	120
<b>Présentation de l'APS Contact – Le Système de soins français</b> par Odile Vitte -Tancelin, Directrice du Centre APS Contact Provins (France)	122
<b>Législation nationale</b> par Dr Abderahmane Habibeche, CHS Frantz Fanon, Blida (Algérie)	141
<b>Evaluation de la prise en charge des toxicomane en milieu institutionnel</b> par Dr Sandra Mouffok, Sidi Chahmi – Oran (Algérie)	143
<b>Skoun : une expérience d'un centre de soins au Liban</b> par Dala Fakhreddine, Psychothérapeute (Liban)	146
<b>Accompagnement psychosocial et réinsertion (suivi psycho-éducatif, communautés thérapeutiques, groupes d'auto-support)</b> par Dr Mauro Croce, Psychothérapeute (Italie)	148

## **Avant propos**

Il est incontestable que tous ceux qui ont eu à prendre part aux séminaires de formation sur la prise en charge des toxicomanes organisés durant le premier semestre 2008, à Alger, Annaba et Oran, gardent en mémoire l'ambiance empreinte de sérénité, d'intérêt et de communion qui à prévalu au cours de ces rencontres.

En effet, l'unanimité s'est faite parmi tous les stagiaires, les formateurs et les organisateurs autour de la réussite totale de cette opération qui aura sans nul doute un impact positif certain sur la prise en charge des toxicomanes en Algérie.

Au delà des résultats qui ont largement dépassé les prévisions initiales, ces séminaires ayant regroupé plus de 150 praticiens de différentes régions d'Algérie, ainsi que 25 experts de France, du Liban et d'Italie en plus des Algériens, ont permis aux participants de se côtoyer, de travailler en commun, de se connaître davantage, d'établir des relations et des liens d'amitié et d'échanger leurs expériences dans l'intérêt de tous.

Se faisant, ces stages ont constitué véritablement un modèle de coopération aussi bien Nord-Sud que Sud-Sud en terme de rapprochement, d'échange, de partage et d'instauration de relations d'amitié et de réseaux durables d'activité en commun. Ce sont là précisément les objectifs que s'était fixé le réseau MedNET piloté par le Groupe Pompidou. Ce réseau résolument engagé à jeter de solides passerelles entre ses membres dans l'intérêt mutuel des peuples de la région en établissant des relations permanentes cimentées par leurs dimensions humaines, à la base de tout succès.

Il est tout à fait évident que cet objectif ne pouvait être atteint sans la profonde conviction dont ont fait preuve tous les partenaires de ce projet et sans les efforts sincères et louables déployés par les responsables de toutes les institutions concernées, en particulier : le réseau MedNET en tant que cadre de déploiement de cette action, le Groupe Pompidou animateur du réseau ainsi que la MILDT qui a joué un rôle déterminant dans le choix d'experts compétents et engagés ayant largement contribué au côté de leurs confrères des autres pays, à la réalisation de résultats hautement appréciables.

L'organisation Libanaise «SKOUN» a également participé en compagnie d'autres institutions ayant délégué des encadreurs, à la réussite de ces séminaires.

A tous ces partenaires, institutions, experts, encadreurs ou organisateurs, nous ressentons le devoir de leur exprimer notre parfaite gratitude, nos vifs remerciements et nos sincères félicitations, étant convaincus que cette action de formation qui constitue à nos yeux une réussite totale, n'est qu'un prélude à une coopération plus dense et durable au profit de nos peuples et de nos pays, des deux côtés de la méditerranée.

**Abdelmalek SAYAH**  
**Directeur Général de l'Office National**  
**de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie**

## **Présentation**

Ce document est le recueil des présentations faites lors du séminaire national et des séminaires régionaux de formation sur la prise en charge des toxicomanes. Ces séminaires ont été organisés en Algérie au profit des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues et des sociologues, dans le cadre de la préparation à la mise en place d'un vaste réseau de centres de traitement des toxicomanes dans les différentes régions d'Algérie. Leur encadrement a été assuré par des experts venus de France, d'Italie et du Liban, en plus des algériens.

Cette opération de formation s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du programme de travail du réseau MedNET pour l'année 2008.

Ainsi, le séminaire national a eu lieu à Alger, à l'Institut de Santé Publique du 10 au 12 février 2008. Il a concerné essentiellement des psychiatres.

Le premier séminaire régional au profit des médecins généralistes en particulier, a eu lieu à Annaba, à l'Institut technologique de Santé Publique, du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2008.

Le deuxième séminaire régional a eu lieu à Alger à l'Institut National de Santé Publique du 6 au 8 avril 2008.

Le troisième séminaire régional a eu lieu à Oran à l'Institut technologique de Santé Publique, du 4 au 6 mai 2008.

# Réseau méditerranéen MedNET de coopération sur les drogues et les addictions - Présentation

## **Définition**

Le réseau méditerranéen MedNET de coopération sur les drogues et les addictions (y compris l'alcool et le tabac) a pour objectif de promouvoir la coopération, l'échange et le transfert réciproque de connaissances entre pays du pourtour méditerranéen et pays européens membres du Groupe Pompidou et donateurs (Echange Nord-Sud et Sud-Nord) mais également au sein des pays du pourtour méditerranéen (Echange Sud-Sud). Des experts indépendants apportent également leur expertise et expérience.

## **Objectif à terme**

L'objectif à terme est d'améliorer la qualité de la mise en œuvre des politiques en matière de drogues dans tous les pays participants à la fois du pourtour méditerranéen et d'Europe en mettant l'accent sur une meilleure sensibilisation des facteurs culturels sur les politiques d'intervention.

## **Groupes cibles du réseau**

Le réseau est destiné aux professionnels de terrain : médecins, travailleurs sociaux, représentants d'ONG, d'associations de la société civile, chercheurs et responsables politiques et administratifs. Il cherche à promouvoir l'interaction entre la politique, la pratique et la science.

## **Création du réseau**

C'est lors de la réunion du « Groupe à Haut Niveau franco-néerlandais sur les drogues », en mai 2005, que les Pays-Bas et la France ont retenu l'idée d'étudier la possibilité de développer un mécanisme de coopération en région méditerranéenne. Cette initiative faisait suite entre autres aux recommandations émises lors de la première « conférence sur la coopération dans la région méditerranéenne sur l'usage de drogues : mise en place de réseaux dans la région méditerranéenne » organisée en 1999 à Malte par le Groupe Pompidou. Suite à cette conférence, des activités avaient démarré dans la région méditerranéenne, avec notamment le lancement du projet MedSPAD<sup>1</sup> qui se poursuit aujourd'hui.

A l'issue de la réunion du Groupe franco-néerlandais, les ministères des Affaires Etrangères et de la Santé Publique des Pays-Bas et la Mission Interministérielle à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) de la France ont financé des missions exploratoires de janvier à avril 2006 dans les 3 pays du Maghreb portant sur la faisabilité du réseau, les capacités et les besoins locaux en matière de connaissances et d'expertise.

---

<sup>1</sup> Le "Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" (le Projet Méditerranéen d'Enquêtes Scolaires sur l'Alcool et les autres drogues) donne un aperçu de la situation de l'usage de drogues dans les pays non-européens de la Région Méditerranée. Cette enquête scolaire recueille des informations sur les attitudes et les comportements des jeunes en relation avec la consommation d'alcool, de tabac et autres substances. Cette enquête est une adaptation de la méthodologie ESPAD au contexte méditerranéen (voir article). Des enquêtes ont été menées à Alger et Rabat

L'étude de faisabilité s'est clôturée par une conférence, financée par les ministères néerlandais des Affaires Etrangères et de la Santé Publique, les 8 et 9 mai 2006 à Amsterdam, à laquelle les responsables des pays concernés et le Groupe Pompidou ont été invités. La création du réseau y a été approuvée et l'engagement du Groupe Pompidou dans la phase de développement (2006-2007) pour la coordination et l'administration du réseau a été obtenu. La première réunion du réseau MedNET a eu lieu à Paris, au bureau du Conseil de l'Europe, le 18 septembre 2006.

L'Algérie et le Maroc ont ensuite participé pour la première fois en tant que pays observateurs à la Conférence Ministérielle du Groupe Pompidou les 27 et 28 novembre 2006, au cours de laquelle le réseau méditerranéen a été présenté aux 35 pays membres du Groupe Pompidou et aux organisations internationales représentées. A cette occasion, des contacts ont été pris auprès de délégations intéressées à soutenir le développement du réseau : l'Espagne, Italie, Malte et Portugal.

### ***Pays participants***

Initialement, le projet s'adressait à l'Afrique du Nord, à l'Algérie, au Maroc et à la Tunisie. En Europe, les partenaires étaient la France et les Pays-Bas. Depuis, le réseau a été étendu et huit pays en sont maintenant membres.

Pour la Tunisie, aucun engagement politique formel n'a été pris mais le processus est en cours et une experte tunisienne participe aux réunions du réseau.

Le Liban qui a participé à la première Conférence organisée dans le cadre du réseau MedNET à Alger en décembre 2006, participe officiellement au réseau depuis janvier 2007.

L'Italie et l'Espagne participent au réseau depuis juin 2007 et le Portugal depuis septembre 2007. A côté de ces représentants de pays, qui doivent être en mesure, d'engager leur pays, d'autres personnes participent aux activités du réseau MedNET, ce sont des experts indépendants qui apportent leur expertise et expérience notamment dans le cadre du projet MedSPAD.

### ***Développement et Financement du réseau***

Au niveau politique, le réseau a été lancé fin 2006 pour une période d'un an (2006-2007) à l'issue de laquelle, il a été évalué. La souplesse de son fonctionnement administré par le Secrétariat du Groupe Pompidou a été reconnu et le réseau poursuit ses activités en 2008 sous la coordination du Groupe Pompidou. Le budget est alimenté par des contributions volontaires, au départ, des Pays-Bas et de la France, auxquelles se sont rapidement ajoutées les contributions volontaires de l'Italie et du Portugal au cours de l'été 2007 et celle de l'Espagne fin 2007.

### ***Programme de travail du réseau MedNET***

En 2006, les activités MedNET ont démarré sur la base des activités menées dans le cadre de MedSPAD. En 2007, un programme complet d'activités a été mené ; En 2008, le programme de travail, qui couvrit les mêmes domaines que ceux du Groupe Pompidou, a été adopté lors de la 4<sup>e</sup> réunion MedNET à Casablanca le 1er décembre 2007.

### ***Activités menées en 2006***

- 1<sup>ère</sup> réunion du projet MedNET, Paris, 18 septembre
- Conférence sur le rôle de la recherche dans l'élaboration de politiques en matière de drogues : interprétation, communication et utilisation des résultats, Alger, 3-4 décembre
- 2<sup>ème</sup> réunion du projet MedNET, Alger, 5 décembre



### **Activités menées en 2007 :**

- Journée préparation formation substitution pour le Maroc, OFDT<sup>2</sup> et MILDT<sup>3</sup>, Paris (25 janvier)
- Visite d'une délégation algérienne en France (12-16 février)
- 2 ateliers « enquêtes en population » pour l'Algérie, OFDT, (12-13 février) et (5-6 novembre)
- Formation théorique traitement de substitution aux opiacés, Rabat, (20-22 mars)
- Formation pratique traitement de substitution aux opiacés, Paris-Bordeaux (21-31 mai),
- Visite d'étude sur le traitement de substitution pour une délégation du Ministère de la Santé du Maroc en France (29-31 mai)
- Journée de réflexion sur l'évaluation du programme pilote Traitement de Substitution aux Opiacés au Maroc, Paris, (1 juin)
- Participation pour les représentants de l'Algérie, Maroc et France au séminaire international de valorisation des résultats d'enquêtes scolaires en Afrique de l'Ouest, organisé par le Bureau Régional de l'ONUDC, Ouagadougou, Burkina Faso, (4-6 juin)
- Conférence nationale sur :le rôle du mouvement associatif dans la prévention contre la toxicomanie, Alger (26-27 juin)
- 3<sup>ème</sup> réunion MedNET, Alger, 25 juin
- Réunion des donateurs MedNET, Strasbourg, 26 septembre
- Réunion préparatoire enquête MedSPAD Liban, Paris, 10 octobre
- Visite d'étude sur le traitement de substitution pour le Maroc aux Pays-Bas, (19-22 novembre)
- Participation de représentants de l'Algérie, du Maroc, de la Tunisie et du Liban à la Conférence du Groupe Pompidou sur la famille et la prévention, Porto, 19-20 novembre 2007
- 4<sup>ème</sup> réunion MedNET, Casablanca, 1<sup>er</sup> décembre

### **Activités en 2008**

- Réunion MedSPAD Liban, Paris, 21 janvier
- Séminaire national de formation à la prise en charge de la toxicomanie, Alger (10-12 février)
- Séminaire régional de formation à la prise en charge de la toxicomanie, Annaba (30 mars-1<sup>er</sup> avril)
- Séminaire régional de formation à la prise en charge de la toxicomanie, Alger (6-8 avril)
- Séminaire régional de formation à la prise en charge de la toxicomanie, Oran, (4-6 mai)
- Réunion des donateurs, Paris, (2 juin)
- Rencontre entre le Secrétaire Exécutif du Groupe Pompidou et le Ministre de la Santé du Maroc (11 juin)
- Réunion MedSPAD Liban et MedSPAD Maroc, Paris, (8-9 septembre)
- Forum recherche, politique et pratiques de terrain, Rabat, (24-25 octobre)
- Visite d'étude d'une délégation de l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie d'Algérie au Portugal (27-31 octobre)
- 5<sup>ème</sup> réunion MedNET, Alger, (1<sup>er</sup> décembre)
- Séminaire détection des drogues de synthèse, Algiers (2-4 décembre)

---

<sup>2</sup> Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

<sup>3</sup> Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

- Participation d'experts MedNET au colloque « drogues et cultures », organisé par l'OFDT, Paris, (11-13 décembre)

## **MedNET : Réseau méditerranéen de coopération sur les drogues et les addictions : Coopération avec l'Algérie**

### **Première activité de coopération menée dans le cadre du réseau MedNET**

**La Conférence sur le rôle de la recherche dans l'élaboration de politiques en matière de drogues : interprétation, communication et utilisation des résultats, Alger, 3-4 décembre 2006** a été organisée en partenariat avec l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Cette conférence réunissant plus de 200 chercheurs, représentants des services de répression, représentants de la société civile et d'institutions chargées de la prévention ainsi que professionnels du secteur de la santé, a été l'occasion d'échanger l'expérience entre les deux côtés de la Méditerranée. Les actes bilingues de ce colloque ont été publiés.

### **Activités MedNET menées en 2007 dans lesquelles l'Algérie a participé**

**Apport d'expertise pour la préparation de l'enquête en population en Algérie** : trois rencontres ont eu lieu entre des représentants de l'OFDT (Office Français des Drogues et des Toxicomanies), le CENEAP (Centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement (CENEAP) et l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie et divers experts européens.

**Visite d'une délégation algérienne en France (12-16 février) auprès des divers organismes actifs dans la lutte contre la toxicomanie**

**Séminaire de formation théorique sur le traitement de substitution aux opiacés au Maroc, mars Rabat** : des participants algériens ont été invités.

**Soutien du réseau MedNET à la Conférence nationale sur le rôle du mouvement associatif dans la prévention contre le fléau de la drogue et la toxicomanie** organisée par L'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, 26-27 juin 2007 avec la participation d'experts du Groupe Pompidou.

### **Programme d'activités MedNET pour 2008**

Le programme d'activités adopté pour l'Algérie est le suivant

**1 -Une enquête en population générale sur l'usage des drogues en Algérie** pour évaluer la situation.

**2 -Renforcement des capacités dans le domaine de la prise en charge de la toxicomanie et dans le domaine de la répression.**

A Formation de médecins pour prendre en charge les toxicomanes dans les nouveaux centres de traitement : 4 séries de séminaires

- séminaire national : Alger, Institut National de Santé Publique, 10-12 février (30 participants)
- séminaire régional : Annaba, Ecole de Formation Paramédicale, 30 mars-1 avril (50 participants).
- séminaire régional : Alger, Institut National de Santé Publique, 6-7 avril (30 participants)

- séminaire régional : Oran, Ecole de Formation Paramédicale,4-6 mai (30 participants)
- B. Formation de responsables et encadreurs d'association civiles en matière de communication et d'animation.(date non fixée)
- C. Séminaire de personnels des services de lutte (gendarmes, policiers et douaniers) en matière de détection et de répression des drogues de synthèses. (2-4 décembre 2008)
- D. Visites d'études et d'informations auprès d'institutions européennes. (automne 2008).

# Réseau MedNET

## Rapport sur les séminaires de formation relative à la prise en charge des toxicomanes en Algérie

### 1. CONTEXTE

Ce réseau, a été créé en 2006 pour promouvoir la coopération, l'échange réciproque de connaissances sur les drogues et les addictions entre pays du pourtour méditerranéen et pays européens membres du Groupe Pompidou et donateurs (Echange Nord-Sud et Sud-Nord) mais également au sein des pays du pourtour méditerranéen (Echange Sud-Sud). Il compte aujourd'hui : huit pays : l'Algérie, le Maroc, la Tunisie, le Liban, la France, l'Espagne, l'Italie et le Portugal.

Dans le cadre de ce réseau MedNET, un programme de travail pour l'année 2008 et pour l'ensemble des pays participants a été adopté. Pour l'Algérie, un des volets de ce programme comprend la formation de la prise en charge de la toxicomanie. C'est ainsi, que le réseau MedNET apporte sa contribution aux efforts déployés par le Ministère de la Santé dans le cadre du plan d'action national de prise en charge de la toxicomanie par la mise à disposition de formateurs lors de quatre séminaires de formation .

### 2. DATE, LIEU ET PARTICIPANTS A LA FORMATION

- Un premier séminaire national s'est déroulé du 10 au 12 mars 2008, réunissant 26 médecins spécialistes psychiatres et de médecine légale à l'institut national de la santé publique à Alger. Les formateurs étaient français, libanais et algériens.
- Un séminaire régional dans la région Est a eu lieu à Annaba, du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2008, à l'école paramédicale. Il a réuni 51 médecins généralistes et psychologues. Les formateurs étaient français et algériens.
- Un séminaire régional dans la région centre a eu lieu à Alger, du 6 au 8 avril 2008, à l'institut national de santé publique. Il a réuni 34 médecins généralistes, psychologues et psychosociologues. Les formateurs étaient français, libanais et algériens.
- Un séminaire régional dans la région Ouest a eu lieu à Oran, du 4 au 6 mai 2008, à l'école paramédicale. Il a réuni 43 médecins généralistes, psychologues et psychosociologues. Les formateurs étaient français, italiens, libanais et algériens.

### 3. OBJECTIFS DE LA FORMATION ET THEMES DU PROGRAMME

Les objectifs de la formation définis par le comité préparatoire auxquels participaient les représentants de l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie et le Ministère de la Santé étaient les suivants :

- Contribuer à apporter des éléments de réponse aux questionnements suivants :
- Comment définir le pathologique ? Que peut-on prétendre changer ?
  - Sur quelles théories et sur quels modèles s'appuyer ? S'agit-il du modèle juridique, du modèle social ou du modèle comportemental ?
  - Quelles stratégies adopter ?
  - Quelles interventions thérapeutiques mener ?

- Quels sont les lieux d'intervention, les espaces d'actions et les institutions opérationnelles?

Les thèmes couverts par les séminaires ont été ceux communiqués aux formateurs par le comité préparatoire à savoir

1. Concepts et définitions de la toxicomanie et de sa prise en charge
2. Législations comparées
3. Prise en charge clinique
4. Thérapeutique
5. Suivi du toxicomane
6. Expérience des centres désintoxication européens

#### **4. DEROULEMENT DES SEMINAIRES DE FORMATION**

L'ouverture du premier séminaire national, à Alger, en février par **M Tou, Ministre de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière** et **M. Sayah, Directeur Général de l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie** rattaché au Ministère de la Justice montre que cette formation sur la prise en charge des toxicomanes revêt une grande importance pour le gouvernement algérien. Cette cérémonie a été suivie d'une série d'entretiens avec les journalistes de la presse écrite et de la télévision

Les autres séminaires ont été respectivement ouverts par le Wali de la région d'Annaba, et par le Directeur de la Santé Publique de la wilaya d'Oran. A chaque fois, la presse était présente à l'ouverture du séminaire. A Oran, la cérémonie d'ouverture a été suivie d'une conférence de presse à laquelle ont participé M Salah Abdennouri (Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Mme Rania Merbout (Ministère de la Santé), Chantal Gatignol (MILDT) et Florence Mabileau-Whomsley (Secrétariat du GP).

Les séminaires se sont déroulés en suivant les thèmes du programme adopté et en modifiant certaines interventions en fonction des nombreuses questions et centres d'intérêts des participants.

#### **5. PRISE EN CHARGE DES COÛTS DE LA FORMATION**

Le Ministère de la Santé a pris en charge les frais de déplacement et de séjour des stagiaires.

L'ONLCDT a pris en charge les frais de déplacement et de séjour des formateurs algériens, les déplacements sur le lieu du séminaire, les frais d'impression des documents ;

Le réseau MedNET a pris en charge les frais de déplacement et de séjour des formateurs et du Secrétariat, l'envoi de publications.

#### **6. POINTS QUI SONT RESSORTIS DES DISCUSSIONS ET DE L'EVALUATION**

Ces séminaires se sont caractérisés par une forte interactivité entre les formateurs et les participants qui a culminé avec les ateliers de situations cliniques lors du séminaire d'Annaba. Il a été manifeste que l'approche des participants quant à leur vision initiale du toxicomane a évolué au fur et à mesure des interventions et des discussions. Ces séminaires ont suscité un fort enthousiasme et intérêt parmi les participants médecins.

Les participants ont répondu à chaque fois à un questionnaire d'évaluation dont les résultats ont été pris en compte pour l'organisation des prochains séminaires.

Les besoins des participants semblaient très variés : d'une information sur les produits, parfois à des fins de prévention, notamment en milieu scolaire à des stages, visites de formation dans des centres pour la prise en charge des toxicomanes.

La participation plus importante de psychologues représentés lors des séminaires à la prise en charge des toxicomanes semble également souhaitée.

La sensibilisation de la population au phénomène de la toxicomanie et l'incitation à consulter des médecins a également été évoquée.

La participation des représentants des services répressifs : police, juge, directeur de prison, et également de pharmaciens, sociologues lors de prochains séminaires a été évoquée.

Enfin, le besoin de création d'un Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes dans le Sud de l'Algérie, région qui se trouve sur l'itinéraire du trafic de drogues a été souligné. Il est à noter toutefois que chaque wilaya disposera d'un CIST.

## **7. EVALUATION ET PERSPECTIVES**

Les autorités algériennes ont hautement apprécié cette opération de formation.

Tous les séminaires ont fait l'objet d'une bonne couverture médiatique. L'ONLCDT en collaboration avec le Ministère de la Santé a assuré une parfaite organisation sur place des séminaires.

La MILDT a joué un rôle important dans la réussite de cette opération, lors des premières discussions en 2007 et dans la sélection des formateurs en 2008.

Les formateurs ont été exemplaires et ont souvent retravaillé leurs présentations pour les adapter aux besoins du moment. Ces formations leur ont également permis de travailler en équipes en se partageant les thèmes de présentation.

Cette opération de formation a donné l'opportunité aux différents partenaires de travailler ensemble, elle a permis de nouer des relations et des amitiés pour former un vaste réseau d'échange et de partage entre les praticiens des différents pays concernés. L'échange d'expériences avec les formateurs du Liban a été notamment très appréciée à la fois par les stagiaires mais également par les autres formateurs. Enfin, les formateurs ont ressenti l'intérêt et le dynamisme des stagiaires et sont prêts à participer à d'autres initiatives de formation.

C'est ainsi que la discussion sur l'évaluation de ces 4 séminaires de formations et les perspectives futures qui a eu lieu à Oran entre Salah Abdenouri, Chantal Gatignol, Florence Mabileau-Whomsley et Kheyra Mokeddem à l'issue du dernier séminaire, n'a pu que reconnaître le succès de cette activité de formation. En conséquence, les actions suivantes ont été notées pour les soumettre ultérieurement par l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie à l'ensemble du réseau MedNET lors de la discussion sur le programme 2009..

### **Perspectives directes pour la formation à la prise en charge de la toxicomanie :**

- Les présentations des formations seront compilées dans une publication bilingue arabe et français qui contiendra également le résultat des évaluations. La traduction et les coûts d'impression seront pris en charge par le réseau MedNET. L'édition de cette

publication sera faite par l'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie et figurera ensuite sur le site du Groupe Pompidou

- En 2009, lorsque les Centres Intermédiaires de Soins aux Toxicomanes seront ouverts, deux types de formations seront organisés : l'une pour les médecins, l'autre pour les psychologues.
- La nomination des participants à ces futurs séminaires devrait être maintenant facilitée par les stages ayant eu lieu en 2008.
- Une de ces formations sera organisée dans le Sud de l'Algérie.
- Avec l'organisation de ces stages, le réseau MedNET dispose maintenant d'un pôle de formateurs, à compléter avec des formateurs espagnols et portugais .

## **Liste des formateurs dans les quatre séminaires de formation**

### **France**

Jean-Pierre Demange ( 3 séminaires)

Directeur du SATO- PICARDIE

2, rue des Malades

F – 60000 Saint-Martin le Nœud Tel : + (0)3 44 02 88 68 -Port.: [jpdemange@wanadoo.fr](mailto:jpdemange@wanadoo.fr)

Dr Aram Kavciyan (2 séminaires)

Centre Médical de Marmottan

17/19 rue d'Armaillé

F – 75017 PARIS Tel : 01 56 68 70 30 – E- : [kavciyan@club-internet.fr](mailto:kavciyan@club-internet.fr)

### **France (suite)**

Dr Pierre Poloméni

Centre de Soins

101 rue des Halles

F – 75004 PARIS Tel : 00 33 1 48 02 62 31 - e-mail : [pierre.polomeni@club-internet.fr](mailto:pierre.polomeni@club-internet.fr)

M. Mustapha Benslimane

Centre Nova Dona Hôpital Broussais

91 rue Didot

F – 75014 PARIS Tel : e-mail : [nova-mb@club-internet.fr](mailto:nova-mb@club-internet.fr)

Mme Odile Vitte-Tancelin

Directrice de CSST APSC Contact

28 rue de la Vénierie

F - 77160 PROVINS Tel : (0)1 64 08 99 47 – e-mail : [apsc@club-internet.fr](mailto:apsc@club-internet.fr)

Dr Sylvie Fauvelot-Mahier

APS Contact

28 rue de la vénière

F - 77160 PROVINS Tel : (0)1 64 08 99 47 [-sylviemahier.aps@club-internet.fr](mailto:sylviemahier.aps@club-internet.fr)

### **Italie**

Professeur Henry Margaron

Scali Olandesi 40

I - 57125 LIVORNO Tel : 00 39 3355400490 – E-mail : [hmargaron@tiscali.it](mailto:hmargaron@tiscali.it)

Dr Mauro Croce  
ASL 14 VCO  
Via Mazzini 117  
I - 28887 OMEGNA (VB) Tel : 00 39 0323643020 - E-mail: [mauro.croce@katamail.com](mailto:mauro.croce@katamail.com)

**Liban**

Dr Ramzi Haddad, M.D.  
Head of Department of Psychiatry  
SKOUN  
97 Monot Street, Nakhleh Building  
20272101 Achrafieh, Beirut, Lebanon Tel : 961 3 240855 - E-mail : [ramhadd@inco.com.lb](mailto:ramhadd@inco.com.lb)

Dr Amine Mallat-Lopez  
SKOUN  
97 Monot Street Nakhleh Building, 5e etage  
20272101 Achrafieh, Beyrouth  
Liban tel: +961 3658979- e-mail: [amine@skoun.org](mailto:amine@skoun.org)

Mme Dala Fakhredine  
SKOUN  
97 Monot Street Nakhleh Building, 5e etage  
20272101 Achrafieh, Beyrouth  
Liban tel: +961 3658979- e-mail: [dala\\_nf@yahoo.fr](mailto:dala_nf@yahoo.fr)



# La politique Nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie

par Salah Abdennouri, Directeur d'Etudes, d'Analyse et d'Evaluation,  
Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (Algérie)

## Plan de l'intervention

1. Situation actuelle de la drogue en Algérie
2. L'office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie
3. Le Plan Directeur National de lutte contre la drogue

## I. Situation actuelle de la drogue en Algérie

### 1. Le trafic de drogue dans le monde

- Phénomène mondial (3 à 5% de la population mondiale consomme de la drogue : 185 millions de personnes dont 34 millions en Afrique), 5 millions de personnes atteintes de sida à cause de la drogue.
- Fléau des temps modernes : Le cannabis, drogue prépondérante (150 millions de personnes), suivie des psychotropes.
- Interconnexion entre la drogue et les autres formes de criminalité organisée: Le terrorisme, le blanchiment d'argent, la corruption, l'immigration clandestine..
- Deuxième marché économique mondial avec 500 milliards de dollars (après les armes, bien avant le pétrole).
- 50 milliards de dollars seulement sont consacrés annuellement par la communauté internationale à la lutte contre la drogue.
- L'Afrique souffre particulièrement de ce fléau à cause de la pauvreté, des conflits armés et des maladies endémiques dont le sida qui est l'une des conséquences de la toxicomanie.

### 2. Situation du phénomène de drogue en Algérie

- Danger réel, péril en la demeure, c'est notre jeunesse qui est ciblée .
- 100% d'augmentation entre 2002 et 2004, dans la consommation de cannabis.
- Le cannabis est la drogue la plus consommée dans le monde et en Algérie; suivi des psychotropes.
- Le Maroc, gros producteur de cannabis dans le monde (60%)
- D'autres pays d'Afrique le cultivent à grande échelle.
- Les psychotropes un danger en évolution :
  - Spécificité des psychotropes
  - Ampleur en Algérie
  - Difficultés de contrôle, notamment des précurseurs.
- L'Algérie, pays transitaire depuis des années,
- Prémices d'une évolution dangereuse, pour devenir pays de consommation,

### 3. Les filières de trafic

- ❑ Cannabis de production Marocaine transitant par l'Algérie à destination de l'Europe via la Tunisie, la Libye ou par les grands ports Algériens.
- ❑ Estimation à 73,87% des quantités ayant transité et 26,13% des quantités orientées vers la consommation locale.
- ❑ Principal itinéraire utilisé: Frontières sud du Maroc– El Bayadh– Naama– Ouargla– El-Oued.
- ❑ La région de l'Ouest du Pays est la plus touchée par le trafic (48%).
- ❑ Le trafic se fait par route, généralement à bord de camions semi-remorques.
- ❑ Des embarcations spéciales sont utilisées pour le transport de la drogue par voie maritime.
- ❑ Connexion des filières Algériennes aux réseaux internationaux s'adonnant à toutes les formes de criminalité internationale transfrontière.
- ❑ Les narcotrafiquants ne font pas de différence entre: le trafic de drogue, la contrebande de cigarettes, la fausse monnaie, le blanchiment d'argent, la corruption, l'immigration clandestine, le terrorisme, etc...

### Statistiques

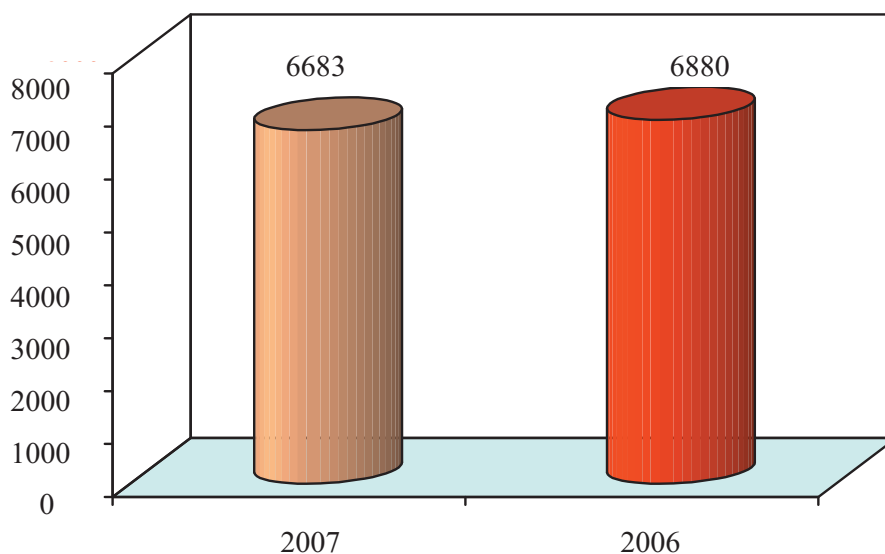
**Tableau de variation des quantités de drogue saisies par les services de lutte entre 2006 et 2007**

NATURE DES PRODUITS SAISIÉS		QUANTITES SAISIÉS ANNEE 2007	QUANTITES SAISIÉS ANNEE 2006	VARIATION	%
Cannabis et résine	Résine de cannabis	16595,436 Kg	10046,286 Kg	+ 6549,15 Kg	+ 65,19
	Herbe de cannabis	45,040 Kg	0,527 Kg	+ 44,513 Kg	+ 8446,5
	Huile de cannabis	/	/	/	/
	Graine de cannabis	0,814 Kg	0,858 Kg	- 0,044 Kg	- 05.13
	Plants de cannabis	20987 Plt	757 Plt	+ 20230 Plt	+ 2672,4
Cocaïne		22000,5 gr	7772,7 gr	+ 14227,8 gr	+ 183,05
Crack		53,92 gr	/	+ 53,92 gr	+ 100
Héroïne		381,79 gr	25,3 gr	- 356,49 gr	- 1409,05
Opium		47,1 gr Pavot 193,28Kg Graine 74817 Plants	12,2 gr Pavot	+ 34,9 gr + 193,28 Kg + 74817 Plt	+ 286,06 + 100 + 100
Substances psychotropes		233950 Cp + 5960 MI	319014 Cp + 2542 MI	- 85064 Cp + 3418 MI	- 26,66 + 134,46

### Nombre d'affaires traitées

Nombre d'affaires	Année 2007	Année 2006	Variation	%
	6683	6880	-197	-2.86%

### Graphique de variation des affaires traitées par les services de lutte



### Statistiques annuelles des saisies de résine de cannabis de 1992 à 2007

Année	Quantité de résine de cannabis saisies (en tonnes)
1992	6621
1993	1228
1994	1590
1995	4322
1996	2416
1997	2319
1998	2659
1999	4452
2000	6262
2001	4826
2002	6110
2003	8069
2004	12373
2005	9644
2006	10046
2007	16595

**Statistiques relatives aux affaires de drogues traitées par les structures du Ministère de la Justice (Remarque: 84,85% des personnes condamnées ont moins de 35 ans)**

Année	Age des personnes condamnées						Total
	- de 18 ans	18-25 ans	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	+ de 55 ans	
1994	147	1535	1295	363	89	19	3448
1995	153	1945	1524	358	69	16	4065
1996	151	2053	2033	821	143	100	5301
1997	133	2530	2081	637	151	68	5600
1998	357	4260	3237	998	227	68	9147
1999	531	4119	4396	1281	43	41	10411
2000	563	5312	4238	1272	252	59	11696
2001	511	4502	3610	1155	283	75	10136
2003	807	5782	4908	1750	730	55	14032
2004	396	5398	5167	1664	283	88	12996
<b>Total</b>	<b>3749</b>	<b>37436</b>	<b>32489</b>	<b>10299</b>	<b>2270</b>	<b>589</b>	<b>86832</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>4.32</b>	<b>43.11</b>	<b>37.42</b>	<b>11.86</b>	<b>2.61</b>	<b>0.68</b>	<b>100</b>

La lutte contre la drogue:

ONU: Réduction de l'offre et de la demande

3 dimensions : La répression, le traitement, la Prévention

La répression:

la Justice

- La Gendarmerie Nationale
- La Sûreté Nationale
- La Douane

Le traitement

Le Ministère de la Santé

Situation actuelle

- 1-Deux centres de désintoxication
  - CHU Frantz Fanon Blida
  - CHU sidi Chahmi Oran.....
- 2- Trois centres intermédiaires
  - ANNABA
  - BAB EL-WED
  - SETIF

Consultations en 2006 :

- 244 Consultations dans les CIST de Sétif
- 3940 Consultations au centre de désintoxication de Blida
- 452 Consultation au centre de désintoxication d'Oran
- 97 Consultation dans les CIST d'Annaba
- 98 Consultation à l'hôpital de Bab-El-Oued

Hospitalisations en 2006 :

- 1278 à Blida
- 158 à Oran

*Projet en cours de réalisation (2007/2008)*

- Ouverture de 15 nouveaux centres de désintoxication
  - Dans les CHU suivants : Alger (02), Oran, Constantine, Annaba , S.B.abbes, Sétif, Tlemcen, Tizi-Ouzou Batna.
  - Dans les villes suivantes : Ghardaïa , El\_Oued , Tamanrasset , Bechar , Adrar.
- Ouverture de 53 centres intermédiaires pour toutes les wilayate du pays :
  - 03 Centres à Alger
  - 02 Centres à Oran
  - 02 Centres à Constantine
  - 02 Centres à Annaba
  - 01 Centre pour chacune des 44 wilayate restantes.
- Ouverture de 185 cellules d'accueil et d'orientation : Dans tous les secteurs sanitaires.

La Prévention

A. Institutions de l'Etat

1. Départements ministériels

- Education Nationale : Enseignement Supérieur, Enseignement et formation professionnelle
- Affaires Religieuses et des Habous
- Jeunesse et Sport
- Santé, Population et Réforme Hospitalière
- Emploi et Solidarité Nationale
- Communication : Télévision, ENRS, Presse écrite
- Intérieur et Collectivités Locales
- Famille et de la Condition Féminine

2. Les Assemblées élues

- Sénat : Parlement et Assemblée Populaire Nationale (APN)
  - Assemblée Populaire des Wilayas (APW)
  - Assemblée Populaire Communale (APC)

3. Les services de lutte

- Gendarmerie Nationale
- Direction Générale de la Sûreté Nationale
- Douanes

4. Autres

Bureaux d'études : Experts

Centres de recherche : Chercheurs

B. La société civile

- Les familles
- Les partis politiques
- Les associations
- Les syndicats
- Les leaders d'opinion

LA SOCIETE TOUT ENTIERE

## II. L'Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

### Création et statut

a – Création:

- Créé par décret exécutif n° 212-97 du 09 juin 1997
- Installé le 02 octobre 2002
- Doté d'un Comité d'évaluation et de suivi (CES)

#### **Le Comité d'Evaluation et de Suivi :**

- 1- Ministère des Affaires Etrangères
- 2- Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales
- 3- Ministère de la Défense Nationale
- 4- Ministère de la Justice
- 5- Ministère des Finances
- 6- Ministère de la Communication
- 7- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- 8- Ministère du Tourisme
- 9- Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
- 10- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale
- 11- Ministère de la Jeunesse et des Sports
- 12- Ministère des Affaires Religieuses et des Wakf
- 13- Ministère de l'Education Nationale
- 14- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

- 1- Direction Générale de la Sûreté Nationale
- 2- Commandement de la Gendarmerie Nationale
- 3- Direction Générale des Douanes

- 1- Confédération Nationale de Consultation et de Coordination du Mouvement Associatif
- 2- Association Nationale de Prévention Contre la Drogue
- 3- Fondation Nationale pour la Recherche Médicale
- 4- Association Nationale pour la Culture de la Non-violence dans les Etablissements

b - Statut:

- Établissement public à caractère administratif, jouissant de la personnalité morale et de l'autonomie financière.
- L'Office est placé sous la tutelle du Ministère de la Justice

- Siège Social: Palais Mustapha Pacha, 06, Avenue de l'indépendance, Alger.

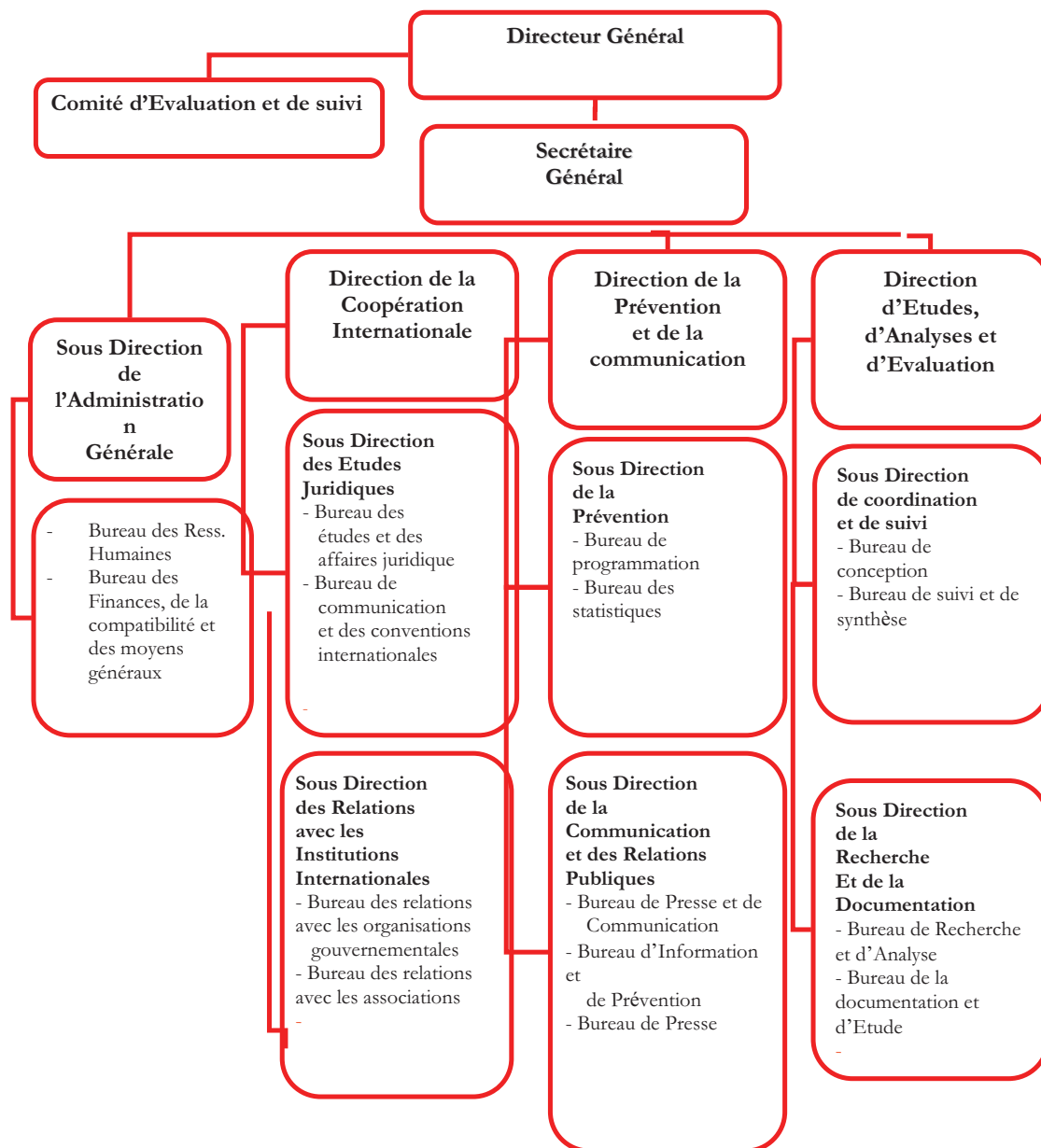
Tél.: 213 (0) 21 65 14 65

Fax: 213 (0) 21 66 01 50

E-mail: [info@onlcdt.dz](mailto:info@onlcdt.dz)

Site web: [www.onlcdt.mjustice.dz](http://www.onlcdt.mjustice.dz)

## Organigramme de l'Office



à insérer



Missions de l'office:

- Il est chargé de définir une politique nationale de prévention et de lutte contre la drogue et de suivre son application.

A ce titre il a pour mission de:

- Coordonner et suivre les actions menées par les secteurs concernés par la lutte contre la drogue.
- Présenter des rapports au gouvernement sur les résultats obtenus.
- Collecter et centraliser les informations pouvant faciliter la recherche, la prévention et la répression du trafic de drogue.
- Proposer toutes les mesures nécessaires en matière de législation relative à la drogue et la toxicomanie.
- Développer, promouvoir et consolider la coopération régionale et internationale dans le domaine de la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

### **III. Le plan directeur national de lutte contre la drogue (PDN)**

Le PDN est un document qui concrétise la politique nationale, arrête les priorités et répartit les tâches et les responsabilités entre les différents secteurs et institutions, en matières de prévention et de lutte contre la drogue.

Caractéristiques du PDN

1. Il garantit la globalité, la cohérence et l'intersectorialité des activités dans le domaine de la lutte contre l'abus de drogue
2. Il permet de définir les institutions et les structures qui planifient, gèrent et mettent en œuvre les moyens de lutte contre l'abus de drogue ainsi que les moyens de leur consolidation
3. En tant qu'approche intégrée, il permet de saisir l'interconnexion nécessaire entre les opérations menées dans les domaines spécifiques à la santé publique, à l'éducation, au développement économique, à l'information et à la répression, afin de les focaliser sur le phénomène de la drogue
4. Le PDN permet aux décideurs d'intégrer les mesures de lutte contre la drogue dans le cadre global des programmes de développement socio-économique du pays, au lieu de les considérer comme des mesures spécifiques isolées

Présentation sommaire du PDN

- Adopté par le gouvernement le 29 juin 2003
- Il traduit la politique nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- Sa mise en œuvre s'étale sur 5 ans
- Le PDN pose la problématique de la drogue en Algérie et les enjeux et les défis liés à la prévention et à la répression du trafic et de l'abus illicite des stupéfiants. Il souligne la nécessité de protéger la santé morale et physique de la population ainsi que sa cohésion sociale

- Il met l'accent sur la gravité de la situation et sur la préoccupation des pouvoirs publics et de toute la population, face à ce danger qui menace la société toute entière
- Il indique les facteurs favorisant l'expansion de la drogue en Algérie:
  - ✓ Facteurs socio-économiques
    - Crise de logement
    - Chômage
    - Déperdition scolaire
    - Les effets de la violence terroriste
  - ✓ Facteurs géographiques
    - L'étendue du territoire nationale 1200km de côtes, 6000 Km de frontières terrestres, +2,3 millions Km carrés de sup.
    - La proximité des zones de culture et des marchés de consommation
  - ✓ Facteurs influents
    - Le resserrement de l'étau sur les réseaux au Sud de l'Europe
    - L'essor de la production et du trafic à l'échelle mondiale
    - La disponibilité d'une grande variété de produits toxiques sur le marché local
    - La faiblesse du dispositif de contrôle des drogues licites
    - La mondialisation et la libéralisation économique
  - ✓ Facteurs juridiques
    - L'inadéquation de la législation
    - L'absence d'une réglementation adéquate sur le contrôle de la circulation des capitaux

#### Grands axes de la stratégie de mise en application du PDN

- ❖ Révision de la législation nationale (Réalisé)
- ❖ L'information, l'Éducation, la Communication
- ❖ Renforcement des mécanismes de coordination nationale
- ❖ Développement des capacités de lutte
- ❖ Consolidation et renforcement de la coopération internationale

#### APPLICATION DU PDN

- 5 ans ( 2004 - 2008 )
- Budgétisation de sa mise en œuvre
- Tous les secteurs et institutions participent à cette mise en œuvre
- Suivi et évaluation par l'office

# la Toxicomanie, Plan d'action sanitaire

**Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière - Lutte contre**

## **INTRODUCTION**

La toxicomanie est un problème de santé publique depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays, alors que chez nous le phénomène de consommation des drogues et de la toxicomanie est relativement récent

Cependant des facteurs de risque comme la structure de la population (63.5 % de la population a moins de 30 ans), la position géographique et le redéploiement des réseaux de trafiquants de drogues vers le continent Africain (l'Algérie est un véritable carrefour ouvert sur toute l'Afrique et l'Europe) ainsi que les mutations socio-économiques et culturelles que vit notre pays constituent une véritable problématique pour notre pays dans le domaine de la toxicomanie

## **HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

Des réflexions et des actions ont été initiées depuis déjà quelques années par le Ministère de la Santé. En 1992 une commission nationale multisectorielle de lutte contre la toxicomanie, présidée par le Ministère de la Santé a été créée. Cette commission a élaboré, en juin 1993, suite à un séminaire intersectoriel, un avant projet de programme de lutte contre les drogues et la toxicomanie

En 1997 il y a eu la dissolution de cette commission et la mise en place d'un Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Il a été installé en 2002. Il est composé des différents secteurs ayant en charge ce problème, dont le Ministère de la Santé.

Au niveau de notre Ministère, il existe un Comité National de Lutte Contre la Toxicomanie. Ce comité a élaboré un plan d'action sanitaire en rapport avec les orientations du Plan Directeur National

## **IMPORTANCE DU PROBLEME**

Les différentes études réalisées depuis 1990 ont montré que :

- Le phénomène de la toxicomanie est en extension
- Le toxicomane est le plus souvent un jeune adulte, célibataire, au chômage
- Le phénomène est de consommation de groupe
  - Les produits utilisés sont: le cannabis, l'alcool, les psychotropes (benzodiazépines), les solvants et rarement les drogues dures
- La moyenne d'âge de la première consommation se situe entre 17 – 18 ans (deux cas avaient l'âge de 9ans et 11ans)
- La polytoxicomanie est le mode le plus utilisé (psychotropes, alcool, cannabis)

## **AXES STRATEGIQUES ET ACTIVITES**

### **Evaluation de l'ampleur du phénomène**

- Améliorer et renforcer le système de déclaration obligatoire anonyme des cas de toxicomanie (circulaire de 1991)

- Evaluer l'activité des centres de prise en charge par des bilans trimestriels
- Développer les connaissances et la recherche sur tous les aspects de la toxicomanie (études, enquêtes)

#### **Information et sensibilisation**

- Organisation de semaines de sensibilisation en milieu scolaire et universitaire et dans le secteur de la formation professionnelle. Sachant que la majorité des consommateurs débutent à l'adolescence, la prévention ciblant cette population est une priorité
- Organisation de journées d'étude, à travers le territoire national sur la prévention et la prise en charge du toxicomane avec tous les secteurs impliqués (les ministères, les institutions nationales, les associations, etc....)
- Participation aux émissions radiophoniques et télévisées sur le sujet
- Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la toxicomanie le 26 juin de chaque année. Cette manifestation qui constitue une journée d'information touche toutes les structures sanitaires du pays.
- Elaboration de supports d'information et de publications sur le sujet (affiches, affichettes, dépliants, revue « Actes/toxicomanie et sida »)

#### **Formation et recyclage des personnels**

- Séminaire de formation sur la prévention de la consommation des drogues et des toxicomanies : médecins santé scolaire, universitaire et de formation professionnelle
- Séminaire de formation sur la prise en charge du toxicomane en milieu pénitentiaire
- Séminaire de formation de prise en charge des conduites toxicomaniaques ; médecins de services de prévention et de SEMEP.

#### **Prise en charge du toxicomane**

Création et organisation de centres de cure de désintoxication et de centres intermédiaires pour l'orientation et le suivi :

- Centres de prévention et de soins aux toxicomanes (centres de cure)
  - Blida (1996)
  - Sidi-Chami (1997)
- Centres intermédiaires de soins aux toxicomanes (CIST).
  - EHS Errazi, Annaba (1999)
  - Sétif (2004)
  - Bab-El-Oued, Alger (2004)

#### **Plan d'action 2007-2009**

- Réalisation de 15 centres de cure de désintoxication (CDD)
- Réalisation de 53 centres intermédiaires de soins aux toxicomanes (CIST)
- Répartition des CDD et des CIST
  - Alger: 3 CIST + 2 centres de cure
  - Oran: 2 CIST + 1 centre de cure
  - Annaba: 2 CIST + 1 centre de cure
  - Constantine: 2 CIST + 1 centre de cure
  - Biskra: 1 CIST + 1 centre de cure
  - Béjaïa: 1 CIST + 1 centre de cure
  - Béchar: 1 CIST + 1 Centre de cure
  - Ouargla: 1 CIST + 1 centre de cure
  - Tiaret: 1 CIST + 1 centre de cure

- Sétif: 1 CIST + 1 centre de cure
- Tlemcen: 1 CIST + 1 centre de cure
- Sidi-Bel-Abbès: 1 CIST + 1 centre de cure
- Batna: 1 CIST + 1 centre de cure
- 1 CIST pour les autres wilayate

# Concepts et Définitions de la Toxicomanie

par Dr Ramzi Haddad, Psychiatre, Skoun (Liban)

## I- Définitions

Les termes "addictions", "toxicomanie", "dépendance" sont parfois utilisés pour signifier la même idée bien qu'ils recouvrent des sens parfois différents et pleins de nuances. Qu'elles soient juridico-policières, médicales ou psychologiques, aucune définition ne permet de circonscrire de façon satisfaisante la totalité des problématiques liées à la consommation de substances psycho actives.

Entre 1920 et 1944, plus de 24 définitions différentes concernant le terme de toxicomanie ont été proposées jusqu'en 1950 quand l'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition dont les caractéristiques principales sont :

- un invincible désir de consommer
- une tendance à augmenter les doses
- une dépendance psychique et physique
- des effets nuisibles à l'individu et à la société

En 1967, l'OMS distingue l'accoutumance (usage régulier d'un produit provoquant le désir d'en répéter la consommation sans tendance à augmenter la dose, entraînant un certain degré de dépendance physique sans dépendance psychologique et sans syndrome de sevrage. L'accoutumance implique la possibilité d'effets nuisibles chez le consommateur) de la toxicomanie ou pharmacodépendance (présence de tolérance, dépendance physique et psychologique, syndrome de sevrage..).

La classification américaine du DSM introduit à partir de 1980 les notions d'abus et de dépendance et substitue ensuite le terme de drogue pour celui de substance, élargissant ainsi le cadre de la toxicomanie.

La définition de l'addiction a suivi les chemins tracés par les psychanalystes britanniques et, plus tard, par Goodman qui, en 1990, a proposé un ensemble de critères diagnostiques qui font à peu près consensus.

La définition d'addictologie correspond à un « champ d'investigation théorique et pratique centré sur les comportements auto-aliénants des être humains, les addictions, en particulier les pratiques de consommation de substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances. L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique, ...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'auto-modifier (pharmacologie, histoire des drogues,..) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle,...) ».

## **II- Usage, Abus, Dépendance**

Il est important de distinguer l'usage récréationnel de l'abus et de la dépendance.

L'usage récréatif implique la consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres, C'est l'adolescent qui essaie une drogue pour imiter les autres ou la personne qui expérimente par curiosité, Ce sont aussi les consommations occasionnelles et modérées de bien des buveurs d'alcool. Dans la grande majorité des cas, l'usage récréatif n'entraîne pas d'escalade dans la consommation.

L'abus survient quand la consommation commence à nuire à la santé physique et psychique de la personne et de son entourage et peut causer une dégradation de ses relations familiales, de son fonctionnement professionnel, de ses finances... Des absences répétées au travail, de mauvais résultats scolaires, l'abandon de ses responsabilités et l'incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours sont aussi des signes d'abus.

La dépendance peut être brutale ou progressive selon les produits, elle s'installe quand on ne peut plus se passer d'une drogue, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques, avec souvent phénomène de tolérance. La vie quotidienne tourne alors presque exclusivement autour de la recherche de la prise du produit. Il devient alors très difficile de résister au besoin de consommer, au sentiment de perte de contrôle qui accompagne la consommation et au soulagement qui s'ensuit.

Le passage d'un stade à l'autre dépend de plusieurs facteurs qui seraient notamment la vulnérabilité personnelle, le contexte socio-économique, la disponibilité des substances ainsi que la nature du produit ; le passage de l'usage à la dépendance serait plus prévalent avec les substances hautement addictives tel que le tabac et l'héroïne, et moins élevé par exemple pour le cannabis et les sédatifs.

Cette distinction est fondamentale et possède des implications aux différents niveaux thérapeutiques, juridiques et préventifs.

## **III- Concepts de la toxicomanie**

La toxicomanie apparaît aujourd'hui à la croisée de multiples dimensions s'interpénétrant dans la vie humaine. La célèbre formule du Pr Olievenstein : "la toxicomanie est la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel" reflétait déjà la complexité du problème.

Parmi toutes les théories qui ont cherché à expliquer le phénomène de dépendance, celle qui retient l'attention et qui reste la plus reconnue actuellement est le modèle biopsychosocial qui regroupe les différentes approches génétique, biologique, psychologique et socioculturelle.

### **1. Approche Génétique**

Les études génétiques ont été effectuées surtout pour la dépendance à l'alcool, les études avec des jumeaux et les études d'adoption ayant montre une prévalence significativement plus élevée de dépendance alcoolique chez les enfants. Des gènes spécifiques ont été incriminés dans l'alcoolisme ; un déficit en ADH ou ALDH chez certaines personnes ou

populations, notamment asiatiques, entraînerait des effets aversifs lors de la consommation d'alcool et diminuerait donc le risque de développer une dépendance à l'alcool.

Des études concernant les autres substances ont montré des résultats similaires. Peu d'études ont montré la vulnérabilité génétique à passer de l'usage à la dépendance, de même les études qui cherchent à différencier entre une vulnérabilité générale concernant le potentiel de développer une dépendance quelque soit la substance et une vulnérabilité spécifique à chaque substance seraient en faveur de cette dernière.

De plus, certaines personnes auraient une prédisposition génétique à rechercher des sensations fortes (High Sensation Seekers) et ces personnes seraient plus enclins à développer une toxicomanie.

## **2. Approche Biologique**

Il est connu actuellement que les substances agissent sur une variété de récepteurs et de neurotransmetteurs à travers des mécanismes d'action souvent complexes. Par ailleurs, toutes les substances auraient une action commune sur le système dopaminergique mesolimbique (aire tegmentale ventrale, hippocampe, amygdales, nucleus accumbens..). La dopamine nommée parfois "la substance du plaisir" facilite l'apprentissage des conséquences des événements et des comportements et donc l'individu aurait tendance à répéter le comportement de plaisir ressenti avec les substances. Par conséquent, l'hypodopaminergie due au manque serait responsable de l'anhedonie et des sentiments quasi-dépressifs liés à l'arrêt de la substance.

Ce que toutes les substances psycho actives ont aussi en commun est la capacité à induire des processus de sensibilisation ; cette sensibilisation serait le résultat d'une altération neurobiologique et structurale et concerne l'augmentation des effets avec l'exposition répétée. Cela paraît conforme à la clinique car il est rare que la première injection, par exemple, soit l'expérience la plus intense et la plus plaisante. Il faut souvent un certain temps pour que se constitue l'effet euphorisant paroxystique du "flash". Cette sensibilisation est particulièrement conditionnable : elle est très dépendante de facteurs environnementaux. Les études récentes ont aussi étudié le rôle potentiel du corticotropin-releasing factor (CRF) dans la toxicomanie; la CRF corticale semble impliquée dans les rechutes induites par les facteurs de stress environnementaux alors que le CRF hypothalamique serait responsable du renforcement positif induit par les substances.

Il reste aussi difficile de comprendre pourquoi les personnes continuent de consommer malgré la survenue de conséquences négatives sévères ; le circuit thalamo-orbitofrontal et le gyrus cingulaire antérieur auraient un rôle dans la diminution du contrôle d'inhibition et la recherche compulsive de drogues.

La dépendance, au niveau biologique, serait donc causée par un ensemble de phénomènes neurobiologiques responsables des processus de renforcement positif et négatif ainsi que de la "mémoire" des drogues ; la *mention* d'objets associés à l'utilisation de drogues peut causer à un toxicomane une sensation de « craving » ou un désir de drogue. Un scan PET faisant partie d'une étude scientifique a comparé des toxicomanes sevrés, qui ont cessé de prendre de la cocaïne, à des personnes qui n'ont jamais pris de cocaïne. Le but de l'étude était de déterminer les parties du cerveau qui sont activées quand des drogues sont prises.



Pour cette étude, des scans du cerveau ont été pris alors que les sujets observaient deux vidéos. La première vidéo, une présentation de scènes sans drogue montrant des images de la nature – montagne, fleuves, animaux, fleurs, arbres. La deuxième vidéo montrait des scènes liées à la cocaïne et de paraphernalia de drogue tel que des pipes, des aiguilles, des allumettes et autres articles familiers aux toxicomanes.

C'est de cette manière que la mémoire des drogues fonctionne: pour un toxicomane sous craving, l'amygdale devient actif et un craving pour la cocaïne est déclenché.

Ainsi, peu importe que ce soit le milieu de la nuit, qu'il pleuve ou qu'il neige. Ce craving exige de la drogue *immédiatement*. Des pensées raisonnables sont écartées par le désir incontrôlable pour des drogues. A ce point, un changement de base se produit dans le cerveau. La personne n'est plus sous contrôle.

### **3. Approche psychologique**

L'approche psychanalytique voit essentiellement la toxicomanie comme une forme d'automédication suite à l'incapacité de la personne à gérer des affects pénibles tel que la colère, l'angoisse, la culpabilité.

L'approche cognitive repose sur l'idée qu'il existe des individus prédisposés à l'usage de psychotropes. Les facteurs de prédisposition retenus sont :

- une sensibilité exagérée au déplaisir
- une motivation déficiente à contrôler le comportement
- une recherche de sensations
- une faible tolérance à la frustration
- une impulsivité

L'addiction constitue alors une automédication de l'anxiété ou de la dépression et va s'installer comme un cercle vicieux. La nécessité de recourir à un produit va à son tour exacerber les problèmes médico-psycho-sociaux de la personne, conduisant à une augmentation de l'anxiété et de la dépression, en une auto-alimentation du système.

La dynamique familiale a été aussi largement étudiée ; il est souvent difficile de déterminer si la problématique familiale est la cause ou la conséquence de la toxicomanie. De plus, rendre la famille responsable du comportement toxicomane serait excessif et injustifié. Cependant, quelques caractéristiques seraient statistiquement plus fréquentes dans les familles des toxicomanes :

- incidence élevée de perte parentale (divorce, décès, abandon, incarcération)
- mère surprotectrice
- père absent, froid, désengagé
- enfant oppositionnel mais dépendant de sa famille (pseudoindépendance )

### **4. Approche socioculturelle**

Divers facteurs sociaux et environnementaux jouent un rôle dans le processus de dépendance et dans le choix des substances ; les facteurs culturels, la tolérance sociale quant à la consommation ou à l'abus, les législations variables selon les pays et les régions, le niveau économique, le coût des substances qui pourrait conditionner la dépendance à telle ou telle substance, la disponibilité des substances...

Le modèle biopsychosocial semble le plus adapté à refléter la complexité et les interactions multiples entre les différents déterminants de la toxicomanie. Ce modèle n'accorde pas de prédominance à un facteur particulier, le poids des différents facteurs étant variable selon les personnes et les substances.

Les cliniciens peuvent utiliser ce modèle pour montrer la toxicomanie comme étant une maladie du cerveau et ainsi diminuer la stigmatisation et les sentiments d'échec et d'impuissance qui accompagnent la toxicomanie, tout en conservant la nécessité pour les patients de prendre contrôle de leur vie et d'accepter la responsabilité du traitement. Ce modèle souligne aussi la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire dans le traitement des toxicomanes, à la fois biologique, psychologique et sociale.

# Suivi du toxicomane

par Dr Ramzi Haddad, Psychiatre, Skoun (Liban)

“.. Il n’y a actuellement aucun traitement pour la très grande majorité des toxicomanes..” Cette phrase de 1920 pourrait sembler d’actualité tant le traitement des toxicomanes est souvent long et difficile, mais les possibilités thérapeutiques ont nettement évolué depuis ce temps en tenant compte de la nécessité d’établir un projet thérapeutique adapté au profil de chaque toxicomane.

## PRINCIPES FONDAMENTAUX

Quels que soient les méthodes thérapeutiques, certains principes restent primordiaux dans la prise en charge des toxicomanes :

- Traiter la toxicomanie comme n’importe quelle maladie chronique
- Traiter les patients comme n’importe quels patients chroniques
- Utiliser les médicaments comme tout traitement de n’importe quelle maladie
- Indépendamment de la demande du patient:
  - chaque patient mérite du respect
  - chaque patient peut exiger ses droits humains
  - l’usage de drogue ne mérite ni persécution ni poursuite judiciaire

Les toxicomanes provoquent souvent en nous des mouvements affectifs souvent massifs qui peuvent aboutir à des attitudes qui renforcent le symptôme et limitent les possibilités de changement du patient. Ces contre-attitudes seraient de deux ordres : le surinvestissement et le rejet.

Les toxicomanes peuvent être perçus comme étant “pauvres, démunis, victimes, psychologiquement fragiles..” ce qui conduit parfois à en faire trop : on se prend d’affection, on met en place des soutiens massifs, on cherche à combler ce que l’on pressent comme un vide. Inversement, les toxicomanes sont souvent qualifiés de “agressifs, manipulateurs, menteurs, pervers, incurables, délinquants..”. Ce type de contre-attitudes est renforcé par le burn-out du thérapeute avec des sentiments de frustration, d’impuissance et d’échec.

## CIBLES DU TRAITEMENT

Les stratégies thérapeutiques doivent être adaptées au but thérapeutique et donc la première priorité est de fixer un but de traitement adapté à la personne.

Avant cela, certains éléments doivent être pris en considération :

- savoir si l’on est en face d’un comportement d’usage, d’abus ou de dépendance
- savoir quelles conséquences négatives on cherche à traiter, les substances ayant un potentiel de toxicité somatique, un potentiel dysléptique et un potentiel addictif qui sont variables entre les différentes substances

Le traitement doit, au delà de l’abstinence et de l’évitement des conséquences négatives, aider le patient à retrouver :

- la liberté de s'abstenir
- la liberté de vivre autrement
- la capacité de penser
- la capacité de ressentir les émotions

Le projet de soins doit s'inscrire dans un **projet de vie** global et aider la personne à atteindre ses objectifs.

Le plan de traitement doit être le fruit d'une évaluation multidisciplinaire complète et doit inclure et répondre aux points suivants :

- Objectifs du patient
- Circonstances actuelles
- Contexte socio-économique
- Ressources existantes
- Attentes du patient
- Profil Psychopathologique
- Antécédents thérapeutiques
- Évidences ( efficacité, sécurité..)

Le choix du traitement est variable selon les personnes, variable dans le temps pour une même personne et est le résultat d'une évaluation solide et globale. Les modalités de traitement sont nombreuses :

1. Détoxification
2. Traitements Psychosociaux:
  - Interview Motivationnelle
  - Thérapie Cognitivo-Comportementale
  - Thérapie Analytique
  - Counseling
  - Réduction de risques
  - NA et AA
  - Communautés Thérapeutiques
3. Traitements Pharmacologiques: substitution, antagonistes, aversifs..
4. Traitements alternatifs: acupuncture, hypnothérapie, approches basées sur la foi et la prière..

## REUSSITE DU TRAITEMENT

La réussite du traitement, en dehors des moyens thérapeutiques utilisés, dépend de deux facteurs essentiels:

- s'engager dans une continuité de soins
- assurer une rétention dans le traitement

La **continuité des soins** implique un engagement de la part des différents protagonistes de la relation thérapeutique :

- Thérapeute: respecter la personne accueillie, s'abstenir de juger, l'aider à choisir, être garant des conditions minimum de la relation (temps, écoute, sécurité..)
- Patient: respecter les rendez-vous, respecter l'intégrité du thérapeute, des autres patients, de l'institution, et être en état de communiquer
- Institution: garantir compétence des soignants, confidentialité, secret professionnel, proposer des services permettant des soins

La **rétenion au traitement** est le meilleur critère de réussite, la durée de traitement étant souvent plus significative que la méthode thérapeutique utilisée.

La majorité des toxicomanes vivant avec leurs parents et étant souvent dépendants de leurs parents, la famille peut être un allié thérapeutique et améliorer ainsi la rétenion au traitement ; la famille peut contribuer à :

- engager le toxicomane dans un traitement
- améliorer la compliance
- s'impliquer dans les décisions thérapeutiques
- surveiller le traitement (detox en ambulatoire..)
- avoir un effet "coercitif" positif

Pour pouvoir amener le patient à s'engager dans un projet thérapeutique et à retenir ce même patient dans le traitement, il est nécessaire de comprendre la trajectoire du toxicomane allant du stade du plaisir au stade de gestion du manque jusqu'au stade de galère où le plaisir est absent et le manque physique est très élevé.

Pour une meilleure compréhension du processus de changement, Prochaska & DiClemente ont décrit 5 stades de changement qui sont utiles pour une variété de conduites qui touchent à la santé: drogues, tabac, alcool, régime alimentaire, tests médicaux (mammographie...), utilisation de la protection lors de rapports sexuels..., et qui sont à la base de l'entretien motivationnel.

Les 5 stades de changement sont : **Précontemplation, Contemplation, Préparation, Action, Maintenance.**

Les principes et les intérêts de ces stades sont de montrer que:

- la motivation existe sur un continuum
- les patients progressent dans ces stades de façon spirale et non linéaire
- si les stratégies adoptées ne correspondent pas au stade actuel du patient, le résultat est la non compliance
- si le clinicien pousse le patient trop vite à travers les stades, le résultat est une cassure de l'alliance thérapeutique
- les rechutes sont un évènement, pas un stade

### **Pre-contemplation**

Non conscience du problème, non encouragé au changement. Ne veut pas changer: « je peux arrêter quand je veux »

- Indicateurs: discute, interrompt, nie, ignore, évite de parler ou de penser à propos de son comportement..
- Patient traditionnellement désigné comme résistant, non motivé

Conduite à tenir:

- Etablir un rapport
- Déterminer pourquoi le patient est venu
- Introduire l'ambivalence
- Donner des informations sur les pour et contre
- Ecouter les pensées, émotions, craintes du patient
- Garder l'entretien non formel

## **Contemplation**

Ambivalence: «je sais que ça me fait du tort mais.. »

- Indicateurs: considère les côtés positif et négatif du comportement en question, reconnaissance du problème sans nécessairement agir pour changer
- Patient traditionnellement désigné comme imprévisible

Conduite à tenir:

- Discuter et peser pour/contre
- Insister sur liberté de choix du patient
- Discuter les buts du patient dans sa vie
- Réduire la crainte de la guérison par des exemples et des solutions aux problèmes
- Poser des questions qui clarifient la motivation: "Qu'est ce qui est plus important pour vous ?... Pourquoi?..."

## **Préparation**

Individu passe du stade de penser au problème au stade de planifier les premières étapes: « je veux arrêter mais je ne sais pas comment»

- Indicateurs: pose des questions, considère les options, montre plus d'ouverture..
- Patient traditionnellement désigné comme compliant, "on peut travailler avec lui.."

Conduite à tenir:

- Encourager les efforts de changement
- Clarifier les buts et identifier les stratégies adéquates
- Structurer un plan d'action
- Donner au patient des informations claires, consistantes et sans équivoque concernant le processus de guérison

## **Action**

Démarche pour modifier le comportement/conduite (adhérer à un traitement par exemple), les changements opérés sont visibles: « j'ai coupé avec mes anciens amis »

- Indicateurs: réceptif au traitement, compliant, changements positifs dans d'autres domaines..
- Patient traditionnellement désigné comme "patient qui a réussi"..

Conduite à tenir:

- Reconnaître les difficultés, encourager même un effort minime
- Identifier les situations à risque, les déclencheurs, les façons de gérer
- Aider le patient à trouver de nouveaux renforcements
- Encourager la persévérance ("s'en tenir au plan")

## **Maintenance**

Maintien du changement

- Indicateurs: changements comportementaux, abstinence stable, buts thérapeutiques atteints, stratégies d'adaptation adéquates
- Patient traditionnellement désigné comme "prêt à terminer son traitement", "n'a plus besoin de traitement" ..

Conduite à tenir:

- Encourager et confirmer les changements

- Répéter les stratégies d'adaptation
- Revoir les buts à long terme
- Encourager le patient à participer au changement d'autres personnes

Le patient passe par ces stades plusieurs fois avant le succès final ; les **rechutes** sont donc inhérentes au processus de traitement et seraient plutôt la règle que l'exception. En cas de rechute, le patient devrait être réintégré dans le traitement en employant les mêmes techniques et la rechute doit être une chance pour apprendre, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute, et utilisée donc pour renforcer le traitement.

## **CONCLUSION**

Le traitement des toxicomanes est un traitement a priori complexe et de longue durée. Sa réussite dépend d'une évaluation initiale globale et complète par une équipe multidisciplinaire, psychiatrique, médicale, psychologique et sociale.

Le traitement doit être adapté à la réalité de chaque toxicomane, en tenant compte à la fois de sa demande, des exigences thérapeutiques et du degré de motivation présent au moment de l'évaluation.

# Le SATO Picardie

par Jean Pierre Demange, Directeur du SATO (France)

Service d'Aide aux Toxicomanes

## LES SERVICES

- Les CSST (Centres de Soins Spécialisés) et les Unités Méthadone
- Les Appartements Thérapeutiques Relais
- La Communauté Thérapeutique
- La Boutique « Le Relais »
- Les Points Ecoute Jeunes et Parents

### Les CSST et les Unités Méthadone

(Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes)

*S'adressent à toutes personnes concernées par un problème de dépendance aux produits licites ou illicites, ainsi qu'à leur famille et entourage :*

- Soins en ambulatoire : sevrage, traitement de substitution, soutien psychologique, psychothérapie, accompagnement socio-éducatif.
- Volontariat, Anonymat et Gratuité.

### La Boutique « Le Relais »

*S'adresse à des toxicomanes actifs :*

- Accessibilité aux soins.
- Accueil – Accompagnement – Orientation.
- Distribution de matériel stérile. Récupération de matériel usagé.
- Information – Prévention sur le SIDA et les Hépatites.
- Anonymat et Gratuité.

### Les Appartements Thérapeutiques Relais

*S'adressent à des toxicomanes majeurs célibataires ou en couple, éventuellement avec enfants pour un hébergement d'une durée variable :*

- Aide à l'autonomie. Prise en charge psycho-socio-éducative individualisée.
- Accompagnement vers la réinsertion sociale et professionnelle.
- Suivi médical régulier (substitution).

### La Communauté Thérapeutique - « Le Château de Flambermont »

*S'adresse à des personnes toxicomanes physiquement sevrées, désireuses de s'engager dans un processus de soins :*

- Prise en charge en internat, centrée autour du groupe.
- Participation des résidents à la vie communautaire.
- Activités de groupe (sportive, culturelle, groupe de parole, relaxation, etc.).
- Préparation à l'insertion.



Les Points Ecoute Jeunes et Parents

*S'adressent à des adolescents en situation de risques et/ou de mal-être :*

- Ecoute
- Soutien
- Orientation
- Jeunes
- Parents
- Professionnels

# La prise en charge clinique du toxicomane

par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan, Paris et Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)

## INTRODUCTION

La **toxicomanie** est aujourd'hui très largement reconnu comme étant un **phénomène multifactoriel complexe** qui comporte une dimension biologique, psychologique, sociale et anthropologique.

Les apports de nombreuses disciplines sont par conséquent nécessaires à sa compréhension sans pour autant pouvoir fournir un modèle explicatif totalement satisfaisant. En effet, il nous est actuellement impossible de rassembler, coordonner et intégrer ces très nombreux éclairages qui restent chacun peu ou prou partiels même dans leur propre domaine.

Néanmoins les modèles explicatifs les plus satisfaisants sont ceux qui tiennent compte du plus grand nombre de facteurs, c'est-à-dire les **modèles trivariés, bio-psycho-sociaux**. Il subsiste pourtant des tenants de modèles plus simples, *bi-* et même *mono-variés*.

Les modèles *mono-variés* sont les plus anciens (XVIII<sup>ème</sup> siècle) et sont forgés sur la notion d'intoxication: c'est l'absorption du produit toxique qui à elle seule détermine le trouble. Il en découle des noms en *-isme* : *alcoolisme, morphinisme...*

Les modèles *bi-variés* apparaissent au XIX<sup>ème</sup> siècle. Ils tiennent compte des propriétés du produit mais aussi des prédispositions du sujet. Ils sont forgés à partir de la théorie de la dégénérescence. Il en découle des noms en *-manie* : *morphinomanie, cocaïnomanie...*

Les modèles *tri-variés* voient le jour au cours de la deuxième moitié du XXI<sup>ème</sup> siècle. A côté des autres facteurs, ils font intervenir les facteurs socioculturels : *la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel* (C. OLIEVENSTEIN).

Cette conception du problème induit la nécessité d'une **prise en charge globale, pluri- ou trans-disciplinaire**.

## PRISE EN CHARGE PLURI- ou TRANS-DISCIPLINAIRE

La pluridisciplinarité indique la participation, de professionnels de différentes disciplines, à la prise en charge, avec leurs compétences propres. La notion de transdisciplinarité va plus loin et indique la mise en complémentarité et l'intégration de l'apport des différentes compétences professionnelles dans l'élaboration du projet et de l'action thérapeutique.

Cette prise en charge globale est donc le fait d'une **équipe multidisciplinaire**, comportant : des médecins généralistes et psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs...), etc. Elle doit tenir compte de différentes dimensions : biologique et médicale, psychologique, sociale...

▪ **Dimension médicale :**

- Somatique :

Elle doit tenir compte :

- . de l'impact des psychotropes et des additifs contenus dans les produits utilisés (toxicité),
- . des conséquences des modalités d'usage des psychotropes (pathologie infectieuse...),
- . des pathologies favorisées par le mode de vie du toxicomane (tuberculose, troubles nutritionnels...),
- . des pathologies intercurrentes.

- Psychiatrique :

Elle prend en charge :

- . la psychopathologie de l'addiction,
- . la co-morbidité psychiatrique.

▪ **Dimension psychologique :**

Sa prise en compte peut amener à la mise en place de :

- psychothérapies individuelles :

- . "de soutien",
- . cognitivo-comportementales,
- . psychanalytiques,
- . spécifique (cf. L'expérience de la clinique de Marmottan),
- . etc.

- psychothérapies de groupe :

- . thérapies familiales (systémiques, d'inspiration analytiques...),
- . thérapies émotionnelles,
- . "groupes de parole",
- . etc.

[La participation à des groupes néphalistes tels que les *Narcotiques Anonymes* peut également être utile.]

▪ **Dimension sociale :**

Il peut être utile voire indispensable de proposer un accompagnement dans le domaine des droits sociaux, du logement, du travail, de la justice...

**ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS**

La toxicomanie est bien souvent un phénomène long, d'évolution non linéaire, comportant des rechutes et pouvant se résoudre grâce à une **maturation spontanée**. Il n'existe pas de programme thérapeutique standardisé pouvant s'appliquer à chaque cas, étant donné la complexité du phénomène et la très grande diversité des situations cliniques. Il semble

même que l'efficacité des différentes techniques utilisées soit comparable, sous réserve d'un degré d'adhésion similaire du sujet à ces techniques. Il en ressort que **dans la prise en charge, le plus important est la qualité de la relation thérapeutique**, garante d'une meilleure adhésion.

C'est dans ce sens que la prise en charge peut être conçue en terme d'**accompagnement non coercitif au long cours**. Celui-ci doit néanmoins s'appuyer sur certains principes et mettre en œuvre un dispositif de soins au sein duquel différentes actions thérapeutiques peuvent être proposées et réalisées.

- **Principes :**

- Base éthique :

- **le volontariat :**

- C'est le respect de la liberté de choix des toxicomanes qui doivent être mis en position de décision et de choix, en connaissance de causes et de conséquences, à tout moment du parcours de soins.

- **l'intentionnalité de soin :**

- C'est l'utilisation et le développement d'outils suscitant, favorisant, la démarche de soins, parce que la toxicomanie est et relève un état de souffrance, afin de:

- diminuer les conséquences néfastes de la dépendance sur la santé et l'intégration sociale,
      - aider à sortir de cette dépendance.

- Approche pragmatique:

- Phénomène multifactoriel complexe qui ne peut pas se résoudre d'une façon simple voire simpliste; donc : pas de programme standardisé de prise en charge mais adaptation à la spécificité de chaque cas.

- **l'accessibilité aux soins:**

- C'est la proximité géographique et la gratuité des structures de soins, la mise en place de réseaux permettant d'entrer en contact avec les toxicomanes...

- **la diversité de l'offre de soins:**

- C'est la pluralité de structures complémentaires ayant des objectifs et des missions différents, intervenant à des moments différents de la prise en charge et permettant à chacun de trouver une réponse la plus adaptée possible à sa situation.

- **Dispositif de soins :**

- Spécialisé :

- Il comporte :

- Des **Centres de soins ambulatoires:**

- Ils assurent l'accueil, l'évaluation, l'orientation, les soins et le suivi psychologique, sociale et éducative des toxicomanes et de leur entourage. Ils comportent une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...).

- Des **Services hospitaliers d'addictologie**

- Des **Équipes de liaison :**

Petites équipes (médecin le plus souvent psychiatre, psychologue, infirmier, assistant social) mobiles se déplaçant au sein de l'hôpital auprès des toxicomanes hospitalisés pour une pathologie somatique ou un sevrage, pour faciliter la prise en charge et former les équipes soignantes.

. Des **Centres de soins en milieu pénitencier** :

Pour entrer en contact avec les toxicomanes incarcérés, afin de leur apporter des soins adaptés et de préparer leur sortie.

. Des **Centres thérapeutiques résidentiels** :

Assurent une thérapie de rupture (changement radical de mode de vie) avec aide psychologique, éducative, sociale et médicale afin d'instaurer ou de restaurer les capacités d'autonomie et d'insertion sociale, à travers des séjours de 3 à 6 mois. Peuvent accueillir des groupes d'une dizaine de personnes.

. Des **Communautés thérapeutiques** :

Assurent une thérapie par la communauté dans une approche socio-comportementale, à travers des séjours de 1 à 2 ans. Accueillent des groupes numériquement plus importants.

. Des **Familles d'accueil** :

Elles sont généralement rattachées à des centres de soins ambulatoires. Accueillent une ou deux personnes à la fois pour des durées variables.

. Des **Appartements thérapeutiques relais** :

Ils peuvent être collectifs ou individuels et représentent une aide à l'autonomisation.

. Des **Centres d'hébergement de transition ou d'urgence** :

Assurent un accueil d'assez courte durée ( $\leq 1$  mois), dans des situations particulières : sortie de prison, stabilisation d'un sevrage, attente d'un autre mode de prise en charge...

. Un **dispositif de réduction des risques** :

- pour les toxicomanes les plus marginalisés qui ne peuvent pas s'inscrire dans une démarche de soins, dans le but de prévenir un certain nombre de complications sanitaires et sociaux mais aussi pour faciliter l'accès aux soins ;

- représenté par : *équipes de rue, boutiques, sleep-in*, programmes d'échanges de seringues, ateliers d'insertion...

. Des **réseaux toxicomanie-ville-hôpital** :

Ils assurent la liaison et la continuité des soins entre les différents intervenants (psychiatres, services hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens, services sociaux, centre de soins spécialisés...) d'une même zone géographique.

- non spécialisé :

Il est formé entre autres par :

. la médecine de ville (généralistes et spécialistes),

. les services hospitaliers (psychiatrie, médecine),

. les services sociaux, centres d'hébergement, centres de réinsertion...

▪ **Différents types d'action thérapeutique :**

Au cours de la prise en charge, un certain nombre d'actes thérapeutiques *techniques* peuvent et sont très souvent réalisés. Ils sont même très régulièrement le prétexte de cette prise en charge. Mais, rappelons le une fois de plus, ils n'ont de sens que dans la mesure où ils s'inscrivent dans une relation d'accompagnement, qu'ils ne résument en aucun cas et qu'ils n'ont pas, en soi, d'efficacité universelle.

- Sevrages :

Ils peuvent s'effectuer en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

Ils peuvent être brusques (*sevrage bloc*) avec arrêt total du produit source de dépendance et mise en place d'un traitement médicamenteux destiné à atténuer le syndrome de sevrage. Les modalités de prescription (types de médicaments prescrits, durées de prescription, etc.) dépendent du type de produit (opiacés, cocaïne, autres stimulants, cannabis, benzodiazépines, alcool...).

Ils peuvent aussi s'effectuer de façon dégressive et plus ou moins rapide.

- Traitements de substitution :

A l'heure actuelle, les traitements de substitution ne concernent que les opiacés. Les produits de substitution utilisés sont principalement le chlorhydrate de méthadone et la buprénorphine.

Le principe consiste à remplacer le produit (illicite ou pas) utilisé par le sujet par un autre de même famille mais présentant des propriétés pharmacologiques (pharmacodynamiques, pharmacocinétiques et galéniques) avantageuses sous différents aspects.

De cette façon, la *pharmacodépendance* demeure mais la dépendance comportementale peut être modifiée et un certain nombre de complications tant sanitaires que psychologiques et sociales être évitées. Ils ne sont efficaces que dans la mesure où ils permettent et comportent un accompagnement psycho-social.

- Traitements d'éventuelles «co-morbidités»:

. **somatiques** :

La prise en compte et le traitement des pathologies somatiques est tout à fait indispensable. Il peut être fait au sein d'une même institution de prise en charge ou au sein de réseaux dont la coordination doit être très bonne, afin de minorer le risque de négligence par le sujet lui-même.

. **psychiatriques** :

Là aussi, leur traitement revêt une importance capitale et peut se faire au sein même de l'institution qui prend en charge la toxicomanie ou en coordination avec une structure.

- Psychothérapies :

Différentes formes de psychothérapies plus ou moins brèves ou longues, peuvent être mises en place au cours du suivi. Elles peuvent avoir des indications et des objectifs variables.

- Accompagnement socio-éducatif :

Différentes modalités sont possibles.

▪ **Notion de Réduction des Risques :**

Cette notion s'est fortement développée dans les années 1990 à côté des modalités thérapeutiques classiques, devant l'importance des dégâts et des risques sanitaires que représentait l'épidémie à VIH. Dans une approche pragmatique, elle promeut différentes actions visant à diminuer ou à éviter certains risques liés à l'usage de drogues, sans se limiter à celui d'infection virale (VIH mais aussi VHC...). Elle est aujourd'hui assez largement intégrée dans le soin aux toxicomanes.

Les risques en question peuvent être d'ordre :

- sanitaire:

**. toxiques :**

du fait des psychotropes ou des additifs que contiennent les produits utilisés; peuvent être prévenus par l'information générale et particulière le cas échéant, la pratique de *testings*...

**. infectieux :**

due principalement aux modalités d'usage des produits, mais aussi aux conditions de vie des toxicomanes;

peuvent être réduits par : l'information, la mise en place de programmes d'échange de seringues, la distribution de matériel d'injection et autres, celle de préservatifs, les dépistages anonymes et gratuits (VIH, hépatites virales...), la vaccination contre l'hépatite B...

- sociaux:

délinquance, désinsertion...

## **ALLIANCE ET CONTRAT THERAPEUTIQUES**

La prise en charge de la toxicomanie constitue un domaine où l'établissement d'une relation de confiance, base indispensable d'une quelconque alliance thérapeutique, elle-même indispensable à une quelconque action thérapeutique, semble particulièrement difficile. Ceci découle de l'aspect de rébellion et de transgression de la toxicomanie particulièrement à l'égard du pouvoir médical, source de conflits et d'affrontements plus ou moins explicites avec les intervenants médicaux.

Plus largement, la toxicomanie représente bien souvent une tentative *auto-thérapeutique* face à un état de souffrance psychique et même si cette tentative vient à échouer, il ne va pas de soi que le toxicomane abandonne complètement sa quête et s'en remette à l'autre pour demander de l'aide. Pendant longtemps, la demande de soins peut rester ambiguë. Le toxicomane peut être dans l'attente d'un meilleur produit que celui ou ceux dont il a disposé jusque là et dont le médecin aurait le secret.

Le toxicomane, de part son expérience, possède un savoir sur lui-même et surtout sur les effets des psychotropes. Le médecin, de son côté, possède aussi un savoir, mais différent, sur ces mêmes sujets. L'enjeu est de pouvoir faire alliance pour trouver un meilleur équilibre pour le sujet, des réponses mieux adaptées à sa souffrance. Le danger est de rester dans une opposition et une lutte de pouvoir stériles en se déniaient mutuellement tout savoir.

▪ **Intersubjectivité :**

C'est une notion primordiale. Elle signifie que la compréhension du problème individuel et la recherche des réponses, autrement dit la clinique, doivent s'élaborer d'une façon intersubjective grâce à la confrontation de la vision du toxicomane et du thérapeute (résultant de leurs savoirs et de leurs expériences). Tout espoir d'une appréhension objective du *trouble* et d'une solution tout aussi objective semble illusoire.

La définition même de la toxicomanie en tant que dépendance et sa différenciation de l'abus et de l'usage de psychotropes ne peut se faire sans tenir compte d'une dimension subjective (du côté du sujet lui-même). Ainsi, une intervention thérapeutique ne peut se justifier que dans la mesure où il y a, chez le sujet et le thérapeute, la reconnaissance de cet état de dépendance en tant que source de souffrance.

Par la suite, l'appréhension et la compréhension de cette souffrance, de ses origines et l'élaboration des réponses doivent aussi se faire au cas par cas et de façon intersubjective.

▪ **Le principe de la contractualisation des soins :**

- La relation :

Pendant plus ou moins longtemps le souci sera l'établissement d'une **relation de confiance**. En effet, faire confiance à un soignant ne va pas du tout de soi pour le toxicomane, comme il ne va pas de soi de faire confiance à un toxicomane pour le soignant. Cette confiance ne pourra s'établir qu'avec le temps et en éprouvant l'autre.

Une fois cette confiance établie, la **relation** peut devenir proprement **thérapeutique**.

- La notion de contrat thérapeutique :

Pour garantir le respect de l'intersubjectivité et permettre à chacun d'éprouver la fiabilité de l'autre, la notion de contrat semble particulièrement adaptée. Elle permet de formaliser, peu ou prou, la nature et les modalités de la relation et d'éviter certaines dérives, pour permettre d'**avancer ensemble dans la même direction** (étymologie du mot).

Le contrat suppose la **parité** des parties, même si leurs positions ne sont pas symétriques. Ceci garantit contre la tentation de prendre le pouvoir sur l'autre et le fait de se voir déposséder de ses propres prérogatives.

Il nécessite l'**engagement** de part et d'autre. C'est là un aspect très important : le soignant doit personnellement s'engager dans la relation et tout faire pour tenir ses engagements pour permettre au sujet de s'y engager lui-même. (« *Si on promet trop c'est la mort par mensonge, si on ne promet pas assez c'est la mort par impossibilité d'engagement par peur de quitter des repères douloureux certes mais repères quand même.* » C. OLIEVENSTEIN).

Schématiquement, la dépendance suppose une dualité interne au sujet : il se sent obligé de faire et fait quelque chose qu'il ne veut pas faire. On peut appeler ce qui le pousse à faire cette chose, sa *part malade*, et ce qui le pousse à s'en abstenir, sa *part saine*. C'est cette *part saine* avec qui le soignant va passer un contrat pour lutter contre la *part malade*.

L'institution est le garant du contrat. Elle veille à ce qu'il soit respecté de part et d'autre, qu'il n'y ait pas de dérive et que le contrat reste *thérapeutique*. C'est là l'aspect du contrat qui lie le soignant et l'institution dont il fait partie.



Le contrat garantit le **volontariat**. Le sujet est libre de s'engager ou pas en connaissance de causes et de conséquences ; il peut librement mettre fin au contrat à tout moment. Le soignant et l'institution, de leur côté, peuvent mettre fin au contrat si le sujet ne respecte pas ses engagements.

- Les modalités pratiques :

Il existe un **contrat de base** qui rend possible une relation de confiance qui soit thérapeutique. Il est totalement réciproque ; le sujet et l'institution s'engagent de part et d'autre :

. à respecter l'autre (la violence sous quelque forme que ce soit constitue une rupture de contrat et l'institution doit être particulièrement attentive à témoigner tout le respect nécessaire à ses usagers)

et . à respecter le cadre de leur rencontre qui est un cadre thérapeutique (toute tentative d'utilisation du lieu à d'autres fins de la part du sujet constitue une rupture de contrat et l'institution doit mettre en œuvre tout ce qui lui est possible pour soigner ses usagers).

A l'intérieur de ce contrat de base auquel nul ne peut se soustraire, peuvent se mettre en place des **contrats particuliers** à certaines situations thérapeutiques telles qu'une hospitalisation, un traitement de substitution, etc. et des **contrats individualisés** suivant les spécificités de chacun.

Le sujet est libre de se désengager librement et à tout moment. L'institution peut mettre fin au contrat en cas de non respect de ses engagements par le sujet. Si la rupture concerne un contrat particulier ou individualisé, elle conduira à l'interruption de l'action thérapeutique en question. Si elle concerne le contrat de base, elle conduira à l'interruption de toute la prise en charge. Ces interruptions peuvent être définitives si les transgressions sont particulièrement graves ou répétées. Elles sont le plus souvent temporaires, dans une approche pédagogique.

Le contrat de base peut être plus ou moins implicite. Les contrats particuliers et individualisés sont très explicites tant en ce qui concerne les engagements réciproques que les conséquences des transgressions.

# L'expérience de la clinique de Marmottan

par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre et Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)

## CONTEXTE HISTORIQUE

Le Centre Médical Marmottan a été créé en 1971, au lendemain de la promulgation de la **loi du 31.12.1970**, relative aux problèmes posés par l'usage et le trafic des *stupéfiants* et toujours en vigueur.

Cette loi comporte un versant répressif tant en ce qui concerne les faits de trafic que l'usage lui-même, mais aussi un versant sanitaire qui prévoit un certain nombre de dispositions dont peuvent bénéficier les usagers des dits *stupéfiants*. Elle prévoit, en effet, que les usagers puissent faire librement appel à des structures de soins et qu'ils puissent dans ce cas bénéficier de la **gratuité** et de l'**anonymat**. Elle instaure également la possibilité de l'**injonction thérapeutique** par les magistrats à l'encontre des usagers de *stupéfiants*.

Or, il n'existait alors en France aucune structure spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues. Et aucune structure de soins existante n'était particulièrement intéressée à les recevoir. C'est dans ce contexte que Marmottan a été créé grâce à la volonté du **Dr. Claude OLIEVENSTEIN**, comme un **centre expérimental d'accueil et de soins pour toxicomanes**.

Tout ceci se passait à une époque où l'usage de drogues et la toxicomanie apparaissaient comme un phénomène sociale de masse touchant une partie de la jeunesse ; cette partie contestataire qui revendiquait une libération des mœurs au sein d'un **mouvement contre-culturel**. Il était alors difficile de considérer le phénomène comme relevant purement de la pathologie. La dimension sociale était évidente.

De plus ce mouvement de contestation et de libération trouvait aussi ses échos au sein même de la psychiatrie et parmi les psychiatres. Certains d'entre eux ont dénoncé l'aliénation dont font l'objet les malades mentaux et l'oppression qu'ils subissent de la part de la société et du système psychiatrique en particulier, au sein du **mouvement antipsychiatrique**.

La prise en charge des toxicomanes semblait extrêmement mal à propos dans ce milieu psychiatrique oppresseur. Les toxicomanes ne voulaient pas aller dans les hôpitaux psychiatriques et ces derniers ne voulaient pas d'eux (ni plus ni moins que les hôpitaux généraux, du reste). C'est ainsi que le Dr. Olievenstein, psychiatre des hôpitaux, a fondé Marmottan en dehors de l'hôpital psychiatrique.

Marmottan a assez vite rencontré un franc succès auprès des toxicomanes. A sa suite d'autres structures, pour la plupart associatives (néanmoins subventionnées par l'Etat) se sont créées partout en France. Beaucoup s'inspiraient plus ou moins directement de l'expérience de Marmottan. L'ensemble a donné naissance au modèle français de prise en charge des toxicomanes. Un grand nombre de ces structures se sont regroupées et le sont encore au sein de l'**Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie**. La notoriété de Marmottan a largement dépassé les frontières de la France et beaucoup d'institutions à travers le monde se sont inspirées de son expérience.

## REFERENCES THEORIQUES

Les références théoriques de la clinique qui est pratiquée et s'est élaborée à Marmottan sont multiples. Elles interviennent, soit *a priori*, dans la façon de se situer en tant que soignant, soit comme repère dans l'élaboration théorique qui suit l'observation et la pratique cliniques.

On peut citer parmi les références les plus importantes :

- **la phénoménologie** : en tant que repère quant au positionnement dans la relation définie en tant que *rencontre intersubjective* et aussi en tant qu'outil d'analyse et de compréhension du *vécu toxicomaniaque* ;
- **la psychanalyse** : en particulier lacanienne, en tant que repère pour la description de l'économie et surtout de la dynamique psychique du toxicomane ;
- **la neurobiologie** : tant sont incontournables l'impact et l'effet spécifique des produits dans la compréhension du phénomène et l'utilisation de psychotropes dans la thérapeutique ;
- **la sociologie et l'anthropologie** : tant est tout aussi incontournable l'influence des facteurs sociaux et anthropologiques dans cette même compréhension ;
- **la philosophie** : à travers ces divers courants tant anciens que modernes ;
- **etc.**

## METHODE ET PRATIQUE CLINIQUES

La **méthode** est **empirique**. Elle part de la pratique et de l'observation cliniques pour aller à l'élaboration et à la conceptualisation théoriques pour de nouveau revenir à la pratique et ainsi de suite...

La pratique est d'emblée particulière. Elle souligne l'importance, dans la relation thérapeutique, de la **rencontre humaine intersubjective**, y compris dans ce qu'elle comporte de mystérieux et d'impossible à objectiver. Le *soignant* est avant tout et surtout un être humain en face d'un autre être humain. La *technicité* est secondaire. C'est pour cette raison que les *accueillants* jouent un rôle très important dans l'institution. Ce sont d'anciens toxicomanes ou des personnes ayant une certaine expérience de vie originale, qui constituent des interlocuteurs *non techniciens* pour les clients et qui représentent, en quelque sorte, une interface entre ceux-ci et les autres professionnels, *techniciens* (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...).

Cette pratique se caractérise aussi par une **transversalité**. Chaque membre de l'équipe, même s'il possède des compétences propres, est apte et est appelé à remplir, à l'occasion, une fonction qui ne lui est pas dévolue ou, tout au moins, à exprimer un avis sur des questions qui ne relèvent pas de ses prérogatives.

La **thérapeutique** est conçue comme étant **multimodale**. Elle ne fait pas appel à une technique unique mais en combine, de façon variable, plusieurs.

## ELABORATIONS THEORIQUES

Cette clinique a permis, au fil des ans, de forger un certain nombre de concepts théoriques et de proposer ainsi certains éclairages et une certaine compréhension du phénomène toxicomaniaque. Nous allons citer quelques exemples parmi les plus marquants. Certains sont plus descriptifs et d'autres plus synthétiques et explicatifs.

- **La rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel :**

« La toxicomanie surgit de ces trois dimensions également constitutives. Mais il est plusieurs approches du phénomène toxicomane, selon, précisément, qu'on porte l'accent sur l'un de ces paramètres plutôt que sur les autres.

(...) La toxicomanie, par définition, part du toxicomane : cela veut dire qu'elle appelle, suscite, crée le produit tout autant qu'elle est engendrée par lui.

(...) Le moment socioculturel apparaît alors comme ce qui situe le drogué et, au moins partiellement, explique son choix d'existence. Le contexte social est donc indissociable de la personnalité. Si, cependant, on rompt ce couple, si l'on privilégie la dimension de société pour mettre la subjectivité entre parenthèses, le drogué, inévitablement, apparaît alors comme un être aberrant, et la toxicomanie comme un fléau à endiguer. Lier le toxico au moment socioculturel, c'est tenter de le comprendre dans sa marginalité. » C. OLIEVENSTEIN

- **Le stade du miroir brisé :**

Dans la conception lacanienne, le stade du miroir a une grande importance dans la formation de l'identité. L'enfant se découvre autre dans un miroir réel ou symbolique, ce qui lui permet de rompre l'existence fusionnelle qu'il menait avec sa mère. Pour le futur toxicomane, il va se passer, plus ou moins, quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible (psychose). Image de soi sera entraperçu, aussitôt brisée avec un sentiment d'incomplétude et de béance.

S'en suivra un **stade de la démesure** (exaspération de la fonction ludique ou contrainte ludique) durant l'enfance puis, un **stade de la fusion avec le produit** ou lune de miel (sensation d'avoir retrouvé la complétude perdue).

Cette notion s'étaye sur certaines observations cliniques et tente de les expliquer : l'identité morcelée, en facettes du toxicomane ; son polymorphisme et sa plasticité psychologique et psychopathologique (ambivalence, apparence de structurations psychiques et symptomatologie diverses et changeantes) ; son instabilité...

- **La dépendance comme phénomène psychique actif :**

«Le plaisir de la drogue est de vivre sous la loi de l'accoutumance.» William Burroughs - Junky

La fonction de la dépendance est de tenir éloigné de l'incertitude douloureuse de l'existence, grâce à la certitude de la répétition.

La notion de besoin de produit (plutôt que le désir) tend à évacuer la subjectivité (dont la mise en cause est la condition même du traitement ; il importe donc qu'on la suppose, à charge pour elle d'advenir ou pas).

Au terme d'un sevrage, le besoin redevient le désir ; l'angoisse (liée non pas à l'absence du produit mais à l'éventualité, désirée, refusée, réprimée, de sa présence) remplace la douleur, c'est : **le manque du manque.**

- **Clinique de l'intensité :**

Dans la clinique de la toxicomanie la dimension cinétique (*instantanéité, acmé et scansion...*) a une grande importance tant en ce qui concerne la compréhension du vécu du sujet que l'organisation des réponses thérapeutiques.

- **Hédonisme, Ascèse, Ordalie:**

Il s'agit de données anthropologiques qui éclairent certains aspects du *fantasme toxicomane* :

- le plaisir de la *lune de miel*, le *flash*, fantasme d'auto-engendrement ;
- élimination du désir, maîtrise du corps et des pulsions; fonction d'évitement de la relation amoureuse; fuite et quête d'absolu étroitement intriquées ;

- tentative radicale de mettre fin à la répétition à travers la confrontation à la mort et l'interrogation du *Destin*.

• **Le contexte familial:**

On peut distinguer 4 étapes dans la trajectoire habituelle de la famille du toxicomane :

- *Le consensus*: dissimulation du côté du toxicomane / déni de la part de son entourage, dure bien plus longtemps que la *lune de miel* ;

- *La crise*: révélation le plus souvent par un tiers ou un acte manqué, demande de consultation, vision simpliste du problème (le seul problème dans la famille c'est le toxicomane, dont le seul problème est la drogue, qui n'existerait pas s'il n'y avait les amis qui l'entraînent, les trafiquants, la société...);

- *La répétition*: succession de tentatives de sevrage et de rechutes, de ruptures et de réconciliations;

- *L'après-sevrage*: dépréciation des efforts du toxicomane, famille de plus en plus exigeante à son égard.

## APPLICATION THERAPEUTIQUE

L'application de ces concepts théoriques dans la thérapeutique a donné naissance à une **psychothérapie spécifique** du toxicomane. Nous allons tenter d'en définir les grandes lignes.

### - L'objectif:

Ce n'est pas tant l'arrêt de la consommation de drogue que **la démocratie psychique** du toxicomane qui lui permettra de faire ses choix.

### - Les moyens:

- . organisation d'un contreponds institutionnel et psychothérapeutique au souvenir enjolivé des effets du produit et à la notion de plaisir qu'il produit;
- . organisation progressive d'espaces et de vécus transitionnels qui soient des compromis entre la dépendance totale et l'indépendance plus ou moins réussie;
- . confrontation à des images multiples d'identité (soignants, toxicomanes abstinentes...) qui permette au sujet de se faire une opinion sur les choix qu'il aura à faire quant à une identité partielle acceptable par lui.

C'est l'utilisation de la dépendance pour vaincre la dépendance par la technique des dépendances partielles.

### - Quelques principes:

- . Chaque lieu ou moment thérapeutique doit offrir les conditions d'un cocon plus ou moins protecteur mais disposant d'un moyen de sortie qui laisse un choix au sujet.
- . Les figures thérapeutiques doivent être suffisamment fusionnelles et érotisées (interprétation sauvage, séduction...). L'intensité de la relation doit primer sur l'explication causaliste. La vigilance quant à l'éthique doit être constante. Le thérapeute doit abandonner sa toute-puissance et se montrer aussi nu que le sujet devant le souvenir enjolivé de l'extase antérieure et la souffrance actuelle et à venir.
- . Le projet global et le programme au long cours (impliquant beaucoup de désillusions) doivent être annoncés et des contrats thérapeutiques successifs mis en place.
- . Les produits transitionnels (médicaments) doivent être suffisamment bons pour juguler le syndrome de sevrage et suffisamment neutres pour ne pas évoquer le plaisir de la drogue.
- . Le sevrage, qu'il se termine par un succès ou non, doit devenir dans la mémoire du sujet un souvenir suffisamment satisfaisant pour faire un contreponds au duo sujet-produit.
- . La guérison se fait dans un compromis personnel négocié, par la consolidation d'un Moi orthopédique qui, une fois assez fort, pourra permettre au sujet de choisir lui seul d'abandonner son identité de toxicomane.

## BIBLIOGRAPHIE

(Très sélective pour : *La prise en charge clinique et L'expérience de la clinique de Marmottan*)

- **Claude OLIEVENSTEIN :**

- ***La drogue : Drogues et toxicomanies***

Paris : Editions Universitaires, 1970

- ***La vie du toxicomane : Séminaire de l'Hôpital Marmottan***

Paris : PUF, 1982

- ***Destin du toxicomane***

Paris : Fayard, 1983

- ***La clinique du toxicomane***

Paris : Editions Universitaires, 1987

- **Autres :**

- ***Toxicomanies***

Pierre Angel, Denis Richard, Marc Valleur, Éric Chagnard

Paris : Masson (Abrégés), 2005

- ***Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat et prise en charge***

Marc Valleur, Jean-Claude Matysiak

Paris : Armand Colin (Sociétales), 2006

- ***Traité d'addictologie***

Reynaud M. (dir.)

Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006

- ***Soigner les toxicomanes***

Alain Morel, François Hervé, Bernard Fontaine

Paris : Dunod

## Groupes / Ateliers

Les trois ateliers discussions ont donné lieu aux présentations et propositions suivantes

### **ATELIER 1 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL :**

Une distinction à été faite entre le traitement en urgence et le traitement à long-terme du toxicomane.

Pour le traitement en urgence du toxicomane:

- Recrutement par les medias, la famille, les mouvements associatifs
- Traitement : prise en charge gratuite

Pour le traitement à long terme :

- Améliorer le suivi psycho-médical:
  - consultations fixes et rapprochées
  - implication de la famille
  - écoute et éducation de la famille
- Sensibiliser la société: inviter les pouvoirs publics, mini-interventions pour structures sociales, propositions concrètes pour structures sociales (mouvements associatifs )
- Coopération avec ONLCDT
- Maisons de Jeunes
- Centres culturels
- Ministère des affaires religieuses
- Etape ultérieure: coopération plus active avec le ministère de la justice
- Elaborer un projet de vie en faisant appel au ministère de la solidarité, du travail et de la formation professionnelle

### **ATELIER 2 : Vous êtes désigné comme responsable d'un CIST, pouvez-vous identifier les principales activités que vous allez entreprendre pour remplir votre rôle? Quelle est la représentation que vous avez de ce rôle?**

1) Rédiger le projet institutionnel et le règlement intérieur

2) Définir le profil et la composition de l'équipe

3) Recrutement du personnel

4) Établir un organigramme

5) Animation d'une équipe multidisciplinaire :

- Psychiatre
- Psychologue
- Médecin Généraliste
- Sociologue
- Infirmier
- Travailleurs sociaux
  - Mise en œuvre des objectifs de la structure:
  - Accueillir les patients
  - Evaluer la situation et la demande de soins
  - Mise en place d'un projet de soins
  - Coordination de l'équipe
  - Réunion d'Intervision
  - Développer un partenariat et un réseau avec:
    - Les autres structures sanitaires, établissements scolaires, administrations, médias etc...
    - Développer une activité d'évaluation



- Participer activement et sympathiquement aux activités et à la vie de l'institution
  - Veiller à la sécurité du personnel et des usagers du centre
  - Le responsable de l'institution doit être nécessairement un clinicien
  - Développer une activité d'évaluation
  - Participer activement et sympathiquement aux activités et à la vie de l'institution
  - Veiller à la sécurité du personnel et des usagers du centre
- Le responsable de l'institution doit être nécessairement un clinicien

### **ATELIER 3 : PROBLEMES DES POPULATIONS MIGRANTES ET LA TOXICOMANIE**

#### **Identification des populations traitées étrangères en Algérie :**

1. refoulés (retour définitif)
2. de passage (vacances –séjours répétés pour affaires et familles – touristes étrangers )
3. Séjours prolongés
4. touristes
5. immigrants du sud

#### **Identification des problèmes rencontrés**

- Juridique, aux frontières avec les douanes
- échec d'intégration-
- Problématique du modèle et du type de consommation
- Problématique du contexte culturel dans les familles d'accueil .
- Contexte d'exclusion et de clandestinité des immigrants du sud

#### **Propositions d'action**

- Amendements et dispositions quant à l'éventuelle introduction de produits (entre autres consommation personnelle et de substitution)
- Coopération et communication entre les institutions soignantes
- Call center national et gratuit
- Information aux postes frontières
- Inclusion dans les programmes nationaux, en tenant compte de certaines spécificités (produits de consommation)
- Faciliter l'accès aux soins, garantie et protection de l'anonymat

# Modèles explicatifs de la toxicomanie - Comprendre les comportements

par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan (France)

## Les différents modèles

Le regard porté par la société sur la toxicomanie et les addictions en général, a varié au cours de l'histoire. On peut très schématiquement distinguer quatre types de modèles explicatifs de ces phénomènes (rapport plus ou moins problématique qu'entretient l'être humain avec les substances psychotropes et, plus généralement, avec des sources de plaisir qui pourraient devenir incontrôlables).

Chaque fois que l'évolution des idées et des connaissances a rendu le modèle explicatif en cours insuffisant, il a fallu en inventer un nouveau. Les différents paradigmes qui se sont ainsi succédés ont intégré en partie la vision de celui ou ceux qui les ont précédés, en la transformant. De plus, des visions qui ressortent de modèles "dépasseés" survivent telles qu'elles et peuvent resurgir sous une autre forme.

On peut donc distinguer :

- un modèle moral ou religieux;
- différents modèles "scientifiques" :
  - *monovarié*,
  - *bivarié*,
  - *trivarié*.

## Modèle moral

Avant l'époque moderne (fin XVIII ième), la façon naturelle d'aborder les abus et les excès de toutes sortes était le regard religieux.

L'**intempérance** sous toutes ses formes était considérée comme un vice, un crime ou un péché. Son "traitement", en tant que sacrilège, relevait de la justice.

C'est là que se trouve probablement la source la plus profonde de la prohibition.

Tout un pan de la philosophie classique, de Platon aux stoïciens en passant par les épicuriens, promeut la tempérance et le contrôle de soi face aux sources de plaisir.

Dans un contexte moderne, c'est la morale de l'effort, du travail et du mérite qui s'oppose aux facilités des *plaisirs artificiels*...

## Modèle *monovarié*

Le premier modèle de "maladie" d'une addiction remonte à **1785**. Il voit le jour dans le travail de **Benjamin Rush** sur l'effet des spiritueux sur le corps et l'âme.

Dans sa vision la maladie est un processus inexorable lié à l'action des spiritueux. Le mal est contenu dans la substance et déclenche le processus morbide. C'est un modèle de **type "intoxication"** qui donnera des noms en *-isme*.

A l'opprobre peut succéder la compassion, à la punition le traitement ou la réadaptation.

Que le produit toxique soit la cause du mal entraîne logiquement l'idée de l'éradication de ce produit.

La médecine tente de s'approprier ainsi un problème vécu jusque-là comme étant d'ordre moral.

Modèle *bivarié*

En **1857**, le psychiatre français **Morel** propose sa **théorie générale de la dégénérescence** qui marquera fortement la psychiatrie du XIX<sup>ème</sup> et de la première partie du XX<sup>ème</sup> siècles. Dans cette conception, certains individus sont plus faibles que d'autres, sur le plan physique, mental et moral. Cette faiblesse constitutionnelle est transmise héréditairement et aggravée par des causes extérieures telles que certaines infections (tuberculose, syphilis...) ou des intoxications (alcoolisme, morphinisme...).

A travers cette théorie ainsi que le courant hygiéniste dans lequel elle s'inscrit, on voit comment les considérations morales persistent à l'intérieur du discours médical. Tous deux se retrouvent dans les propositions les plus radicales de traitement : la coercition et l'enfermement voire pire (pour préserver la société de la contagion).

De leur côté, les **Alcooliques Anonymes**, diffusent depuis 1934 un modèle comparable dans lequel l'alcoolisme est assimilé à une allergie qui se développe comme une intoxication mais seulement chez les individus prédisposés.

Modèle *trivarié*

Au **début des années 1970**, la vision strictement médicale ou psychologique (le modèle de maladie) de l'alcoolisme et des toxicomanies a été remise en question, certaines observations venant la contredire:

- certains dépendants réussissent à devenir des consommateurs modérés (études de suivi d'alcool-dépendants);
- les soldats américains de la guerre du Vietnam, dépendants de l'héroïne ont pour la plupart étaient spontanément guéris avec la fin de la guerre et le retour au pays;
- les études sur les effets *placebo* de l'alcool démontrant la grande influence de la culture, des attentes et des croyances de l'utilisateur sur les effets du produit;
- l'apparition des toxicomanies actuelles, comme un phénomène social de masse touchant la jeunesse et lié aux "mouvement contre-culturel".

Depuis, l'importance du contexte nous oblige à envisager la toxicomanie comme un phénomène complexe, **bio-psycho-social** (D. Cormier), "**rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel**" (C. Olievenstein)

#### **Rencontre du produit de la personnalité et du moment socioculturel**

*La toxicomanie surgit de ces trois dimensions également constitutives. Mais il est plusieurs approches du phénomène toxicomane, selon, précisément, qu'on porte l'accent sur l'un de ces paramètres plutôt que sur les autres.*

*La toxicomanie, par définition, part du toxicomane : cela veut dire qu'elle appelle, suscite, crée le produit tout autant qu'elle est engendrée par lui.*

*Le moment socioculturel apparaît alors comme ce qui situe le drogué et, au moins partiellement, explique son choix d'existence. Le contexte social est donc indissociable de la personnalité. Si, cependant, on rompt ce couple, si l'on privilégie la dimension de société pour mettre la subjectivité entre parenthèses, le drogué, inévitablement, apparaît alors comme un être aberrant, et la toxicomanie comme un fléau à endiguer. Lier le toxico au moment socioculturel, c'est tenter de le comprendre dans sa marginalité.*

**(C. OLIEVENSTEIN)**

# Usage, abus, dépendance

par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre Addictologue, Paris (France)

Pour apprécier les conséquences de la consommation des drogues

- connaître leurs propriétés pharmacologiques
- leur toxicité intrinsèque,
- s'interroger sur les motivations à consommer

La manière de consommer, la personnalité, l'histoire et le comportement du consommateur

- ont un rôle central
- permettent d'évaluer le risque encouru

Cette approche fondée sur les comportements, et non exclusivement sur les produits

- distinguer l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance.

## **L'usage**

désigne une consommation qui ne comporte ni complications somatiques ni dommages. Cet usage peut cependant comporter des risques dans certaines circonstances (conduite automobile, travaux nécessitant une attention particulière...) ou pour certaines personnes vulnérables (femmes enceintes...) ou atteintes de troubles du comportement.

**L'abus** se caractérise par une consommation importante et répétée entraînant des dommages sanitaires et sociaux pour la personne concernée et/ou pour son environnement. (usage nocif)

Les mots « toxicomane » ou « alcoolodépendant » ne s'appliquent qu'aux sujets dépendants. Ils sont impropres à qualifier la majorité des usagers.

**La dépendance** peut être physique(1) ou/et psychique(2). -(1)phénomène pharmacologique : répéter les prises de produit modifie les réactions physiologiques de l'organisme qui s'adapte. L'interruption de consommation entraîne un déséquilibre. Sevrage= plusieurs jours, souffrances, pour retrouver l'équilibre initial. -(2) liée au plaisir . Le cerveau mémorise les signaux annonçant une récompense. Si signaux dans l'environnement sans consommation: le manque, la dépendance psychique se fait sentir.

Consensus scientifique international

- prendre acte de la réalité avec toutes ses nuances
- proposer une hiérarchie crédible des risques
- définir des stratégies efficaces de prévention et de traitement.

Conséquences non négligeables:

on prend conscience qu'une partie de la population concernée ne bénéficie d'aucune prise en charge

Risque situationnel : «trop,c'est quand ?»

Détailler à ses patients les principales situations à risques:

tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins,tâches professionnelles...);risque aigu car action sur la coordination psychomotrice (alcool,héroïne,haschich...) ou sur le comportement (alcool,amphétamines,ecstasy...);

grossesse

prise associée de médicaments

Risque qualitatif : «trop,c'est comment ? »

- consommation précoce;
- cumul des consommations de substances psychotropes;
- consommation autothérapeutique(souvent solitaires) (recherche effet anxiolytique ou antidépresseur)
- consommation à la recherche d'ivresse,à visée de «défonce»: conduites d'excès; effet recherché: ivresse massive, anesthésie;
- répétition de ces types de consommation, fréquence,perte de contrôle, matinal.

Risque quantitatif: «trop,c'est combien?»

Le risque devient statistique, sur le long terme:au delà de certains seuils,la morbidité et la mortalité augmentent.

Bien connaître, pour les différents produits psycho-actifs,le risque épidémiologique et les corrélations entre la quantité consommée et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité pour pouvoir informer ou intervenir au bon moment.

- les seuils d'information
- les seuils d'intervention

Indicateurs de risque individuels

Traits de personnalité

- la période de début des troubles (enfance ou adolescence)
  - leur précocité éventuelle;
  - certains traits de personnalité ou de tempérament:recherche de sensations,faible évitement du danger,recherche de nouveautés.
- Comportement perturbé et rupture dans le développement:
- le caractère agressif;
  - l'arrêt d'activités auparavant fortement investies (loisirs et sports);
  - la modification de la relation au corps

Comorbidité psychiatrique

Trouble des conduites/hyperactivité,avec déficit de l'attention.

- Troubles de l'humeur.
- Troubles anxieux.
- Plaintes psychosomatiques.
- Troubles des conduites alimentaires.

Événements traumatiques tels que pertes et deuils,violences ou abus sexuels,maladies graves

<b>C</b>	<b>Conseil</b> : pour donner un conseil, un avis adapté, pour proposer une aide, il fait	<i>Advice</i>
<b>A</b>	<b>Alliance</b> : rétablir une alliance thérapeutique, basée sur l'empathie, la compréhension	<i>Empathy</i>
<b>D</b>	<b>Définir</b> : il faut d'abord définir ensemble : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les conséquences de la consommation</li> <li>- les modalités de la consommation</li> <li>- les liens entre les modalités de consommation et les conséquences</li> <li>- les objectifs à atteindre</li> </ul>	<i>Feed-back</i>
<b>R</b>	<b>Responsabilité</b> : en rappelant que sa consommation relève de sa responsabilité. La décision de consommer comme celle de modifier cette consommation relève de son propre choix	<i>Responsibility</i>
<b>E</b>	<b>Encourager</b> : il convient d'encourager le patient, de le renforcer dans ses capacités à changer son comportement et à atteindre ses objectifs, de le valoriser, de développer le sentiment de sa propre efficacité	<i>Self-efficacy</i>
<b>S</b>	<b>Stratégies</b> : de lui proposer alors un éventail de stratégies thérapeutiques dans lesquelles il peut choisir celle qui lui convient en fonction de ses propres objectifs	<i>Menu</i>

# Le modèle de soins français - Les principes de la prise en charge

par Dr Aram Kavciyan, Psychiatre, Centre de Marmottan (France)

## PLAN

Cadre légal: Loi du 31/12/1970 (volontariat, gratuité, anonymat)

Principes: - base éthique  
- approche pragmatique  
- prise en charge globale, multi- ou trans-disciplinaire

Dispositif de soins: - spécialisé  
- non spécialisé

Base éthique

### Volontariat:

respect de la liberté de choix des toxicomanes, mise en position de décision et de choix en connaissance de causes et de conséquences à tout moment du parcours de soins.

### Intentionnalité de soin:

Utilisation et développement d'outils suscitant, favorisant, la démarche de soins, parce que la toxicomanie est et relève un état de souffrance, afin de:

- . diminuer les conséquences néfastes de la dépendance sur la santé et l'intégration sociale,
- . aider à sortir de cette dépendance.

### Approche pragmatique

La toxicomanie est un phénomène multifactoriel complexe qui ne peut se résoudre d'une façon simple voire simpliste; donc : pas de programme standardisé de prise en charge mais adaptation à la spécificité de chaque cas.

### accessibilité aux soins:

Proximité géographique et gratuité des structures de soins, réseau permettant d'entrer en contact avec les toxicomanes...

### diversité de l'offre de soins:

Pluralité de structures complémentaires ayant des objectifs et des missions différents, intervenant à des moments différents de la prise en charge et permettant à chacun de trouver une réponse la plus adaptée possible à sa situation.

## APPROCHE GLOBALE

(bio-psycho-sociale)

Phénomène multifactoriel complexe - nécessité d'une approche globale

Notion de multi- ou trans-disciplinarité de la prise en charge.

*Accompagnement* au long cours.

Prise en charge multi- ou trans-disciplinaire

La dimension médicale : somatique, psychiatrique.

La dimension psychologique : individuelle, familiale.

La dimension sociale : éducative, économique, juridique.

Dimension médicale

Somatique :

- impact des psychotropes et des additifs,
- conséquences des modalités d'usage des psychotropes,
- pathologies favorisées par le mode de vie du toxicomane ( tuberculose, troubles nutritionnels...),
- pathologies intercurrentes.

Psychiatrique:

- psychopathologie de l'addiction,
- co-morbidité.

Dimension psychologique

Psychothérapies individuelles:

- «de soutien»,
- cognitivo-comportementales,
- psychanalytique,
- autres,
- spécifique.

Psychothérapies de groupe:

- familiales (systémiques, etc.),
- thérapies émotionnelles...

Groupes néphalistes: *Narcotiques Anonymes*

Dimension sociale

Accompagnement dans les domaines:

des droits sociaux,  
du logement,  
du travail,  
de la justice...

Le dispositif de soins

Spécialisé:

- Centres de soins ambulatoires,
- Services hospitaliers d'addictologie, équipes de liaison
- Centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques, appartements thérapeutiques relais, hébergements de transition et d'urgence...
- Dispositifs de réduction des risques (*boutiques, équipes de rue...*)
- Réseaux toxicomanie-ville-hopital
- Centres de soins en milieu pénitencier

Dispositif spécialisé

Centres de soins ambulatoires: accueil, évaluation, orientation, soins et suivi psychologique, sociale et éducative.



Équipes de liaison: petites équipes (médecin le plus souvent psychiatre, psychologue, infirmier, assistant social) mobiles se déplaçant au sein de l'hôpital auprès des toxicomanes hospitalisés pour une pathologie somatique ou un sevrage, pour faciliter la prise en charge et former les équipes soignantes.

Centres thérapeutiques résidentiels: thérapie de rupture (changement radical de mode de vie), aide psychologique, éducative, sociale et médicale afin d'instaurer ou de restaurer les capacités d'autonomie et d'insertion sociale.

Communautés thérapeutiques: thérapie par la communauté, approche socio-comportementale.

Familles d'accueil: rattachées à des centres de soins ambulatoires.

Appartements thérapeutiques relais: collectifs ou individuels, aide à l'autonomisation.

Hébergement de transition ou d'urgence: sortie de prison, stabilisation d'un sevrage, attente d'un autre mode de prise en charge.

Dispositif de réduction des risques:

- pour les toxicomanes les plus marginalisés qui ne peuvent pas s'inscrire dans une démarche de soins,
- *équipes de rue, boutiques, sleep-in*, programmes d'échanges de seringues, ateliers d'insertion...

Réseaux toxicomanie-ville-hôpital: liaison et continuité des soins entre les différents intervenants (psychiatres, services hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens, services sociaux, centre de soins spécialisés...) d'une même zone géographique.

Non spécialisé:

- Médecine de ville (généralistes et spécialistes),
- Services hospitaliers (psychiatrie, médecine),
- Services sociaux, centres d'hébergement, centres de réinsertion...

# **Modalités de prise en charge des toxicomanes – L'expérience du centre de cure et de désintoxication du CHU**

**par Dr Mustapha Derguini et Dr Abderahmane Habibeche,  
Psychiatres, CHS Frantz Fanon, Blida (Algérie)**

## **DESCRIPTION DU CENTRE**

Le centre de cure et de désintoxication du CHU de Blida a été créé le 23 août 1996. Il est situé à l'enceinte même du CHU de Blida et est totalement indépendant des services de psychiatrie

### **Deux unités fonctionnelles :**

- Une unité de consultation.
- Une unité d'hospitalisation constituée de (02) services → s. hommes (40 lits)  
→ s. femmes (10 lits)

**Le personnel est formé d'une équipe multidisciplinaire exerçant sous l'autorité du professeur B. Ridouh**

### **L'équipe est composée :**

- 03 psychiatres
- 01 médecin généraliste
- 04 psychologues
- 02 sociologues
- 09 T.S.S
- 01 T.S
- 27 agents de service

**Le personnel paramédical est réparti en (04) équipes de (24) heures, dont (02) TSS et (05) agents de services par équipe.**

Unité d'hospitalisation « Hommes » / 40 lits

Unité d'hospitalisation « femmes » / 10 lits

### **Activités du centre**

- - Accueil
- - Tri
- - Consultations
- - Hospitalisations
- - Mise en route du traitement, surveillance
- - Activités ergothérapeutiques ou occupationnelles
- - Suivi

L'accueil se fait dans un bureau conçu à cet effet, où l'on procède à un tri au cas par cas

- On y reçoit des toxicomanes venus seuls ou accompagnés, qui se présentent de leur propre initiative ou adressés par des hôpitaux généraux ou psychiatriques, par les

médecins du système libéral ou par des associations, des centres d'écoute ou des instances juridiques, ... etc

- A l'issue de ce tri, la sélection étant faite, certains seront aussitôt présentés au psychiatre, d'autres bénéficieront d'un rendez-vous d'hospitalisation ou de consultation.

## **L'hospitalisation**

La motivation du patient est un élément primordial à la réussite d'une cure de sevrage, mais aussi l'acceptation de se soumettre à un règlement qui lui sera proposé et qu'il est appelé à respecter avant et durant son séjour.

- C'est un règlement qui a valeur d'un contrat moral, passé entre patient et médecin. Sur ce contrat, sont précisés les modalités d'entrée, de sortie, les horaires fixant les différentes activités du service, les jours de visites familiales ainsi que l'interdiction absolue d'introduire des drogues, d'armes blanches ou d'objets dangereux à l'intérieur du service.
- Selon les cas des examens complémentaires seront prescrits, soit en milieu hospitalier, soit demandés à titre ambulatoire.
- Il peut s'agir
  - d'un bilan radiologique (télé thorax, échographie par exp.) ,
  - d'un bilan biologique général ou spécifique d'un organe. On citera HIV, HBS, HBC et Bilan syphilitique

## **Entretiens et Activités ergothérapeutiques ou occupationnelles**

- Des entretiens avec les psychologues et les sociologues sont tenus régulièrement et se font à titre individuel ou en groupe parfois même avec la participation des membres de la famille. En cas de besoins le médecin généraliste interviendra à son tour en temps opportun.
- Une riche activité à visée occupationnelle est assurée par une équipe d'encadreurs: il peut s'agir de sorties, de randonnées, de jeu ou d'activités sportives
- Le soir, les sorties étant interdites, une salle de télévision est conçue pour le regroupement de tous les pensionnaires.
- Enfin, l'équipe soignante en dehors de ses activités quotidiennes, organise des réunions bi hebdomadaires, qui sont consacrées à l'étude de cas et à l'exposition de problèmes rencontrés. Chaque soignant interviendra selon sa spécificité.

### **Exemple de programme journalier**

- 07h 30 : lever matinal, hygiène ;
- 08h 00 : petit déjeuner, prise du traitement ;
- 09h 00 : séance d'information, groupes avec les sociologues ;
- 11h 00 : consultation psychiatrique, psychologique ou de médecine générale ;
- 12h 00 : déjeuner et prise du traitement ;
- 13h 00 : sieste
- 15h 00 : activités sportives et douche
- 19h 00 : dîner, prise du traitement ;
- entre 19h et 23h (loisirs, télévision, etc ...)
- 23h 00 : coucher obligatoire.

## PRISE EN CHARGE

### CURE

### POSTCURE

#### LA CURE

- Le sevrage à côté de l'objectif visant la diminution de la consommation, doit s'accompagner d'un ensemble de réponses à des difficultés objectives des patients.
- L'arrêt du produit n'arrête pas la souffrance ; d'où la nécessité d'un accompagnement après l'arrêt d'un toxique
- Cet accompagnement doit se faire de préférence en milieu institutionnel, d'où l'importance de l'hospitalisation. Ce dernier vise à aider les sujets en difficultés à dépasser la phase de l'abstinence ou de la décroche.
- La cure est indiquée à toute personne désireuse de subir une désintoxication et suffisamment motivée.
- La durée de la cure est de 21 jours en moyenne, elle peut être écourtée à la demande du patient ou suite à la violation du règlement intérieur (sortie prématurée)

#### Le traitement comporte 2 volets :

**Volet médicamenteux :** prescription de neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, anticonvulsivants et autres (antispasmodiques, antalgiques, etc...)

**Volet psycho et sociothérapique :** séances de psychothérapie et de sociothérapie en groupe ou individualisées afin de palier à d'éventuels dysfonctionnements psychiques ou sociaux. La participation de la famille peut s'avérer indispensable.

#### LA POST-CURE

- Après une cure de 21 jours et une consultation psychiatrique en conciliation avec toute l'équipe de soins, la sortie du patient est décidée.
- La poursuite du traitement se fera en ambulatoire et un suivi régulier sera assuré pendant quelques mois.
- En cas de rechute le patient peut être repris en ambulatoire ou peut bénéficier d'une autre cure de désintoxication selon sa volonté et son degré de motivation.

Quelques statistiques reflétant les activités du centre

	Nombre de consultants	Nombre d'hospitalisés
2001	3035	767
2002	3291	754
2003	3680	780
2004	3721	993
2005	3755	1230
2006	3835	1278
2007	3942	1287

### Nombre de toxicomanes hospitalisés par années et par produits

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Polytox	396	411	406	406	660	671	673
Cannabis	122	125	160	160	248	262	269
Psychotropes	111	72	133	133	218	228	232
Alcool	46	51	7	7	12	16	15
Opiacés	17	19	35	35	47	51	53
Solvants	75	76	39	39	45	50	53
Total	767	754	780	993	1230	1278	1287

### Répartition des toxicomanes hospitalisés selon l'âge et par année

AGES	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	138	143	152	195	240	257	258
20-30	383	381	393	511	627	636	644
30-40	207	207	218	277	344	362	365
40-50	23	15	08	05	10	13	12
>50	16	08	04	05	09	10	08
TOTAL	767	754	780	993	1230	1278	1287

### CONCLUSION

La prévention reste à l'heure actuelle, la seule alternative destinée à éviter l'entrée dans un désordre au lieu de réduire les conséquences d'un désordre préexistant ; Elles se basent sur l'information, l'éducation, la communication et se fait à chaque fois qu'on donne des moyens de développer une personnalité équilibrée, capable de s'intégrer dans la collectivité et de développer les choix responsables.

### Les conduites addictives : Définition par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre Addictologue, Paris (France)

Drogue :

toute substance psychoactive prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance.

Substance psychoactive :

agit sur le cerveau en modifiant

- la pensée
- l'humeur
- le comportement

ADDICTION

impossibilité permanente de contrôler un comportement de consommation de substance

Usage simple

Usage à risque

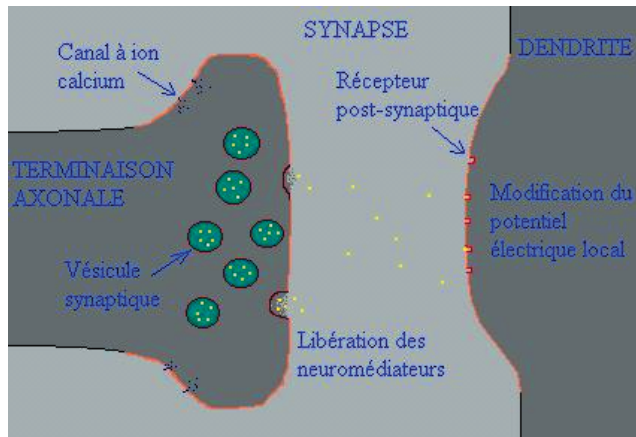
Usage nocif

Dépendance

Effets sur le cerveau

L'influx nerveux passe d'un neurone à l'autre grâce à un neurotransmetteur (substance chimique sécrétée par le neurone) qui se fixe sur

un récepteur spécifique  
Une drogue qui ressemble à ce  
neuromédiateur peut prendre sa place  
et modifier les effets



Tolérance  
Dépendance  
- Physique  
- Psychique

Tous égaux devant les drogues ?  
Tous les individus ne sont pas égaux devant les risques de dépendance  
facteurs environnementaux et sociaux  
facteurs individuels de protection ou de fragilité



Effets des drogues sur le comportement  
Classification selon leur effet psychique dominant  
Stimulants  
amphétamines, cocaïne, nicotine, crack  
Sédatifs  
opiacés, benzodiazépines,

## Hallucinogènes

LSD

psylocibine

cannabis et produits dérivés

mescaline

## Effets mixtes

alcool

MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine) = ecstasy

Drogues illicites : législation

au niveau international

(O.N.U.)

-Convention unique sur les stupéfiants : 1961

- Convention sur les psychotropes : 1971

- Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes : 1988

au niveau national

Les loi de

juillet 1845

juillet 1916

décembre 1953

décembre 1970

Les codes

Nouveau code pénal (01/03/94)

Code de la Santé Publique

TABAC : définition

Le produit : plante cultivée dans le monde entier ; feuille séchée et fermentée

● En vente libre, le tabac tue la moitié de ses consommateurs réguliers (15 millions de fumeurs en France)

● 1ère cause de mortalité évitable : 66 000 français par an ; la moitié des décès entre 35 et 69 ans

● Addiction chronique dont le coût social est majeur : 10 milliards d'euros par an

Alcool : ses effets

Effets aigus

euphorie + excitation

sédation et endormissement

Effets chroniques

dommages sur systèmes digestif, neurologique, cardiovasculaire

risque de cancers des voies aérodigestives

risque pendant la grossesse

(embryo-foetopathie

forte dépendance psychologique et physique

Alcool : les risques

Risques sociaux : violence (alcool impliqué dans 1/3 des faits), homicides, comportements sexuels à risque

Responsable : de 15% des accidents du travail et de 30% des accidents mortels de la route

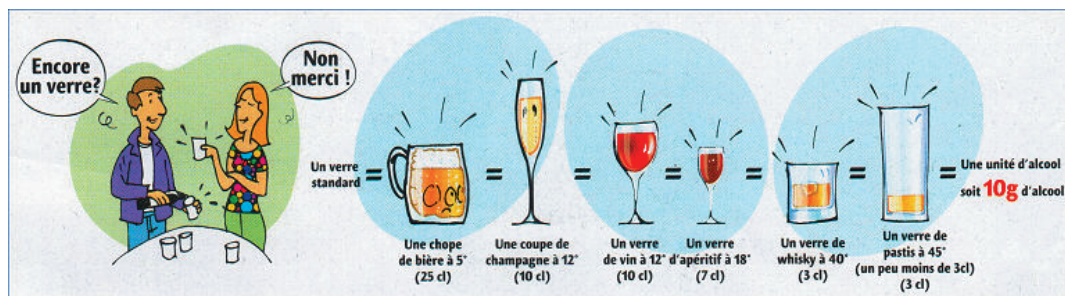
Alcool : les seuils

Seuils à risque :

- Hommes : pas plus de 3 verres par jour

- Femmes : pas plus de 2 verres par jour

⇒ et pas plus de 4 verres en 1 seule occasion



Alcool : généralités

Problème de santé publique

Responsable de 45 000 décès par an

3ème cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires et les cancers

Le tabac tue plus que l'alcool mais l'alcool vient en premier en nombre d'années perdues

L'alcool est plus en cause que le tabac dans les cancers ORL

1,5 à 2 millions d'alcoolodépendants

Alcool : Un questionnaire test d'auto évaluation

⇒ Exemple du questionnaire CAGE- DETA :

1- Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation de boissons alcoolisées ?

2- Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?

4- Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL dès le matin pour vous sentir en forme ?

TABAC : composition

près de 4 000 gaz et substances toxiques

induction des cancers

responsable de l'addiction

- de goudrons

+ de monoxyde de carbone





#### Composants de la fumée de cigarette

Acide cyanhydrique (était employé dans les chambres à gaz)

Ammoniac (détergent)

Toluène (solvant industriel)

Arsenic (poison violent)

Butane

Eléments radioactifs

DDT (insecticide)

Acétone (dissolvant)

Nicotine (utilisé comme herbicide et insecticide)

Cadmium (utilisé dans les batteries)

Monoxyde de carbone (gaz d'échappement)

Chlorure de vinyle (utilisé dans les matières plastiques)

et autres substances cancérigènes connues : Toluidine, Pyrène ...

Tabac : Effets et Risques

#### EFFETS

Actions : ↗ vigilance, ↗ capacité de réflexion, coupe-faim, antidépresseur

Effets de courte durée, d'où tendance à répéter la consommation

#### RISQUES

Maladies : Cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires

Altération de la peau, des dents, des gencives, de l'haleine..., altération de la fertilité, risque sur la grossesse

#### TABAGISME PASSIF

7 français sur 10, de plus de 12 ans et moins de 75 ans, déclarent être gênés par la fumée des autres

Le tabagisme passif est reconnu comme nuisance cancérigène pour l'homme (Centre international de recherches sur le cancer) : 3000 morts par an

Les non-fumeurs ont des droits et des possibilités de recours ⇒ DNF (Droits des Non-Fumeurs)

[contact@dnf.asso.fr](mailto:contact@dnf.asso.fr)

[www.dnf.asso.fr](http://www.dnf.asso.fr)

CANNABIS : généralités

Différentes formes

Herbe

Résine

Huile

850 000 consommateurs réguliers en France, dont 450 000 consommateurs quotidiens



# LES CONDUITES ADDICTIVES

## CANNABIS : effets sur la santé

dépendance psychique  
isolement  
une maladie grave : schizophrénie  
modification du rythme cardiaque  
augmentation du risque de cancer de la gorge, des poumons

Conduite, Sport et cannabis

Effets

- ⌘ Vigilance
- ⌘ réflexes
- ⌘ perception visuelle

Risques

mauvais réflexes

difficulté à contrôler une trajectoire

mauvaise coordination

temps de réaction allongé

Durée de l'effet : 2 à 10 heures

recherché dans les urines (traces possibles plusieurs semaines après consommation

risque de suspensions par les Fédérations

Dépistage du cannabis

Dosage urinaire

durée de détectabilité varie de quelques jours pour petit consommateur à 45 jours pour un gros fumeur

Analyse des cheveux

mise en évidence d'une consommation chronique ; peut être positive même si urines négatives

Tests salivaires, sanguins

en cours de validation / difficiles à interpréter

COCAINE : Généralités

Extraite des feuilles de cocaïer

(formule découverte en 1865)

Forme :

fine poudre blanche utilisée

prise (sniffée)

fumée

par voie IV

Cocaïne : 2% d'expérimentateurs parmi les 18-75 ans ; soit 1 million, dont 200 000 occasionnels.



## COCAÏNE : Effets et Risques

### Effets

#### Immédiats :

euphorie  
sentiment de puissance  
indifférence à la douleur et à la fatigue

#### Secondaires :

état dépressif et anxiété

### Risques

nécroses (cloison nasale)  
troubles du rythme cardiaque  
troubles psychiques, instabilité d'humeur,...  
insomnies, amnésies et phases d'excitation

### Risques liés

désinsertion sociale  
problèmes judiciaires  
conduite automobile  
grossesse,...

Risque de dépendance chez 80% des consommateurs réguliers

## CRACK : Généralités



Stimulant, dérivé de la cocaïne en poudre

= cocaïne en poudre, dissoute dans eau + ammoniac ou bicarbonate de soude ou encore éther. Le mélange est bouilli : obtention de petits morceaux (cailloux).

Forme :

liquéfié  injecté

• chauffé  fumé (quand mélangé au tabac, donne un bruit caractéristique)

Prix faible ; est le produit qui engendre le plus de dépendance physique et psychique

CRACK : effets et risques

Effets

Immédiats

euphorie

agitation

convulsions si surdosage

Secondaires

psychose paranoïde

Risques

troubles du rythme cardiaque, gastro-intestinaux

détresse respiratoire, AVC

troubles psychiques ...

⤴ risques : VIH, VHB, VHC, IST, tuberculose..

malnutrition, plaies cavité buccale

Risques liés

désinsertion sociale

marginalisation

criminalité

euphorie

agitation

convulsions si surdosage

HEROINE : Généralités

Opiacé puissant obtenu à partir de la morphine

Opiacés : substances naturelles contenues dans le latex recueilli sur le pavot (l'opium est extraite du pavot)

Forme :

poudre utilisée

en IV après dilution et chauffage

sniffée

fumée

1% d'usagers à l'âge de 17 ans

HEROINE : Effets et Risques

Effets

Immédiats

« flash » : plaisir intense, sensation d'extase et d'euphorie

Secondaires

suivis de somnolence

- au bout de quelques semaines, besoin d'augmenter la dose et la fréquence des prises : dépendance
- états de manque : anxiété et agitation
- overdose : insuffisance respiratoire, perte de connaissance, mort

Risques d'infection si injection

VIH

hépatites B et C

abcès aux points d'injections

sepsis

Risques liés

désinsertion sociale

problèmes judiciaires

conduite automobile

grossesse

association à d'autres produits

Risque de dépendance chez 80% des consommateurs réguliers

Secondaires

ECSTASY : Généralités

Molécule chimique responsable des effets psychoactifs :

MDMA (3,4 méthylènedioxyméthamphétamine



comprimés de couleurs et de formes variées ornées d'un motif  
3,9% d'usagers réguliers à l'âge de 17 ans

ECSTASY : Effets et Risques

Effets

Réactions aiguës

à doses < 100 mg

tachycardie, nausées, tremblements, bruxisme, transpirations

à doses > 100 mg

engourdissements, sensibilité accrue au froid, à la lumière, aux couleurs, hallucinations, perte d'équilibre, nystagmus

Réactions de surdosage

troubles

cardiaques

de la coagulation sanguine

rénaux graves

neurologiques

psychiatriques ...

Une prise occasionnelle ? ⇨ symptômes de parkinson rapportés

## MEDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Généralités

Substances qui permettent d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance sur prescription médicale

4 catégories :

- tranquillisants
- somnifères
- neuroleptiques
- antidépresseurs

## MEDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Effets et Risques

Effets

selon la composition chimique et la dose administrée :

cas des Benzodiazépines :

- diminution de la vigilance
  - somnolence
  - dépendance physique et psychique

Risques liés

- accidents de la circulation
- accidents du travail
- accidents domestiques
- désinsertion sociale, perte de motivation
- polyconsommation, surdosage parfois mortel

# **Travailler avec les consommateurs de cannabis. Des critères d'évaluation**

**par Dr Pierre Poloméni, Psychiatre, et Jean Pierre Couteron, Président de l'ANIT-  
Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (France)**

## **compétence à choisir, connaissance**

- pas de connaissance du produit, fume n'importe quoi
- distingue shit/ herbe et a des préférences
- connaît le cannabis et autres produits expert

## **Effets**

- choix d'effets légers
- choix entre légers et destructeurs
- choix effets destructeurs

## **Polyconsommation**

- pas de polyconsommation
- polyconso occasionnelle
- polyconso systématique

## **Santé**

- attentif à qualité produit
- pas informé des risques (coupage)
- connaît risques, n'en tient pas compte

## **Mode d'obtention**

- Un copain le fait fumer à l'occasion
- Un copain lui fournit régulièrement
- Achat en micro groupe, à plusieurs
- Connaît des revendeurs et achat direct

## **Connaissance du marché et du circuit**

- Fréquente majoritairement des non-fumeurs
- Fréquente autant non-fumeurs et fumeurs
- Ne fréquente que des fumeurs
- Fréquente tous usagers tous produits

## **Argent Dépenses / Argent Recettes**

### **Maitrise de la consommation**

- Solitaire par prudence
- Principalement en groupe
- Solitude par isolement
- Stabilise/contrôle sa consommation même en groupe



- Évite le groupe car y fumerait trop (forme d'autocontrôle)
- N'évite pas le groupe, consommation non contrôlée

### **Regard de l'autre**

- Attentif à être discret, non repérable
- Consomme essentiellement à des moments festifs
- Tourne sur lieux de vente, ne se cache pas, identification aux groupes fumeurs
  
- Se cache de la famille et de l'entourage
- Se cache chez lui, tolérance parents
- Ne se cache pas, fume indifféremment chez lui ou dehors

### **Cadences**

- Irrégularité
- Ne sait pas
- Régularité
  
- Soirée
- Après midi
- Matin

### **Variations des quantités**

#### **Types d'usages et effets**

Hypnotique  
Thérapeutique  
Occupationnel  
Convivial

#### **Limites**

- Régule personnellement
- Se régule en s'aidant de l'extérieur
- Régulation imposée par l'extérieur
- Pas de régulation

#### **Effets ressentis**

**Effets positifs**  
**Effets négatifs**

# Passer d'une addiction à une autre (Switchaddict)

par **Dr Pierre Poloméni, Psychiatre addictologue CHU Jean Verdier Bondy** et **Dr Marc Valleur, Psychiatre, Directeur du Centre Marmottan**

Constats cliniques

Champ de recherche

mieux connaître les critères initiaux

les risques de transformation

Actions spécifiques ou globales

Travail dans la durée

Prévention

Pourquoi?

Modèles explicatifs des addictions souvent proches:

-modèles bio médicaux: « voie finale commune » sur récepteurs cérébraux

-rôle sensibilisant des premières substances consommées

-toutes notent l'importance des interactions entre les effets d'une substance X et les caractéristiques d'un individu « vulnérable »

La notion de prédisposition renvoie à des facteurs génétiques, environnementaux, éducatifs, ou d'événements de vie, et quantité de recherches s'attachent à isoler des éléments qui permettraient, dans une population, de repérer les individus vulnérables, afin de cibler au mieux les stratégies préventives.

L'impulsivité et la recherche de sensations

« récidivistes », « transgresseurs », « dépendants », ne relèvent plus des mêmes stratégies préventives que la population générale

Exemple avec l'alcool: (Cloninger) deux groupes d'alcooliques, un « type 1 » d'alcoolisme d'habitude ou social, et un « type 2 » impulsif, voire psychopathique: certains alcooliques ont un rapport « toxicomane » au produit. Ils deviennent dépendants de l'ivresse (voir le « binge drinking »), de la « défonce », contrairement à d'autres pour lesquels l'addiction vue comme instauration progressive d'une dépendance

Autre exemple, le jeu pathologique: Blaszczynski propose ainsi une typologie en trois groupes : les joueurs « d'habitude », les joueurs « névrotiques », par exemple ceux qui vont surinvestir le jeu comme automédication dans des circonstances de vie anxieuses ou déprimantes, et les joueurs « impulsifs » ou psychopathiques, comparables à des toxicomanes au jeu.

Les poly addictions

Les recoupements d'addiction, le fait qu'un sujet puisse, en même temps ou successivement, être « addict » à plusieurs substances ou conduites, est aussi une évidence qui renforce cette idée de possible « substitution ».

Au regard donc de ces typologies et de cette notion de prédisposition ou de vulnérabilité, le partage devrait moins se faire entre alcoolisme, toxicomanie, ou jeu pathologique, mais plutôt :

- entre sujets impulsifs, psychopathes, transgresseurs d'un côté,
- de l'autre des sujets ayant « névrotiquement » cherché une automédication dans le jeu, l'alcool ou les drogues, -et enfin ceux pour qui l'addiction est le résultat des habitudes de vie, de la pression sociale, etc...

Les modèles psychanalytiques, de façon générale, vont aussi la plupart du temps mettre l'accent plus sur des facteurs généraux

L'accent des recherches analytiques peut porter sur la personnalité dépendante, sur les états-limites ou border-line, et s'oppose alors à l'idée d'un processus addictif purement et simplement causé par l'effet de telle ou telle substance.

Il peut aussi porter sur le type de relation d'objet, voire sur la construction par le sujet du besoin de dépendre d'un objet extérieur inerte et maîtrisable

Introduit aussi la notion de substitut (Glover)

Changement de désignation... a un sens!

Le statut légal différent de l'alcool, du tabac, des drogues illicites, conduit certes à une sélection sociale d'usagers différents : il paraît logique que les plus impulsifs et transgresseurs choisissent plus facilement les substances illicites, selon une intrication complexe des problématiques de la dépendance et de la délinquance.

Ce fait, qui est en grande partie à l'origine de la séparation des dispositifs spécialisés, a contribué à une vision mythique de « la drogue », résultat d'une construction où le même objet est rendu responsable de son potentiel de dépendance, et du potentiel d'impulsivité et de transgression de ses utilisateurs.

Mais... l'épidémiologie (avec ses limites)

Il est important en clinique de noter que le « déni », la négation d'une consommation, peut, pour un même patient, ne concerner qu'une addiction, une autre étant mise au devant de la scène.

D'une addiction à l'autre

- Parmi les exemples qui ont donné lieu à de nombreuses publications, il convient de noter la place importante des problèmes d'alcool chez les toxicomanes aux opiacés traités par des médicaments de substitution.

- le passage de la toxicomanie à l'alcoolisme est extrêmement fréquent, et existe en fait indépendamment des traitements de substitution

Ainsi: « sevrages sélectifs »

Transfert de l'alcoolodépendance à la dépendance aux benzodiazépines

Il peut arriver pour certains patients, alternativement alcooliques, toxicomanes, joueurs, que l'on doive selon le moment décider quelle conduite addictive il convient de considérer comme au devant de cette scène mouvante...

Des risques qui se cumulent

- juxtaposition de pathologies induites (hépatite C et cirrhose alcoolique, cancers liés aux intoxications alcoolo-tabagiques...)-risques de délinquance ou de criminalité, qui sont associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme de façons variables et complexes-« sur risque » sexuel chez des patients alcooliques ou toxicomanes, lorsqu'ils sont aussi joueurs pathologiques...-Sur le plan financier, social et familial, chaque période de dépendance possède ses conséquences nocives propres.

## **Conclusion**

A coté de celui, déjà bien exploré en clinique des polyaddictions, se situe l'idée d'un itinéraire d'un groupe d'usagers, passant « au fur et à mesure », d'un comportement à un autre. Les modifications des comportements, dans un suivi au long cours, doivent être soigneusement analysées : devant une nouvelle consommation par exemple, doit on évoquer un « sur risque », une rechute, une reprise, ou un « switch » ? L'environnement associé au changement de comportement ou de produit (incluant le mode de vie, les rituels de préparation ou de mise en œuvre) offre des perspectives pertinentes de travail.

## **Situation cliniques I**

### **Situation clinique n°1**

**Une famille que vous connaissez vous parle de leur fils de 16 ans. Ils ont constaté qu'il fumait du cannabis. Ils vous demandent conseil**

**Histoire individuelle et familiale**

**Intensité de la consommation**

**Proposer accueil du jeune**

**Evaluation avec lui**

### **Situation clinique n°2**

**Le service des urgences vous alerte sur une personne de 30 ans qui a été amené pour état confusionnel. Il va mieux et est sortant, mais le service a mis en évidence une consommation de substances psychoactives associées à de l'alcool.**

**Urgence ou pas à maintenir une hospitalisation**

**Recherche injections et bilan infectieux**

**Créer un lien**

**Recherche comorbidité psychiatrique et problèmes sociaux**

**Sevrage sélectif, traitement de fond, suivi régulier**

### **Situation clinique n°3**

**Vous êtes amené à rencontrer un patient réputé « toxicomane », qui est agressif, menaçant, évoquant des vengeances contre des personnes lui voulant du mal. Vous avez du mal à déterminer la réalité des affirmations du patient.**

**Patient psychiatrique à traiter comme tel**

### **Situation clinique n°4**

**Un patient habitant habituellement en France, dépendant des opiacés et prenant un traitement de substitution, est en manque, tendu.**

**Quel TSO ? Arrêt, pourquoi?**

**Vérification (ordonnance)?**

**Les délais (de manque, de retour...)**

**traitemen**

## Modèles de questionnaires

### Le **CAGE Cannabis - DETC** (validé aux Etats-Unis) :

- 1) Avez-vous ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de cannabis ?  oui  
 non
- 2) Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?  oui  
 non
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez Trop de cannabis ?  oui  
 non
- 4) Avez-vous déjà eu besoin de fumer du Cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?  oui  
 non

### Questionnaire d'auto-évaluation Cannabis (validé en Nouvelle Zélande) :

1) Votre entourage s'est-il plaint de votre usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2) Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3) Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4) Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans "joint" ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5) Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6) Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
7) Avez-vous plus de difficultés à étudier ? A intégrer des informations nouvelles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8) Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9) Aimez-vous "planer", "être défoncé" ( <i>stoned</i> ) dès le matin ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
10) Êtes-vous de plus en plus souvent "défoncé(e)" ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11) Avez-vous ressenti "le manque", des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- >>> A : Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (AUTO, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défonce ?
- D : Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous DÉTENDRE, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
- Q : Vous est-il déjà arrivé d'OUBLIER ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
- S : Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes SEUL(E) ?
- P : Avez-vous déjà eu des PROBLÈMES en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- A : Vos AMIS ou votre famille ou vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Ce questionnaire, originellement dénommé CRAFFT, a été construit et validé par Knight et son équipe aux Etats-Unis pour dépister précocement l'usage nocif de produits addictifs (Knight et al, 1999 ; 2002). Un score seuil supérieur ou égal à 2 évoquait un usage nocif selon ses concepteurs :

- C : Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was « high » or had been using alcohol or drugs ?
- R : Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in ?
- A : Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, ALONE ?
- F : Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs ?
- E : Do your family or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use ?
- T : Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs ?

## Au cours de votre vie :

Questionnaire CAST (Cannabis abuse screening test, conçu à l'OFDT)

Une seule croix par ligne	OUI	NON
Avez-vous déjà fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Des amis ou des membres de votre famille</u> vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y parvenir</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Beck F., Legleye S., Reynaud M., Karila L.

# L'organisation de la prise en charge

par **Mustapha Benslimane, Centre Nova Dona à Paris (France)**

Les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues sont désignées par le nom générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes ( C.S.S.T ), comme l'indique le décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, qui abroge le décret n° 92-590 du 29 juin 1992.

Ce décret du 26 février 2003 a depuis été codifié dans la partie réglementaire du code de la santé publique.

Ainsi selon l'article D.3411-1, les C.S.S.T « assurent les missions de prévention, d'accueil et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de substances ou plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées ».

Après avoir été développées de manière spécifique- traitant séparément , tant du point de vue de leurs causes que de leurs conséquences, l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie-, les politiques de prévention et de soins insistent, depuis plusieurs années , sur la nécessité d'une part, de favoriser une plus grande cohérence du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive et d'autre part, de renforcer ce dispositif afin de faire face au problème de santé publique que constitue l'addiction dans toutes ses dimensions et dans toutes ses composantes.

Une meilleure articulation et coordination des intervenants dans les domaines des soins et de la réinsertion constituent alors une condition essentielle pour que les personnes ayant un usage nocif ou une dépendance soient accompagnées et prises en charge dans leur globalité et dans la continuité de leur parcours.

Cet objectif exige par ailleurs un véritable partenariat de l'ensemble des professionnels concernés, qu'ils relèvent du dispositif spécialisé, des établissements de santé, du secteur de la psychiatrie, de la médecine ambulatoire, du secteur social.

Connus depuis les années 1970 comme autant d' « antennes toxicomanies » aux tâches et modes de fonctionnement variés, les C.S.S.T constituent aujourd'hui une composante importante de ce réseau de soins et de prise en charge.

## **Cadre législatif et réglementaire**

### **1. Législation et réglementation**

Les C.S.S.T sont définis par plusieurs volets de la réglementation :

✓ En tant que structure médico-sociale, par le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.311-4 à L.311-8, L.312-1 et L.313-1 ;



✓ En tant qu'établissement de soins, par le code de la santé publique, notamment dans sa partie réglementaire, aux articles D.3411-1 et suivants ;

✓ Et plus particulièrement par le décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

## **2. Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes**

### **a) Trois types de C.S.S.T :**

✓ Les C.S.S.T. en ambulatoire. Ces centres assurent l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage, les consultations médicales, les soins, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation.

Ils prennent également en charge le sevrage en ambulatoire et son accompagnement quand il est réalisé en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution.

✓ Les C.S.S.T. avec hébergement collectif. Il s'agit de lieux de vie accueillant, pendant une durée limitée, des personnes sevrées ou sous traitement de substitution. En plus des prestations décrites précédemment, cette prise en charge vise à consolider la rupture avec l'usage de produits illicites, restaurer l'équilibre personnel et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des résidents.

✓ Les C.S.S.T. intervenant en milieu pénitentiaire. Installés dans les maisons d'arrêt, ils sont chargés de la prise en charge médico-psychologique des usagers de drogue détenus et de la préparation de leur sortie en liaisons avec des institutions extérieures. Ils sont placés sous l'autorité du praticien hospitalier responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et du directeur du centre hospitalier de rattachement.

### **b) Des sections attachées au centre pour des modes de prise en charge spécifiques**

Lorsque le centre assure des prestations ambulatoires ou/et des prestations en hébergement collectif, **une ou plusieurs « sections » peuvent lui être rattachées.**

Celles-ci correspondent à des **modes spécifiques de prise en charge** comportant notamment :

- des permanences d'accueil et d'orientation situées à l'extérieur des centres ;
- des appartements thérapeutiques, dont l'objectif principal est de permettre aux usagers de retrouver leur autonomie ;
- des réseaux de familles d'accueil, qui visent à favoriser le retour à l'autonomie des usagers de drogue en parallèle d'un suivi thérapeutique assuré au centre ;
- des lieux d'hébergement, de transition ou d'urgence, qui proposent des séjours pour une durée limitée, adaptée au vu de la situation et des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Un accompagnement socio-éducatif et / ou sanitaire est également prévu ;
- des ateliers d'insertion.

### **c) Une gestion associative ou hospitalière :**

Les C.S.S.T. sont gérés soit par une association régie par la loi du 1er juillet 1901, soit par un établissement de santé.

Par ailleurs, toujours selon le décret du 26 février 2003 précité, les centres doivent rédiger un rapport d'activité qui est transmis au Préfet et à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

**d) Une équipe médico-sociale pluridisciplinaire :**

Le centre s'assure les services d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. La composition minimale ainsi que les qualifications des personnels de cette équipe doivent être déterminés par arrêté des ministres des affaires sociales et de la santé.

**3. Les missions assurées par les C.S.S.T. :**

Précisées à l'article D.3411-2 du code de la santé publique, elles sont au nombre de cinq :

1. L'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage ;
2. L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes mentionnées à l'article 1er ;
3. Le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique. Le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;
4. La prescription et le suivi de traitements de substitution ;
5. La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale intègre les C.S.S.T. dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sous la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ( C.S.A.P.A.).

L'inscription des C.S.S.T. dans le champ du médico-social visait non seulement à leur donner un statut et un mode de financement identiques à ceux des centres de cure ambulatoire en alcoologie, ( C.C.A.A.), mais aussi à renforcer leur assise juridique, en passant d'un dispositif d'exception, basé sur un système conventionnel, au droit commun des institutions médico-sociales.

# **L'expérience du Centre Nova Dona avec sa spécificité de regrouper un CAARUD et un CSST**

**par Mustapha Benslimane, Centre Nova Dona, Paris (France)**

L'association Nova Dona constituée le 18 mai 1994, a ouvert un centre de soins le 1er février 1995 au 104 rue Didot, dans le 14ème arrondissement de Paris

## **Situation :**

Situé au Sud Ouest de l'arrondissement, le centre Nova Dona fait partie de l'environnement de l'hôpital BROUSSAIS.

Le centre est à proximité des lieux de consommations et de trafic des portes de Vanves et d'Orléans et des communes limitrophes de Malakoff et de Vanves.

Il se situe d'autre part sur la route de la commune de Bagneux qui est un autre lieu réputé de trafic et de consommation.

## **Etude des besoins**

Les quartiers environnants du centre continuent d'être des lieux de revente de produits stupéfiants. Depuis environ deux ans, le trafic de cocaïne y serait apparu. La cocaïne serait principalement diffusée à Paris par des filières ayant leur base en banlieue proche, les communes limitrophes de Paris à proximité immédiate du centre sont les lieux les plus souvent cités pour le sud de Paris.

De plus, deux de ces communes sont des lieux «historiques» d'approvisionnement en héroïne qui reste majoritairement consommée par les usagers qui arrivent à Nova Dona.

### ***Le cadre législatif***

**- La loi 70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.**

Cette loi est relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage de produits stupéfiants. Elle est le fruit d'un compromis entre des objectifs d'ordre public : réprimer le trafic et l'usage, et des objectifs d'ordre sanitaire : soigner les toxicomanes.

Elle prévoit en outre plusieurs dispositions dont l'anonymat, et la gratuité des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale. Elle offre la capacité de proposer une alternative thérapeutique à la sanction. Ainsi, elle comporte un volet thérapeutique qui s'articule à un volet répressif.

**- Le décret 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.**

Ce texte fixe les modalités de prise en charge des toxicomanes par des centres, de nature à la fois médico-psychologique et socio-éducative.

**- La circulaire du 31 mars 1995 sur la délivrance des traitements de substitutions.**

Cette circulaire définit les objectifs du traitement de substitution comme l'insertion dans un processus thérapeutique facilitant le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre somatique ou psychiatrique ; une réduction de la consommation de drogues issue du marché illicite et un moindre recours à la voie injectable, enfin une amélioration de l'insertion sociale.

**- La loi 2002-2 du 02 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.**

Cette réforme visant à adapter la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux structures sociales et médico-sociales qui encadre les établissements et les services d'accueil de personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes relevant de l'aide sociale comme ceux relevant de la protection judiciaire de la jeunesse ainsi que des adultes victimes de l'exclusion.

**- La loi 2004-806 du 09 août 2004, relative à la politique de santé publique.**

Ce texte pose le principe de la définition par l'Etat de la politique de Réduction des Risques en direction des usagers de drogues en modifiant le code de la Santé Publique (articles L.3121-3 à L.3121-5) et en reconnaissant les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), en tant qu'établissement social et médico-social.

**- Les articles L.311-4 à L.311-8, L.312-1 et L.313-1 du code de l'action sociale et des familles.**

Ces articles fixent le statut et les conditions d'organisation des CSST en tant que structures médico-sociales.

**- Les articles L.3411-1 et suivants du code de la santé publique**

Ces articles portent sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes.

**- Le décret no 2003-160 du 26 février 2003**

Ce texte fixe les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

**- Le décret 2005-347 du 14 avril 2005.**

En application de l'article L.3121-5 du Code de la Santé Publique, approuve le référentiel national des actions de Réduction des risques des usagers de drogues, ajoutant une 6<sup>ème</sup> section à cet article. Il définit pour le CAARUD :

- Les objectifs,
- Les modalités d'intervention,
- La distribution du matériel de prévention,
- L'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention,
- La diffusion des alertes sanitaires,
- Les lieux d'interventions,
- Les intervenants participant aux activités de Réduction des Risques,
- La confidentialité,
- La participation à la surveillance des consommations des substances psychoactives et de leurs modes de consommation,
- La participation à l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies de préventions.

**- Le décret 2005-1606 du 19 décembre 2005.**

Il précise quant à lui les missions du CAARUD, à travers les articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du code de la santé.

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre , en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

### **Objectifs principaux de l'établissement**

Les objectifs principaux du CSST sont :

- l'accueil et l'accompagnement des usagers de drogues vers les soins ;
- la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues notamment concernant la transmission du V.I.H et des hépatites ;
- le contact des personnes marginalisées faisant usage de produits psycho-actifs ;
- la prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative.

### **Public ciblé**

Le centre Nova Dona a pour vocation d'accueillir toute personne faisant usage de produits psycho actifs.

Cette configuration facilite l'accès à la structure et permet de diversifier l'offre, ainsi, chaque usager qui entre à Nova Dona y a sa place où qu'il en soit dans son parcours.

Le rythme de chaque usager est respecté et le seuil d'exigence de la structure est adapté à chacun.

Les usagers accédant à Nova Dona viennent des quartiers avoisinants, de l'ensemble du territoire parisien et de la proche banlieue.

### **Spécificité du centre**

Le centre Nova Dona est ouvert depuis le 1er février 1995, sa configuration, CAARUD et CSST, en un lieu unique permet d'aller de l'accueil informel sans préalable jusqu'aux soins.

Le centre Nova Dona a installé en juillet 1996 à côté de l'entrée un distributeur échangeur de seringues qui fonctionne 24/24 heures.

### **Conditions d'admission**

L'admission des usagers à Nova Dona est inconditionnelle, dans le respect des règles édictées par le centre.

Toutes les personnes en situation de précarité ne faisant pas usage de produits psycho actifs sont orientées vers les dispositifs adaptés à leurs problématiques.

### **L'accueil, l'information, l'orientation**

Le centre Nova Dona est ouvert au public toute l'année, du lundi au vendredi de 13 heures à 19 heures 30.

Les matinées sont consacrées aux différentes démarches administratives et au travail d'accompagnement physique des usagers.

Chaque nouvelle personne se présentant au centre est reçue généralement par un membre de l'équipe socio-éducative qui évalue la demande, présente la structure, les modalités de prise en charge et l'informe sur ses droits. Il est remis à chacun le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

Au terme de cet entretien, une orientation est proposée, soit en interne si le centre semble en capacité de répondre à la demande, soit vers une structure plus adaptée à la problématique de l'utilisateur.

L'orientation vers un partenaire extérieur est faite avec une prise de contact en présence de la personne concernée.

Si l'orientation est effectuée en interne, un rendez-vous est proposé avec un médecin du centre. Ce rendez-vous peut être le jour même ou dans les jours suivants.

À la suite de ces deux entretiens, la demande et la situation de l'utilisateur sont présentées lors de la réunion d'équipe du mardi et la décision de prise en charge s'effectue de manière collégiale. Ainsi entre le moment du premier accueil et le début de la prise en charge, il peut s'écouler au maximum une semaine. Si la décision de l'équipe est une orientation vers une structure plus adaptée, elle est expliquée et effectuée avec l'utilisateur.

Le centre proposant une prise en charge globale, l'ensemble des professionnels sera susceptible d'intervenir. Deux référents, un socio-éducatif et un médical, se proposeront de coordonner l'ensemble des actions entreprises dans la prise en charge de l'utilisateur.

Nova Dona accueille l'entourage et les proches d'utilisateurs, informe, soutient et oriente si nécessaire vers les organismes les mieux adaptés.

La personne qui ne formule pas une demande de soins explicite, aura néanmoins accès au centre dans la partie C.A.A.R.U.D, elle pourra se poser, boire une boisson chaude ou froide, se doucher, laver et sécher ses vêtements, bénéficier de soins si elle le souhaite et prendre du matériel nécessaire à une consommation à moindre risque.

Un présentoir dans l'espace d'accueil permet à chaque personne entrant dans le centre de disposer de documents d'information sur les produits et les risques liés à leur usage.

### **L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques**

La spécificité structurelle du centre Nova Dona (qui regroupe un CAARUD et un CSST en un même lieu) facilite la réalisation de cette mission.

Un programme d'échange de seringues au sein de la structure permet de délivrer du matériel nécessaire aux injections avec les messages de prévention adéquats. La délivrance du matériel s'effectue de manière individuelle dans un bureau ce qui permet de transmettre une information adaptée à chacun en fonction des consommations, des modes de consommations. Les points d'injection et le système veineux sont également examinés si l'utilisateur l'accepte, des soins sont prodigués si nécessaire et des conseils de changements prophylactiques sont proposés.

Des informations sont dispensées individuellement ou en groupe sur les différents produits circulants, notamment concernant les risques et les effets.

Ce programme permet aussi aux utilisateurs qui ont des contacts avec d'autres structures de soins de pouvoir disposer de matériel de consommation sans crainte de jugement.

Ce dispositif est complété par un distributeur échangeur de kits situé à côté de l'entrée du centre et accessible 24/24 heures, 7/7 jours.

Les kits sont délivrés avec des jetons ou avec une seringue usagée. Les jetons sont disponibles dans le centre et aussi dans les pharmacies alentour.

De plus, des préservatifs masculins et féminins sont à disposition dans le centre.

D'autre part le centre Nova Dona a signé une convention avec le Procureur de la République dans le cadre des classements avec orientation vers une structure médico-sociale. Il s'agit d'accueillir les personnes faisant l'objet d'une primo interpellation pour usage de stupéfiants, d'effectuer un bilan global (médical et social) de leur situation et de leur remettre une

attestation. Ce bilan permet de repérer parfois d'autres usages que celui ayant motivé l'interpellation ainsi que les conduites à risques s'y rapportant. Il est ainsi possible d'apporter l'information nécessaire et/ou de proposer une prise en charge adaptée dans le centre ou ailleurs.

### **Le soin et le suivi médical**

Le soin et le suivi médical à Nova Dona sont assurés par des médecins généralistes soutenus par le pôle infirmier. Ils se déclinent suivant plusieurs axes :

Les soins liés directement à l'usage de produits psychoactifs vont du soin d'abcès, à l'accompagnement vers le sevrage ambulatoire ou hospitalier et à la prescription des traitements de substitution pour les personnes présentant une dépendance aux opiacés.

L'incitation au dépistage des pathologies associées telles que VIH, VHB, VHC, la vaccination contre l'hépatite B, l'orientation vers les consultations spécialisées pour l'initialisation des traitements, la mise en place d'un suivi, la surveillance et l'aide à la gestion de ces traitements.

La prise en charge des problèmes somatiques avec l'organisation des hospitalisations si nécessaire, l'orientation vers des consultations spécialisées telles que les soins dentaires, la gynécologie, l'ophtalmologie, etc.

La prise en compte des pathologies psychiatriques avec l'orientation vers les CMP, les CHS et l'aide à la gestion des traitements au sein du centre pour les usagers en difficultés.

Chaque personne prise en charge au centre bénéficie des consultations médicales régulières à une fréquence qui varie en fonction de ses besoins avec son médecin référent qui respecte strictement les règles du secret professionnel qui peuvent être étendues aux règles du secret partagé dans le cadre de la prise en charge globale proposée.

Pour chacun, un dossier médical est constitué.

L'équipe s'appuie sur un partenariat constitué et diversifié pour permettre la continuité des soins instaurés.

Des partenariats ont été ainsi mis en place pour le dépistage du VIH et des hépatites B et C notamment avec le centre de dépistage anonyme et gratuit situé à proximité du centre. Les usagers qui le souhaitent peuvent y être accompagnés.

Des orientations et des accompagnements sont réalisés vers les services de certains hôpitaux parisiens avec lesquels nous avons un partenariat privilégié.

En ce qui concerne les prises en charges psychothérapeutiques, des relais sont organisés vers certains CMP et nous entretenons un partenariat privilégié avec un autre CSST parisien.

### **La prise en charge sociale et éducative**

Les usagers pris en charge à Nova Dona arrivent bien souvent dans des situations sociales complexes qui peuvent nécessiter la mobilisation des compétences de l'équipe ainsi que d'un réseau de partenaires. Le référent socio-éducatif dégage avec l'utilisateur les priorités, coordonne les actions entreprises afin d'atteindre avec cohérence les objectifs fixés.

L'équipe œuvre ainsi :

- à l'accès aux droits tels que la couverture sociale, les minima sociaux et autres prestations, lorsque ceux-ci ne se sont pas faits valoir et veille au maintien de ces droits.
- à l'accompagnement vers l'hébergement qui va de l'urgence à l'hébergement intermédiaire, voire pour certains à l'accès à un logement autonome en s'appuyant sur un partenariat associatif aussi varié que la population accueillie.
- à soutenir une insertion ou une réinsertion professionnelle en orientant vers les dispositifs de droit commun lorsque cela est possible, vers des associations spécialisées dans l'accompagnement vers l'emploi ou vers des structures plus spécialisées dans le handicap.
- à améliorer le quotidien des usagers afin de maintenir le processus thérapeutique engagé. Cette action peut aller de l'aide à la gestion du budget jusqu'à la visite à domicile.
- à accompagner physiquement les usagers dans les différentes démarches, quelles soient administratives, de soins ou judiciaires.

### **Les moyens**

Les locaux occupés par le centre Nova Dona sont mis à disposition gracieusement par l'hôpital Broussais qui en assure l'entretien.

L'équipe est composée de :

- un directeur
- un responsable administratif et financier
- deux médecins généralistes
- un médecin psychiatre
- deux infirmières
- deux éducatrices spécialisées
- une assistante sociale
- un agent d'accueil

Une des infirmières est mise à disposition gratuitement par l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris.

Le médecin psychiatre intervient en supervision au cours des réunions d'équipe. Toute l'équipe participe au fonctionnement global du centre Nova Dona, CSST et CAARUD.

### **Le partenariat**

Le centre Nova Dona dispose d'un partenariat riche et développé aussi bien généraliste que spécialisé avec :

Les hôpitaux de l'AP-HP.

Les hôpitaux psychiatriques.

Les autres CSST parisiens, les CCAA pour la prise en charge des usagers dépendants à l'alcool, les réseaux de Santé parisiens.

Les pharmacies d'officines de proximité.

Les structures associatives proposant de l'hébergement.

Les structures qui proposent des séjours de ruptu.re.

Les structures intermédiaires oeuvrant dans le champ de la réinsertion professionnelle.



## **Conclusion**

La configuration spécifique du centre Nova Dona et sa capacité à s'adapter à la situation de chaque personne franchissant le seuil de la porte permettent d'avoir une palette d'intervention plus large et offrent aux usagers une double porte d'entrée vers le soin.

# La réduction des risques en France

par **Mustapha Benslimane, Responsable du Centre Nova Dona, Paris (France)**

A l'exception des Pays-Bas, les changements des politiques de drogues se sont imposés sous la menace du sida : puisqu'il était illusoire d'espérer que les toxicomanes renoncent spontanément à consommer des drogues, puisqu'on ne parvenait pas à les y contraindre, il fallait qu'ils puissent protéger leur santé tant pour eux-mêmes que pour la menace de la contamination sexuelle qu'ils faisaient peser ; il fallait donc d'une manière ou d'une autre coexister avec les usagers de drogues. Ce principe entre en contradiction avec les politiques de lutte contre la drogue dont l'objectif est l'éradication des drogues.

En Grande-Bretagne où la réduction des risques a été conceptualisée en 1987, la réduction des risques ou des dommages liés à l'usage de drogues – *reduction of drug related harm* - s'est inscrite dans une politique de santé publique fondée sur l'acceptation de l'usage de drogues. Soins et prévention ont été redéfinis en fonction d'une hiérarchie des risques : il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible ; il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si vous persistez à vous en injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile.

A partir de 1990, la Suisse adopte à son tour cette nouvelle approche qui ne se limite pas à la santé : la cohérence d'ensemble est recherchée dans une nouvelle conceptualisation de la politique des drogues, désormais basée sur quatre piliers, prévention, répression, soins et aide à la survie. Deux grands principes guident cette politique : l'acceptation par le toxicomane du sevrage doit se traduire par l'existence d'une offre de soins adaptée qui l'aidera à se libérer de sa dépendance, l'incapacité momentanée ou prolongée de l'usager de drogues à accepter le sevrage ne doit pas le pénaliser et la société se doit de lui prodiguer l'aide qui lui permettra de survivre.

C'est plus précisément la cohérence entre réduction des dommages et réduction des nuisances que recherchent les villes allemandes comme Francfort, Hambourg ou Berlin en multipliant les équipes de rue, les lieux d'accueil pour les usagers, les salles d'injection mais aussi l'hébergement ou l'insertion sociale et professionnelle.

En allant au-devant des usagers de drogues, cette nouvelle démarche a pour ambition l'insertion de l'usager dans la ville. La gamme des services correspond aux choix, ou, plus modestement, aux possibilités de chacun : protection de la santé et accès aux droits pour tous, traitement par la méthadone pour ceux qui peuvent renoncer à l'injection et à l'ivresse, traitement par l'héroïne enfin pour ceux qui ne veulent, ou ne peuvent, y renoncer.

Pour que l'usager de drogue retrouve une place dans la cité, il faut rétablir le lien ; ensuite seulement, il est possible d'envisager les différentes stratégies qui garantissent au mieux, selon les situations, la protection de la santé et l'accès aux droits. Accepter les usagers tels qu'ils sont, c'est aussi leur donner la possibilité de changer.

En France, le changement est à la fois plus tardif et plus modeste. La libéralisation de la vente des seringues en 1987 a d'abord été la seule mesure prise face au sida.

En 1990, Médecins du monde ouvrait le premier programme d'échange de seringues et, entre 1990 et 1992, quelques professionnels s'engagent dans les toute premières actions de prévention du sida qui associent les usagers de drogues à la protection de leur santé.

Parallèlement, quelques médecins généralistes commencent à prescrire des " produits de substitution ", aux marges de la loi : les produits qu'ils utilisent sont destinés au traitement de la douleur, la prescription de morphiniques pour le traitement de la toxicomanie n'était pas prévue. Officiellement en France, jusqu'en 1993, il y a seulement 52 patients en traitement par la méthadone.

Les mesures de réduction des risques sont prises par Madame Simone Veil alors ministre de la Santé : la réduction des risques infectieux chez les toxicomanes devient un dispositif, rendu public le 21 juillet 1994.

Celui-ci répond à deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et de l'hépatite et permettre aux usagers d'accéder au système de soins.

Ce nouveau dispositif comprend des kits avec seringues stériles et préservatifs vendus en pharmacie, des programmes d'échanges de seringues, des "boutiques" qui accueillent des usagers sans exiger qu'ils renoncent à consommer des drogues, des réseaux de médecins généralistes, des équipes de coordination médico-sociales chargées de l'accueil des usagers de drogues à l'hôpital et enfin le développement des traitements de substitution.

Deux médicaments acquièrent une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des usagers dépendant de l'héroïne, la méthadone et la buprénorphine haut dosage, nouveau médicament que les médecins généralistes peuvent prescrire.

Lorsque Madame Simone Veil prend ces mesures, elle est parfaitement consciente des contradictions entre la réduction des risques et les objectifs de la lutte contre la drogue.

Il y a bien une contradiction entre distribuer des seringues d'un côté et interdire l'usage de drogues de l'autre.

Les contradictions sont acceptées au nom de l'urgence de santé publique.

En 1993, la toxicomanie était devenue la première cause de mortalité des 18-34 ans en Ile de France, et ce, malgré la sous-évaluation des overdoses mortelles, qui serait de près de 80% en Ile de France, et sans compter les accidents, les suicides et septicémies ou autres pathologies somatiques qui ne sont pas comptabilisées au titre de la toxicomanie. En 1994, les mesures de réduction des risques ont un statut expérimental ; cette politique est subventionnée par le Ministère de la Santé mais seuls les acteurs directement impliqués dans les actions en sont informés. La lutte contre la drogue ne devait pas être abandonnée " sous prétexte de sida ". En 1999, dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie, les mesures de réduction des risques sont officialisées ; il n'est pas question pour autant de changer la politique de lutte contre la drogue mais subrepticement, la logique de la réduction des risques s'est introduite dans les esprits. Les conséquences en ont été imprévisibles : au nom de la santé publique, le tabac et l'alcool sont désormais intégrés à la lutte contre les toxicomanies.

C'est un tournant majeur. La loi de 1970 est bien inscrite dans le code de santé publique mais de 1970 à 1991, les plans gouvernementaux de lutte contre la drogue se succèdent, aucun ne fait référence à la santé publique. Le consensus français, des experts aux politiques, était fondé sur la conviction que " la toxicomanie n'est pas un problème de santé publique ". C'est ce qu'écrivait en 1978 le rapport Pelletier, première évaluation de la loi de

1970 : la mortalité des toxicomanes est alors négligeable. L'usage de drogues n'est pas considéré comme une maladie mais plutôt comme une déviance. La loi de 1970 entend marquer une limite symbolique : l'usager de drogue doit se conformer à la norme ; ou bien il perd ses droits de citoyen. En octobre 1992, la santé publique avait fait une toute première apparition dans le plan proposé par Bernard Kouchner dans la lutte contre le sida. La santé publique n'a pas été évoquée en vain. Dans le plan gouvernemental de juin 1999, la santé publique reprend ses droits, qui ne se limitent pas au sida : que les drogues soient licites ou illicites, il appartient à la santé publique de définir les risques ; il lui appartient de définir les stratégies, prévention ou soin, qui permettent d'y faire face. Avec le rapport Roques en 1998, la dangerosité des drogues licites et illicites est désormais évaluée précisément, à partir d'une synthèse des travaux scientifiques. L'alcool avec ses 50 000 morts, le tabac avec ses 60 000 morts ne peuvent plus être négligés. Désormais, la prévention ne se limite plus au " non à la drogue " ; l'usage est distingué de l'abus ou de la dépendance.

### **Des résultats remarquables**

Deux résultats quantitatifs témoignent du bouleversement : tout d'abord, la baisse de 79 % des overdoses mortelles entre 1994 et 1999, et dans le même temps, la baisse de 68 % des interpellations d'usagers d'héroïne. La première hypothèse est d'attribuer ces baisses à la réduction de la consommation d'héroïne. Il est certain que la réduction des risques n'aurait pas obtenu d'aussi bons résultats en pleine montée de la consommation d'héroïne, comme il en était dans les années quatre-vingt mais la baisse des interpellations ne s'explique pas par la baisse de la consommation d'héroïne. Il n'y a pas relation entre le nombre d'interpellations et le nombre des consommateurs. On lit souvent dans la presse que le nombre de consommateurs de cannabis augmente parce que le nombre d'interpellations augmente.

Selon les études épidémiologiques, il y aurait bien une augmentation de la consommation de cannabis mais le nombre d'interpellations ne dépend pas du nombre de consommateurs, il dépend de l'activité des services de police. On peut penser que le recul des consommations d'héroïne a commencé au tout début des années quatre-vingt-dix, tandis que les interpellations ont continué de progresser jusqu'en 1994. En 1995, la tendance s'inverse pour la première fois mais au lieu de diminuer lentement, le changement est brutal ; entre 1996 et 1999, le nombre d'usagers d'héroïne interpellés passe de 14 596 à 6 133, soit une baisse de 68 %. L'événement marquant, à partir de 1996, c'est l'entrée en traitement par le Subutex d'un nombre de patients évalués entre 21 000 et 32 000 en 1996, entre 34 000 et 51 000 en 1997, pour atteindre 72 000 en 2000 et 90 000 aujourd'hui – soit au total, avec la méthadone, près de 120 000 patients en traitement de substitution. Il y a bien une relation entre le nombre de patients en traitement par le Subutex et la baisse des interpellations pour usage d'héroïne, ce que montre un rapport officiel d'évaluation de la politique de réduction des risques, le rapport SIAMOIS rendu public en 2001. Les héroïnomanes, ou du moins une grande part d'entre eux, n'ont pas renoncé à l'héroïne par on ne sait quel miracle, ils sont devenus des " patients dépendant d'un opiacé en traitement de substitution ".

La baisse de la mortalité par overdoses témoigne indirectement d'une baisse de la mortalité toutes causes confondues. Seule la mortalité par le sida est connue ; elle enregistre une baisse spectaculaire, on passe de 1 047 morts en 1994 à 277 en 1997, soit un nombre de décès divisé par trois. Les usagers de drogues sont désormais reçus dans les services hospitaliers, ils sont aussi régulièrement suivis par les médecins généralistes et ils sont aussi plus nombreux dans les services de soins spécialisés pour la toxicomanie. L'accès aux soins se marque par une amélioration de la santé. Les usagers de drogues sont moins contaminés par le sida ; ils représentent aujourd'hui 10 % des contaminations par le sida contre quelque 30 % au début des années 1990. Les usagers de drogues injectables ne représentent d'ailleurs que 2% des cas déclarés de nouvelles contaminations entre 2003 et 2005.

## **Conclusion**

Même si l'amélioration de la santé des usagers d'héroïne n'est pas contestable ; ces usagers ont, en grande part, accès aux soins ; ils meurent moins, sont en meilleure santé et sont aussi mieux insérés. L'état sanitaire reste néanmoins inquiétant ; les hépatites toucheraient, plus de 60% des usagers qui ont recours au système de soins. Il reste aussi inquiétant en prison et dans les CAARUD qui accueillent les plus précaires. On ne sait pas aujourd'hui quelles sont les conséquences sanitaires de l'abus de cocaïne ou des polytoxicomanies médicamenteuses.

L'extraordinaire réussite de la réduction des risques en France tient à la façon dont les hommes se sont appropriés les outils –qu'ils soient usagers de drogues ou bien acteurs de prévention ou de soin, L'oublier, c'est réduire la réduction des risques à ses outils, médicaments ou seringues. Or ces outils-là deviennent chaque jour moins utiles ; indiscutablement, les plus jeunes ne privilégient plus l'héroïne, ils préfèrent semble-t-il, les psycho-stimulants, ecstasy, cocaïne ou crack ; plus souvent, ils consomment en vrac tout psychotrope, sans distinguer médicaments, alcool ou drogues illicites.

Le travail mené au cours des années 90 entre l'héroïnomane et ses thérapeutes, doit être renouvelé et il ne doit pas se limiter au dialogue soignant-soigné. D'autres acteurs doivent s'engager à leur tour. La santé publique ne signifie pas " traitement médical " ; besoins sanitaires et sociaux doivent être étroitement associés. Associer les usagers de drogues à la protection de leur santé, faire appel à la responsabilité, reconnaître à la fois les droits et les devoirs, tels sont les fondements de la démarche de la réduction des risques. Elle exige de nouvelles relations entre l'usager et son environnement, sociétal ou professionnel. Dans la logique de la réduction des risques, l'usager de drogues est devenu " acteur de sa santé ", c'est à dire un homme comme les autres. Au-delà du slogan, le dialogue n'est ni simple ni immédiat ; il exige de part et d'autre un apprentissage le plus souvent laborieux, quelquefois douloureux. Mais c'est aussi dans cette recherche de relations plus authentiques que les pratiques sociales trouvent leur sens.

# Présentation des substances psychoactives et comportements de consommation

par Dr Sylvie Fauvelot-Mahier, APS Contact Provins (France)

- Expérimentateurs
- Usage occasionnel
- Usage récréatif
- Usage régulier
- Usage nocif (abusif)
- Dépendance - Addiction

## L'USAGE EXPÉRIMENTAL

- Essai ponctuel, l'individu cherchant à explorer lui-même les effets de la substance, à titre de curiosité.
- C'est une consommation en général unique et sans lendemain.

## L'USAGE OCCASIONNEL

- Recours au produit dans des circonstances particulières (usage convivial du cannabis et ecstasy).
- Recherche d'une sensation de plaisir, d'un état de bien-être, d'apaisement ou de désinhibition.

## L'USAGE RÉCRÉATIF

- Consommation souvent groupale, pendant les loisirs (cannabis, ecstasy, ou cocaïne).
- L'usage récréatif n'a pas dans l'immensité des cas des conséquences sur les activités socio-professionnelles.
- La recherche de sensation, la convivialité, l'appartenance à un groupe, la recherche de plaisir, la transgression des interdits, les rites d'initiation.

## L'USAGE RÉGULIER

- Au moins quotidien.
- Existence d'une **dépendance psychique**.
- L'usage quotidien perd en général son caractère convivial.
- L'utilisation du produit est effectuée pour lutter contre une tristesse importante, ou contre des manifestations anxieuses.
- Parfois **tentative d'automédication**.

## UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTÉ (C.I.M.10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé

- Complications physiques ou psychiques.

## CRITÈRES DE LA DÉPENDANCE DSM-IV

- La **dépendance**
- mode d'utilisation inapproprié d'une substance,
- entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif

### 1. tolérance

### 2. sevrage

## CRITÈRES DE L'ADDICTION GOODMAN (1990)

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

## ZUCKERMAN – SENSATION SEEKING SCALE

Besoin d'expériences nouvelles, complexes et variées,

- Volonté de prendre des risques physiques et sociaux
- Obtenir et de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale.
- recherche de **danger/aventure**
- recherche d'**expériences nouvelles**
- **désinhibition** - attrait pour l'alcool, les excès sexuels
- susceptibilité à l'**ennui**

## RISQUE

- Emprunté à l'italien « risco »,
- Issu du latin « rixare » (qui a donné rixe), se quereller, de ce fait résister, il conduit à l'idée de danger.
- Le risque serait un **danger potentiel**, révélé ou réveillé par un acte et/ou une représentation.

## VULNÉRABILITÉ

- « Vulnérabilis », qui peut être blessé, « vulnus », « vulneris », blessure
- Faiblesse,
- Déficience,
- Manque,
- Sensibilité spécifique

## FACTEURS DE RISQUE ET VULNÉRABILITÉ EN TOXICOMANIE

- Interaction de trois facteurs :
  - facteurs de risque liés aux produits (**P**)
  - facteurs individuels de vulnérabilité (**I**)
  - facteurs de risque environnementaux (**E**)

## **LE SCHÉMA TRIVARIÉ DES ADDICTIONS**

### **FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX PRODUITS**

**pouvoir toxicomanogène** (dépendance et tolérance) des produits

- risque d'apparition de **complications** sanitaires, psychologiques et sociales
- statut social** du produit

### **FACTEURS INDIVIDUELS DE VULNÉRABILITÉ**

**facteurs génétiques**

- facteurs biologiques**
- Neurotransmetteurs (dopamine et le **système de récompense dopaminergique**)
- Voies – opioïdes, gabaergiques, sérotoninergiques
- Syndrome de déficience de la récompense**

### **FACTEURS INDIVIDUELS DE VULNÉRABILITÉ**

**facteurs psychologiques**

- facteurs psychiatriques**

### **DIMENSIONS DE PERSONNALITÉ ET ADDICTIONS - PERSONNALITÉ ANTISOCIALE**

- Incapacité de se conformer aux normes sociales,
- Impulsivité,
- Irritabilité,
- Agressivité,
- Irresponsabilité persistante,
- Absence de remords et de critique de ses actes

### **PERSONNALITÉ BORDERLINE**

- Instabilité des relations interpersonnelles,
- Alternance entre idéalisation excessive et dévalorisation de l'image de soi,
- Impulsivité,
- Peur d'abandon,
- Répétition de comportements ou menaces suicidaires,
- Sentiments chroniques de vide.

### **PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE**

- Réponses émotionnelles excessives,
- Quête d'attention,
- Interactions avec autrui caractérisées par un comportement de séduction, dramatisation, théâtralisme.

### **PERSONNALITE DEPENDANTE**

- Autoriser ou encourager autrui à prendre la plupart des décisions importantes à sa place,
- Subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend
- Réticence à formuler des demandes – mêmes justifiées – aux personnes dont on dépend,
- Sentiment de malaise ou d'impuissance de peur de ne pouvoir se prendre en charge,
- Peur d'être abandonné,



## **SYNDROME GÉNÉRAL DE COMPORTEMENT À RISQUE (Jessor, 1998)**

- Usage de substances psychoactives licites ou illicites
- Comportements dangereux sur la route (vitesse, alcool et drogues, non-port de la ceinture et du casque)
- Rapports sexuels non-protégés
- Fugues
- Conduites ordaliques (jeu du foulard, roulette russe) et suicidaires (en 1999, 604 suicidés avaient entre 15 -24 ans)
- Pratique des sports extrêmes
- **Transgression - initiation**
- **L'addiction au risque** (Michel, 2003)

## **ORDALIE**

- L'**ordalie** est le terme qui désigne le jugement de Dieu et implicitement l'acceptation et la condamnation des actes.
- La **conduite ordalique** désigne le fait pour un sujet de s'engager de façon plus ou moins répétitives dans des épreuves comportant un risque, souvent mortel.

## **NDE -(Near Death Experiences)**

- Dimensions supérieures des conduites ordaliques, recherche de sensations très fortes, proches de la mort clinique.
- Expérimentations avec des drogues de la classe kétamine, les flatliners.

## **QUESTIONS**

- Notion d'**automédication**

## **FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT**

- **facteurs sociaux** (exposition précoce aux produits, marginalité)
- **facteurs familiaux** (consommation des produits, dysfonctionnements familiaux)
- le rôle de l'**entourage**
- **facteurs socio-culturels** (immigration, acculturation)

## **FAMILIAUX**

- relations violentes, conflictuelles
- comorbidité psychiatrique familiale
- événements de vie traumatiques (deuils, séparations, abus sexuels, incestes, grossesses non-désirées)

## **SCOLAIRE**

- absentéisme, retard
- baisse des résultats
- refus scolaire
- phobie scolaire

## **PAIRS**

- entourage qui consomme régulièrement
- rites d'initiation

– marginalisation

### **FACTEURS DE PROTECTION**

niveau élevé d'intelligence

- capacité de résoudre les problèmes
- compétences sociales
- estime de soi
- soutien familial adapté
- compétences scolaires

### **LE STRESS, FACTEUR VULNÉRABILISANT**

### **L'ADDICTION, FORME D'ADAPTATION AU STRESS**

### **MODELE COGNITIF DE LA TOXICODÉPENDANCE**

#### **MODELES DE CONDITIONNEMENT**

- Conditionnement répondant (pavlovien)
- Conditionnement opérant (skinnerien)
- Apprentissage social (vicariant)

#### **CONDITIONNEMENT RÉPONDANT (PAVLOV, 1913)**

Un stimulus sans effet (son) devient conditionnel en association avec un stimulus inconditionnel (nourriture)

#### **CONDITIONNEMENT OPÉRANT (SKINNER, 1953)**

Apprentissage d'un comportement par les conséquences de l'action

#### **APPRENTISSAGE SOCIAL (VICARIANT)**

**Observation** des modèles

- **Anticipation** (attente d'efficacité, de résultat) – **auto-renforcement positif**
- **Motivation** (s'adapter au groupe pour éviter l'exclusion)
- **Imitation** (reproduction des comportements du modèle)

### **CLASSIFICATION SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

#### **Excitants - « uppers » :**

- cocaïne, crack
- dexamphétamines, metamphétamines, anorexigènes
- nicotine, caféine

#### **Calmants - « downers » :**

- opioïdes
- anxiolytiques/hypnotiques
- alcool

#### **Hallucinogènes - « all arounders » :**

- indole - LSD, champignons, ibogaïne, DMT
- phénylcoylamine - mescaline, ecstasy
- anticholinergiques - belladone, amanites, muscade

- PCP, kétamine
- cannabinols - 9 THC , dronabinols

### OPIACES : OPIUM

- Extrait du pavot *Papaver Somniferum*
- Après traitement chimique, on en tire la codéine, la morphine et l'héroïne (**10 kg d'opium donnent 1kg d'héroïne**)
- **Triangle d'or** - Birmanie, Laos, Thaïlande
- **Croissant d'or** - Afghanistan, Iran, Pakistan
- L'Opium peut être **fumé** après traitement, dans ce cas il se présente sous forme de **pâte** dont sont faites des **barrettes** ou des **boulettes**.

### OPIACES : MORPHINE

#### Présentation

- Ampoules de chlorhydrate de morphine à 1 ou 2 centigrammes
  - *Chlorhydrate de morphine* : injectable par voie sous-cutanée, intraveineuse, intramusculaire ou administrable par voie orale (solutions parfumées du type *Saint Christopher's hospice*)
  - *Sulfate de morphine* : libération prolongée ; existe sous forme de comprimés (Moscontin<sup>®</sup>) ou de gélules (Skenan<sup>®</sup> LP) tous deux dosés à 10 mg(brun), 30 mg (violet), 60 mg (orange), 100 mg (gris), 200 mg (vert)
- Poudre - Cachets – Boissons

#### Usage

- Injection - Ingestion - Prise nasale
- En médecine – **antalgique** (dose moyenne de 2 cg/j)

### PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

- Action antalgique
- Effet psychodysleptique (sensation d'euphorie et de bien être)
- Effet sédatif
- Action antitussive
- Action émétisante
- Constipation
- Rétention urinaire
- Abaissement du seuil convulsif
- Myosis

### OPIACES : HEROINE

#### Chimie

- Chlorhydrate de diacétylmorphine, alcaloïde de demi-synthèse obtenu à partir de la morphine.

#### Produits

- **Héroïne n° 3**, « **brown-sugar** » : héroïne (30 à 50%) + strychnine, quinine, aspirine et caféine, couleur marron ou grise. En Asie – fumée, en Europe – IV

- **Héroïne n° 4** - poudre blanche très fine, très pure. Après plusieurs coupes, pureté de 10 à 15% maximum

### CRITERES D'EVALUATION DES NIVEAUX DE DEPENDANCES

- Doses, voies d'administration
- Fréquence des prises
- Durée de l'intoxication
- Importance de l'investissement affectif de la dépendance
- Nombre et durée des périodes d'abstinence
- Approvisionnement
- Sociabilité
- Degré de dépendance psychique
- Polytoxicomanies (médicaments détournés d'usage, alcool, autres drogues)

### OVERDOSE OPIACES

#### Urgence vitale :

- **Troubles de conscience** : **coma**, témoin d'une hypoxie cérébrale ou d'une association traumatique ou toxique (psychotropes)
- **Myosis serré bilatéral** en « tête d'épingle » (pupilles ponctiformes), peu réactif à la lumière
- **Dépression respiratoire** (bradypnée < 14 cycles/min) pouvant conduire à l'**arrêt cardiaque anoxique** ;
- **OAP – œdème aigu pulmonaire** (bradypnée extrême, salive rose aérée et des râles montants)
- Hypotension artérielle, collapsus, choc cardiogénique par atteinte myocardique toxique
- Hypothermie
- Rhabdomyolyse
- Pneumopathie d'inhalation
- Convulsions

### CONDUITE A TENIR

- **Oxygénation** au masque ou après intubation
- **Deux voies veineuses** (une voie de remplissage par G 5% et une voie garde-veine)
- **Remplissage** en urgence peut s'effectuer avec des gélatines fluides modifiées ou des hydroxy-éthyl-amidons
- Les médicaments utilisés habituellement sont la **dobutamine, dopamine, adrénaline**
- **Convulsions** - benzodiazépines : Valium®, 10 à 20 mg IVL, 0,2 à 0,5 mg/kg chez l'enfant, à renouveler, ou en perfusion continue jusqu'à l'arrêt des crises
- L'efficacité du traitement des convulsions doit être confirmée par un EEG montrant la disparition des signes électriques

### HÉROÏNE ET MORTALITÉ INFANTILE

- Nouveaux-nés - signes de manque – **échelle de Finnegan** - score supérieur à 11 (importance des cris, pleurs, refus alimentaire)
- **Nursing** (mise au repos, au calme, éviter les stimulations externes trop brutales),
- **Traitement symptomatique** par **dérivés morphiniques** qui réduisent le syndrome de manque (solution buvable de morphine base – élixir Parégorique – 0,02 à 0,04 mg/kg toutes les 4 à 6 heures)

- **Traitement anticonvulsivant** (Valium® 0,5 mg/kg/jour)
- **Rééquilibration hydro-électrolytique**

### **Rachacha**

- Rachacha - rach' produit naturel issu du pavot « opium bas de gamme »
- Pâte molle, grasse, couleur marron-rouge
- Principe actif – morphine
- Consommé en milieu festif pour aider la redescende du speed ou les hallucinogènes
- Effet calmant
- A faible dose, état d'apaisement et détente
- Parfois sueurs, impression chaud/froid, des nausées, vomissements
- Les effets commencent après un quart d'heure et durent de 1 à 3 heures
- Risques augmentés si consommation avec de l'alcool, ou avec de la kétamine

### **COCAINE**

#### **Classification**

- Stimulant

#### **Botanique**

- Le cocaïer - **Erythroxylon**
- En 1885, le pharmacien américain Pemberton inventa une boisson à base de Coca, le Coca Cola, qui contiendra de l'extrait de coca jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle

#### **Présentation**

- Poudre blanche floconneuse et cristalline (comme du sucre fin)
- Peu soluble dans l'eau et d'une saveur amère
- Sensation d'engourdissement (anesthésie) sur la langue lorsqu'on la goûte
- **PASTA** - pâte de coca de couleur jaunâtre voire brunâtre et se fume

#### **Usage**

Anesthésie locale

- Tonifiant
- Désintoxication de l'opium, de la morphine et de l'alcool
- Freud en consomma pendant 17 ans et vanta les mérites de cette substance qui le fait « planer merveilleusement » .
- La consommation de cocaïne est en augmentation, du fait de la mauvaise qualité de l'héroïne actuellement sur le marché mais aussi à visée de performance.
- La cocaïne se **sniffe** principalement.
- En **IV** (surtout en cas de mélange cocaïne – héroïne le « **speed ball** »).

#### **Effets**

- **Stimulant** et entraîne une période d'**euphorie** pendant la **montée**. La **descente** est une période pénible, **angoissante**, justifiant dans certaines situation une prise d'héroïne
- Les effets peuvent durer jusqu'à 2 heures
- Le produit cause une **vasodilatation** (produisant une sensation de chaleur) et une **bronchodilatation**

- À fortes doses :
  - Hyperthermie
  - Pouls et la pression sanguine augmentent
  - Appétit diminue
  - Fatigue diminue
  - Augmentation de la nervosité et de l'anxiété
  - Insomnie
- La cocaïne inhalée peut causer des dommages - **inflammations et perforations de la paroi nasale**
- À long terme, les utilisateurs se plaignent d'une **réduction de la libido**
- Chez la femme, **irrégularité menstruelle** ou **aménorrhée**
- Augmentation des **risques convulsifs**
- Parfois **pharmacopsychose** similaire à celle des amphétamines (avec délire paranoïde).
- L'usage de la voie parentérale (seringues) est associé, comme avec l'héroïne, à diverses pathologies : **hépatite C, SIDA, abcès, infections, cicatrices**
- L'usage du sniff - **problèmes respiratoires** (bronchites, asthme, cancer)
- **Problèmes cardio-vasculaires**

#### **Surdosage**

- La toxicité est plus grande par voie IV
- La surdose se manifeste en deux étapes:
  - la **stimulation** suivie de **céphalée, nausées et convulsions**
  - la **dépression physiologique** avec **perte de conscience, dépression respiratoire et défaillance cardiaque**
- Aucun **antidote** spécifique n'est connu.
- La conduite à tenir est la suivante :
  - Maintien de la **ventilation et de l'équilibre circulatoire**
  - Si **convulsions**, l'usage IV de VALIUM (IVL)
  - **Régulation thermique**
  - L'**hypertension artérielle** (> 120 mm) qui persisterait plus de 15 minutes demande une intervention, pour éviter une hémorragie et un AVC.

#### **Dépendance et tolérance**

- La **tolérance** survient **très rapidement** (même après deux ou trois prises de produit, mais toujours en rapport avec une **fragilité individuelle** et des **facteurs de personnalité prédisposants**)
- Cette sensibilisation dure peu de temps : après **24 heures d'abstinence**, l'utilisateur retrouve ses capacités
- On a aussi observé chez l'habitué l'apparition d'une **adaptation et tolérance** aux doses qui lui permet de consommer des quantités de cocaïne qui seraient mortelles chez des utilisateurs non réguliers
- **Pas de dépendance physique**

#### **CRACK**

##### **Présentation**

- Cocaïne mélangée avec du bicarbonate de soude, de l'éther ou de l'ammoniaque.

- Crack sous forme de bloc, de cristaux ou de poudre grise, de boulettes ou de poudre jaune-blanchâtres.

### **Usage**

- Le crack se **fume** - bruit caractéristique - et a une action violente et courte (cinq à quinze minutes); parfois **IV**
- Prix est nettement inférieur à la cocaïne (6 à 10 € la dose au lieu de 30).

### **Effets**

- La fumée atteint rapidement le cerveau
- En quelques secondes un puissant **état d'euphorie**, suivi rapidement d'un **état d'agitation**
- Pouvoir **addictogène** très fort et très rapide
- Les **conséquences somatiques** de l'usage de crack sont principalement **pulmonaires** (**crack lung** - dyspnée, douleurs violentes, fièvre)
- Il existe également un **risque de brûlure** occasionnée par la **pipe à crack (doseur)** et risque de **transmission de l'hépatite C** en sniff ou par injection intraveineuse
- Le crack a une **capacité de désocialisation** très importante.

## **CANNABIS**

### **Classification**

- Hallucinogène

### **Historique**

- - 8000 av JC : Le chanvre pousse à l'état sauvage en Asie centrale ; utilisation du cannabis par des chamans afin d'obtenir des états modifiés de conscience
- - 2727 av JC : La plante est citée pour la première fois dans un texte de la pharmacopée chinoise
- 9<sup>ème</sup> siècle: l'introduction du coton entame le monopole du chanvre dans l'habillement et la fabrication de filets
- 800 : Mahomet interdit l'alcool et autorise le cannabis
- 1456 : Gutenberg imprime la première Bible sur du papier chanvre
- 1776 : la déclaration d'Indépendance des Etats-Unis est dressée sur papier chanvre
- 19<sup>ème</sup> siècle : la Reine Victoria utilise thérapeutiquement le cannabis (ainsi que l'opium)
- 1910 : les noirs américains introduisent le jazz et l'herbe en Nouvelle-Orléans
- 1961 : Convention Unique sur les stupéfiants (sauf Chine, Inde, URSS, bloc de l'est...)
- Sixties : les hippies, les vétérans du Vietnam et la musique adopte le cannabis
- 1976 : la Hollande adopte une tolérance vis-à-vis des variétés de chanvre psychotropes, comme le cannabis indica

### **Botanique**

- Il existe deux types de chanvre
  - **Le chanvre de type fibre** : appelé chanvre commun, dont la culture permet d'obtenir la matière première pour faire des cordages. Cette plante est cultivée en France depuis des siècles et demeure sous contrôle du Ministère de l'Agriculture
  - **Le chanvre de type drogue** : cultivé pour ses propriétés enivrantes ; cette culture est illicite .

## Production

- Quatre zones productrices fournissent le chanvre :
  - Asie du sud-ouest : Thaïlande, Philippines, Afghanistan
  - Proche Orient : Turquie, Liban
  - Zone américaine : Colombie, Mexique, USA
  - Afrique : Côte d'Ivoire, Bénin, Sénégal et le Maroc

## Présentation

- Le cannabis est commercialisé sous forme d'herbe, résine ou huile.
  - **Herbe** : Pratiquement remplacée par la résine
  - **Résine** : En France, on trouve principalement les produits suivants :
    - marocain (kaki verdâtre) de 8 à 12 % de THC
    - libanais (brun terre) de 11 à 20 % de THC
    - afghan (noir) de 25 à 30 % de THC
  - **Huile** : Pâte liquide vert foncé voire noire obtenue en mélangeant résine avec solvant ou alcool et qui peut contenir de 60 à 80 % de THC (fait partie de la composition du « *space cake* »)
- C'est sous forme de résine que le cannabis est le plus consommé en Europe.

## Modes d'usage

- Le shit se **fume**
  - **Joint** :
    - **Joint au marijuana** - herbe pure roulée dans la feuille de cigarette – **stick, reefer**
    - **Cône**, munis d'un petit filtre en carton (souvent un bout d'un ticket de métro), dans lequel on roule du haschisch – la résine de cannabis en mélange avec du tabac.
    - **Blunt**, vidage d'une partie du tabac d'une cigarette et le remplissage par du haschisch.
  - **Pipes** :
    - **Le shu-bang** : Artisanalement confectionné avec un tube en carton troué à une extrémité où un foyer est réalisé avec du papier aluminium
    - **Le shilum** : C'est une pipe traditionnelle orientale utilisée pour fumer le cannabis.
- **Ingestion** : gâteaux, crêpes, ragoût

## Effets

- **Ivresse cannabique**, quatre phases :
  - **phase euphorique**, désinhibition, facilité relationnelle et communicationnelle
  - **phase d'hyperesthésie sensorielle**, désorientation spatio-temporelle et euphorie = *raptus anxieux*
  - **phase extatique**
  - **phase de sommeil**
- Cannabis - substance psychoactive
  - euphorie,
  - relaxation,
  - facilitation des contacts avec autrui,
  - levées des inhibitions,
  - sensations auditives et visuelles augmentées
- **Pharmacopsychose** - apparition imputable dans la majorité des cas à une personnalité et un terrain prédisposant :



- Tableau de **bouffée délirante aiguë** (idées délirantes bizarres, thématique et mécanisme polymorphe – interprétation, intuition, hallucinations audio-visuelles, forte composante thymique)
- Consommation **chronique** - tableau de **psychose chronique** qui s'installe progressivement, tableau imprégné par le **syndrome de dépersonnalisation** (trouble de la conscience de soi), de **déréalisation** (perte de la notion de réalité), sentiment subjectif d'**étrangeté, vécu délirant interprétatif ou imaginatif**

### REACTIONS COMPORTEMENTS

- Auto et hétéro-agressivité
- Passages à l'acte
- Dépression
- Angoisse psychotique

### ORGANISATIONS DELIRANTES

- **Délires systématisés** ou paranoïaques
  - Délire cohérent, construit autour d'une conviction délirante
  - Persistance d'un thème prévalent
  - Réactions en concordance avec le thème du délire
  - Délire en **réseau** ou en **secteur**
- **Délires non-systématisés** ou paranoïdes
  - délire mal organisé, flou
  - construction délirante à partir d'hallucinations
  - thèmes multiples, imprécis
  - réactions comportementales imprévisibles
- **Syndrome amotivationnel**, chez les jeunes utilisateurs chroniques et réguliers
  - apathie,
  - baisse de la concentration et de la vigilance,
  - baisse des résultats et les échecs scolaires

### Les cannabinoïdes endogènes – anandamide

- Cannabinoïde endogène - l'**anandamide** - propriétés pharmacologiques similaires au cannabis ou cannabinoïdes
- Les cannabinoïdes sont capables d'augmenter la libération de la dopamine dans le noyau accumbens (de la même manière que les opiacés, l'héroïne)
- Récepteurs cannabinoïdes CB<sub>1</sub>, CB<sub>2</sub> - THC

### Tolérance et dépendance

- Dépendance psychologique reconnue
- Dépendance physique contestée
- Les effets produits par le cannabis sont directement liés à la personnalité du sujet, au contexte de la prise, à la quantité absorbée et à la qualité du produit

## Sevrage

- **Syndrome de sevrage** au cannabis envisageable dans le cas d'une **utilisation chronique, régulière à des fortes doses**
- Changements dans l'humeur, dans le rythme du sommeil, des états d'agitation, imputables au sevrage cannabique

## Cannabis et usage thérapeutique

- La marijuana, contient approximativement **480 alcaloïdes**
- Le **delta 9 - THC**, un des 66 canabinnoïdes constituants de la marijuana, contenu dans le dronabinol, utilisé actuellement comme médicament
- Le Dronabinol a été approuvé par le Food and Drug Administration (FDA - 1985) dans le traitement des nausées induites par la chimiothérapie des cancéreux
- Depuis 1992, le Dronabinol a été accepté (sous forme de Marinol®) dans le traitement des nausées, de stimulation de l'appétit des sidéens et une probable indication dans la maladie d'Alzheimer

## L'ATTITUDE DES FRANÇAIS ÉQUIVOQUE VIS-À-VIS DU CANNABIS

- La **moitié de la population** âgée de 15 à 75 ans continue à juger que **l'expérimentation du cannabis est déjà dangereuse**
- La proportion de personnes considérant que ce produit n'est **dangereux qu'à partir d'une consommation quotidienne** est en hausse : 32,5 % contre 28,1 % en 1999.
- La **thèse de l'escalade est partagée par sept individus sur dix**
- Dans la hiérarchie de la dangerosité, **le cannabis arrive en dernière position** (derrière l'alcool et le tabac)

## DONNES STATISTIQUES USAGE CANNABIS

source OFDT, INPES

**Nombre total expérimentateurs :**  
**10,9 millions**

## LSD

### Acide lysergic diethylamide

- Hallucinogène
- Extrait de l'ergot de seigle
- 1938 - synthétisé par Albert Hofmann
- 1948 - projet **MK- Ultra**
- 1960 - Timothy Leary, **Psychedelic Research Project**
- 1969, l'« acide est plus dangereux que la guerre au Vietnam »
- Le LSD est vendu sous les street names suivants : Sugar Cubes, Acid, Sid, Bart Simpsons, « L », Lucy, Orange cubes
- Poudre cristallisée blanche et inodore
- Morceaux de buvards (petit carré de papier imbibé d'acide, souvent orné d'un dessin)
- Micropointe (petit morceau ressemblant à une mine de crayon de couleur grise ou bleu)
- Morceaux de sucre ou de gélatine (windowpane)
- Pilules de petites tailles, de couleurs et de formes variables
- Usage per os, sniff, IV (goût anodin, peut être bu à son insu dans des boissons)

- LSD agit en 20 à 60 min, effets de 6 à 8 h
- Doses faibles, changements mineurs dans la perception et de la pensée.
- Plus de 100 µg - hallucinations visuelles et des perceptions déformées.
- **Intoxication**
  - mydriase,
  - transpirations profuses
  - palpitations
  - vasodilatation/vasoconstriction,
  - tremblements
- **Expérience psychédélique :**
  - pseudo-hallucinations visuelles (l'utilisateur garde la critique de ces expériences)
  - distorsions temporelles
  - perceptions spatiales déformées
  - perception déformée de son corps
  - synesthésie - sensation de « voir » la musique et de « entendre » les couleurs
  - intensification des perceptions sensorielles
- **Bad trip** - mauvaise expérience, au début ou même après des heures après la prise du LSD (pertes d'identité, sensation de désintégration, hallucinations terrifiantes, états paranoïdes, passages à l'acte auto et hétéroagressifs)
- **Flash back** – hallucinations *persistantes* qui apparaissent *spontanément, sans usage* du LSD, qui rappelle l'expérience vécue sous LSD
- Les épisodes psychotiques aigus (bouffée délirante aiguë) peuvent apparaître avec une seule prise de LSD – **pharmacopsychose**
  - idées délirantes bizarres (invraisemblables, incompréhensibles, sans liens avec des expériences de la vie ordinaire)
  - thématique polymorphe (persécution, mystique, mégalomanie)
  - angoisse majeure

### **ECSTASY (MDMA)**

3,4-methylenedioxy-N-methamphetamine

- Excitant
- 1891 première synthèse
- 1914 - breveté par Merck
- 1953 - projet **MK Ultra** - utilisation des drogues de synthèse et des substances naturelles psychoactives permettant d'induire ou de contrôler des états modifiés de conscience chez l'ennemi
- 1965 - premier essai scientifique (A. Shulgin)
- 1977 - ecstasy vendu dans la rue
- 1985 USA et 1986 France - MDMA interdit
- Tablettes ou comprimés vivement colorés, marqués par des logos spécifiques ou poudre blanche
- Utilise per os, rarement en sniff
- **Danger !** Mélanges dans les cachets vendus sous le nom d'ecstasy de très peu de MDMA mais beaucoup de produits de coupage très variés : caféine, éphédrine, amphétamines, LSD, champignons hallucinogènes, MDA, kétamine, Valium®

- Plus de 250 comprimés vendus sous le nom d'ecstasy ont été identifiés jusqu'à présent
- Les effets commencent 30 à 60 minutes après la prise d'ecstasy, et augmentent de façon très rapide
- Durent de 3 à 4 heures
- Période de latence avant de revenir à l'état normal (2 à 6 heures)
- **Troubles neurologiques** : accidents vasculaires cérébraux, encéphalopathie métabolique, des dégâts causés par une prise même occasionnelle d'ecstasy sur les cellules cérébrales contrôlant le mouvement, les réponses émotionnelles et cognitives, et les centres du plaisir (**parkinsonisme**)
- Une étude sur 282 volontaires a prouvé qu'environ 25% des usagers avaient des problèmes de **mémoire à long terme** en plus d'une altération du court terme
- **Effets psychiques** : majoration des sensations et perceptions, augmentation de l'empathie envers autrui et envers soi-même, un état d'euphorie
- Les caractéristiques hallucinogènes de l'ecstasy, sont mineures en comparaison avec le LSD, le 2 CB, ou la kétamine
- **Pharmacopsychoses** similaires à celles déclenchées par la consommation abusive d'amphétamines ou de cocaïne (sentiment de persécution) d'évolution rapidement résolutive après l'arrêt de l'ecstasy.
- Certaines **propriétés thérapeutiques** de l'ecstasy (en psychothérapie)

## TESTING

- La pratique du testing vise à déceler le contenu des comprimés et à avertir les usagers sur les éventuels effets négatifs des mélanges de produits, voire l'existence de drogues analogues inconnues et d'un risque toxique non-évalué
- Le **test de Marquis** permet d'évoquer la présence dans les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy d'autres molécules que le MDMA (on trouve du MDA, MBDB, amphétamines, 2 CB)
- Hallucinogène
- Similarité avec la mescaline
- Hallucinations visuelles colorées, sensations psychédéliquies, distorsions des formes et surfaces
- Propriétés aphrodisiaques très puissantes (forte stimulation de la libido, une augmentation du désir et des performances sexuels) – usage par des adultes
- Les effets durent de 3 à 6 heures
- Potentiel toxicomanogène faible

## KETAMINE

2 - (2 - Chlorophenyl) –  
2- (methylamino) - cyclohexanone)

- Hallucinogène
- Cycloalkylarylamines (comme PCP)
- 1962 - Calvin Stevens, Parke Davis
- 1965, anesthésiant (anesthésiant dissociatif - sensation de détachement de la réalité)
- 1998 –identification de la kétamine et du GHB comme des drogues de violeurs
- Drogues « couchées », dépourvues d'effets stimulants et qui ne permettent pas de danser
- Deux types de kétamine (usage en anesthésie humaine ou en milieu vétérinaire)

- Mélange avec MDMA, GHB, atropine vendu sous forme de cachets d'ecstasy
  - Poudre cristalline facilement soluble dans l'eau et dans l'alcool (confusions fréquentes avec de la cocaïne ou de l'ice) - sniff
  - Forme liquide – shoot
  - En cas d'usage détourné, trois niveaux :
    - l'euphorie,
    - la perte de conscience
    - le coma
  - « **K-hole** » - trous noirs (troubles cognitifs et mnésiques, du comportement, hallucinations, cauchemars) proches du « bad trip » (LSD)
  - Flash-back (réurrence des vécus psychiques qui se manifestent pendant la consommation de la kétamine et le souvenir des sensations accompagnées d'un désir pulsionnel à ressentir le même plaisir)
  - **Effets dissociatifs** (état d'obnubilation, hallucinations, perceptions extrasensorielles, révélations mystiques, expériences de mort clinique - « **near death experiences** »)
- Ket, Spécial K, Kit Kat, Keller, Super acide, Super C, Golden, Golden indienne, K 16**

### **GHB - (Gamma-OH)**

- Hallucinogène
- Synthétisée pour la première fois en 1961 par Henri Laborit.
- Au cours des années 80, usage parmi les body-builders (libère l'hormone de croissance favorisant ainsi la réduction des graisses et l'augmentation de la masse musculaire).
- Se présente sous forme de **liquide incolore, inodore, insipide**
- Jusqu'en 1998 (date à partir de laquelle la législation s'est durcit), on pouvait se procurer par simple commande sur Internet les deux phases du produit (poudre et liquide), sous forme de deux récipients à mélanger.
- Connu sous le nom de «**Liquid Ecstasy**» ou «**Liquid X**» à cause de son effet socialisant qui rappelle l'effet empathique de l'Ecstasy
- GHB constituant endogène du cerveau
- GHB augmente le taux de dopamine et agit sur les endorphines
- **Usage thérapeutique** du GHB :
  - anesthésique
  - traitement insomnie et narcolepsie
  - traitement alcoolisme et sevrage alcool
- En cas d'**usage toxicomanogène** – voie orale, mais quelques cas d'IV.
- Absorption par voie orale - entre 15 et 20 minutes, concentration plasmatique maximale atteinte en 60 minutes.
- Métabolisation est tellement efficace que la détection dans les urines ne dépasse pas les 4-5 heures !

### **Effets**

- 1 à 2 g - relaxation
- 2 à 4 g – sommeil
- GHB « drogue couchée »
- 4 à 8 g - sommeil très profond (coma)

- **Effets psychiques :**

- tranquillité,
- sensualité,
- légère euphorie
- tendance à verbaliser

- **Effets somatiques :**

- bradycardie,
- bradypnée, polypnée,
- abaissement du seuil épileptogène,
- hypersialorrhée

- **Mélanges Rohypnol® - GHB ou alcool - GHB, incriminés dans beaucoup de viols (propriétés amnésiantes et aphrodisiaques du GHB)**

- « **easy-lay - fille facile** »
- « **date rape drugs** »
- « **la drogue du cambriolage sexuel parfait** »

- **Produits analogues**

- **GBL** Gamma butyl lactone
- **HMB** Beta-hydroxy beta-methylbutyrate

### **DMT (Dimitri, nigerine) Dimethyltryptamine**

- Hallucinogène
- Forme naturelle - plante amazonienne – Anadenanthera (Yopo)
- Structure chimique similaire à celle de la psilocine
- Poudre blanche cristalline
- Yopo utilisé pour ses propriétés hallucinogènes (indiens d'Amérique du Sud)
- Effets psychiques similaires LSD ou mescaline sous forme inhalée ou injectée
- En IV - changements du comportement, hallucinations visuelles et auditives, euphorie Les effets hallucinogènes du DMT (d'une intensité remarquable), apparaissent rapidement et ont une durée brève (30 à 60 minutes)

### **METAMPHETAMINES – Chlorhydrate de D. Metamphétamine hydrochloride Ice, glace, crack, meth, Hiroppon, Shabu, Yaba**

- Stimulants/hallucinogènes
- Cristaux transparents, volumineux, semblables à de la roche, sans couleur et sans odeur (Ice - aspect de sucre candi ou des morceaux de glace)
- Fumé – « dragon chase »
- Comprimé ou injectable
- Plus puissant que le crack
- Effets : bonheur intense, sensation de bien-être (8 à 24 heures)
- Usage chronique – dépendance intense :
  - effets comportementaux (agressivité, trouble de l'adaptation),
  - psychose chronique avec hallucinations audio-visuelles et délire interprétatif.
  - les usagers « *speed freaks* »

- l'expérience « *metamphetamine binge* »
- le premier jour sentiments d'élation et d'euphorie, augmentation de l'estime de soi, désir sexuel exacerbé, ensuite forte anxiété et agitation, hallucinations
- Sensations ressenties pendant 3 - 4 jours, avec un retour à un état normal de vigilance dans les deux jours qui suivent

#### YAABA

- Depuis quelques années, le Triangle d'Or voit le développement d'une métamphétamine très puissante, appelés « **crazy medecine** » ou **yaaba**
- Métamphétamine qui provoque des **hallucinations** très impressionnantes (« *speed bugs* », la personne ayant l'impression que des insectes géants vivent sur et sous sa peau) et un **effet d'éveil prolongé** (trois – quatre jours sans besoin de sommeil).
- L'usage régulier de cette drogue provoque des **troubles pulmonaires et rénaux**

#### 4-MTA (Flatliners, Goldeneagle)

4-methylthioamphetamine

Stimulant

- Intoxication – **syndrome sérotoninergique**
  - nausées,
  - agitation,
  - comportement agressif
  - agitation,
  - confusion,
  - tremblements,
  - rigidité musculaire,
  - mydriase,
  - HTA, tachycardie, tachypnée
- Overdoses mortelles

# Usage et dépendance

par Jean Pierre Demange, Directeur du SATO Picardie

## DROGUES

■ C'est l'ensemble des substances psychoactives (pouvant modifier l'état de conscience), naturelles ou synthétiques qui par leur action sur le système nerveux central, peuvent modifier l'activité psychique, les sensations, le comportement et éventuellement engendrer une dépendance psychique et/ou physique.

■ Produit psychoactif naturel ou synthétique utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel **d'usage nocif**, **d'abus** ou de **dépendance** et dont l'usage peut être légal ou non.

## NIVEAU DE CONSOMMATION

(Source OFDT revue **Tendances N°: 14 Janvier 2002**)

### ■ **Expérimentation:**

Le fait d'avoir pris au moins une fois au cours de sa vie le produit.

### ■ **Usage occasionnel:**

Le fait d'avoir pris au moins une fois dans l'année le produit.

### ■ **Usage répété:**

Le fait d'avoir pris plusieurs fois dans l'année le produit ; mais pas tous les jours.

### ■ **Usage quotidien:**

Le fait de prendre tous les jours le produit.

## USAGE

■ Entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages.

La consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle, ou de régulière.

## USAGE NOCIF, ABUS

■ Entendu comme une consommation qui implique ou peut impliquer des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité à remplir des obligations professionnelles, scolaires, familiales...), ou judiciaire.

## DEPENDANCE

Principaux critères de définition:

- Désir compulsif de produit (« craving »).
- Prise de produit pour éviter le syndrome de manque.
- Place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.
- Difficulté du contrôle de la consommation.
- Besoin d'augmenter les doses pour obtenir le même effet (accoutumance).

## Addictions Prévention Soins

*Centre de Soins Conventionné Spécialisé pour Toxicomanes*



**Service de Soins en Ambulatoire**  
**Service d'Appartements Thérapeutiques Relais**  
Service de Prévention  
Consultations Jeunes Usagers

# Présentation de l'APS Contact – Le Système de soins français

par Odile Vitte -Tancelin, Directrice du Centre APS Contact Provins (France)

## LES CENTRES DE SOINS CONVENTIONNES - SPECIALISES POUR TOXICOMANES AVEC OU SANS HEBERGEMENT (C.S.S.T.)

Depuis la **loi de 1970**, Art L 355-21, plusieurs dispositions légales ont mis en place un cadre définissant les diverses missions et les règles de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Le décret paru en juin 1992 fixa officiellement pour la première fois les modalités de prise en charge des C.S.S.T. Il a été abrogé et remplacé par le **décret du 26 février 2003**.

La démarche volontaire et la gratuité des soins sont garantis par ces textes, l'usager peut conserver l'anonymat durant son traitement s'il le souhaite - **Anonymat** - **Gratuité** - **Volontariat** sont les corollaires du versant sanitaire de la **loi de 70**. En fait, la loi d'une façon brève a pour objectif de réprimer le trafic, de poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage.

- Ce dispositif évite de proposer un seul type de réponse et se veut en conséquence diversifié et adapté à l'histoire et à la singularité de chacun.
- Ce dispositif a également le souci de prendre en compte l'état de marginalité et la précarité des conditions d'existence de certaines populations pour une meilleure insertion sociale. Il intègre le traitement de la séropositivité, du Sida et des Hépatites.
- Ce dispositif s'articule autour d'une éthique : l'accueil et le traitement des toxicomanes autour des principes communs aux Droits de l'Homme : respect de la liberté des personnes et de leur libre choix à s'engager ou non dans un processus thérapeutique.

Les Centres ont une gestion hospitalière ou associative, placés sous l'autorité de Préfet et sous l'égide de la DDASS. Selon la procédure instituée par la **loi 2002**, sur la rénovation sociale et médico-sociale, les centres sont soumis à autorisation de fonctionnement après avis du CROSMS, validée par une visite de conformité des autorités compétentes. Le fonctionnement des centres est déterminé par l'application du **décret n°20032-160 et le projet d'établissement**.

### Les centres doivent assurer les missions précisées dans l'article D.3411-2 du code de santé public :

- **L'accueil, l'information, l'orientation de la personne** ainsi que **l'accompagnement de l'entourage**,
- **L'aide au repérage** des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées

- **Le diagnostic et la prestation de soins**, dans le cadre d'une prise en charge **médicale et psychologique**. Le centre assure le **sevrage** ainsi que l'accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier,
- La prescription et le suivi de traitements de **substitution**,
- La prise en charge **sociale et éducative**, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Le centre assure soit des **prestations ambulatoires**, soit des prestations en **hébergement collectif**, soit ces deux prestations.

Peuvent être rattachées au centre **une ou plusieurs sections**, qui correspondent à des modes de prise en charge spécifiques comportant notamment :

- 1) des permanences **d'accueil et d'orientation situées à l'extérieur des centres**,
- 2) des **appartements thérapeutiques**,
- 3) des **réseaux de famille d'accueil**,
- 4) des structures **d'hébergement, individuel ou collectif, de transition ou d'urgence**,
- 5) des **ateliers d'insertion**.

## **LE CENTRE DE SOINS EN AMBULATOIRE**

### **LES CENTRES D'ACCUEIL**

Les Centres sans hébergement ont une équipe pluridisciplinaire qui peut être composée par des :

- Educateurs,
  - Psychologues,
  - Assistants Sociaux,
  - Médecins Généralistes,
  - Psychiatres,
  - Infirmiers,
  - Personnels Administratifs.
- Autres.....

Ces Centres travaillent en relation étroite avec d'autres services. Comme le stipule le Décret, ils doivent assurer une prise en charge des soins socio-éducatifs et médico-psychologiques.

### **Accueil, information et orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de l'entourage.**

#### **Accueil**

Le soin débute par l'accueil de la personne. Accueil qui demeure un moment privilégié permettant la rencontre. Ecouter le patient, déterminer et évaluer sa demande, l'informer, respecter sa dignité et son intégrité sont autant de préalables nécessaires. Il s'agit d'évaluer la situation afin d'envisager un projet de soin adapté, de faire émerger une demande aussi singulière soit – elle.

L'accueil est ouvert à tout public : usagers de produits toxiques, famille, entourage, et professionnels.

#### **Information**

L'information donnée à la personne doit être simple, compréhensible, précise et adaptée. Elle peut être en rapport direct avec la demande et les besoins du patient, elle peut être générale, sur ses droits, et sur la prise en charge proposée par le centre.

Dans le cadre de la loi 2002, un livret d'accueil doit être remis à toute personne accueillie et dans le cadre d'une prise en charge il devra recevoir le règlement de fonctionnement, la charte de la personne accueillie.

Les professionnels peuvent aussi bénéficier d'informations mises à jour régulièrement, il s'agit de mettre à disposition une documentation partagée et actualisée.

### **Orientation**

Toute personne accueillie dans un CSST doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'orientation. L'orientation peut être réalisée en interne, sur les différents membres de l'équipe. Elle peut être aussi en externe, vers les organismes et dispositifs les mieux adaptés dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

### **Accompagnement de l'entourage**

En effet, l'accueil est aussi orienté vers les familles et les proches et vise à instaurer un climat d'écoute qui permettra de réguler des situations vécues principalement dans l'angoisse et l'urgence. Une prise en charge des familles peut être proposée par le centre ou une orientation sur des organismes les mieux adaptés.

### **Aide au repérage des usages nocifs et la réduction des risques associés à la consommation de substances classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées**

Cette mission a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Les activités de réduction des risques développées dans les centres doivent ainsi s'articuler avec les missions, d'information et d'orientation et s'inscrire dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

### **Ces actions ont pour objectifs de :**

- prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection,
- prévenir les intoxications aiguës notamment les surdoses mortelles résultant de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments,
- prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations.

Les centres doivent pouvoir mettre à disposition du matériel de prévention et de réduction des risques (seringues, tampons alcoolisés, jetons...) une documentation sur les produits et les usages (plaquettes d'information, brochures...).

Les centres doivent pouvoir sensibiliser et former les professionnels en lien avec les équipes de la réduction des risques.

## **PRISE EN CHARGE MEDICO - PSYCHOLOGIQUE**

### **DIAGNOSTIC ET PRESCRIPTION DE SOINS DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PSYCHOLOGIQUE. LE CENTRE ASSURE LE SEVRAGE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT LORSQU'IL EST REALISE EN MILIEU HOSPITALIER**

#### **Prise en charge médicale :**

*Prescription et suivi de traitements de substitution*

#### **➤ La Méthadone**

L'équipe est composée d'infirmières et d'un médecin responsable prescripteur.

La Méthadone est délivrée et ingérée tous les jours au centre sous forme de sirop. Un contrôle d'usage d'autres produits sera effectué 1 à 2 fois par semaine (recherche de stupéfiants dans les urines). Dans ce cadre il n'y a plus d'anonymat, un relevé nominatif de prescription Méthadone est obligatoire pour les Centres. Un travail d'insertion et de prise en charge psychothérapeutique doivent être associés.

La Méthadone évite le phénomène de manque, n'amène pas d'effet de plaisir ou de pic d'effet stupéfiant - pas d'altération de la vigilance et pour les malades HIV et atteints de l'Hépatite C, permet une meilleure prise en charge de leur maladie du fait de consultations médicales régulières et obligatoires.

Lorsque le patient a atteint un équilibre personnel, médical et psychosocial satisfaisant, une prescription par un médecin de ville peut être instaurée.

#### ➤ **Le Subutex**

Le Subutex est un autre produit de substitution. Il est délivré aussi par les médecins généralistes en ville. La première prescription peut être associée avec un relais sur les Centres de soins pour permettre ainsi un suivi, et non pas une simple délivrance de produit.

Il existe un marché noir du Subutex, faisant craindre l'usage du Subutex par des personnes non dépendantes d'opiacés auparavant, ce qui met alors le Subutex dans la position de « produit de défoncé », surtout s'il est injecté ou sniffé, entraînant alors une dépendance.

#### *Diagnostic et prestation de soins médicaux*

- Prise en compte et accompagnement pour des **bilans de santé** - Aide aux traitements...(SIDA et Hépatites principalement.)  
Prévention des complications médicales

#### *Sevrage et accompagnement*

- Suivi avant, pendant et après le **sevrage** :
  - Sevrage de produit et de substitution,
  - Sevrage en ambulatoire,
  - Sevrage en milieu hospitalier sous protocole

#### **☑ Prise en charge psychologique :**

- Aide psychologique et psychothérapeutique, individuelle, en groupe, soutien d'entourage et thérapie familiale.

Elle est assurée dans les Centres de Soins (avec ou sans hébergement) par des psychologues cliniciens, pratiquant chacun selon des choix de formation théoriques et personnels, effectués parmi les différentes approches du « fait psychique » qui constituent le champ de la psychologie clinique et de la psychopathologie. Deux courants théoriques prédominants inspirent les différentes approches thérapeutiques.

#### ➤ **Le courant cognitivo – comportementaliste**

Il mise sur un traitement direct du symptôme que présente un patient, afin d'en réduire l'ampleur, voire de le faire disparaître. Il s'appuie sur la mise en place de stratégies de

comportements visant à modifier le rapport que le patient entretient avec celui qui lui pose problème.

➤ **Le courant psychanalytique**

Différentes approches s'inspirent de la pensée et des concepts de la psychanalyse et les mettent en pratique d'une manière diversifiée, se rejoignant sur une base commune définie par une approche du symptôme comme étant la partie visible d'une pièce se jouant sur une scène invisible, dont il s'agira de déchiffrer le texte à la lumière de ce que le patient conte de son histoire familiale, personnelle, et de ce qui se manifeste dans sa parole de ses conflits et désirs inconscients.

Les approches psychothérapeutiques qui en résultent tirent leurs points de repère de ces deux courants et prennent ainsi des formes diversifiées : thérapie individuelle, de couple ou de groupe, thérapie systémique et familiale, etc...

Chacune de ces différentes approches implique un dispositif de prise en charge particulier. Par exemple, les thérapies systémiques et familiales incluent la présence physique de l'entourage du patient dans le processus thérapeutique, inscrivant le symptôme du patient dans une dynamique d'interaction de groupe, dont il s'agira de déchiffrer le dysfonctionnement (exemple : messages ambigus ou de « double-contraintes ») et de produire des changements permettant la résolution du symptôme.

**PRISE EN CHARGE SOCIO-EDUCATIVE**

Travail d'accompagnement adapté à la personne et pouvant être très différent suivant les centres. En effet, d'un centre à l'autre, la prise en charge peut varier suivant les projets thérapeutiques, les données économiques et géographiques. Il n'y a pas de pratique unique, si ce n'est une préoccupation autour de l'amélioration des conditions de vie, de l'étaiyage social et de l'insertion économique et citoyenne. Parmi ces accompagnements, on peut noter :

- 1 -> Aide à l'élaboration de la demande ou d'une demande
  - 2-> Ecoute et soutien
  - 3 -> Démarche pour une orientation en centre de soins avec hébergement :
    - Collectif : Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR),
- Communauté thérapeutique
- Famille d'Accueil
  - Appartement Thérapeutique Relais (ATR)
- 4 ->Accompagnement social :
    - RMI
    - Aide aux logements
    - Aide à l'emploi ou formations
    - Aide d'urgence
    - Démarche vers la réinsertion ou l'insertion
  - 5 -> Accompagnement pour des démarches médicales :
    - En ville ou à l'hôpital
  - 6 -> Visite :
    - A l'hôpital
    - En milieu carcéral
    - A domicile

➤ **Il est nécessaire de travailler en partenariat :**

- Hôpitaux
- Médecins Généralistes
- Services Sociaux
- Centres de formations
- Services Administratifs, etc ...

## **CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS DE CANNABIS ET AUTRES PRODUITS PSYCHOTROPES**

La mise en oeuvre de ces consultations a fait suite à une volonté politique dans le cadre de la campagne de lutte et de prévention contre la consommation de cannabis lancée par la MIDLT en 2004.

Le plan gouvernemental 2004-2008 a par ailleurs assigné à ces consultations, **anonymes et gratuites** plusieurs missions.

Dans un cadre confidentiel, elles doivent permettre :

- un accès facile,
- une implantation géographique et des horaires permettant la fréquentation des jeunes scolarisés,
- une information et des interventions de qualité, en permanence mises à jour au vu des résultats les plus récents de la recherche.

***Ces consultations sont ouvertes aux jeunes mineurs et majeurs jusqu'à 25 ans et à leurs parents.***

➤ Elles ont pour objectif général :

- Apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec les consommations de produits, particulièrement de cannabis, de drogues de synthèse ou d'autres substances psychoactives
- Prévenir les risques associés aux consommations
- Prévenir et prendre en charge l'usage nocif
- Améliorer l'information sur les risques associés aux consommations de drogues illicites, d'alcool, de tabac et aux consommations associées.

➤ Elles ont pour missions :

- **De proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic de l'usage nocif**
- **Offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque**
- **Offrir une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif**
- **Accompagner ou proposer une orientation aux jeunes** lorsque la situation le justifie
- **Offrir un accueil aux parents en difficulté** du fait de la consommation de leurs enfants
- **Proposer un accueil conjoint parents – enfants.**

Ecoute Cannabis 0 811 91 20 10

[www.droques.gouv.fr](http://www.droques.gouv.fr)

**CENTRES D'ACCUEIL DE PREMIERE LIGNE  
( Bas Seuil)**

### **☑ Les CAARUD**

Sous l'appellation de « Boutiques » ont été créés depuis 1992 des lieux d'accueil destinés à accueillir des toxicomanes actifs, afin de toucher les personnes les plus marginalisées, de favoriser des démarches de prévention le plus tôt possible dans une stratégie de réduction des risques. Dans ces centres, il n'existe aucune condition limitant l'accueil hormis les règles fondamentales de respect des lieux et des personnes. Les toxicomanes peuvent venir se poser, prendre une douche, un café, bénéficier de premiers soins et d'échanges des seringues, etc....

Le décret de décembre 2005 et la circulaire de janvier 2006 fixent les modalités de fonctionnement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD), intègrent ces structures dans le champ des établissements médico-sociaux et transfèrent leur financement à l'assurance maladie.

➤ Les missions de ces centres sont :

- **accueil** : recevoir dans un lieu fixe à horaires réguliers et / ou recevoir dans des lieux mobiles, bus...
- **soins** : soins de santé de premier niveau, orientation, accompagnement vers des lieux de soins
- **droits sociaux** : informer sur les droits et accompagnement vers les collectivités sociales
- **contact** : repérer et rencontrer les usagers dans les lieux où ils se trouvent
- **matériel de prévention** : permettre l'accès aux outils de prévention, développer et diffuser les messages de prévention, gérer les déchets
- **médiation** : servir de relais avec les autorités locales et riverains, participer et animer les rencontres avec les professionnels
- **alerte** : informer sur les nouveaux usages, transmettre les messages d'alerte (mission ne conditionnant pas l'autorisation en CAARUD).

### **LE CENTRE DE SOINS AVEC HEBERGEMENT**

#### **☑ Centre thérapeutique résidentiel CTR ( ex Post-Cure) :**

En milieu rural ou urbain - hébergement collectif, petit groupe de 10 personnes environ encadrées par une équipe de professionnels. Les projets d'établissement très variables selon les centres. Certaines post-cures sont basées sur un travail psychothérapeutique de groupe et/ou individuel avec des activités de loisirs, et / ou, autour d'ateliers d'insertions professionnelles.

#### **☑ Famille d'Accueil :**

Prise en charge individuelle personnalisée dans une ambiance familiale. Ces familles d'accueil volontaires et rémunérées sont toujours rattachées à un centre de soin, et travaillent en relation étroite avec les équipes.

#### **☑ Appartements Thérapeutiques :**

Prise en charge individuelle dans des studios éclatés en ville, plus basée sur la réinsertion professionnelle et sociale avec un travail vers l'autonomie. Et pour certains centres, un travail qui est davantage psychothérapeutique. Les personnes accueillies sont suivies par une équipe de professionnels.

#### **☑ Les Communautés Thérapeutiques :**

La prise en charge est ici communautaire Grand groupe de 20 à 50 personnes avec un encadrement de professionnels moins nombreux qu'en CTR C'est le groupe qui contrôle les comportements individuels. La toxicomanie est alors considérée plutôt comme un comportement inadapté, nécessitant un traitement social et non pas comme une maladie. L'aide ne peut donc venir que du toxicomane lui-même et de ses pairs. L'abstinence de



consommation de substances psycho actives fait partie des objectifs. Il y en a actuellement que 3 en France, d'autres vont ouvrir prochainement par contre ces communautés sont développées en Amérique du Nord et dans beaucoup de pays européens.

#### **☑ Centre de Transition et d'Urgence :**

Ces centres ou appartements de transition sont des hébergements prévus sur un court terme pour permettre aux personnes de faire des choix, de modifier des projets et de rebondir sur une autre orientation.

Les centres d'urgence de type foyer pour sans domicile fixe (les sleep'in) au nombre de 3 en France ou bien des nuits d'hôtel sont prévues pour les toxicomanes en grandes difficultés sociales.

### **LA JUSTICE**

#### **☑ La loi de 1970 :**

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue depuis près de trente ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis 1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment). La répression de l'usage, par contre, objet de débats incessants, n'a pas été modifiée durant toutes ces années.

Cette relative permanence sur le plan législatif ne doit pas masquer cependant des évolutions assez marquées dans la mise en œuvre de la loi, telle qu'elle s'exprime tout du moins dans les circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la justice et de la santé.

La loi de 1970 a fait l'objet de nombreuses présentations et analyses. Sans nous attarder sur sa genèse, nous rappellerons brièvement les objectifs de cette loi :

- ⇒- réprimer sévèrement le trafic,
- ⇒- poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage,
- ⇒- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

Rappelons tout d'abord que le texte de la loi fait référence aux substances stupéfiantes inscrites dans une liste déterminée par la Commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale. Un arrêté ministériel permet de classer une substance comme produit stupéfiant (anciennement tableau B et depuis le décret du 29 décembre 1988 catégorie des substances stupéfiantes).

En ce qui concerne le trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes, plus importantes que pour la plupart des délits, les moyens légaux donnés aux services de police tranchent avec le droit commun, avec un délai de garde à vue de 48 heures pouvant atteindre 4 jours, et la possibilité d'effectuer des perquisitions de jour comme de nuit.

La loi de 1970 sanctionne l'usage, public ou privé, même sans nuisance perceptible par l'entourage, d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende. Selon un autre article de la loi, l'usager est également placé « sous surveillance de l'autorité sanitaire ». Ce dernier article est cependant dénué de portée pratique, même s'il témoigne du statut ambigu de l'usager dans la loi, à la fois délinquant et malade.

L'usager peut éviter les poursuites en se faisant spontanément traiter (avant poursuite judiciaire), l'anonymat lui garantissant que la justice ne viendra pas lui demander des comptes après sa cure. Il peut également échapper aux poursuites si le procureur décide de classer l'affaire ou de prononcer une injonction thérapeutique.

L'injonction thérapeutique est au cœur des débats sur la loi de 1970. Nous en rappellerons brièvement le mécanisme. Quant un usager est interpellé, le procureur peut lui « enjoindre » de suivre une cure de sevrage ou de se mettre sous surveillance médicale. Cette injonction n'est pas susceptible d'exécution par la contrainte, et le Parquet se limite à informer de sa décision les autorités sanitaires (en pratique les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale) qui doivent orienter l'usager vers le mode de prise en charge approprié.

L'autorité sanitaire doit contrôler le déroulement du traitement et prévenir le Parquet si l'usager ne s'est pas présenté ou s'il interrompt son traitement avant son terme. Dans ces cas, le procureur recouvre son pouvoir d'appréciation quant à l'exercice des poursuites. Remarquons que le procureur peut décider de ne pas prononcer d'injonction et de poursuivre l'usager. Le procureur a, en définitive, toute liberté pour décider seul de l'orientation à donner à l'affaire. Par ailleurs, il faut aussi noter qu'une fois l'injonction prononcée, la justice perd son pouvoir de contrôle sur le devenir de l'usager, le procureur ne pouvant qu'attendre d'en être informé.

Il faut mentionner, enfin, les autres dispositions de la loi de 1970 relatives aux obligations de soins, qui permettent au juge d'instruction et à la juridiction de jugement d'astreinte, et non plus d'enjoindre, l'usager à suivre une cure de sevrage. Si la cure est suivie jusqu'à son terme, le juge peut ne pas prononcer les peines prévues. Ces dispositions ne seront presque pas utilisées, les juridictions préférant avoir recours aux dispositions de droit commun qui ne concernent pas spécifiquement les usagers de drogues, mais sont en fait souvent utilisées dans leur cas. Ces astreintes aux soins peuvent intervenir dans le cadre du contrôle judiciaire à l'initiative du juge d'instruction ou du parquet. Elles peuvent également être prononcées par la juridiction de jugement à l'occasion d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'ajournement de peine avec mise à l'épreuve. L'astreinte aux soins peut enfin intervenir pour les personnes incarcérées qui peuvent bénéficier au bout d'un certain délai, sur décision du juge d'application des peines, d'une libération conditionnelle assortie de conditions.

° Le **Contrôle Judiciaire** a lieu pendant l'instruction de l'affaire, donc avant le jugement avec ou sans détention provisoire. Le contrôle est effectué par un Contrôleur Judiciaire.

2° Le **Comité de Probation** dirigé par le Juge d'application des Peines, c'est une mise à l'épreuve suivie par des Agents de Probation (éducateurs), après le jugement.

Dans ces cas de figure les Centres de soins peuvent travailler en relation avec ces instances à la demande des toxicomanes.

### **☑ La prison :**

Nombreux sont les toxicomanes pour lesquels le monde carcéral est un lieu de passage. C'est pourquoi, il a été nécessaire de travailler en prison pour à la fois poursuivre les démarches de soin et préparer la sortie (prévention des rechutes et de la récidive). Il existe plusieurs types d'expériences dans le cadre de ce travail. Principalement, des équipes des CSST qui vont régulièrement en prison rencontrer les détenus et des équipes qui travaillent en interne dans les maisons d'arrêts (antennes de toxicomanie qui se situent à l'intérieur de certaines prisons).

## RESEAUX ET ASSOCIATIONS COMMUNAUTAIRES

### LES RESEAUX

Le but est de développer la coordination entre médecins hospitaliers, médecins de ville, pharmaciens, CSST et autres partenaires (services sociaux, ...), afin d'organiser des prises en charges cohérentes et de favoriser une meilleure qualité des soins proposés aux patients toxicomanes, permettant ainsi une prise en compte plus adéquate des pathologies associées. Les réseaux permettent aussi une actualisation des connaissances, une mise en place de formations et d'outils d'évaluation.

### ASSOCIATIONS COMMUNAUTAIRES

Associations (auto-support) : AIDES, ACTUP, ASUD, etc... Ce sont des Associations d'usagers ou d'anciens usagers, de malades du SIDA qui ont pour principal objectif la défense et le droit des personnes. Elles militent pour une meilleure accessibilité au soin, revendiquent le droit à l'usage des drogues tout en se préoccupant de la réduction des risques. Elles visent aussi la défense de la citoyenneté des personnes qui consomment des produits illicites. Leurs moyens d'action sont divers : permanence d'accueil, réunions, journaux, affiches et dépliants d'information.

### LA PREVENTION

La prévention des toxicomanies ne fait pas partie des missions principales des CSST, conformément au décret de 92, les actions de prévention ne pourront être financées que par des partenaires tel que les villes, le secrétariat d'Etat à la jeunesse et aux sports, collectivités locales. Souvent les CSST sont sollicités pour participer ou organiser dans ce cadre.

C'est la MILDT qui a pour mission de promouvoir et de financer ces actions de prévention. Placée sous l'autorité du Premier ministre, cette mission anime et coordonne l'action de 17 ministères concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, notamment dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et de la coopération internationale.

Au niveau national, on distingue trois niveaux de prévention : Primaire, Secondaire, et Tertiaire.

- **Prévention Primaire** : Elle s'attache à empêcher l'apparition d'une maladie, en partie par la vaccination dans le cas des infections. (En toxicomanie, éviter la consommation de produits).
- **Prévention Secondaire** : Elle consiste à dépister une maladie grave et à la traiter précocement de façon à la mesurer pour enrayer une épidémie. (En toxicomanie, éviter les complications de la toxicomanie : VIH, HCV, infections).
- **Prévention Tertiaire** : Elle vise à empêcher les récurrences, à lutter contre les séquelles ou à réadapter le malade à la vie sociale et professionnelle. (En toxicomanie : traiter les complications liées à la toxicomanie)

En matière de définition, il est important de savoir que la MILDT a classé l'usage en trois niveaux : l'usage, l'usage nocif, et la dépendance.

- **Usage Simple** : est une consommation de substances psycho actives qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres (consommation occasionnelle d'alcool).
- **Usage nocif ou usage à problème** : est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.
- **Dépendance** : brutale ou progressive selon les produits. La dépendance est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrance physique ou psychique.

**☑ La Prévention Primaire** : consiste à intervenir en amont de la toxicomanie. C'est à dire auprès de la population qui n'est pas encore concernée par ce problème :

- intervention en milieu scolaire (auprès des adultes et des jeunes)
- intervention en milieu de travail
- intervention auprès d'adolescents, des familles
- éducation de la santé
- campagnes médiatiques de communication (spots télévisés, fascicules, affiches, etc.....)
- participations aux politiques locales : dans le cadre de comité communal de prévention de la délinquance, des quartiers auprès des habitants, etc....

**☑ La Prévention Secondaire** : consiste à intervenir auprès de population à risque et en difficulté. Prévenir les abus de consommations de substances psycho actives : interventions précoces, accompagnement au début de la consommation.

Il existe des lieux qui ont été créé à cet effet :

- **Drogue Tabac Alcool Info Service**
  - service téléphonique **0 800 23 13 13**
  - Appel d'un portable **01 70 23 13 13**
- **[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)**

➤ **Les Points Ecoute :**

- Accueil des jeunes : lieux d'accueil, d'écoute et de parole qui s'adressent aux jeunes.
- Accueil des parents : ouvert aux familles confrontées aux conduites à risque.

➤ **Les Dispositifs de Prévention Spécialisée** : Services qui doivent « organiser dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ».

Les Structures d'Insertion : Missions Locales et permanences d'accueil, d'information et d'orientation sont chargées de favoriser l'insertion des jeunes qui sont ou vont être en rupture scolaire.

**☑ La Prévention Tertiaire** : ce sont des actions de prévention dirigées vers les usagers de drogue, que l'on appelle aussi Réduction des Risques.

L'objectif premier est orienté pour lutter contre la contamination du SIDA et des Hépatites. D'abord on permet un meilleur accès aux matériels d'injections. En pharmacie depuis 1987, la loi de Michèle Barzac autorise la vente libre des seringues en pharmacie et par la suite on y trouvera des kits d'injections Stéribox (2 seringues, tampons alcoolisés, étui pour seringues usagées, eau pour préparation injectable, préservatif, message de prévention). En dehors des ventes en pharmacie, des seringues sont distribuées gratuitement par des services de

première ligne appelés « Programme d'échanges de seringues ». Ces équipes peuvent travailler dans des lieux fixes (boutiques), dans les bus, ou bien dans la rue. Elles vont au devant des toxicomanes, et essaient de tisser des liens avec eux. Il existe aussi des récupérateurs et des distributeurs automatiques de seringues sur la voie publique (c'est le même principe que les distributeurs de préservatifs). Le fonctionnement de ces distributeurs est régi par des centres mais le projet se fait en collaboration avec les communes.

D'autres moyens de préventions peuvent être mis en œuvre comme la campagne « Eau de Javel » (campagne prophylaxie). Elles consistent à initier les toxicomanes à nettoyer leurs seringues avec de l'eau de javel puis qu'ils rincent à l'eau. Des fioles d'eau de javel et d'eau distillée sont distribuées gratuitement, ceci surtout pour lutter contre les sur-contaminations.

Des messages de prévention sur des points encore plus ciblés sont de plus en plus diffusés ; sous forme de dépliants ou d'articles de journaux spécialisés. L'idée est de « limiter la casse », en donnant des conseils sanitaires sur la qualité des produits et de la façon de s'administrer les drogues avec le minimum de dangers. Ce sont souvent des associations (auto support) d'anciens ou de toxicomanes qui sont les promoteurs de ces démarches (ASUD, ACTUP, AIDES, etc....)

Dans le cadre de la réduction des risques sanitaires, Médecin du Monde a mis à disposition des participants des raves parties des permanences afin de tester les produits vendus.

## BIBLIOGRAPHIE

### 📖 ETUDES GENERALES

#### TOXICOMANIES

P. Angel, D. Richard, M. Valleur - Masson 2000 -

#### LA DROGUE : OU EN SOMMES- NOUS ?

N Frydman, H Martineau - La documentation française 1998

#### LA DANGEROUSITE DES DROGUES

B. Roques - Rapport au secrétariat d'état à la santé - Odile Jacob 1999

#### DESTIN DU TOXICOMANE

C. Olivenstein - Fayard 1984

### 📖 PSYCHANALYSE

#### L'AUTRE DEMANDE

R Neuburger - Psychanalyse et thérapie familiale systémique - ESF 2000

### 📖 ECONOMIE - HISTOIRE - SOCIOLOGIE

#### FAUT-IL AVOIR PEUR DU HASCHICH ?

S Aquatias, I Maillard, M Zorman - Syros 1999

#### VIVRE AVEC LES DROGUES

A Ehrenberg - Le Seuil 1996

#### MARIJUANA - Mythes et réalités

Une revue des données scientifiques

L Zimmer Ph D - John P Mogan MD - Georg Editeur

### 📖 PREVENTION - SOINS

TOXICOMANIES, Systèmes et familles - Où les drogues rencontrent les émotions.

F X Colle - Erès 1996

#### PRISE EN CHARGES DES USAGERS DE DROGUES

L. Gibier - Doin 1999

#### SOIGNER LES TOXICOMANES

A. Morel - F. Hervé - B Fontaine - Dunod 2é edition

#### PREVENIR LES TOXICOMANIES

A. Morel - Dunod 2000

#### LES PRATIQUES ADDICTIVES

M. Reynaud, Ph J Parquet G Lagrue - Odile Jacob 2000

#### LES ADDICTIONS

S. Le Poulichet  
**HISTOIRE DE FUMEURS DE JOINTS**  
Pascal Hachet – Impress Edition 2005

**COMMENT VIVRE AVEC UN TOXICOMANE**  
François Hervé – Edition J. Lyon 2005

**DROGUES ET ADDICTIONS**  
François Hervé – Flammarion

**DROGUES A LA CARTE**  
2° édition – M. Hautefeuille Edition Payot

**LES ADDICTIONS**  
Marc Valleur - JC Matysiak – Edition Collin

**SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE, TOXICOMANIAQUE ET ALCOOLIQUE**  
D Casamatta et D Véléa

**H.. COMME HEROINE**  
J. Favre

**LE DOPAGE**  
N. Guillon et G Nicolet

#### ALCOOL

**PASSION ALCOOL**  
M Craplet - Odile Jacob 2000

**COMMENT AIDER LES ALCOOLIQUES ET CEUX QUI LES ENTOURENT ?**  
Kiritze-Topor P MMI Edition 1998

**LA PROBLEMATIQUE ALCOOLIQUE**  
M. Monjauze

#### DROIT LEGISLATION

**DROIT DE LA DROGUE - 2° édition**  
F Caballero Y Bisiou - Dalloz 2000

**LES DROGUES EN VENTE LIBRE. Pour ou contre la dépénalisation ?**  
F X Colle - Pirat 2000

**Suivi du Toxicomane par Amine Mallat-Lopez, Psychothérapeute, Skoun, (Liban)**

**PERSPECTIVE**  
“.. il n’y a actuellement aucun traitement pour la très grande majorité des toxicomanes..”  
Macmillan, NY 1920

#### **PRINCIPES FONDAMENTAUX (1)**

•Traiter la toxicomanie comme n’importe quelle maladie chronique

- Traiter les patients comme n'importe quels patients chroniques
- Utiliser les médicaments comme tout traitement de n'importe quelle maladie

### **PRINCIPES FONDAMENTAUX (2)**

- Indépendamment de la demande du patient:
  - Tout patient mérite du respect
  - Tout patient peut exiger ses droits humains
  - L'usage de drogue ne mérite ni persécution ni poursuite judiciaire

### **ATTITUDES ET CONTRE-ATTITUDES**

- Rejet:
  - "agressifs, manipulateurs, menteurs, pervers, incurables, délinquants.."
- Surinvestissement:
  - "pauvres, démunis, victimes, psychologiquement fragiles.."
- Burn out du thérapeute, frustration, sentiment d'impuissance et d'échec

QUESTIONS?

BUTS

Les BUTS déterminent STRATEGIES et pas vice versa

Buts: priorité

Stratégies: secondaire

QUEL EST LE PROJET ?

PROJET DE SOINS = PROJET DE VIE

### **PLAN DE TRAITEMENT**

- Objectifs du patient
- Circonstances actuelles
- Contexte socio-économique
- Ressources existantes
- Attentes du patient
- Profil Psychopathologique
- Antécédents thérapeutiques

### **CHOIX DU TRAITEMENT**

- Variable selon les personnes
- Variable dans le temps pour une même personne
- Résultat d'une évaluation solide et globale





## TRAJECTOIRE THERAPEUTIQUE

### STADES DU CHANGEMENT

• Utiles pour une variété de conduites qui touchent à la santé: drogues, tabac, alcool, régime alimentaire, utilisation de la protection lors de rapports sexuels...

• Base de l'entretien motivationnel

Stades de changement: Principes

• Motivation existe sur un continuum

• Patients progressent dans ces stades de façon spirale et non linéaire

• Si les stratégies adoptées ne correspondent pas au stade actuel du patient, le résultat est la non compliance

• Si le clinicien pousse le patient trop vite à travers les stades, le résultat est une cassure de l'alliance thérapeutique

• Les rechutes sont un évènement, pas un stade

### STADES DE CHANGEMENT

Précontemplation

Contemplation

Préparation

Action

Maintient

Rechute

#### **Pre-contemplation**

Non conscience du problème, non encouragé au changement. Ne veut pas changer: « je peux arrêter quand je veux »

• Indicateurs: discute, interrompt, nie, ignore, évite de parler ou de penser à propos de son comportement..

• Patient traditionnellement désigné comme résistant, non motivé

*Pre-contemplation: Clinique*

• Etablir un rapport

• Déterminer pourquoi le patient est venu

• Introduire l'ambivalence

• Donner des informations sur les pour et contre

• Ecouter les pensées, émotions, craintes du patient

• Garder l'entretien non formel

#### **Contemplation**

Ambivalence: « je sais que ça me fait du tort mais.. »

• Indicateurs: considère les côtés positif et négatif du comportement en question, reconnaissance du problème sans nécessairement agir pour changer

• Patient traditionnellement désigné comme imprévisible

### *Contemplation: Clinique*

- Discuter et peser pour/contre
- Insister sur liberté de choix du patient
- Discuter les buts du patient dans sa vie
- Réduire la crainte de la guérison par des exemples et des solutions aux problèmes
- Poser des questions qui clarifient la motivation: "Qu'est ce qui est plus important pour vous ?... Pourquoi?..."

### **Préparation**

Individu passe du stade de penser au problème au stade de planifier les premières étapes: « je veux arrêter mais je ne sais pas comment»

- Indicateurs: pose des questions, considère les options, montre plus d'ouverture...
- Patient traditionnellement désigné comme compliant, "on peut travailler avec lui.."

### *Préparation: Clinique*

- Encourager les efforts de changement
- Clarifier les buts et identifier les stratégies adéquates
- Structurer un plan d'action
- Donner au patient des informations claires, consistantes et sans équivoque concernant le processus de guérison

### **Action**

Démarche pour modifier le comportement/conduite (adhérer à un traitement par exemple...), les changements opérés sont visibles: « j'ai coupé avec mes anciens amis »

- Indicateurs: réceptif au traitement, compliant, changements positifs dans d'autres domaines...
- Patient traditionnellement désigné comme "patient qui a réussi"..

### *Action: Clinique*

- Reconnaître les difficultés, encourager même un effort minime
- Identifier les situations à risque, les déclencheurs, les façons de gérer
- Aider le patient à trouver de nouveaux renforcements
- Encourager la persévérance ("s'en tenir au plan")

### **Maintient**

Maintien du changement

- Indicateurs: changements comportementaux, abstinence stable, buts thérapeutiques atteints, stratégies d'adaptation adéquates
- Patient traditionnellement désigné comme "prêt à terminer son traitement", "n'a plus besoin de traitement" ..

### ***Maintient: Clinique***

- Encourager et confirmer les changements
- Répéter les stratégies d'adaptation
- Revoir les buts à long terme
- Aborder d'autres problématiques
- Encourager le patient à participer au changement d'autres personnes

### **Rechutes**

- Passage par ces stades plusieurs fois avant succès final
- Rechute: règle et non exception
- En cas de rechute, réintégrer patient dans le traitement en employant les mêmes techniques
- Rechute: chance pour apprendre (pour patient et thérapeute) et renforcer le traitement

### **CONCLUSION**

- Approche multidisciplinaire: psychiatrique, médicale, psychologique, sociale
- Evaluation adéquate et complète
- Conduite a tenir adaptée à la réalité du toxicomane

“ SAVOIR ECOUTER”

# Législation nationale

par Dr Abderahmane Habibeche, CHS Frantz Fanon, Blida (Algérie)

## A- Décrets et arrêtés:

- Décret n° 198-71 du 15/07/1971, portant création d'une commission nationale de lutte contre la dogue,
- Décret n° 140-76 du 23/10/1976 relatif à l'usage des produits toxiques,
- Arrêté en date du 08 juillet 1984 relatif à l'obligation faite aux médecins et aux pharmaciens de déclarer les cas de toxicomanie dont ils ont connaissance.
- Décret n° 151-92 en date du 14/04/1992, portant création d'une commission nationale de lutte contre la drogue,
- Arrêté interministériel du 02 mars 1996, régissant l'importation et/ou l'acquisition de produits chimiques susceptibles d'être utilisés en tant qu'explosifs ou composants d'explosifs.
- Décret n° 212-97, modifié par le décret n° 133-03 du 24/03/2003, relatif à la création et au fonctionnement de l'ONLCDT,

## B- Lois et ordonnances:

- Ordonnance n° 75-09 du 27février 1975, relative à la répression du trafic illicite de drogue,
  - Premier texte de loi sur les drogues intervenu à l'issue de la saisie d'une quantité importante de drogue (cannabis).
- Ordonnance n° 79-76 du 23 juin 1979, portant code de la santé publique:
  - Il comporte un chapitre relatif aux produits toxiques,
  - Il a remédié à certaines insuffisances de l'ordonnance de 1975,
- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé publique,
- Loi n° 18-04 du 25 décembre 2004, relative à la prévention et à la répression du trafic de drogue et des substances psychotropes,

## Caractéristiques de cette loi :

- 1- Loi spécifique sur la drogue,

- 2- Elle abroge la législation précédente,
- 3- Elle donne une définition précise aux principales terminologies relatives à la drogue et aux substances psychotropes,
- 4- Elle tient compte des nouvelles exigences induites par l'évolution du phénomène de la drogue,
- 5- Elle est en conformité avec la législation internationale,
- 6- Elle distingue entre la victime et le criminel,
- 7- Elle donne au magistrat la possibilité d'ordonner une injonction thérapeutique,
- 8- Elle lève les poursuites contre les personnes qui se soumettent à l'injonction thérapeutique,
- 9- Elle aggrave les peines en général, notamment en ce qui concerne ceux qui vendent de la drogue aux mineurs ou à proximité des établissements d'enseignement et de formation,
- 10- Cette loi élargit les peines aux personnes morales,
- 11- Elle prolonge le délais de garde à vue à 48x3, après accord du procureur de la République,
- 12- Elle donne la qualité d'officier de police judiciaire aux inspecteurs de pharmacies et aux ingénieurs agronomes.

# **Evaluation de la prise en charge des toxicomane en milieu institutionnel**

**par Dr Sandra Mouffok, Sidi Chahmi – Oran (Algérie)**

## **LA PRECURE**

### **L'ENTRETIEN PRELIMINAIRE**

L'action psychothérapique doit être permanente et entreprise précocement, l'importance des premiers entretiens est souvent décisive, elle consiste à établir avec le toxicomane une relation de confiance, d'entraîner une prise de conscience de l'abus ou de la dépendance, et surtout de créer une conviction, une motivation réelle à l'abstinence et au changement, et renforcer l'implication du patient dans ce changement.

### **L'ENTRETIEN PRELIMINAIRE**

- Dans tous les cas, la première phase appréciera la demande, le désir de désintoxication, et de changement de vie, et contribuera à la préparation à la cure en expliquant son déroulement.
- Dans le cas où la demande d'une cure est exprimée par le toxicomane, il est nécessaire de proposer un véritable contrat stipulant qu'il s'engage vis à vis de l'équipe (respect des lieux, acceptation de la fouille à l'entrée et durant la cure, contrôle des visites, le refus de fournir les toxiques, l'acceptation du traitement prescrit et la pratique d'analyses toxicologiques régulièrement).

## **LA CURE**

### **LA CURE DE SEVRAGE**

Souvent le toxicomane se présente en état de détresse et de souffrance réclamant du soutien, et un désir de protection pour rompre avec la drogue, alors il est pris en charge dès son admission par l'équipe soignante suivant un programme thérapeutique codifié, qui comprend :

Un volet psychothérapique

Un volet chimiothérapique

### **VOLET PSYCHOTHERAPIQUE**

#### **Psychothérapie de soutien**

Elle vise à :

- Instaurer une relation de confiance permettant le soulagement de la culpabilité.
- Encourager la verbalisation des conflits émotionnels et des difficultés rencontrées par le sujet pendant sa conduite toxicomaniaque.
- Rassurer le patient et dédramatiser la situation .

### **Psychothérapies de groupe**

- Séances d'audio-visuel : comportent la diffusion de documents d'information et de conseils incitant les patients à se motiver vis-à-vis du changement, de l'arrêt des prises de toxiques et du maintien de l'abstinence.

- Groupes de discussion : les groupes se réunissent 01 à 02 fois par semaine, en général pendant une heure et demie. Le thème peut être choisi par le thérapeute ou proposé par les patients.

- Ces thérapies privilégient le partage des expériences, l'identification à des modèles, l'expression des sentiments, et insistent sur le soutien mutuel.

### **Groupes de parole**

- Sous forme de réunions hebdomadaires avec les familles des patients, elles ont pour objectifs principaux :

- Expliquer les troubles à la famille des patients afin de réduire les réactions culpabilisantes et les attitudes de rejet.

- Impliquer la famille dans la prise en charge du patient en expliquant la nécessité de la prise du traitement et du suivi régulier.

- Favoriser l'utilisation d'un mode de communication interpersonnelle plus directe et diminuer le recours aux reproches.

- Aborder les différents problèmes relatifs à la présence d'un toxicomane dans la famille.

Sociothérapie

On propose aux patients plusieurs activités et loisirs tels que le sport, ergothérapie (jardinage, peinture), séances de lecture, et les activités de la vie quotidienne pour permettre d'abord d'occuper le malade, de le faire sortir de sa passivité, et de rompre son isolement.

## **VOLET CHIMIOTHERAPIQUE**

### **Volet chimiothérapique**

- Neuroleptiques sédatifs (Nozinan, Largactil) : Les posologies sont adaptées en fonction de l'état de chaque toxicomane.

- Antidépresseurs (Laroxyl, Anafranil, Déroxat, Zoloft, Prozac) en prévention d'un état dépressif post sevrage.

- Thymorégulateurs (Tégréto) : utilisés en prévention des manifestations neuropsychiques liées au sevrage : crises convulsives, l'arrêt brusque des BZD et des troubles de l'humeur.

- Anxiolytiques notamment les BZD : sont indiqués dans le sevrage alcoolique, l'insomnie et l'anxiété. Nous effectuons une régression progressive des doses pour éviter les accidents de sevrage.

- Antalgiques et antispasmodiques en cas de douleurs.

- Vitaminothérapie B1B6 : En cas de sevrage aux barbituriques, aux opiacés ou à l'alcool.

### **LA POST-CURE**

Elle représente le temps le plus difficile de la prise en charge, le sujet livré à la seule force de sa motivation, une fois à l'extérieur du centre est brusquement confronté à sa liberté de consommer ou non des produits toxiques, à l'attitude du milieu familial souvent démissionnaire et rejetant, à cela s'ajoutent la désinsertion sociale du toxicomane, sa marginalisation, et son faible degré d'autonomie.



- Le maintien d'une relation thérapeutique après la cure de sevrage est nécessaire ; elle doit être stable et permanente, cette relation de soutien peut être associée à une chimiothérapie, elle vise à :

- Aider le patient à maintenir l'abstinence en le consultant régulièrement chaque mois pour des contrôles.

- Dédramatiser les rechutes qui peuvent survenir.

- Traiter les manifestations psychiques telles que les troubles anxieux , les troubles de l'humeur, l'insomnie,les troubles du caractère et un syndrome déficitaire pouvant être secondaires ou aggravées par le sevrage.

- Des dosages toxicologiques se font régulièrement à la recherche du THC et de BZD pendant la cure et la post-cure.

## **CONCLUSION**

- De cette enquête il ressort qu'il s'agit d'une population essentiellement masculine, jeune, célibataire, sans profession et d'un niveau d'instruction moyen.

- Le cannabis, les psychotropes et l'alcool sont les plus utilisés et souvent en association.

- La diffusion de ce phénomène à travers toutes les couches sociales.

- La fréquence des rechutes par l'absence de perspectives d'avenir.

- La précocité de l'âge de la première prise de substances toxiques, d'où l'importance d'une politique cohérente de prévention notamment à l'adolescence.

# Skoun : Une expérience d'un centre de soins au Liban

par Dala Fakhreddine, Psychothérapeute (Liban)

- Centre de traitement et de prévention pour les addictions au Liban.
- Organisation à but non lucratif qui se base sur une approche pragmatique et humaine de la toxicomanie.
- Skoun est un centre de jour : les patients viennent à la clinique pour leur traitement et vaquent ensuite à leurs occupations quotidiennes. Personne ne dort au centre.  
SKOUN
- En arabe « Skoun » signifie la *tranquillité intérieure* et le *silence*, c'est aussi un signe de ponctuation qui indique une *pause*.  
[www.skoun.org](http://www.skoun.org)

Qui peut bénéficier de nos services ?

Skoun peut être utile à toute la communauté, en particulier aux personnes suivantes:

- Les éducateurs et les parents
- Les personnes avec un problème d'addiction et leurs familles concernées.
- Toute personne cherchant des informations sur les drogues et les addictions.

Comment nous travaillons ?

Equipe pluridisciplinaire :

- psychiatres
- médecins de famille
- psychologues

services conçus selon les besoins de nos patients.

- Éducateurs chargés de la prévention
- L'assistante administrative, elle est aussi à l'accueil

Services 1

“Vers un plus grand respect des droits des toxicomanes”

- Accroître le respect des droits des toxicomanes en situation de conflit avec la loi: possibilité de traitement avec respect de la condition de malade et non de criminel
- Sensibiliser le public sur la condition des toxicomanes
- Promouvoir l'application de la loi
- Favoriser son amendement en vue de la compléter et de supprimer les articles générant des contradictions

“Vers un plus grand respect des droits des toxicomanes”

•Ce projet cible les différents corps de police (jeunes policiers, investigateurs de la brigade spécialisée, chefs de gendarmerie) ainsi que les juges.

• Actions envisagées: Sensibilisation du public sur la complexité des phénomènes d'addiction, les douleurs physiques et mentales entraînées par la dépendance, la difficulté de s'en sortir, les effets liés au manque, la souffrance psychologique des usagers, les modalités du traitement, l'efficacité du traitement, etc.

Services 2

Durée du traitement

Elle dépend des problèmes et des besoins de chaque patient

Le traitement est un processus à long terme

La durée du traitement est comme lire un livre: ça dépend à quelle vitesse

Accueil

L'entretien motivationnel

Le suivi 1

Le suivi 2

Tests d'urine

Parents

Réduction de risque.

# Accompagnement psychosocial et réinsertion (suivi psycho-éducatif, communautés thérapeutiques, groupes d'auto-support)

par Dr Mauro Croce, Psychothérapeute (Italie)

## • All bad arts is the results of good intentions

Tous les desastres sont le resultat de bonnes intentions. (Oscar Wilde)

Nouveaux scénarios de la consommation

- Augmentation considérable du nombre des consommateurs, moins de dépendants
- diversification des consommations et des modes de consommation
- consommation comme style de vie, "normale"
- faible perception des risques et de l'illégalité

Nouveaux scénarios de la consommation 2

- baisse de l'âge de la première approche
- usage lié au temps libre et aux prestations
- consommation transversale sur tous les ages et toutes les catégories sociaux
- consommation multiple
- alcool
- dependances sans substances (internet, jeu de hasard)

Keith Richard (Rolling Stones)

Kate Moss et la cocaïne

Les approches éducatives sont:

- Très populaires
- Très coûteuses
- Peu efficaces

Les approches structurelles et politiques sont:

- Peu populaires
- Peu coûteuses
- Très efficaces

Mais!: Les programmes de prévention qui:

- Cumulent les approches éducatives
- Les associent avec des programmes pour les parents
- Impliquent les enseignants
- Intègrent aussi la dimension de la collectivité
- Travaillent sur le long terme

AUGMENTENT NETTEMENT LEUR EFFICACITE'.

## Approches structurelles et politiques

### Définition de l'auto-support

·L'auto-support (self-help) est un terme générique qui recouvre des réalités qui doivent être distinguées. Dans sa définition générale, le terme désigne selon De Katz et Bender (D. N. Nurco, P. Stephenson et al., 1990)“

“un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des "pairs", en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir **une aide mutuelle** et de réaliser des **objectifs spécifiques** :

•**satisfaire un besoin communs de changement de style de vie auquel le groupe est confronté dans son ensemble. (Narcotic anonymous)”**

•Les Narcotiques Anonymes furent les premiers groupes *self-help* à l'intention des usagers de drogues.

• Fondés au début des années 50 par des membres des *Alcoholics anonymous* et calqués sur les structures et l'organisation de celui-ci, ils en reprendront aussi le principe :

- Une prise de responsabilité par le sujet de ses propres problèmes. L'aide doit venir de la personne elle-même suivie d'un accompagnement et du soutien de ceux qui souffrent des mêmes problèmes. Helper Principle (Gartner, Riesmann).
  - L'aide que je donne aux autres modifie mon identité, mon rôle, mon estime
  - Transformation: Sujet passif/dépendant devient un sujet actif fournissant une aide aux autres

### Relation avec le Service

- Tipologie de la demande d'aide
- Elaboration d'un Project
- Ponctualité et présence aux entretiens

### Relation avec le Service1

- Tipologie de la demande d'aide
  - Demande directe et continue d'une intervention de soutiens et/ou pharmacologique (objectiv: le changement) **16**
  - Demande directe d'une intervention pharmacologique et demande d'approfondissement (objectif: la compréhension) **12**
  - Demande directe de controle de la substance par des medicaments **8**
  - Demande directe de médicaments substitutifs et relation occasionelle avec le service. **4**
  - Demande indirecte d'intervention (Tribunal, Préfecture...) **0**

### Relation avec le Service 2

- Elaboration d'un Project
  - Collabore à la definition d'un project et le realise de facon continue **16**
  - Collabore à la definition d'un project mais le realise de facon discontinue **12**
  - Collabore avec difficulté à la definition d'un project, le realise de facon incostante **8**
  - Modifie souvent les projects, progresse de facon inconstante **4**
  - Ne monstre aucune disponibilité à definir un project **0**

### Relation avec le Service 3

- Puntualité et présence au rdv
  - Se présente de façon ponctuelle à tous les rdv **4**
  - Se présente à tous les rdv avec faible ponctualité /manque quelques rdv **2**
  - N'est pas disponible à fixer des rdv ou ne se présente aux rdv fixés **0**

## **Prevention de la rechute**

Situation à haut risque

« Toutes les situations de menace au sens du contrôle » (Marlatt & Barret, 1998)

•75% des rechute sont dues à :

- Emotions négatives
- Conflit interpersonnel
- Pression sociale

(Cummings et al.-1980, Marlatt e Gordon 1985)

Les services concernant les dépendances pathologiques sont organisés en **4 grandes filières**

1. Services de base. non spécifiques, ils s'adressent à une large population, pas nécessairement avec des problèmes d'abus (ce sont par ex. Mmg, pdls, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les éducateurs); formation et soutien sont nécessaires afin qu'ils puissent opérer avec des usagers avec des problèmes d'abus. Leur role est souvent d'"envoyer" les patients, mais ils font également partie du système de soins pour les cas les moins compromis ou stabilisés ou en voie de réinsertion. A cette filière appartiennent aussi les Unités de rue (ou equivalents).

2. Services de libre-accès pour toxicomanes. Objectifs: favoriser la prise en charge, renforcer la motivation à entreprendre un parcours de soins. Les usagers y sont souvent "envoyés" par les opérateurs de la filière 1, mais ils peuvent aussi y accéder directement. Les activités cliniques principales sont l'accueil et l'assessment.

3. Services spécialisés pour les soins des toxicomanies. Ils s'adressent exclusivement aux patients avec problèmes d'abus et/ou de dépendance (thérapie de consultation, programmes thérapeutiques structurés, psychothérapie, mais aussi les groupes psycho-éducatifs, les programmes avec les substitutifs de maintien, les séjours résidentiels et semi-résidentiels en communauté thérapeutiques.

4. Services résidentiels avec programme special pour les dépendances pathologiques ou demandant un soin intensif. Ils s'adressent à une population restreinte présentant des problèmes très spécifiques (centres d'observation et de diagnostic, centres pour patients à "double diagnostic", centres pour mères et enfants). Certains d'entre eux sont très spécialisés mais pas exclusifs pour toxicomanes.

- Risques
- Objectif
- Professionels
- Temps
- Outils
- Lieu

## **QUELQUES ECLAIRCISSEMENTS**

### **Plan d'action de l'U.E. en matière de lutte contre la drogue (2005-2008) 2**

- réduire de façon significative la prédominance de l'usage des drogues légales et illégales
- réduire de façon essentielle l'incidence des dommages à la santé liés à l'usage de drogues
- augmenter de façon significative le nombre des consommateurs traités avec succès
- augmenter de façon significative la demande de soins (lutter contre l'étiquettement et la mise en marge)

- réduire de façon significative la disponibilité des drogues illégales
- réduire les crimes liés à la consommation de substances
- Le nombre de personnes faisant usage de psycho-stimulants (surtout cocaïne) est en hausse; 4,5% des jeunes de 15 à 20 ans en fait usage (chiffres de 2003). La catégorie d'âge de 35 à 50 ans denote le plus haut pourcentage de hausse (plus du double).
- Pour la cocaïne, l'Italie est le 3ème pays européen.