

Toxicomanie

Guide pratique du travail des « réseaux »

Quels « réseaux » ?
Comment ?





Sommaire

Pages		
7	Cas cliniques	
75	Fiches techniques	
159	Courriers types	
169	Glossaire	
177	Index des mots-clefs	
181	Répertoire du travail en réseau	
187	Carnet d'adresses national	



Cas cliniques

Pages

- 9** **Comment traiter l'urgence**
Le cas de Stéphane
- 15** **Être enceinte et toxicomane**
Le cas de Sonia
- 19** **Être toxicomane et séropositif**
Le cas de Ahmed
- 25** **Sevrage ou traitement de substitution**
Le cas de Fatoumata
- 29** **Un hébergement en urgence, est-ce possible ?**
Le cas de Bruno
- 33** **Traitement du substitution, benzodiazépines et alcool**
Le cas de David
- 37** **Comment traiter la rechute à l'héroïne**
Le cas de Patricia
- 41** **Méthadone : mode d'emploi**
Le cas de Carlos
- 45** **Les pharmaciens et le Stéribox®**
Le cas de Abdelkader
- 49** **L'insertion professionnelle : rêve ou réalité**
Le cas de Fethi
- 53** **Co-morbidité psychiatrique et toxicomanie**
Le cas de Fabienne
- 57** **Toxicomanie à la cocaïne**
Le cas de Jean
- 61** **Hépatite C et traitement de substitution**
Le cas de Fanny
- 65** **Accueil haut seuil - accueil bas seuil
Accompagnement ou assistance**
Le cas de Julien
- 69** **Chômage, ennui, solitude chez le toxicomane**
Le cas de Emmanuel



La problématique du médecin

La demande au médecin

«J'ai des douleurs abdominales, est-ce ma grossesse qui pose un problème?»

L'essentiel

La grossesse est un moment privilégié pour parfaire le bilan de santé de la femme UD qui est sous traitement de substitution. La régularité des consultations rendue indispensable par le traitement permet tant bien que mal l'organisation d'un suivi régulier.

Dans tous les cas, même en l'absence de problèmes sociaux, le travail en réseau doit s'imposer. L'orientation vers une maternité spécialisée est importante.

Examen clinique

(FT: *Le bilan de santé du toxicomane*, p.87)

En ce qui concerne les douleurs abdominales, chez une femme enceinte de 3 mois, le médecin fera un examen clinique minutieux afin d'écartier un problème infectieux (infection urinaire, MST²) ou une menace de fausse-couche spontanée (présence de contractions, etc.).

La recherche d'une infection urinaire systématique à la bandelette permet le dépistage d'une bactériurie asymptomatique surtout en cas d'antécédents : uropathie préexistante, diabète. Une menace de FCS³ est toujours présente.

En dehors de cela, les classiques douleurs coliques, majorées par l'angoisse, on le sait, sont souvent là.

Prescription

Après l'examen clinique (pesée, hauteur utérine, TA⁴, consignation des éléments sur un dossier), l'échographie sera l'examen de choix pour vérifier la vitalité du bébé et le risque d'une grossesse pathologique.

En cas de doute ne pas hésiter à prendre dès maintenant contact avec la maternité pour avoir un avis spécialisé.

Dans ce cadre la méthadone sera poursuivie. Le sevrage est absolument contre-indiqué.

(FT: *Grossesse et toxicomanie*, p. 156)

Le suivi

Un contact sera établi avec le TS qui suit Sonia afin d'échanger sur son cas et soutenir le travail de l'autre.

Le contact sera pris précocement avec la maternité qui accueillera la mère et son enfant.

Le suivi d'une femme sous méthadone n'est pas courant et nous devons choisir une maternité spécialisée avec une expérience de ce type de situations. On entrera directement en contact avec les sages femmes et l'on s'assurera que l'AS hospitalière soit entrée en relation avec l'AS de secteur.



La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

«Je n'ai pas de sécu et j'aimerais bien avoir un logement correct pour mon bébé.»

L'essentiel

Un grand nombre d'actions sont à mettre en place, d'un point de vue social, c'est clair : il faut faire un diagnostic global, entamer les rapports avec la CAF, la recherche d'un logement, etc., et tisser un réseau pluridisciplinaire de proximité en partenariat très étroit avec l'hôpital pour accompagner Sonia dans son projet de vie.

Couverture sociale

Sonia peut bénéficier d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale dans le cadre de sa grossesse. Pour cela, il faut faire la déclaration de grossesse auprès de la CAF¹, si elle perçoit une allocation (RMI⁵, API⁶...) ou auprès de son centre de Sécurité sociale, si elle est salariée. Elle recevra alors un carnet de maternité, dans lequel se trouvent les formulaires d'examens médicaux obligatoires à renvoyer à la Sécurité sociale.

(FT: *Couverture sociale - Régime général*, p. 96 - *Assurance maternité*, p. 101)

Hébergement

(FT: *Hébergement d'urgence*, p. 134 - *Les aides au logement*, p. 119)

L'accès à un logement social est souvent long, aussi peut-on privilégier une orientation vers un centre maternel qui permettra un accompagnement à la relation mère-enfant. Compte tenu du nombre restreint de places, une admission en prénatal est à favoriser.

Dans l'impossibilité d'accéder à un centre maternel, un hébergement en foyer (CHRS⁷) ou en appartement thérapeutique sont également possibles.

Si aucune solution n'est trouvée et si Sonia n'y est pas opposée, l'ASE⁸ pourra prendre en charge quelques nuitées d'hôtel.

Ressources

Vérifier les ressources actuelles de Sonia en fonction de sa situation : familiale, et au regard de l'emploi... (API + AJE⁹, ASF¹⁰).
(FT: Assurance maternité, p. 101 - Allocation Parent Isolé, Allocation Jeune Enfant, p. 136)

Inscription en crèche

Les difficultés d'accès en crèche sont à rappeler, une inscription précoce est à effectuer, par ailleurs, cette démarche peut avoir une portée éducative.

Protection de l'enfance

La relation mère-enfant et les capacités de Sonia à prendre en charge son bébé sont également à évaluer.

Dès que l'on évoque une « toxicomanie » chez une mère ou un père –souvent en amalgamant d'une part usage récréatif, usage excessif et dépendance, et d'autre part, produit à effet léger et produit à effet massif– nombre d'intervenants qui ne maîtrisent pas la question s'effrayent et envisagent rapidement un éloignement de l'enfant. Pourtant ne sont pas rares les parents qui savent gérer leur usage sans jamais mettre en péril leur enfant et l'éduquer comme tout un chacun, en le tenant éloigné de leurs pratiques.

Cependant, si une action est à entreprendre (orientation sur la PMI¹¹, signalement au substitut du Procureur de la République, ou demande d'une mesure d'assistance éducative), cela se fera après la naissance, de concert avec l'hôpital où Sonia aura accouché.

(FT: *Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse*, p. 128)

Force est de constater que les relations de l'UD avec ses propres parents sont souvent conflictuelles ; une rupture du lien familial existe parfois depuis de nombreuses années. La grossesse est alors un moment privilégié pour restaurer ce lien : l'AS pourra proposer une prise de contact avec les futurs grands-parents. Le changement de statut (parents devenant grands-parents) peut impulser un investissement affectif de leur part, dont l'enfant bénéficiera. De plus, leur soutien auprès de Sonia et de son bébé sera un élément déterminant en matière de protection de l'enfance.



La problématique de la sage femme

La demande à la sage femme

« Je suis enceinte depuis 3 mois est ce que la méthadone est contre indiquée comme médicament ? Est-ce qu'il va falloir désintoxiquer mon bébé ? »

L'essentiel

Le suivi sera rapproché comme pour toute grossesse à risque ; les 2 principaux risques de la toxicomanie sur la grossesse sont la prématurité et le risque de souffrance fœtale liée à l'éventuel manque de la mère. Les risques sont réduits en cas de prise de méthadone. Il faut l'expliquer dès le début à la patiente pour qu'elle soit partenaire de son suivi et consciente de l'importance de la qualité de ce suivi.

Grossesse et méthadone

La méthadone n'est pas contre-indiquée, elle est au contraire indiquée pour une patiente enceinte dépendante à l'héroïne. Ce qui est contre-indiqué c'est l'arrêt brutal de la méthadone pendant la grossesse ou la diminution avant 14 semaines ou après 32 semaines. En dehors de ces périodes, on peut diminuer lentement la méthadone mais sous surveillance obstétricale. Il n'y a pas de risque de malformation lié à la méthadone. Il n'est pas inutile de rappeler aux parents que c'est beaucoup moins dangereux que l'héroïne et qu'il faut prendre un seul produit et non plusieurs. Soyez vigilant face à la polytoxicomanie.

N.B. : Contre-indication : il faudra rappeler à l'équipe obstétricale de ne pas délivrer de nalbuphine : une patiente sous méthadone risque une crise de manque ; c'est le rôle de l'anesthésiste d'en informer les sages-femmes.

La désintoxication du bébé

C'est la première inquiétude des parents et de leur entourage, ils vont poser la même question à tous les intervenants pour se rassurer. Il est très important que tous répondent la même chose sinon le risque est grand de déstabiliser les parents. La méthadone passe dans le placenta, le bébé reçoit la méthadone pendant la grossesse, rien ne permet de dire en quelle quantité.

Dans les jours qui suivent la naissance, **un syndrome de sevrage peut se déclarer**. Ce syndrome sera d'intensité variable, sans apparemment de corrélation avec la quantité de méthadone absorbée par la mère, rien ne permet d'en prévoir l'importance. Le délai de quelques jours permet l'installation de la relation mère-enfant et facilite la préparation de ce passage



Fiches techniques

Pages

Généralités

- 77 La Loi 70
- 79 La réduction des risques
- 82 Indicateurs et tendances

L'accueil des UD

- 85 Les bonnes questions à poser
- 87 Le bilan de santé du toxicomane
- 88 L'accueil social en urgence des UD
- 89 L'accueil de l'UD à l'officine

Les produits consommés par les UD

- 90 Les produits illicites et leurs effets
- 94 Mémo : évaluation de la dépendance
- 95 Les nouveaux produits

Fiches sociales

- 96 Couverture sociale - régime général
- 97 Protection sanitaire et sociale
- 98 Documents nécessaires en vue d'une hospitalisation
- 99 Aides médicales
- 101 Assurance maternité
- 102 Arrêt de maladie
- 103 Longue maladie - ALD 30
- 104 Assurance invalidité
- 105 La COTOREP et l'allocation adulte handicapé
- 107 Le revenu minimum d'insertion (RMI)
- 108 Protection sociale des étrangers
- 109 Convention d'assistance réciproque avec la France
- 110 Aide médicale des étrangers
- 111 Couverture sociale des chômeurs
- 112 Détenus/Sortants de prison
- 113 Sida et protection sociale
- 115 Sida et aides sociales
- 117 ASSEDIC
- 118 Fond social de l'ASSEDIC
- 119 Aides au logement
- 122 Prévenir l'expulsion
- 124 Les huissiers
- 125 Surendettement des familles

Cette ouvrage ne prend pas en compte les modifications occasionnées par la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

La loi 70

En France, la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 constitue le fondement législatif du dispositif institutionnel. Il faut y intégrer la loi du 12 juillet 1916 qui pose le principe d'établir par voie réglementaire la liste des produits illicites. Ce texte permet ainsi de ne pas recourir au législateur pour modifier cette classification.

La mise en place des décrets subséquents à la loi de 1970 repose ainsi sur le caractère licite ou illicite du produit.

Souvent complétée par des textes réglementaires, cette loi n'a jamais été modifiée par le législateur. Elle s'inscrit dans le cadre de la « lutte contre les fléaux au Titre II du Code de la Santé Publique ».

Cette inscription souligne la complexité du problème soulevé par la toxicomanie et conforte les tabous sociaux.

Le législateur de 1970 pose des principes qui s'appliquent encore aujourd'hui :

Définition de la toxicomanie qui est décrite comme une pratique portant atteinte aux individus et, à travers eux, la société.

Interdiction d'usage en privé des produits stupéfiants.

Dès lors, la mise en place des dispositions de la loi vise à éradiquer la drogue en articulant les actions autour de deux principes complémentaires : l'abstinence et la désintoxication pour les usagers dépendants.

La loi de 1970 s'articule autour de trois pôles

- Le principe d'interdiction d'usage de produits stupéfiants et la répression du trafic.
- Une mesure alternative thérapeutique (injonction thérapeutique).
- Le principe de gratuité des soins et d'anonymat pour les usagers demandeurs d'une cure de sevrage.

Si ce texte demeure majeur dans la législation française c'est qu'il confère à l'Etat le soin de prendre en charge le toxicomane. Ce principe n'a pas été remis en cause par les lois de décentralisation.

Les diverses dispositions d'ordre général inscrites dans le texte de 1970 s'appliquent toujours aujourd'hui. Elles ont trait à la mise en place d'une surveillance sanitaire relevant des dispositions du code de la santé publique¹.

INJONCTION THÉRAPEUTIQUE ET OBLIGATION DE SOIN

La pratique des dispositions de la Loi du 31 décembre 1970 qui intéressent l'autorité sanitaire va très vite trouver ses limites et conduire à la prise en charge des seuls usagers signalés par le procureur de la République à la Ddass².

Cet article prévoit que :

- l'autorité sanitaire fait procéder à un examen médical et à une enquête familiale et sociale³ avant d'orienter la personne interpellée vers le dispositif de soins.
- Dans le cas où cette personne se révélerait dépendante aux substances psychoactives, le code pénal stipule que l'autorité sanitaire lui enjoigne de suivre une cure de désintoxication⁴.
- Si son état ne nécessite pas de cure de désintoxication, la personne est placée sous surveillance médicale⁵.

1. L'obligation de soin

Mise en œuvre de l'obligation de soins⁶ : le code pénal prévoit expressément : « Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état. » Elles pourront alors bénéficier de la réduction, voire de l'exonération de leur peine.

N.B. : même si l'usager se soumet à cette procédure l'inscription au casier judiciaire demeure.

2. L'injonction thérapeutique

Depuis 1981, l'injonction thérapeutique⁷ du fait de l'évolution du dispositif de l'obligation de soins n'intéresse plus que le premier niveau du temps de procédure judiciaire, à savoir le moment de l'interpellation.

Cette mesure est limitée⁸ aux usagers de produits stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne, l'usage massif du cannabis.

Cette mesure connaît depuis 1987 une application renforcée du fait du développement des politiques de lutte contre les risques et de l'octroi de crédits supplémentaires. Une réflexion portant sur l'actualisation de l'application de cette mesure est en cours visant notamment à recentrer la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers dépendants.

Les autres obligations de soins déterminées par le législateur ne sont plus guère utilisées par les magistrats.