

Toxicomanie

Guide pratique du travail des « réseaux »

Avec votre patient
Que faire ?
Comment faire ?







Présentation

Ce guide fait suite à l'ouvrage déjà paru « guide pratique du travail des réseaux ». Il le complète tout en apportant une approche différente.

Il le complète sur des sujets peu ou pas abordés comme la prison, la réinsertion, ou les nouvelles drogues. Il insiste sur les préoccupations actuelles des intervenants : les benzodiazépines, l'alcool ou le sevrage d'un traitement qui se termine.

Il apporte une approche différente car il est recentré sur des cas cliniques traités de manière pragmatique pour constituer une aide directe à la décision des médecins, pharmaciens ou travailleurs sociaux en charge des patients usagers de drogues.

Il se veut donc au plus près des attentes de ceux qui travaillent dans les centres spécialisés comme en secteur libéral ou associatif.

Aujourd'hui, le travail de coopération en réseaux est reconnu et soutenu par des professionnels de santé et les acteurs sociaux, mais nous constatons sur le terrain les limites du dispositif actuel qui repose principalement sur les médecins généralistes et la Buprénorphine Haut Dosage. En effet, la mise à disposition de médicaments anti-addictifs aux opiacés (MAAO) chez les médecins généralistes rend de grands services et a radicalement changé les données de Santé Publique dans ce domaine ces dernières années. L'offre de soins doit pourtant se poursuivre, notamment afin que les médecins prescripteurs puissent trouver des relais en matière de prise en charge psychiatrique et d'accompagnement psychosocial. De plus, afin de permettre à un plus grand nombre d'usagers de drogues d'accéder à une prise en charge et de stabiliser une certaine frange de patients, ce travail se doit d'être complété par une ouverture thérapeutique vers d'autres traitements.

L'appui de l'environnement social hors milieu toxicomanie (amis/famille) est un élément décisif complémentaire du traitement et de la relation avec les soignants dans le parcours d'insertion des usagers de drogues.

Cela demande, la plupart du temps, soutien et accompagnement social pour l'individu, mais aussi pour son entourage afin que l'utilisateur obtienne une certaine autonomie vis-à-vis des substances psychoactives et notamment de l'héroïne.

Cette pratique nécessiterait une politique sociale plus cohérente ainsi qu'une approche multisectorielle mieux adaptée aux besoins des personnes les plus en difficulté et à leur cumul de vulnérabilité.






Sibel Bilal
Directrice de SPCI
(Santé Promotion Conseil et Insertion)





Sommaire

Pages

- | | | |
|-----|--|---|
| 7 | Études de cas |  |
| 43 | Fiches techniques |  |
| 93 | Courriers types |  |
| 101 | Glossaire |  |
| 109 | Carnet d'adresses national
Liste de quelques centres de soins
spécialisés à l'étranger |  |



Cas cliniques

Pages

- 9 Véronique veut entrer en traitement de substitution et récupérer ses enfants
- 13 Patrick, suivi dans votre centre, a craqué et doit passer en ville
- 15 Chantal, veut passer de la méthadone à la buprénorphine HD
- 17 Jean-Marie a un usage abusif de benzodiazépines et veut se sevrer
- 19 Fabienne veut se faire refaire les dents
- 21 Fabrice vient d'être condamné à une peine de 6 mois de prison
- 23 Kader sort de prison après une année de détention
- 25 Guillaume a un usage excessif du cannabis
- 27 Bruno, étudiant, prend souvent de l'ecstasy
- 29 Mohammed, porteur du virus de l'hépatite C, est consommateur d'alcool
- 31 Béatrice vit seule avec son enfant, très déprimée, elle doit être hospitalisée
- 33 Gabriel veut arrêter son traitement de substitution
- 35 Christine est enceinte
- 39 Pascale, bénéficiaire du RMI, se sent prête à travailler





Véronique veut entrer en traitement de substitution et récupérer ses enfants

Véronique a trois enfants placés dans la pouponnière de son département. C'est à sa demande qu'ils y sont car elle s'estimait incapable de s'en occuper étant en plein conflit avec leur père et dans la galère des produits.

Elle n'est pas sous traitement de substitution et est suivie tant bien que mal.

Le père de ses enfants est lui aussi toujours consommateur d'héroïne, il doit partir, mais ne le fait pas. La vie à la maison est intenable.

Véronique a une grande fragilité personnelle. Son obsession est de récupérer ses enfants et pour cela entamer un traitement de substitution. Elle est connue des services sociaux et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Vous passez un contrat avec elle.

À savoir

L'essentiel de la relation future entre le généraliste et le patient toxicomane se joue lors des premières consultations. Souvent l'UD se présente à une consultation avec l'idée qu'il pourra obtenir un produit (dont la symbolique est peu différente de la drogue) auprès d'un prescripteur (peu différent de son dealer habituel...).

L'obtention d'un produit qui doit le soulager l'emporte sur toutes les considérations qui sont celles du médecin : diagnostic et évaluation de la toxicomanie, arrêt de l'héroïne, bilan de santé, suivi psychologique, etc. Il faut donc avoir un programme de prise en charge sur plusieurs consultations, avec une répartition des objectifs dans un temps donné.

Que faire

Pour Véronique

Ce qu'il faut faire :

- Faire une première consultation rapide si elle se présente dans un contexte de manque avec des douleurs multiples et une agitation. Rien ne sert de temporiser sinon d'augmenter la pression. Il faut simplement répondre à la question : s'agit-il véritablement d'une héroïnomanie pharmacodépendante ? Comment la reconnaître : l'interrogatoire sera très précis sur les antécédents, la consommation de drogues, l'histoire personnelle, la marginalisation, les incarcérations.
- S'il s'agit bien d'une héroïnomanie en manque, il faut prescrire immédiatement en urgence un opiacé facile d'utilisation et de toute sécurité, comme on le ferait pour soulager une forte douleur de niveau III telle une colique néphrétique.
- Faire une délivrance immédiate (trousse d'urgence) ou une prescription courte (maximum une semaine) avec une délivrance rapprochée y compris quotidienne par le pharmacien que l'on aura préalablement choisi et contacté avec elle.
- Prescrire une posologie suffisante et revoir la personne rapidement pour envisager la poursuite du traitement de substitution. Avec l'objectif d'arriver à une prise unique, en début de traitement, il peut être utile de conseiller au patient de le prendre de manière fractionnée.
- Vérifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie, orienter vers la CPAM. C'est-à-dire demander à voir l'attestation de Carte Vitale, vérifier si elle est en cours de validité. Demander aussi si la Carte d'Identité, indispensable à toute démarche, n'est pas perdue.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Temporiser avec l'idée de vérifier la réalité de la motivation (ici récupérer ses enfants) à arrêter l'héroïne, car elle est toujours « avouée » mais jamais très élaborée dans cette période où le médicament prescrit est avant tout un produit soit au mieux d'antalgie immédiate soit recherché avec l'espoir d'effets morphiniques.
- Prescrire sur une longue période de la buprénorphine HD ou pire associée à d'autres benzodiazépines.
- Laisser l'UD gérer seul ses médicaments sans l'aide du pharmacien et sans la votre. L'informer de vos disponibilités et voir avec le pharmacien la possibilité d'augmenter la posologie après accord téléphonique.

Dès la seconde consultation

Ce qu'il faut faire

- Vérifier que la posologie est correctement adaptée : s'il y a un surdosage, les effets secondaires décrits sont la fatigue et la somnolence.
- Si nous sommes en sous-dosage : l'état de manque ressenti par le patient lui-même se caractérise par un malaise, un mal-être, des douleurs diverses. Il faut alors adapter la dose. Pour mémoire, la buprénorphine HD se présente sous 3 dosages : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg.
- Il faut communiquer avec le pharmacien pour avoir son avis sur le traitement, le vécu du patient, l'observance. Le pharmacien apparaît comme le partenaire indispensable. Il est même plus proche que le médecin du patient et de ses réalités quotidiennes. Il aura même déjà rencontré la famille ou il sera le témoin des fréquentations du patient pas toujours recommandables. Il sera le confident au quotidien, pourra dépister un sous-dosage ou une anxiété majeure qui ne vous seraient pas apparus.
- Il faut s'assurer du calendrier des démarches administratives et sociales à effectuer, démarches qui auront du mal à être assurées les premiers jours avant la stabilisation du traitement.
- Commencer à établir le dossier médical et social, pour mieux connaître son environnement immédiat : amis, famille, connaissances dans le quartier, afin d'identifier les facteurs favorisants (un conjoint hors de la drogue et très présent) ou à risques de rechute (un ami dealer qui lui veut du bien...).

- Contacter les services sociaux et l'ASE¹, qui la connaissent, pour les impliquer dans le contrat.
- Évaluer les problèmes du couple : en demandant à rencontrer le père des enfants, et lui proposer à lui aussi un traitement. En cas de refus, l'aider à partir, car la réussite du traitement de Véronique en dépend.

Ce qu'il ne faut pas faire

- Relâcher l'encadrement initial trop rapidement : prescriptions courtes, délivrances rapprochées par le pharmacien. Pas de poly-prescriptions d'autres psychotropes.
- Croire que si les premiers jours se passent bien c'est gagné dans la bataille contre l'héroïne ; il est démontré qu'il faut parfois plusieurs semaines pour obtenir un arrêt constant de la consommation d'héroïne. Il faut rappeler que la rechute fait partie du suivi et qu'il faut en parler.

Comment faire

Le contrat entre le médecin et son patient UD

Jamais la notion de contrat n'aura autant été employée dans ce type de consultations si particulières. Notons qu'en médecine générale, on pourrait parler de contrat dans bien d'autres situations : avec le patient alcoolique qui rechute sans cesse, avec l'hypertendu peu observant, avec la personne âgée devenue dépendante de son petit comprimé pour dormir...

L'UD, il est vrai, est classiquement le premier : à ne pas prendre de rendez-vous, à être toujours pressé comme un homme d'affaires, à détourner les prescriptions. Et cela est passé dans les images et les clichés couramment employés.

Pourtant, cette image est aujourd'hui pour le toxicomane suivi en traitement de substitution complètement éculée.

Le toxicomane ainsi traité devient presque un modèle de patient, toujours régulier, payant d'une manière ou d'une autre sa consultation.

La notion de contrat change donc beaucoup et celui-ci doit être équilibré entre les deux parties.

Le patient ex-UD s'engage à être suivi par le même médecin et le même pharmacien (dont le nom sera indiqué sur l'ordonnance sécurisée).

La réinsertion sociale par le soin médical est un processus qui demande beaucoup d'efforts sur soi-même : accompagné par l'équipe médecin/pharmacien/travailleur social, le patient s'engage à effectuer toutes les démarches décidées conjointement pour récupérer ses enfants.

De son côté, le médecin s'engage à assurer la continuité des soins même en son absence car le traitement ne peut être interrompu brutalement sauf à risquer un état de manque. Il faut donc travailler en réseau.

Évaluer les problèmes du couple

Si son compagnon veut lui aussi entrer dans un traitement de substitution, cela renforcera Véronique dans sa démarche. Elle ne peut se sevrer de l'héroïne dans une vie commune avec quelqu'un qui continue ses injections devant elle.

S'il ne veut pas de traitement, il faut aider le couple à se séparer, même momentanément.

Peut-être y-a-t-il un problème de logement, un problème de ressources. Il faut l'orienter vers les services sociaux.

À terme, ne pas oublier que l'objectif est peut-être que le couple se retrouve dans une vie sans héroïne avec leurs enfants.



Vigilance

Il est maintenant établi que nous n'avons pas de succès dans les traitements de substitution sans que l'UD ait un réel projet de vie.

Arrêter l'héroïne n'est qu'une étape, le fait qu'en France les médecins généralistes aient seuls sur leur dos la prise en charge des UD, sans réels réseaux sociaux de soutien avec les moyens nécessaires, reste problématique.

Voir fiches techniques	Page
Les bonnes questions à poser lorsqu'on reçoit un UD	45
Les bonnes questions de sociabilité à poser lorsqu'on reçoit un UD	65
Buprénorphine HD	50
Cadre légal des traitements de substitution	48
Bilan de santé du toxicomane	47