

# MISE EN COMMUN DES METHODES DE PRISE EN CHARGE DU TABAGISME, DE L'ALCOOLISME ET DE L'USAGE DES DROGUES ILLICITES.



**Gilles Brücker**  
Santé Publique, Paris

**L**a politique de lutte contre les addictions, ou de prise en charge des addictions constitue une priorité affirmée du plan santé du gouvernement.

Le ministre de la santé, Bernard Kouchner, s'est exprimé sur ce point lors de l'inauguration de ce colloque ; je remercie J.M.Guffens et les organisateurs de leur invitation ; je préciserai que je m'exprime ici comme professionnel de la santé publique, engagé comme vous tous dans cette lutte, mais non comme vice-président du HCSP, fonction que j'ai quittée il y a 6 mois, ni au nom du cabinet du ministre, puisque le ministre s'est exprimé lui-même.

La politique de lutte contre les addictions a connu de profondes transformations ces dix dernières années.

Rapidement il me semble utile de rappeler quelques temps clé qui nous ont progressivement conduit à cette idée de mise en commun des méthodes de prise en charge.

Il y a une vingtaine d'année, il faut bien le dire il n'y avait à peu près rien, rien en tout cas qui fut enseigné dans nos facultés de médecine, pas de méthodes, pas de stratégies, en dehors des concepts de sevrage, et un seul discours : il ne faut pas consommer de drogues, si possible ne pas fumer, et ne pas trop boire... Message assez pauvre, en rapport avec la pauvreté des politiques de prise en charge ; les intervenants en toxicomanies étaient isolés quelque part dans un monde à part, les alcoologues, quelques marginaux s'intéressant à ce sujet, les tabacologues n'existaient pas.

Plusieurs éléments ont concouru à l'émergence de ces sujets dans les priorités de santé :

- tout d'abord une réflexion sur les politiques de santé s'est organisée au travers des concepts de santé publique, discipline elle aussi inexistante il y a une vingtaine d'année.
- l'étude des données de mortalité, l'analyse des facteurs de risque de mortalité prématurée (avant 65 ans) ont mis en évidence le rôle majeur joué par les comportements individuels, en particulier les consommations de tabac et d'alcool, les déterminants sociologiques et géographiques vis-à-vis de ces comportements, notamment les relations avec les bassins d'emploi, la situation du chômage, les caractéristiques économiques et démographiques des populations, tous éléments véritablement intriqués et constituant les déterminants de santé sur lesquels il fallait orienter les politiques de santé publique.
- la volonté de maîtrise des dépenses de santé venait également à l'appui de cette réflexion, illustrant que le « tout curatif » du système de soins était inapproprié vis-à-vis de la maîtrise de ces comportements, échappant pour leur plus grande part au système de soins, libéral ou hospitalier.
- le rapport du HCSP sur la régionalisation du système de soins est très instructif : il met en évidence l'importance des inégalités régionales de santé, le rôle des comportements en particulier dans la consommation du tabac et de l'alcool, et souligne combien il serait illusoire de croire que c'est en équilibrant l'offre de soins que l'on pourrait réduire ces inégalités. Ces analyses sont venues renforcer la mise en évidence des besoins de politiques de prévention et de réponses sur les déterminants de santé.
- enfin, vous le savez, l'émergence des co-morbidités associées aux consommations de drogues, en particulier le VIH, et plus récemment le VHC, ont largement contribué à ouvrir le système de soins et à permettre la reconnaissance, non sans mal d'ailleurs, de la réduction des risques.

Aussi, s'il nous arrive parfois d'être gagnés par la lassitude et l'impression que les choses n'avancent pas assez vite, ce qui est vrai, il est parfois salutaire de revoir cette évolution sur quelques années pour mesurer quand même la réalité du chemin parcouru : meilleure connaissance des déterminants de santé, réflexion sur les stratégies susceptibles de les faire évoluer, définition de stratégies vis-à-vis des drogues et des dépendances.

## Des méthodes mieux définies, reconnues, mais peu évaluées.

Aujourd'hui nous disposons de structures organisées en un dispositif : le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes :

- 237 CSST dont 199 CSST ambulatoire,
- 16 CSST en milieu carcéral,
- 46 CSST avec hébergement,
- 86 permanences d'accueil ( à noter que 112 CSST sont gérés par des associations loi de 1901, ce qui souligne évidemment leur rôle capital).

Ce bilan n'est pas en soi glorieux puisque huit départements ne disposent pas de CSST ambulatoire, ni de permanence d'accueil. Ce dispositif a tout de même accueilli près de 45 000 usagers en 1998, dont plus de 22 000 consultaient pour la première fois. Ce dispositif doit savoir s'adapter, être capable d'une évolution prenant en compte les modifications importantes des besoins, notamment les modes de consommations et les types de produits qui ont changé ces dernières années.

En ce sens, le plan triennal 1999-2001 a constitué une démarche essentielle en vue de cette adaptation, qui est bien aujourd'hui la question qui nous est posée. En effet ce plan vise à réorganiser l'offre de soins, à anticiper sur les nouveaux comportements, et à prendre en compte les poly-consommations. A l'issue des différents rapports d'expertise sur les drogues et leurs dépendances, il a pu être reconnu qu'il existait bien une base biologique commune à toutes les addictions, que le caractère licite ou illicite de ces produits ne reposait sur aucune logique de santé publique, et que les risques de dépendance et leurs conséquences sur la santé des usagers ne correspondaient pas du tout à l'image que les consommateurs, et les non-consommateurs, c'est-à-dire la société, pouvaient en avoir.

L'objectif est clair :

- Ouvrir le dialogue sur la place des drogues dans notre société,
- Être à l'écoute des usagers,
- Proposer des réponses qui tiennent compte des attentes des usagers,
- Rapprocher les structures traitant de la dépendance.

Nous savons combien, dans une démarche qui ne peut se concevoir que sur le long terme, le cloisonnement des structures nuit à leur efficacité. Pour atteindre cet objectif, il a fallu ouvrir le système de droit commun, les établissements de santé, la médecine de ville à la prise en charge des toxicomanies. L'une des évolutions essentielles dans les années 90 a été la dé-marginalisation du dispositif spécialisé et la volonté de mobiliser l'hôpital et la ville. Les co-morbidités associées aux toxicomanies, en particulier le VIH et, plus tard, le VHC ont largement contribué à cette démarche.

Il s'agit d'aller plus loin et d'assurer la continuité de la prise en charge dans ce maillage des structures. Le travail conduit à Paris dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement est très intéressant de ce point de vue (concertation avec la municipalité de Paris et celle du XIII<sup>e</sup> arrondissement)

Le plan triennal a souligné qu'il était nécessaire de conduire une

réflexion méthodologique sur les aspects communs de ces dépendances, et des conduites addictives, et sur les aspects spécifiques de chacune d'elles. Je pense que notre réflexion est encore peu développée à ce sujet. De plus l'évaluation des modes de prises en charge qui constitue une étape indispensable à la réorientation du système n'a pas vraiment été faite ; aussi est-il difficile de répondre de façon documentée à la question qui m'a été posée.

## Un premier impératif commun : le repérage

Nous ne pouvons voir que ce que nous cherchons : en matière de consommation de produits, tabac, alcool, autres drogues, ces consommations n'ont jamais réellement préoccupé les médecins, pour plusieurs raisons, où dominent à mon sens l'absence de formation et l'absence de maîtrise d'outils de prise en charge efficaces. Certains ont même évoqué la médecine aux mains nues pour souligner un certain dénuement dans la démarche de ces médecins.

L'identification des patients ayant un problème avec l'alcool ou avec la consommation de produits addictifs n'apparaissait pas : nous savons combien ces questions ont été sous estimées, et continuent souvent de l'être, dans nos hôpitaux.

Le repérage des conduites addictives constitue donc la première démarche commune à toutes ces addictions : il importe de les considérer comme des signes vitaux, au même titre que la T.A. ou les différents antécédents des malades. Ces consommations doivent impérativement figurer dans le dossier du patient, être régulièrement mises à jour, être corrélées aux autres déterminants de santé. Bref, il nous faut constituer une base commune solide d'informations permettant de prendre réellement la mesure du problème et de dé-marginaliser ces consommations.

Bien sûr ce repérage doit être complété par une réponse « appropriée » du système de soins. Or les conduites addictives ne constituent qu'exceptionnellement un mode d'entrée spécifique dans le système de soins. Cela explique pourquoi tant de fumeurs ou de buveurs excessifs d'alcool ou d'autres consommateurs de drogues entrés dans le système de soins ne reçoivent pas une prise en charge vis-à-vis de leurs addictions.

## Les équipes de liaison

Il y a tout juste un an, la circulaire du 8 septembre 2000 répondait au souci d'améliorer la prise en charge à l'hôpital en développant les équipes de liaison et de soins en addictologie. Là encore l'idée d'améliorer les différents partenariats doit être soulignée, entre l'hôpital, le dispositif de soins spécialisé et la médecine ambulatoire.

Il y a toujours quelques réticences de certaines spécialités à reconnaître l'importance d'une démarche commune entre les différentes addictions. Pourtant il est évident que non seulement les démarches de consommations et les mécanismes de dépen-

dances relèvent de bases communes, mais la réponse aux poly addictions, situations de plus en plus fréquentes, ne peut être morcelée entre plusieurs interventions, et que l'on ne saurait aujourd'hui, comme cela était fait autrefois, méconnaître certaines consommations, pour ne considérer que celle dans laquelle l'intervenant à une compétence.

C'est le problème de la multicompetence dans le champ des addictions qui est posé, et sûrement encore non réellement résolu. Le travail qui a été mené par le programme Nicomède, avec le soutien de la DGS, mérite d'être souligné : travail de formation des médecins au repérage systématique des fumeurs, et à leur prise en charge, mais aussi travail d'élaboration d'une base commune de stratégie avec les alcoologues.

Ainsi le travail de liaison doit-il s'appuyer sur l'élaboration de protocoles de prise en charge. Un travail important a été fait ans ce domaine depuis quelques années. Le groupe de travail animé par le Professeur Michel Reynaud devrait bientôt rendre des conclusions vis-à-vis de ces outils de prises en charge.

### La substitution même imparfaite, reste moins dangereuse que l'usage incontrôlé du produit

Nous manquons singulièrement de crédibilité auparavant ; la politique de réductions des risques, et la politique de substitution ont jeté les bases communes d'une prise en charge globale des addictions. Nous avons pu mesurer l'apport de cette démarche de substitution dans la prise en charge de l'héroïne, qu'il s'agisse de méthadone ou de buprénorphine H.D. ; de même dans la dépendance tabagique, le recours aux substituts nicotiques a constitué une avancée importante pour la prise en charge des fumeurs très dépendants.

Nous connaissons mieux également les limites de cette stratégie : détournement d'usage du produit substitué (20 % des consommateurs de buprénorphine H.D.), nouvelles dépendances (aux gommes nicotiques par exemple), rechutes aussi ; mais ces outils qui pourraient être communs à diverses dépendances ont également mis en évidence que, dans le domaine des toxicomanies, il n'y a pas qu'une voie, qu'un objectif, le sevrage, mais aussi la consommation à moindre risque, choisie par l'usager informé et respectée dans ces choix. La substitution même imparfaite, reste moins dangereuse que l'usage incontrôlé du produit. Le concept de substitution modifie le regard que nous portons sur les usagers au travers de leurs dépendances. C'est ainsi que la recherche de produits de substitution a largement ouvert la voie vers des stratégies plus axées sur les comportements que sur les produits eux-mêmes : mieux maîtriser les comportements, qu'il s'agisse de tabac, d'alcool ou de tout autre produit.

### La participation des usagers

Les toxicomanies sont en outre un domaine où, plus que dans nul autre peut-être, la participation du malade, du patient, de

l'usager, du consommateur est indispensable ; en d'autres termes on ne peut concevoir d'évolution des comportements sans la volonté, la détermination, la motivation dit-on actuellement du consommateur ; c'est « la boîte à motivation » chère à Anne Borgne qui constitue le déclencheur du processus de changement de comportement. Cette boîte à motivation, il nous appartient de la remplir, par l'information, et dans la proximité. Dans ces conditions, on imagine volontiers que ce n'est pas dans une démarche soignante autoritaire, dogmatique ou surtout répressive que l'on peut espérer obtenir des résultats. Toutes ces démarches de maîtrise des comportements ont en commun cet élément clé qui est l'adhésion de la personne dépendante.

Je voudrais ici rendre hommage à la qualité de la réflexion et des recommandations du Conseil national du sida dans son document sur les risques liés aux usages de drogues. Il souligne le caractère très hétérogène de la population des usagers, irréductible à une caractérisation univoque des produits ; il rappelle le rôle essentiel des usagers eux même dans toute politique de réduction des risques et aussi que la stratégie des pouvoirs publics doit prévenir l'adoption de ces comportements à risque.

Ces considérations soulignent que nous devons aller au-delà même de démarches communes aux consommations de produits toxiques générant des dépendances, et inclure ces usages comme l'une des expressions des besoins ou attentes des citoyens, au milieu d'autres comportements, sexuels par exemple, qui tous contribuent à la recherche d'un équilibre au sein d'un environnement social, culturel, économique aussi.

Dans ce champ très évolutif des consommations, il nous faut innover, aller plus loin, ne pas rester enfermés dans les schémas de pensée ou de prise en charge : politique plus réaliste de la réduction des risques en milieu carcéral par exemple, ou étude des modalités de distribution d'héroïne sous contrôle médical, bien des démarches sont de nature à faire évoluer les représentations attachées à ces produits, et je voudrais rappeler l'étude demandée par Monsieur Bernard Kouchner sur les indications médicales du cannabis.

### Conclusion

Je voudrais revenir sur les significations des comportements de consommations : nous savons que le fond du problème n'est pas le produit consommé, mais le contexte de sa consommation, l'environnement social, affectif, économique.

Le livre récemment sorti, coordonné par J. Carpentier montrait bien, aux travers de multiples cas cliniques, l'extraordinaire diversité de ces parcours, dont l'évolution, avec le temps pouvait être heureuse. Il n'est jamais bien évident de savoir ce qui a été déterminant ; sans doute de rester toujours à l'écoute, attentif, et présent. Cette exigence de qualité est sûrement à mettre en commun dans nos démarches de prise en charge des addictions de toute nature.

## QUESTIONNAIRE d'EVALUATION THS5 GRASSE 2001

**RESULTATS**

484 participants ont rempli le formulaire ci dessus, soit 35% du nombre total de personnes accueillies.

- **AMBIANCE GENERALE :**

- moyenne : 25%
- bonne : 14%
- excellente : 33%
- géniale : 28%

- **QUALITE SCIENTIFIQUE**

- bonne : 39%
- excellente : 47%
- géniale : 14%

- **ASPECTS SOCIAUX ET «POLITIQUES»**

- mauvais : 7%
- moyen : 20%
- bon : 53%
- excellent : 13%
- génial : 7%

- **APPORT POUR LA PRACTIQUE QUOTIDIENNE**

- moyen : 36%
- bon : 14%
- excellent : 50%

- **MODALITES D'INSCRIPTION PAR HELI AIR MONACO**

- moyen : 17%
- bon : 50%
- excellent : 33%

- **QUALITE DE L'ACCUEIL**

- minable : 10%
- mauvais : 10%
- bon : 20%
- excellent : 50%
- génial : 10%

- **QUALITE DE LA TRADUCTION :** estimation variable ; impossible de tirer des conclusions

- **QUALITE DES HOTELS :** variable selon les hôtels

- **CONSEILLERIEZ-VOUS A VOS AMIS DE PARTICIPER AUX PROCHAINS THS ?**

- oui : 76%
- non : 0%
- ne sait pas : 24%

- **LA STRUCTURE TRANS-ET MULTIDISCIPLINAIRE VOUS PARAIT :**

- moyenne : 12%
- bonne : 17%
- excellente : 33%
- géniale : 38%

Pour les réponses «moyen» ou «bon», les propositions sont, pour un tiers, de mettre en place des colloques à thème et, pour deux tiers, de prévoir un élargissement de la structure multidisciplinaire vers d'autres axes, par exemple société ou santé publique.

Dans les propositions pour les prochains THS, on peut noter :

- une poursuite de la valeur scientifique des THS, si une amplification paraît difficile
- un congrès uniquement francophone, évitant la traduction et le choc des cultures
- une réduction du nombre d'orateurs
- un refus des présentations anecdotiques ou de niveau inférieur à la moyennes et des plaidoyers «pro domo» préservant le niveau scientifique et le temps donné aux orateurs de haut niveau, scientifiques ou de terrain
- attirer les pharmaciens
- faire parler davantage encore les associations, les patients et la population et les inviter plus nombreux sans limite financière, comme c'est déjà le cas
- une augmentation des sites de discussions, en particulier de cas cliniques, en vue de permettre plus de rencontres individuelles et conviviales
- une durée du congrès pour certains, moins longue, pour d'autres, plus longue
- un colloque plus médicalisé pour certains, moins pour d'autres
- offrir du café pendant les pauses
- revenir à une soirée artistique, voire dansante

**«DOTATION TREMPLIN »****SCHERING- PLOUGH**

«Dotation TREMPLIN Schering-Plough» est une dotation de 75 000 F par projet créée par SCHERING-PLOUGH en 1999 destinée à soutenir deux associations d'aide aux usagers de drogue dans la réalisation d'un projet de réinsertion socio-professionnelle.

Tous les ans, une « Dotation TREMPLIN Schering-Plough » de 75 000 F par projet est décernée.

C'est à Grasse, le 12 septembre dernier, dans le cadre de THS 5 (5ème Colloque international Toxicomanies, Hépatites, Sida) que s'est déroulée la cérémonie de remise des deux «Dotations TREMPLIN Schering-Plough 2001» en présence de l'ensemble des membres du jury :

- Dr P. COURTY du CSST de Clermont-Ferrand,
- Dr L. de MASSE, président du Réseau Santé Paris-nord,
- Mr D. GOOSSENS, directeur de l'Association l'ELF d'Aix en Provence,
- Mme S. KARMAN-BILAL, de l'Association Santé Promotion Conseil en Insertion,
- Dr W. LOWENSTEIN, Médecin des Hôpitaux, Interniste pneumologue, Directeur du Centre Monte-Cristo à Paris,
- Mr G. MULLER, du Centre de soins spécialisé pour personnes toxicomanes à Nanterre.

La première dotation fut remise à l'association PROSES de Bagnolet (93), représentée par Madame Malet-Longcote, et Madame Isambart pour récompenser un projet permettant aux usagers de drogue de débiter une nouvelle vie. L'objectif de ce projet est de fournir un lieu d'hébergement provisoire à des usagers de drogue pour leur permettre de se faire dépister, de se soigner et de débiter un traitement de substitution tout en démarchant vers une réinsertion sociale (formation, emploi, famille, ...)

La deuxième dotation récompense l'association RuptureS de Lyon, représentée par Madame Plechier et Monsieur Jerabek, respectivement responsable projet et directeur, pour leur projet consacré à l'accueil des femmes toxicomanes. L'association RuptureS va réserver un espace à ces femmes afin de les aider à se prendre en charge pour un meilleur accès aux soins, un meilleur suivi de leur santé et de leur bien être dans le cadre de leur traitement de substitution.

Monsieur Ravagnani de l'association E-Motion-Art, lauréate de la Dotation Tremplin Schering-Plough 2000 est venu présenter l'état d'avancement du projet de revalorisation personnelle par l'image et formation aux techniques bureautiques informatiques pour lequel elle a été récompensée l'année dernière.

Lors de la prochaine remise de la « Dotation TREMPLIN Schering-Plough » 2002, les lauréats de cette année viendront présenter l'avancée de leurs projets.

Les associations lauristes ont, de plus, reçu une œuvre originale de Jean MIOTTE.

*Les associations qui souhaitent recevoir le dossier de candidature pour la Dotation TREMPLIN Schering-Plough 2002 peuvent effectuer leur demande par fax au 01.41.06.36.65. Les dossiers de candidature sont à renvoyer avant le 15 Février 2002.*