

# *Formation prise en charge des usagers*

## *ALTAU Le Relais*

P Millet, Mai 2012

### **MILDT Drogue et Loi**

*(nb= C'est l'état actuel de la Loi mais on peut espérer qu'elle évolue, au moins sur certains points)*

### **Chaque individu est-il libre de faire ce qu'il veut pourvu qu'il ne nuise pas aux autres ?**

**OUI.** Ce principe figure dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 - qui fait partie de la Constitution - et il a été réaffirmé par le Comité Consultatif National d'Éthique. Néanmoins, on admet que certains comportements qui ne nuisent pas directement à autrui soient sanctionnés pénalement (port obligatoire du casque en moto ou de la ceinture de sécurité en voiture) en invoquant notamment le coût de ces comportements pour la collectivité (notamment la sécurité sociale). La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme admet d'ailleurs l'internement des toxicomanes et des alcooliques. Enfin, l'usage de substances psychoactives facilite des comportements qui, eux, nuisent clairement à autrui (accidents de la route ou du travail, violences entre autres).

### **Existe-t-il une définition juridique des drogues ?**

**NON.** La notion de « drogue » ne figure pas dans la loi parce qu'il n'y a pas un régime juridique commun à l'ensemble des « drogues ». Toutefois, dans le langage courant les « drogues » regroupent les différentes substances qui modifient le fonctionnement du système nerveux central et peuvent provoquer une dépendance. L'alcool et le tabac sont qualifiés de drogues licites parce que leur commerce et leur usage sont admis. Les stupéfiants sont qualifiés de drogues illicites parce que leur commerce ou leur usage sont interdits, sauf à des fins médicales et scientifiques.

*Remarques :* Même si le tabac et l'alcool sont des substances licites, leur commerce comme leur usage est soumis à une réglementation stricte dans l'intérêt de la santé publique.

### **Existe-t-il une liste des stupéfiants ?**

**OUI.** Il existe plus de 170 plantes et substances stupéfiantes qui figurent sur une liste établie par un arrêté du Ministre de la santé. La décision de classer une plante ou une substance sur cette liste est prise en tenant compte de son danger potentiel pour la santé humaine et du risque d'abus que sa consommation suscite.

*Remarques :* Il existe également un classement international des stupéfiants établi par les Nations Unies sur avis de l'Organisation Mondiale de la Santé. La liste française des stupéfiants inclut toutes les plantes et substances classées par les conventions internationales de l'ONU.

## **La loi établit-elle une différence entre drogues « douces » et drogues « dures » ?**

**NON.** La loi française ne fait aucune différence entre les drogues dites « douces » et les drogues dites « dures ».

*Remarques :* La distinction entre drogues « douces » et drogues « dures » existe dans plusieurs pays européens comme les Pays-Bas, l'Espagne ou la Suisse. Elle correspond à un régime juridique différent, l'usage, voire le commerce des drogues « douces » sont tolérés sous certaines conditions, variables selon les pays, tandis que le commerce et l'usage des drogues « dures » sont interdits. Les Pays-Bas ont toutefois décidé en 2009 d'ajuster leur politique en matière de cannabis au regard des dommages sanitaires et des conséquences sur l'ordre public.

## **Quelle est la politique française en matière de drogues ?**

La politique française de lutte contre les drogues s'inscrit dans une perspective de santé publique. Elle est destinée à prévenir l'usage des drogues licites ou illicites et à soigner les usagers dépendants.

La prévention passe par des campagnes d'information et la diffusion des connaissances sur les effets des drogues dont la présente rubrique est une illustration. Elle s'accompagne aussi de mesures limitant la publicité pour les drogues licites. La législation française vise aussi à contrôler l'accès aux drogues en réglementant la production et la commercialisation des drogues licites et en sanctionnant pénalement la contrebande de drogues licites et le trafic de drogues illicites.

Enfin, la législation française interdit l'usage et le commerce des produits classés stupéfiants conformément aux conventions internationales. Elle interdit également certaines boissons ayant une très forte teneur en alcool. Cette prohibition s'accompagne d'une politique de soins aux usagers dépendants, d'une politique de réduction des risques, et de programmes de soins anonymes et gratuits pour les toxicomanes.

*Références :* MILDT Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

## **2. CIM 10 - Chapitre V - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)**

, par [OMS](#)

- ▶ F10 -Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- ▶ F11-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
- ▶ F12-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
- ▶ F13-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
- ▶ F14-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne
- ▶ F15-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine
- ▶ F16-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes
- ▶ F17-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac
- ▶ F18-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils
- ▶ F19-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives

### **Abus de substances psycho-actives DSM IV (1994)**

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

## **Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)**

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives). La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

## **Dépendance DSM IV (1994)**

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

1 - Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
- b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2 - Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
- b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

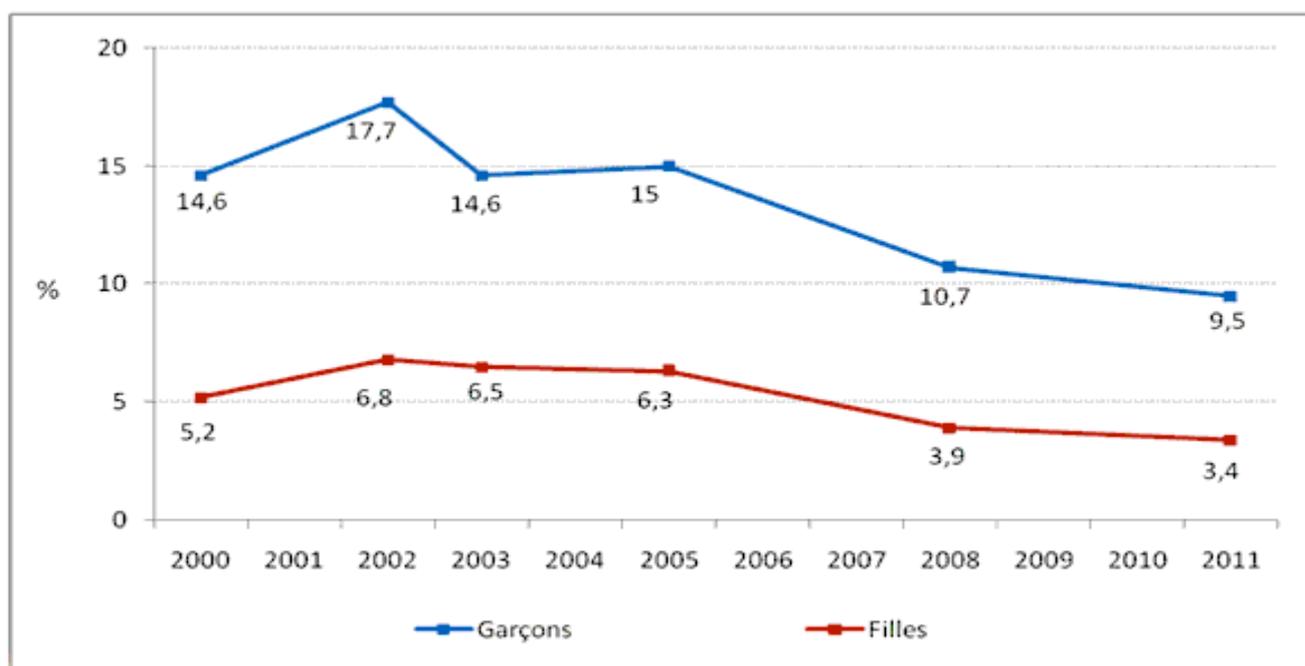
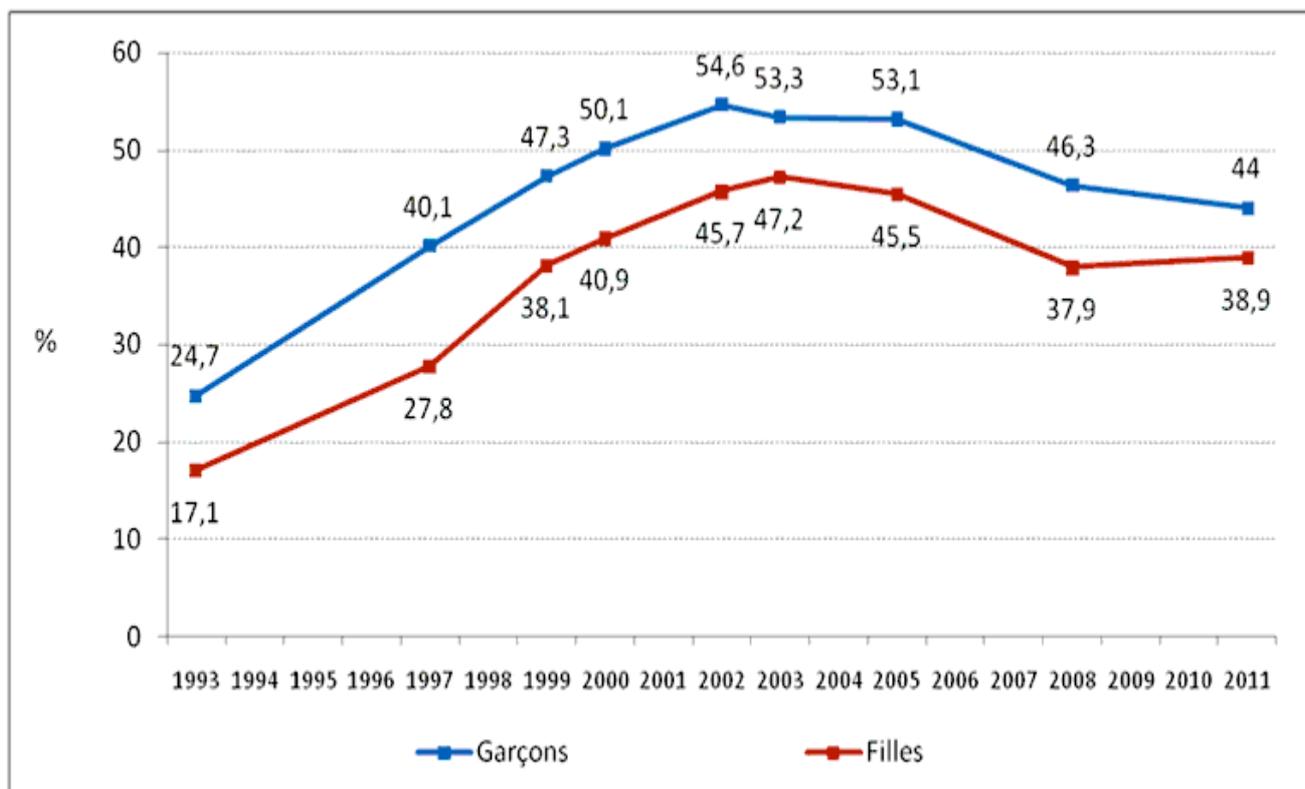
3 - La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.

4 - Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

5 - Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

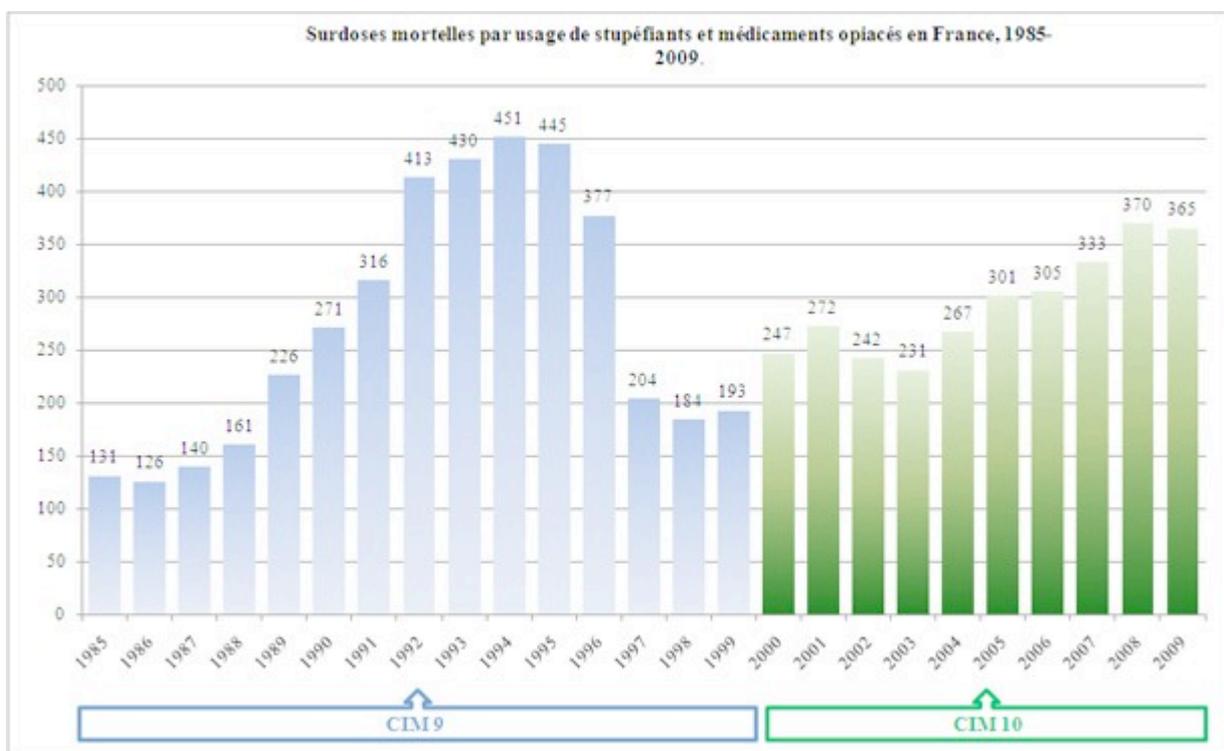
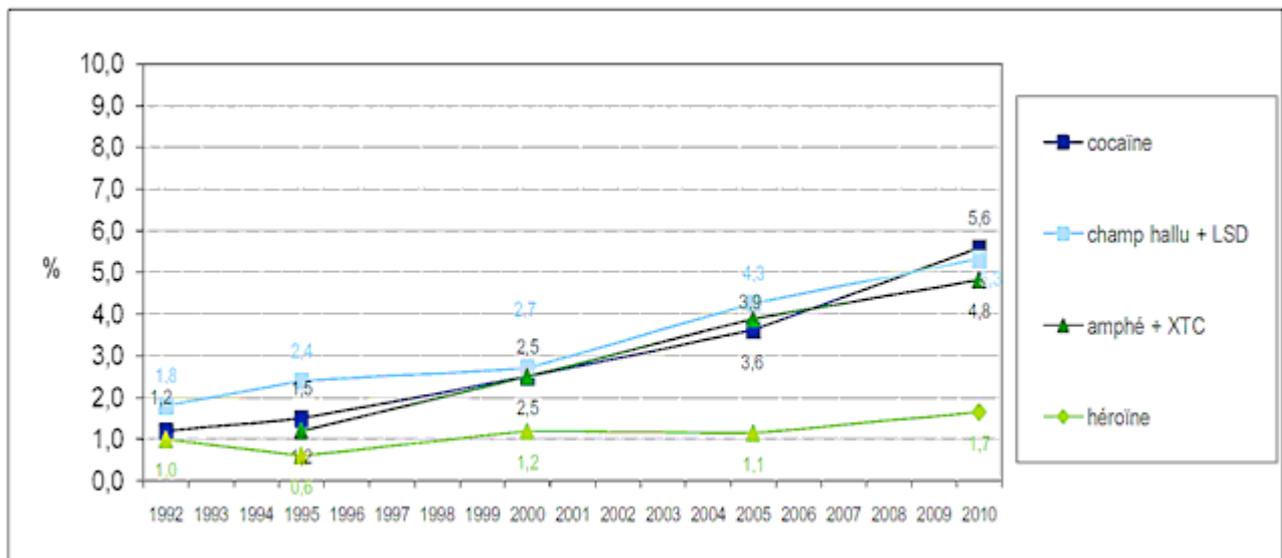
## Quelques éléments statistiques de consommation

**Cannabis** : Usage « au cours de la vie » vs régulier à 17 ans

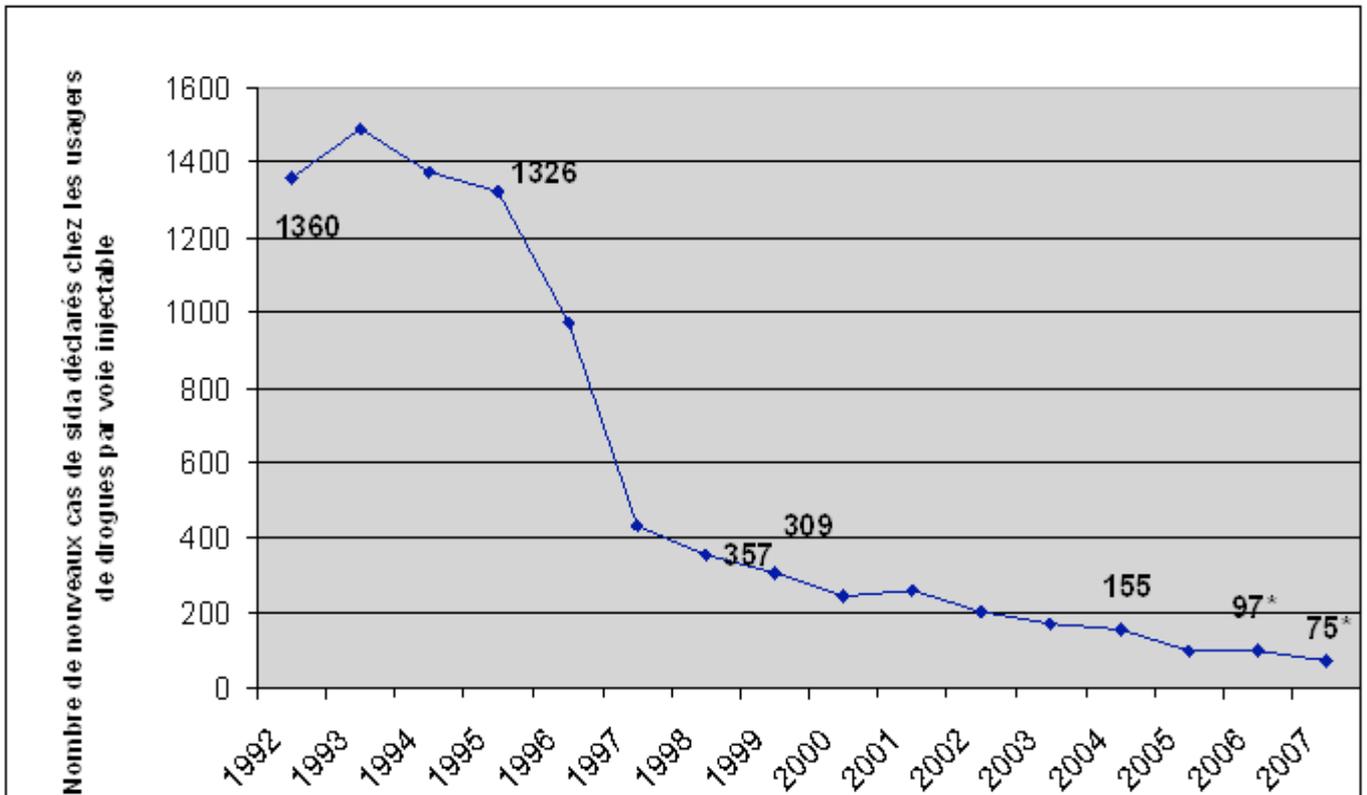
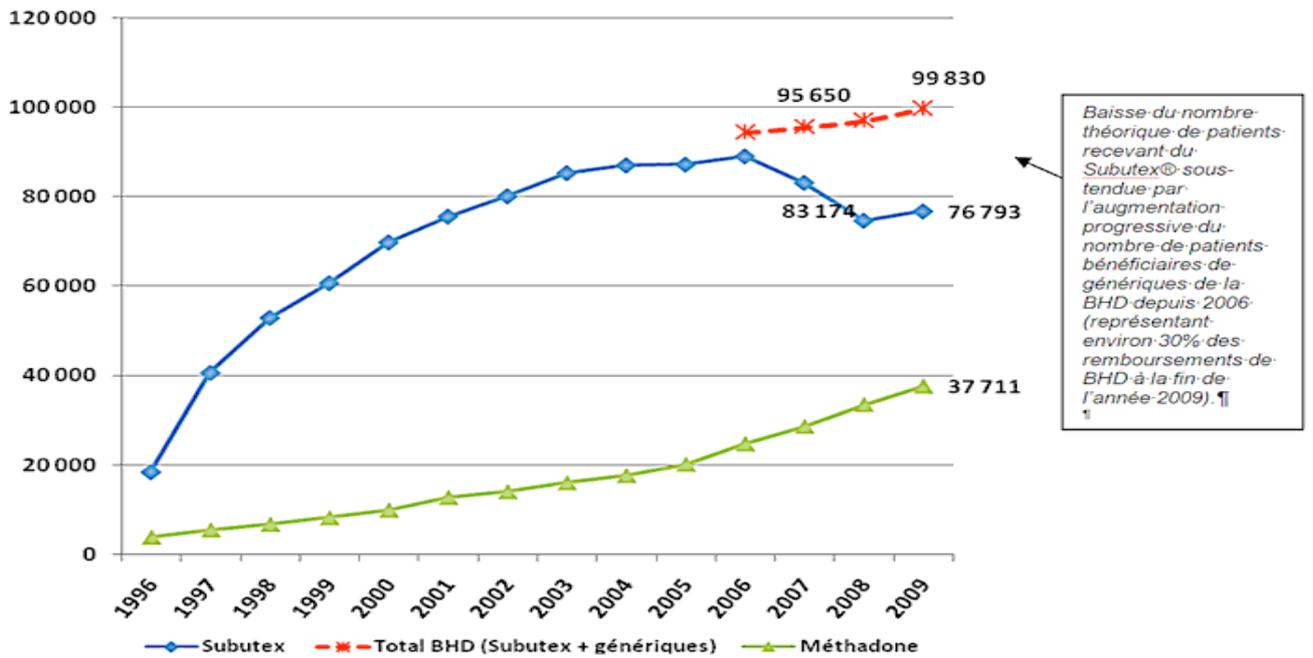


## Autres substances

Usage « au cours de la vie » 18-44 ans



## TSO Sub vs Méthadone



\*Données au 30/06/08 provisoires non redressées pour les délais de déclaration.

## Les effets du cannabis (hors effets thérapeutiques) (Réf. Wikipédia = cannabis)

### Effets recherchés

D'une manière générale, les effets varient en intensité et en durée, en fonction du mode de consommation, des teneurs respectives en THC (effet *high*) et CBN (effet *stone*) ainsi que du sujet, de son état physique et psychique. Les effets peuvent durer entre quelques minutes (inhalation) et quelques heures (ingestion). Leur durée est tout autant variable.

Généralement :

- [euphorie](#), hilarité, excitation,
- relaxation, détente, sensation de flottement,
- facilité d'[introspection](#) (disparition de l'[inhibition](#)),
- association d'idées créatives,
- stimulation de l'[appétit](#) (Voir [Usage médical](#)),
- sommeil,
- sensation d'extrême plaisir même face à des choses parfois futiles.

Des doses plus violentes peuvent induire une augmentation de la [perception](#) auditive et visuelle (diminution de l'[inhibition latente](#)), qui peut engendrer des [hallucinations](#) et conduire au *bad trip* ou au contraire amplifier les sensations durant un spectacle musical ou devant un film, effet souvent recherché.

### Effets indésirables



*Sommité fleurie de cannabis, partie destinée à être consommée*

Après la consommation, l'usager peut manifester les symptômes suivants :

- yeux rouges, [mydriase](#),
- [tachycardie](#), hypertension/hypotension,
- assèchement buccal (familièrement appelé « la pâteuse » ou « moquette » souvent caractérisée par un blanchiment de la langue),
- anxiété,
- altération de la mémoire immédiate,
- troubles de la perception du temps (quelques minutes semblent être des heures, ou l'inverse),
- [paranoïa](#),
- peut révéler une schizophrénie latente. Toutefois, ce n'est pas la cause immédiate de la

schizophrénie. Il s'agit davantage d'un facteur précipitant. En effet, les effets hallucinogènes des drogues peuvent entraîner le début de troubles psychotiques. Le risque est important chez les personnes vulnérables à cette maladie,

- des vomissements sont possibles (surtout avec le haschich) mais sont surtout provoqués par les produits coupants ou l'angoisse due à la perte de repères.

Lorsqu'il est pris par un conducteur, il augmente le risque d'[accident de la route](#) et double le risque d'accidents mortels.

### Effets cognitifs

Le cannabis altère la [mémoire](#) immédiate, la [concentration](#), le rappel des souvenirs ou des mots, et peut donc diminuer les capacités d'apprentissage. En l'état actuel des connaissances, la mémoire ne semble pas affectée au-delà du temps des effets du cannabis, c'est-à-dire quelques heures. Cette amnésie est multipliée en cas de consommation associée avec de l'alcool.

Des universitaires américains ont découvert que le cannabis perturbe les processus de mémorisation du cerveau en désorganisant le fonctionnement électrique de l'[hippocampe](#), structure-clé du [cerveau](#) pour l'activation de la [mémoire](#). Le cannabis aux doses usuellement présentes chez ses consommateurs supprime les oscillations électriques, essentielles dans le processus d'apprentissage et de mémorisation. Les processus cognitifs sont désorganisés.

Selon le professeur Jean Costentin, la principale substance active dans le cannabis, le THC, bloque aussi la libération d'un [neurotransmetteur](#) important dans l'hippocampe, l'[acétylcholine](#), affectant le fonctionnement électrophysiologique du cerveau.

En 2006, le service de neuropsychologie de l'[INSERM](#) de [Marseille](#) avait montré que le cannabis perturbait chez le fœtus la formation des réseaux de [neurones](#) dans le développement du cerveau, ce que confirme la proportion très élevée d'enfants ayant un retard mental chez les mères consommatrices.

### Effets psychiques

L'usage de cannabis peut traduire un mal-être psychique - parfois insoupçonné - pouvant se transformer en [paranoïa](#), crises d'angoisses, sentiment d'oppression. Il existe aussi quelques cas de psychose cannabique aiguë.

Au niveau neuro-psychiatrique, la substance peut diminuer l'attention, aggraver ou révéler des troubles psychiques comme n'importe quel psychotrope. Un syndrome amotivationnel (démotivation) peut apparaître, ainsi que : manque d'estime de soi, intempérance, dépression et tendances suicidaires. Il existe une corrélation entre l'usage prolongé du cannabis et la [dépression](#) chez certains patients mais il reste difficile de dire si le cannabis produit la dépression ou si la dépression favorise une consommation chronique... Différentes études, à la crédibilité variable, suggèrent des liens entre [schizophrénie](#) ou [psychose](#) et cannabis.

### Adolescence

Selon une étude, il n'y aurait aucune différence sur le plan cérébral entre ceux qui ont régulièrement fumé de la marijuana au cours de leur adolescence et ceux qui n'en ont jamais fait usage. Une autre étude affirme plutôt que les personnes prédestinées à la schizophrénie voient leurs symptômes précipités lorsqu'elles commencent à consommer pendant l'adolescence. La consommation intensive de dérivés concentrés, comme l'huile de [haschisch](#), favorise, particulièrement à l'adolescence, l'apparition des troubles psychotiques.

## Effets comportementaux

Des troubles de comportement sont observés chez l'animal de laboratoire qui y est exposé, y compris chez des espèces très éloignées des mammifères comme l'[araignée](#). Le cannabis est un des produits dont les effets ont été testés sur des araignées dès les années 1950. Comme pour d'autres drogues, les araignées qui y sont exposées, même à de faibles doses, ont produit des [toiles](#) tout à fait anormales. Plus la toxicité du produit est élevée, plus l'araignée laisse de manques dans sa toile.

## Effets somatiques

À long terme, les effets sur l'homme ont besoin d'être étudiés. On cite cependant des affections durables des voies respiratoires similaires au tabac : toux, [cancer](#) bronchique, [bronchite](#) chronique, [emphysème](#) (du fait d'inhalations profondes et prolongées). Par ailleurs, l'inhalation de la combustion de produits de coupe souvent présents dans le [haschisch](#) expose l'utilisateur à des risques aussi aléatoires que néfastes. L'herbe a été exceptionnellement coupée à l'eau, au sable voire au verre pillé afin d'alourdir la masse et donc d'augmenter les prix.

Une [dépendance](#) physique existe, même si elle est moins marquée que pour d'autres produits, probablement du fait de la demi-vie plus longue du THC dans le corps. Il faut également signaler qu'une dépendance physique au tabac, utilisé dans la confection du joint, se manifeste très souvent chez les fumeurs réguliers de cannabis. Cependant, un joint peut également être confectionné uniquement avec la substance.

Selon une étude d'une association de consommateurs, fumer trois joints équivaut à fumer un paquet de cigarettes. La fumée de cannabis contient sept fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone que la fumée du tabac seul. Cet essai est en contradiction avec d'autres travaux scientifiques qui estiment que « fumer du cannabis n'accroît pas le risque de cancer » ou que les risques cancérogènes sont à imputer à la présence de nicotine due au mélange avec du tabac. Alternativement à la combustion, l'usage d'un vaporisateur, en vente libre, délivre une vapeur de cannabinoïdes pratiquement pure.

La consommation à l'aide d'une pipe à eau augmente très fortement l'inhalation de produits toxiques.

## Effets sur la conception et la reproduction

La consommation régulière de joints, chez l'homme, contribue à une baisse de la fertilité.

Pendant la [grossesse](#), la consommation de cannabis risque d'entraver l'activité cérébrale du [fœtus](#), retardant le développement du cerveau in utero. La tératogénicité de la consommation de cannabis durant la grossesse semble cliniquement non significative. Cependant, après une exposition *in utero* au cannabis, des atteintes cognitives pendant les années d'enfance ont été observées, avant tout sur l'attention et les tests d'hypothèses par voie visuelle.

## Autres effets

Fumer du cannabis peut être un facteur de risque de la [maladie parodontale](#) (maladie du tissu soutien des dents) qui est indépendant de l'utilisation du tabac.

## Effets et conséquences de la Cocaïne (réf. Wikipédia = cocaïne)

Chez la femme enceinte, la cocaïne traverse la barrière [placentaire](#) et expose le [fœtus](#) à des risques de retard de croissance, accidents vasculaires, malformation.

### Effets ressentis

L'usage de la cocaïne provoque :

- la sensation d'avoir la gorge gonflée, anesthésie du nez et des dents ainsi qu'une difficulté à déglutir,
- une forte [euphorie](#) appelée « flash » plus intense que pour l'héroïne mais moins que pour le crack,
- un sentiment de puissance intellectuelle (illusion de tout comprendre et d'avoir une intelligence inconcevable) et physique (voire sexuelle) qui provoque une désinhibition [6](#),
- une indifférence à la douleur, à la fatigue et à la faim [6](#),
- baisse de la fatigue,
- dans certains cas : [hallucinations](#), [délire](#).

Ces effets vont laisser place ensuite à ce qu'il est commun d'appeler « descente » ou « *craving* » : un [état dépressif](#) et à une [anxiété](#) que certains apaiseront par une prise d'[héroïne](#) ou de médicaments psychoactifs tels que [antidépresseurs](#), anxiolytiques, calmants divers.

### Effets à court terme

- augmentation du rythme cardiaque ([tachycardie](#)), voire [troubles du rythme cardiaque](#). Les [douleurs thoraciques](#) ne sont pas rares, pouvant aller jusqu'à un [infarctus du myocarde](#). Elles sont dues à un effet vaso constricteur sur les [artères coronaires](#) ainsi qu'à un effet [thrombogène](#) (facilitation de la formation de caillots),
- augmentation de la pression sanguine ([hypertension](#)) et de la respiration [6](#),
- [hyperthermie](#),
- [crampes](#), tremblements, [spasmes](#), [épilepsie](#),
- [saignements de nez](#), [anosmie](#) durant 48 heures en cas de prise par voie nasale.

La levée des inhibitions peut provoquer une perte de jugement entraînant parfois des actes inconsidérés, tels que la violence, des comportements très agressifs.

### Effets à long terme

Consommée de façon régulière, la cocaïne peut provoquer :

- une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins [6](#) : les tissus, insuffisamment irrigués, se nécrosent. C'est souvent le cas de la cloison nasale avec des lésions perforantes pouvant aller jusqu'à la nécrose des parois nasales chez les usagers prisant régulièrement la cocaïne, les molaires subissent également l'action corrosive de la cocaïne,
- des troubles du rythme cardiaque pouvant entraîner des accidents cardiaques,
- des troubles de l'humeur : irritabilité, [paranoïa](#), attaque de panique, [dépression](#),
- troubles du système nerveux : panique, sentiments de persécution, actes violents crises de paranoïa et hallucinations,
- une augmentation de l'activité psychique [6](#) : des [insomnies](#), des [amnésies](#), des difficultés de concentration, tics nerveux, etc.,

- une [dépendance](#) psychique rapide et forte. On estime que 20% des usagers deviennent dépendants. La dépendance à la cocaïne est parfois réversible mais même après un arrêt complet de consommation, il faut attendre de 12 à 18 mois sans rechute pour être considéré comme « guéri ».

La [tolérance](#) ne concerne que certains des effets notamment l'euphorie et est fortement liée aux sensibilités individuelles.

Le syndrome de [sevrage](#) n'a été officialisé qu'en [1987](#) et ses manifestations physiques ne sont pas toujours observables.

La consommation abusive de cocaïne entraîne des dégâts irréversibles au cerveau, et parfois la démence.

## Habitudes de consommation de la Cocaïne

### Usage le plus répandu

- prisée (ou « sniffée » en [langage courant](#)) : méthode consistant à inhaler la cocaïne sous forme de poudre, en général au moyen d'un petit tube appelé « paille ». La cocaïne est alors disposée en petits tas filiformes, appelés « traits », « barres », « rails », « lignes », « *tracks* », « lichettes », « pointes », « poutres » ou « traces » ou « pilouche ». L'effet se fait sentir au bout de deux minutes et dure environ une heure.

### Usages courants

- [freebase](#) : cocaïne base (libérée de son sel) en mélangeant le [chlorhydrate](#) (cocaïne poudre) avec de l'[ammoniaque](#) (ou du [bicarbonate de soude](#)), ensuite chauffée jusqu'à apparition des cristaux (il s'agit de cocaïne « basée »), puis lavée à l'eau, ceci pour éliminer toutes les traces d'alcali (ammoniaque, bicarbonate, etc.) ayant servi à sa préparation. Sous forme « basée », elle est volatile, et se fume dans une pipe spécifique (parfois considéré comme analogue au [crack](#)). L'effet se fait sentir au bout de deux minutes et dure environ 30 minutes,
- fumée en [joint](#),
- « chasser le dragon » : méthode consistant à inhaler les vapeurs de cocaïne, chauffée la plupart du temps sur une feuille d'aluminium par le dessous,
- ingérée en « *parachute* » une dose de cocaïne, enveloppée dans du papier à cigarette, est gobée. L'effet se fait sentir au bout de 20 minutes et dure environ 1 heure,
- injectée en intraveineuse. L'effet se fait sentir au bout de 10 secondes et dure environ 20 minutes. Elle se rencontre généralement chez les [polytoxicomanes 6](#).

### Usages anecdotiques

- appliquée sur certaines muqueuses (rectale, vaginale ou gland). L'insensibilité obtenue passe pour prolonger l'acte sexuel car ces zones sont anesthésiées,
- par voie orale sous forme d'extrait, de teinture ou de vin. Cet usage était majoritaire au [XIXe siècle](#).

Elle est parfois consommée avec de l'[héroïne](#) (« *speed-ball* ») afin de compenser les effets [dépresseurs](#) de l'héroïne par les effets [stimulants](#) de la cocaïne. Avec de l'alcool, ceci augmente la [toxicité](#) des deux produits.

# L'Héroïne

## Usage détourné et récréatif (réf. Wikipédia)

### Formes

L'héroïne pharmaceutique se présente sous la forme d'une poudre blanche très fine, mais dans la rue, elle peut se présenter sous la forme de poudres brunes, beiges ou blanches, plus ou moins fines. Il arrive que le produit soit compressé sous forme de « cailloux » lors de son conditionnement. On trouve également une forme solide ou pâteuse, très impure, produite au Mexique et importée aux USA, le « *black tar* » ; son importation en Europe est anecdotique. La couleur et l'apparence du produit dépendent de sa pureté (certaines étapes de la production permettant d'obtenir un produit plus pur et blanc étant omises) mais également des produits de coupe utilisés. La couleur n'est cependant pas une indication fiable pour juger de la qualité, pas plus que la présentation sous forme de « cailloux » : il est très facile de re-compresser la poudre après coupage.

Il existe des appellations sous forme de numéros. Celles-ci définissent des préparations différentes :

### N°3

Aussi désignée sous les termes héroïne brune, *brown-sugar*, *brown*, *golden brown*, *brownstone*, cassonade ; il s'agit d'héroïne-base, contrairement aux [sels](#) ([chlorhydrates](#) et [sulfates](#)) celle-ci est traditionnellement produite - afin d'être fumée - et consommée en [Asie du sud-est](#) car elle n'est pas soluble dans l'eau bien que certains consommateurs ajoutent du vinaigre ou du citron pour la transformer en sels (acétates et citrates) afin de la rendre soluble et injectable. Celle-ci est occasionnellement mélangée à des produits de coupe (caféine) présentant un point de fusion plus bas facilitant son inhalation lorsqu'elle est fumée. Elle se présente comme une poudre granuleuse de couleur brune à grise. Elle est obtenue à partir de l'héroïne acétylée. Cette héroïne ne peut être pure en raison d'une étape de raffinement manquante. Ainsi, dans les annales des saisies d'héroïne brune, 25 % correspondant à un héroïne marron puissante, 40 % au maximum.

### N°4

Aussi désignée sous le terme d'« héroïne blanche », il s'agit du produit sous forme de sel soluble dans l'eau, en général du chlorhydrate d'héroïne. Elle se présente comme une poudre blanche à beige très fine et légère. Elle est obtenue en poussant plus loin le raffinage de la morphine. Elle est traditionnellement produite dans le [Triangle d'or](#) mais aussi au [Liban](#), en [Syrie](#) et au [Pakistan](#).

### N°1 et 2

Ces appellations ne sont pas utilisées. Elles correspondent théoriquement aux produits intermédiaires de la fabrication, l'héroïne ° 2 correspondant à la morphine-base.

### Héroïne « *Black tar* »

Une troisième sorte d'héroïne produite au [Mexique](#) existe bien que celle-ci soit principalement exportée aux [États-Unis](#) : le « *black tar* » (*goudron noir*) C'est une héroïne impure se présentant sous la forme d'une pâte, plus ou moins solide de couleur noire ou brunâtre, à l'aspect plus proche de l'opium que d'une poudre ; ses caractéristiques en font une substance particulièrement utilisée par les fumeurs d'héroïne. C'est une forme impure de la drogue, celle-ci est produite par les paysans mexicains qui n'ont qu'une faible expérience dans la culture du pavot et la production d'héroïne. Ceux-ci omettent nombre d'étapes dans le procédé de fabrication en transformant directement la morphine contenue dans l'opium en héroïne, sans passer par les étapes intermédiaires.

## Habitudes de consommation

L'héroïne se présente sous forme de [poudre](#) brune, rarement blanche. Elle est coupée de manière variable (souvent 90 % à 95 %) parfois avec d'autres produits psychoactifs ([cocaïne](#) par exemple) ou non, voire toxiques ([caféine](#) pour 86 % des échantillons, [paracétamol](#) pour 79 %). La composition comme le degré de pureté sont très variables.

L'héroïne peut se consommer par :

- insufflation (sniff),
- injection [intraveineuse](#), l'effet apparaît en moins d'une minute et s'estompe au bout de 3 à 5 heures,
- inhalation (fumée ou prisee), l'effet [analgésique](#) est alors dominant lors des premières prises. Rapidement l'effet psycho actif « apaisant » reste seul recherché.

On parle de « chasser le dragon » ou « faire un alu » : méthode consistant à inhaler les vapeurs d'héroïne, chauffée la plupart du temps sur une feuille d'aluminium par le dessous.

L'injection présente des risques accrus de [surdose](#) ou d'infections locales ou systémiques graves. L'héroïne a longtemps été associée à l'injection intraveineuse du fait des ravages sanitaires qu'avait provoqué ce mode de consommation dans les [années 1970](#). L'utilisation des traitements de substitutions comme le Subutex® ([buprénorphine](#)) et la méthadone et les campagnes de prévention et d'information sur cet usage qui permettait la transmission d'un certain nombre d'infections via les échanges de seringues ([sida](#), [hépatites](#) B et C), ont fait considérablement baisser ce mode de consommation, au point qu'il est considéré comme minoritaire dans les pays occidentaux.

Si les risques de transmission infectieuse sont considérablement réduits par la consommation en inhalation prisee, ils restent présents du fait de l'échange des pailles qui transportent le même type d'infections, la [tuberculose](#) en plus.

L'héroïne peut être consommée en « descente » de la [cocaïne](#) (c'est-à-dire après) pour atténuer les effets angoissants de la diminution de ce produit dans l'organisme ; et parfois en « [speed-ball](#) » (cocaïne avec héroïne) afin de compenser les effets [dépresseurs](#) de l'héroïne par les effets [stimulants](#) de la [cocaïne](#).

## Effets et conséquences

Du fait de leur structure moléculaire relativement proche des [endorphines](#) produites par l'organisme, les [métabolites](#) de la substance vont se lier au [récepteur opiacé-μ](#). Par ressemblance, les opiacés vont donc se substituer aux [endorphines](#) dans les récepteurs, entraînant une [euphorie](#), une analgésie et des effets anxiolytiques.

L'utilisation répétée de la diacétylmorphine aboutit à un certain nombre de changements physiologiques, y compris une diminution des récepteurs opiacés disponibles.

4 à 24 h après la dernière prise de diacétylmorphine les récepteurs sont toujours occupés par les opiacés, mais les effets de la substance perdent en intensité. Les récepteurs ne sont alors plus disponibles pour lier les endorphines, ce qui entraîne des conséquences graves et des effets inverses de ceux recherchés. C'est ce processus qui est responsable de l'[accoutumance](#) et de la [dépendance](#) physique, où le corps ayant réduit sa production d'endorphines présente des symptômes physiques de manque de cette substance, appelé le syndrome de [sevrage](#) aux opiacés. Ce syndrome entraîne des symptômes extrêmement inconfortables, comme la douleur, l'anxiété, l'insomnie et des spasmes musculaires.

Du fait, de son fort caractère [analgésique](#), elle peut masquer les douleurs dues aux infections.

En cas de [surdose](#), l'héroïne peut entraîner la mort par dépression respiratoire. Le surdosage étant généralement accidentel et imputé à une dose trop concentrée.

### Effets psychiques

- flash, relaxation, apaisement,
- euphorie,
- extase,
- sensation d'éloignement et d'évasion face au monde réel,
- apaisement de l'anxiété ([anxiolytique](#)).

### Effets somatiques

- réchauffement,
- [analgésie](#),
- [myosis](#),
- [bradycardie](#),
- [Hypotension artérielle](#),
- diminution de la [libido](#).

Ces effets sont suivis d'un état de somnolence.

### Effets à court terme

- problèmes gastro-intestinaux,
- ralentissement du rythme cardiaque,
- baisse de l'amplitude respiratoire,
- contractions importantes de la pupille ([myosis](#)),
- action antitussive,
- [hypothermie](#),
- démangeaisons.

### Effets à moyen terme

- baisse de l'appétit pouvant entraîner des carences alimentaires voire des problèmes buccodentaires,
- [constipation](#) et difficultés à uriner,
- [insomnies](#),
- interruption (*possible*) des [menstruations](#) chez la femme,
- courbatures.

### Effets à long terme

- forte [dépendance](#) physique et psychique,
- [accoutumance](#) acquise aux [opiacés](#),
- infections opportunistes du fait de l'état d'affaiblissement général,
- [trouble de l'humeur](#),
- [troubles anxieux](#),

- [apathie](#),
- problèmes cutanés,
- problèmes dentaires,
- repli sur soi, isolement.

## Dépendance

L'héroïne entraîne une forte [accoutumance](#).

L'arrêt brutal d'héroïne peut provoquer un syndrome de [sevrage](#) autrement appelé « manque ».

La [dépendance](#) à l'héroïne peut, de nos jours, être traitée par des [médicaments de substitution](#) : [méthadone](#) ou [buprénorphine](#) (Subutex®). Ces substituts sont des [opioïdes](#) synthétiques. Ils ralentissent l'apparition des symptômes de sevrage, les repoussant sans pour autant les supprimer. Les effets euphoriques de ces substances sont moindres et leur demi-vie (durée d'action) est plus grande que celle de l'héroïne, permettant ainsi une prise quotidienne unique. La substitution permet également de couper les patients [toxicomanes](#) du milieu de la drogue.

La finalité étant le sevrage définitif à court ou long terme en baissant les doses afin d'atténuer graduellement les symptômes de manque. *(En fait cette finalité de sevrage est souvent purement virtuelle et le nombre d'usagers de TSO vieillissant augmente régulièrement. D'ailleurs les avis d'experts définissant la toxicomanie comme une « maladie chronique » demandant un traitement prolongé, à l'instar du diabète ou de l'HTA, conforte cette vision chez les professionnels de santé - note de P Millet)*

La prise d'héroïne par voie intraveineuse est considérée comme un mode d'administration addictogène : cela induit une alternance cyclique entre un effet euphorisant rapide et intense, et un état de manque.

L'addiction à l'héroïne est décrite par un processus en trois étapes :

- *La lune de miel* : L'utilisateur consomme pour le plaisir. Sa consommation est considérée comme contrôlée. Une [tolérance](#) s'installe ainsi qu'une [dépendance](#) psychique.
- *La gestion du manque* : La dépendance physique apparaît. L'utilisateur consomme pour éviter l'état de manque. Il développe souvent une [polyconsommation](#) de gestion du manque (consommation de [benzodiazépines](#), [alcool](#), etc.).
- *La galère* : Le manque est omniprésent. La dépendance est majeure avec des comportements de perte de contrôle. L'héroïnomanie sera alors capable de tout pour financer sa consommation.

## Un usage rare en population générale (OFDT)

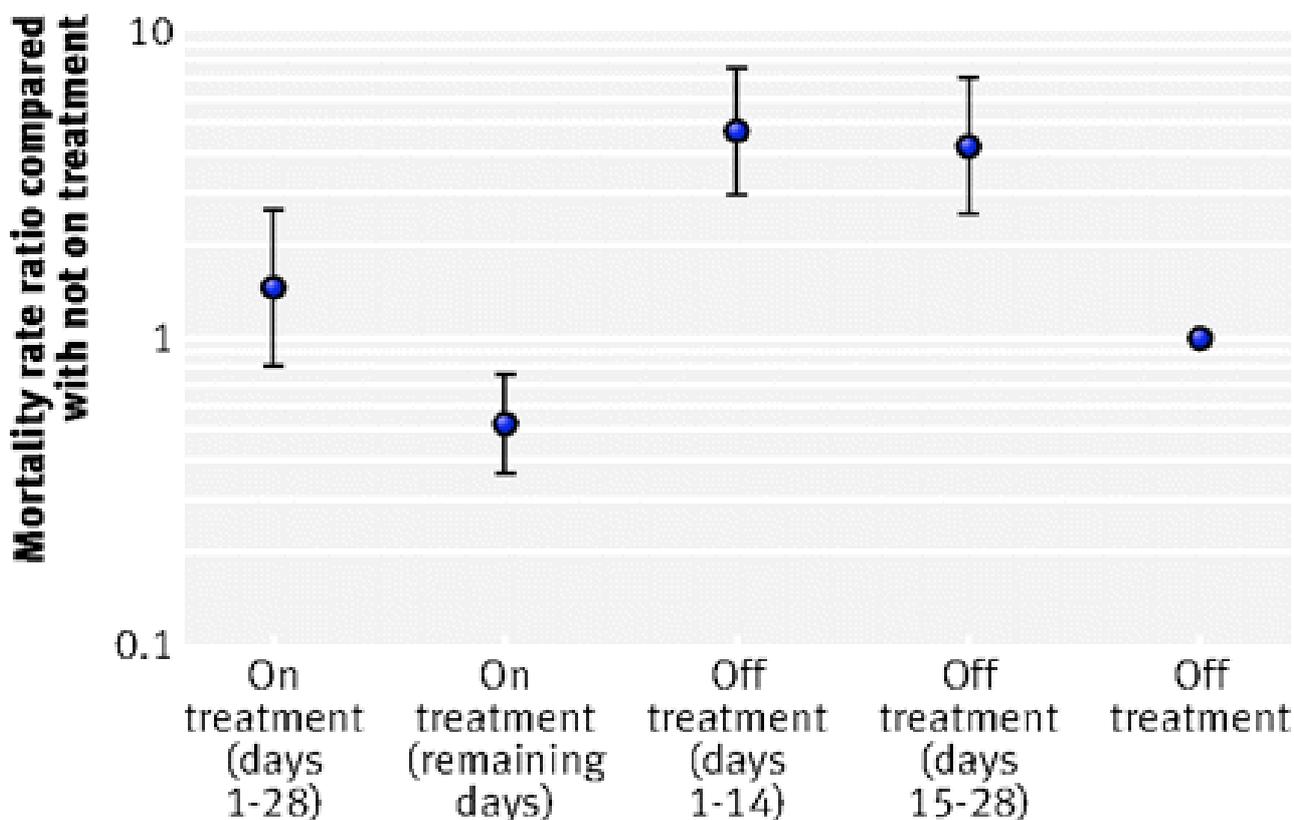
Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible. Il ne dépasse pas les 1 % que ce soit chez les 15-34 ans (0,9 %) ou les 35-64 ans (0,7 %) [1, 2]. Ce chiffre apparaît stable depuis le début des années 1990 [3]. Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 12-75 ans est estimé à 360 000 personnes [2].

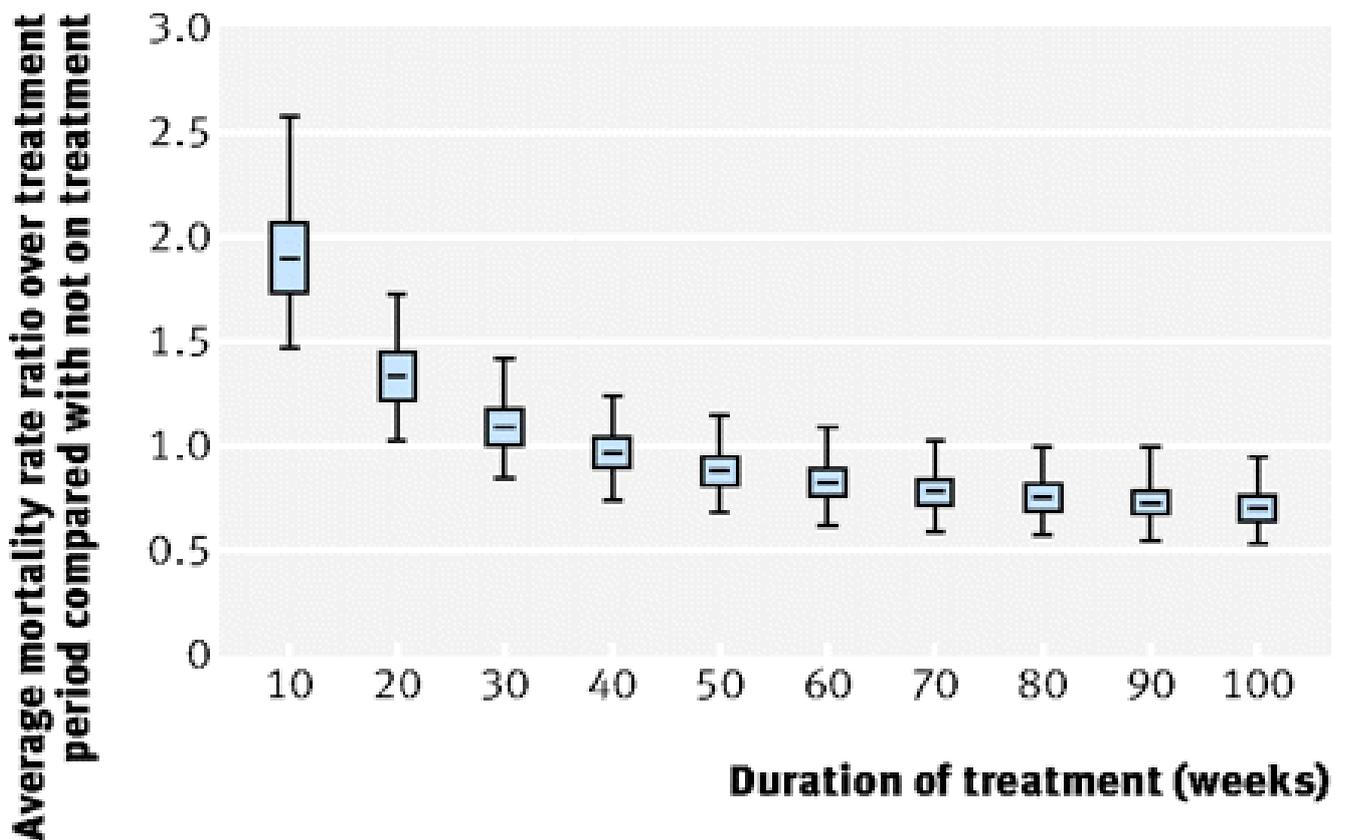
En 2008, parmi les jeunes âgés de 17 ans, l'expérimentation de l'héroïne s'élève à 0,8 % chez les filles et à 1,4 % chez les garçons [4, 5]. Ces chiffres apparaissent en hausse par rapport à 2005 (0,6% pour les filles et 0,8% pour les garçons). Entre 2000, date de la première enquête Escapad, et 2005, les niveaux sont restés stables. Les usages récents demeurent faibles, 0,4 % des jeunes de 17 ans en ayant pris au cours des trente derniers jours.



the rest of time on treatment. The crude mortality rate was 4.8 per 100 person years in weeks 1-2 after treatment stopped, 4.3 in weeks 3-4, and 0.95 during the rest of time off treatment: 9 (5.4 to 14.9), 8 (4.7 to 13.7), and 1.9 (1.3 to 2.8) times higher than the baseline risk of mortality during treatment. Opiate substitution treatment has a greater than 85% chance of reducing overall mortality among opiate users if the average duration approaches or exceeds 12 months.

**Conclusions** Clinicians and patients should be aware of the increased mortality risk at the start of opiate substitution treatment and immediately after stopping treatment. Further research is needed to investigate the effect of average duration of opiate substitution treatment on drug related mortality.





## *TSO Subutex Méthadone (Document ANAES)*

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE ET AU SUIVI DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS ?

### 1. BILAN PRÉALABLE

Le premier contact est fondamental. Être empathique est indispensable. Une alliance se noue entre le médecin et le patient dès la première consultation.

Le diagnostic de dépendance aux opiacés doit être confirmé.

La trajectoire et l'état de santé du patient sont évalués.

### 2. INITIALISATION DU TRAITEMENT

Le patient est informé et le cadre de soins est précisé.

Le secret professionnel est garanti.

La prise initiale du MSO doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque, le médecin doit en informer le patient.

L'arrêt le plus rapide possible de toute prise d'opiacé illicite est recherché.

Il est nécessaire de prendre en compte les risques d'interactions avec d'autres substances (notamment alcool, anti-rétroviraux, BZD, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, etc.).

**Méthadone :**

dose initiale : 10 à 40 mg/jour,

paliers d'augmentation 5 à 10 mg maximum par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale,

prise quotidienne unique orale. *(en fait la prise quotidienne orale est le but mais lors de l'induction la prise en deux fois est la règle pendant les premiers jours = dose de la veille le matin + complément dans l'après-midi typiquement. Par la suite, une prise biquotidienne peut être nécessaire chez les métaboliseurs rapides. Le dosage sanguin peut être utile pour affirmer le caractère de métaboliseur rapide mais il ne faut pas négliger le ressenti de l'usager, qui est malgré tout le meilleur expert de sa réaction au traitement - note de P Millet)*

**BHD :**

dose initiale : 4 mg à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles (doses supérieures à celles de l'AMM, qui justifient d'être validées par des études cliniques spécifiques),

respecter un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacé pour éviter le

syndrome de manque dû aux propriétés antagonistes de la buprénorphine,

paliers d'augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, jusqu'à la dose optimale,

prise quotidienne unique sublinguale. *(même remarque que pour la Méthadone - note de P Millet)*

**Contrôles urinaires :** pour la méthadone, la réglementation actuelle impose une analyse d'urines avant le début du traitement et la préconise pour le suivi. Le cadre réglementaire gagnerait à être homogénéisé pour les 2 MSO : analyse d'urines recommandée, voire indispensable, à l'initialisation du traitement pour vérifier la présence d'opiacés, et contrôles ultérieurs si besoin en accord avec le patient.

Le traitement initial est prescrit sur une ordonnance sécurisée, pour 1 ou 2 jours, avec délivrance quotidienne. Le nom de la pharmacie est écrit sur l'ordonnance.

L'initialisation du traitement est le début d'une longue collaboration médecin-pharmacien, avec échange permanent d'informations.

### 3. ADAPTATION DU TRAITEMENT

Recherche de la posologie optimale :

initialement par paliers de 1 à 3 jours pendant les 10-15 premiers jours, jusqu'à

suppression des symptômes de manque,

puis paliers de 4 à 7 jours.

Paliers :

méthadone : 5 à 10 mg

BHD : de 1 à 2 mg

Posologie de stabilisation :

méthadone : entre 60 et 100 mg/j.

BHD : 8 à 16 mg/j.

Durant cette période, le pharmacien doit être averti des modifications du traitement et des modalités de la délivrance. Il doit signaler en retour toute anomalie au médecin prescripteur.

#### 4. SUIVI DU PATIENT EN PÉRIODE DE STABILISATION

Il faut être vigilant vis-à-vis :

- des mauvaises utilisations du MSO,
- d'une reprise de consommation d'héroïne,
- de l'apparition ou de l'augmentation de la consommation d'autres substances psycho-actives.

En l'absence d'amélioration : réévaluation et réorientation de la prise en charge si besoin.

#### 5. QUAND ET COMMENT ARRÊTER UN TSO ?

La demande d'arrêt du traitement ne peut, en dehors de circonstances exceptionnelles, venir que du patient lui-même.

Il n'y a pas de durée optimale pour un TSO. Le soutien des patients dans leur projet d'arrêter un TSO est indispensable, suggérant des modalités d'arrêt les plus efficaces et les moins douloureuses possible.

L'expérience montre la possibilité d'arrêts lentement dégressifs. Les modalités de diminution sont gérées par le patient lui-même, en fonction de ses symptômes. Il est illusoire de fixer une durée a priori au processus de diminution en vue de l'arrêt d'un MSO.

Aucun critère fiable ne permet de prédire le succès ou l'échec d'une tentative d'arrêt d'un TSO. Il existe cependant des contextes plus favorables que d'autres (bonne insertion, arrêt de longue date de toutes substances non prescrites, etc.).

### **Changement de Tt (*switch*)**

#### **Methadone -> Buprénorphine**

La prise de Buprénorphine sur une imprégnation de Méthadone donne un état de manque. Il faut donc attendre environ 2 à 3 jours après la dernière prise de Méthadone pour donner la première prise de Buprénorphine. Il faut qu'il existe un état de manque depuis au moins quelques heures.

Idem par exemple pour un passage Skenan °Ê Buprénorphine mais avec un délai de 12 à 24h environ.

#### **Buprénorphine -> Methadone.**

Dans l'autre sens la succession est moins critique. En général pour commencer la Méthadone on demande une dernière prise de Buprénorphine la veille (au soir au plus tard).

Avec la Morphine il est aussi possible de donner l'antalgique (par exemple pour accident ou chirurgie urgente) assez rapidement, éventuellement en augmentant la dose (mais surveillance!!)

#### **Équivalence de dose**

Bien qu'en principe on puisse s'attendre à une équivalence d'environ 8 mg de Buprénorphine = 60 mg de Méthadone, il est prudent de baisser (de 20 à 30%) la dose calculée au moins pour les premières prises mais il est important de ré-évaluer.

Suboxone = combine Buprénorphine et Naloxone actif seulement si détournement (IV ou sniff).

Réduit en général le détournement de la BHD mais l'effet individuel est très variable. Peut être plus utile pour prévenir le détournement IV que pour le traiter ?

Par ailleurs goût différent, généralement mieux accepté qu'avec la Buprénorphine.

Le passage Buprénorphine -> Suboxone se fait directement.

## *Quels sont les risques des TSO ??*

### **Risque d'overdose =**

Méthadone :

La dose létale de méthadone pour un sujet « naïf » est de 1mg/kg (et est abaissée par l'association à d'autres produits). 50 % des overdoses à la méthadone surviennent pendant les 15 premiers jours de traitement.

D'où nécessité d'un contrôle urinaire (pour vérifier que la personne prend effectivement des opiacés) et d'une augmentation progressive.

Subutex :

En principe l'effet « plafond » réduit les risques d'overdose, qui ne sont présents qu'en association, surtout BZD et alcool.

Mais les recommandations de l'ANAES sont de commencer par une dose de 4 à 8 mg. (cas éventuel d'un sujet « naïf »)

Une étude anglaise a montré que la mortalité des « toxicomanes » sous TSO est de 0,70 (par rapport à une mortalité de base du toxicomane qui est environ \*2) mais elle est multipliée par 2 au moment de l'induction du TSO et par 8 au moment de l'arrêt (pendant 2 mois environ). (rapport effet-risque très défavorable à l'arrêt des opiacés, en cas de récurrence).

Il faut noter que pendant les 6 premiers mois la mortalité des usagers sous TSO est supérieure ( $r=1,5$  environ) à celle des usagers sans TSO.

### **Risques de la Buprénorphine**

Effet antagoniste = si pris après de la méthadone ou un opiacé retard = symptôme de manque aigu menant aux urgences très souvent. Difficultés en cas de nécessité de Tt antalgique (chirurgie par ex)

Détournement =

Injection , environ 30 % et 15 % à un moment donné. Abscès, syndrome de Popeye., risques de l'injection.

Sniff, peut être 10 % risque local.

### **Risques de la Méthadone**

Overdose

En principe pas injectable, surtout la forme sirop mais les gélules ne semblent pas injectées non plus.

### **Détournement pour deal**

Difficile à évaluer, mais c'est un sujet sensible pour le professionnel de santé , qui tend à sur-évaluer son impact. Risque pour l'acheteur !! (mais aussi indirectement risque judiciaire pour le dealer).

## Règles de prescription

Rappelons que l'ordonnance doit mentionner le nom, prénom, le sexe et l'âge du patient.

La rédaction des ordonnances de stupéfiant doit être faite en toutes lettres, c'est-à-dire prescription en toutes lettres :

- du nombre d'unités thérapeutiques par prise,
- le nombre de prise et le dosage des spécialités,
- les doses et le nombre d'unité de volume s'il s'agit de préparations.

### **Buprénorphine, Subutex®, Suboxone**

Prescription pour 28 (vingt huit jours) jours au maximum, délivrance hebdomadaire sauf indication contraire (« *pour des raisons particulières tenant à la situation du patient* ») (les pharmaciens demandent qu'on leur téléphone à l'induction du Tt et en cas de problème).

Ordonnance sécurisée, mention de la dose en toutes lettres, mention de la pharmacie de délivrance. Mention de « chevauchement autorisé » si la délivrance chevauche une autre délivrance. (« mention sur l'ordonnance » donc forme non normalisée = chevauchement, en complément de).

Normalement interdiction de faire une ordonnance quand une autre ordonnance est en cours (sauf mention sur l'ordonnance) = conséquence interdiction de faire une ordonnance « à échéance ».

Normalement substituable, sauf indication contraire. (signer la mention non substituable).

### **Méthadone**

Prescription pour 14 jours au maximum, délivrance hebdomadaire sauf indication contraire (« *pour des raisons particulières tenant à la situation du patient* »)

(les pharmaciens demandent qu'on leur téléphone lors de la première ordonnance « en ville » et en cas de problème).

Nb= la prise en charge au CSAPA est non payante (consultation et délivrance du produit). La prise en charge au CSAPA impose en principe des analyses d'urines aléatoires.

Ordonnance sécurisée, mention de la dose en toutes lettres, mention de la pharmacie de délivrance.

Mention de « chevauchement autorisé » si la délivrance chevauche une autre délivrance.

Normalement (sauf mention sur l'ordonnance) interdiction de faire une ordonnance quand une autre ordonnance est en cours = conséquence interdiction de faire une ordonnance « à échéance ».

Après 3 jours à dater de la rédaction de l'ordonnance, la délivrance de la totalité du traitement n'est plus autorisée mais seulement le traitement depuis la date de délivrance jusqu'à la fin du traitement (cette disposition s'appliquait aussi à la Buprénorphine mais a été supprimée)

**Gélules** = Tt autorisé après un an de sirop et si « le patient est stabilisé » (analyse d'urines obligatoire). L'ordonnance initiale doit être faite par le CSAPA initial.

**Relais Ville** = Dans un délai non formalisé après l'inclusion au programme (avis du CSAPA)

Ordonnance Relais mentionnant le médecin et la pharmacie. La dose peut être librement diminuée par le médecin mais pas augmentée au delà de la dose mentionnée.

Validité illimitée.

## Exemples

### **Buprénorphine (8 mg)**

Huit milligrammes par jour pendant vingt-huit jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée) (date du jour)

### **Subutex non substituable**

Huit milligrammes par jour pendant vingt-huit jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée) (date du jour)

### **Suboxone (8mg)**

Seize milligrammes par jour pendant vingt-huit jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée). (date du jour)

Chevauchement autorisé (ordonnance antérieure allant jusqu'à ce jour inclus)

### **Méthadone sirop**

Quatre-vingt milligrammes par jour pendant quatorze jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée) (date du jour)

### **Méthadone sirop**

Soixante milligrammes par jour pendant quatorze jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée). (date du jour)

Chevauchement autorisé (ordonnance antérieure allant jusqu'à ce jour inclus)

### **Méthadone gélules**

Quatre-vingt milligrammes par jour pendant quatorze jours. Délivrance hebdomadaire à la pharmacie de l'Eglise à Belfort. (délivrance la veille autorisée) (date du jour)

### **Ordonnance relais (sirop)**

Mr pascal X.....

Ordonnance relais ville Méthadone sirop

Médecin = Dr Lefort à Vyans le Val

Pharmacie de l'Eglise à Héricourt

Le 1/1/2011

### **Ordonnance relais (Gelule)**

Mr pascal X.....

Ordonnance Méthadone gélule

Médecin = Dr Lefort à Vyans le Val

Pharmacie de l'Eglise à Héricourt

Le 1/1/2011

## **Pour avoir l'avis des usagers !!!**

Une discussion sur le site [www.psychoactif.fr](http://www.psychoactif.fr)  
(plate forme web d'auto-support et d'entre-aide entre usagers de drogues, produits licites et illicites)

[prescripteur](#)

**formation aux generalistes**

**Bonjour,**  
**je fais le 7 juin une formation à quelques generalistes (mais notre CSAPA devrait a priori continuer par la suite).**  
**Ce sont plutot des generalistes nouvellement adhérents au reseau donc novices en matiere de toxicomanie.**  
**Est ce que des usagers (modérateurs si possible) pourraient me faire un message d'une page au max sur ce qu'ils souhaitent comme comportement de la part d'un generaliste. Je le joindrai au document de formation.**  
**Amicalement**

[pierre](#)

**Administrateur**

Bonjour prescripteur,

c'est bien si les modérateurs peuvent s'exprimer, mais c'est bien aussi si tout le monde peut s'exprimer. Nous en ferons une synthèse ensuite, exemples à l'appui.

Donc la demande, c'est "**que souhaiter vous comme comportement de la part d'un generaliste ?**"  
A vos claviers !

[Bicicle](#)

**Rat de laboratoire**

Personnellement, ce qui m'a empêché de consulter endant toutes ces années, c'est aussi en grande partie la peur de tomber sur quelqu'un de fermé d'esprit et qui me jugerait ou ne me prendrait pas au sérieux.

Bref, j'attendrais d'un généraliste qu'il ne se permette aucuns jugements moral ou aucune attitude réprobatrice. Et aussi, qu'il ne se permette pas de douter de ce que je peux lui dire.

Et je pense aussi qu'il est important qu'un généraliste qui a des compétences trop souvent limitées en matière de toxicomanie, sache orienter le patient vers un centre Csapa ou autre adapté (avec lequel il serait en contact par exemple), ne serait-ce que pour proposer un suivi psychologique (gratuit en l'occurrence dans les Csapa) en complément de la prescription d'un traitement de substitution.

Conclusion : ouverture d'esprit, non jugement, écoute et dialogue, et orientation avisée vers des structures d'accueil spécialisées qu'il connaîtrait un minimum.

*"Quiconque fait deux cent mètres sans amour, va à ses funérailles vêtu de son linceul." W.Whitman*

[gromit](#)

Bonjour,

Étant moi-même usager de drogues (UD) depuis de longues années, j'ai souvent été confronté au mépris, à l'infantilisation et au rejet pur et simple du corps médical, bien avant que j'ai pu expliquer quel était mon problème médical (qui, comme un bras cassé par exemple, n'avait aucun rapport avec mes addictions).

Il faut que le corps médical comprenne que les UD savent à l'avance qu'ils seront stigmatisés voire ostracisés s'ils font appel à des professionnels de santé dans un autre but que le sevrage (et ces derniers arguent du fait qu'ils ne sont pas préparés à la mise au point de ce sevrage). La conséquence de cette méfiance mutuelle est que le patient UD attendra souvent la dernière extrémité avant de se rendre aux urgences pour des pathologies souvent aggravées et fortement compliquées par cette attente. Un accueil respectueux chez le généraliste, quel que soit le problème médical pour lequel l'UD consulte, pourrait dès lors rendre possible la détection de ces pathologies à un stade plus précoce, évitant de ce fait bon nombre de complications.

Un autre écueil est la frilosité des généralistes à prescrire à un UD n'importe quel remède qui, en cas d'abus, pourrait entraîner une assuétude, alors que ce médecin le prescrirait à n'importe quel autre patient non UD. Ce n'est pas parce que l'on est dépendant à certains produits classés illégaux (après avoir été prescrits et vendus pendant des décennies par leurs prédécesseurs), que l'on va abuser de chaque médicament qui nous est prescrit (sirop pour la toux, anti-histaminique, éther,...)! Si tel était notre dessein, pensez-vous vraiment que l'on dirait d'emblée que nous sommes UD? Je ne le pense pas.

Une dernière réflexion pour **rappeler aux médecins qu'ils ont tous prêté le serment d'Hippocrate, qui stipule en toutes lettres que le médecin soignera tout patient avec la même conscience quel que soient sa race, sa religion, son apparence ou son style de vie.** Certains médecins ont tendance à oublier cet article afin de choisir sa clientèle, en ne conservant de préférence que les patients les plus "rentables" (violant en même temps l'article stipulant que la médecine ne peut, en aucun cas, être un commerce)!

*Dernière modification par gromit (30-05-2012 23:14)*

"Je résiste à tout, sauf à la tentation." Oscar Wilde

[Alain Will](#)

**Administrateur**

@prescripteur : chapeau-bas d'avoir réussi à fédérer un groupe de généralistes... Ce n'est pas si évident... Mais sans cela... "Nada"...

**Amicalement, Alain W.**

Il m'arrive de trouver que la vie est une horrible plaisanterie. F. Sagan.

[Didier l'embrouille](#)

Ce s'rais cool de leur apprendre a causer,n car franchement, je ni vais pas car tous des cons a juger.

Et en prime, ils veulent tjs te forcer a faire une cure ou autre

fuck la medecine en gants blancs

[Shaolin](#)

**Modératrice**

Si c'est pour écrire des trucs pareils, franchement Ddidier, tu peux t'abstenir de poster, on ne t'en voudra pas, au contraire.

Là, tu balances "fuck la médecine" à un doc qui nous suit, nous conseille, nous aide depuis des années et qui vient nous demander notre avis pour un super projet, afin que les choses évoluent vraiment. Alors ton "fuck la médecine", vraiment, tu peux te le garder!!!

Et avant de vouloir apprendre à causer aux gens, occupe toi d'abord de ton cas, merci!

Shao, vénère par tant de stupidité

Il est plus facile de désagréger un atome qu'un préjugé. Einstein

[pierre](#)

**Administrateur**

Nouveaux témoignages d'Hugo sur facebook :

Le mien (de généralistes ndlr) se "plaint" suffisamment et à l'impression de déjà faire un effort en me prescrivant autre chose que pour de la méd. générale,, je lui ai déjà filé des invites pour discussion/formation en csapa de la part de mon addictologue prescripteur.

tjs restés sans réponse. et pourtant il aurait bcp à apprendre je pense, et en+ de se qu'il me dit il aurait bcp d'autres pers. ds mon cas. une 10-20aine.

**Site du Réseau Français de Réduction des Risques**

<http://www.reductiondesrisques.fr>

[Alain Will](#)

**Administrateur**

**Re: formation aux généralistes**

**Shaolin a écrit:**

Si c'est pour écrire des trucs pareils, franchement Ddidier, tu peux t'abstenir de poster, on ne t'en voudra pas, au contraire.

Là, tu balances "fuck la médecine" à un doc qui nous suit, nous conseille, nous aide depuis des années et qui vient nous demander notre avis pour un super projet, afin que les choses évoluent vraiment. Alors ton "fuck la médecine", vraiment, tu peux te le garder!!!

Et avant de vouloir apprendre à causer aux gens, occupe toi d'abord de ton cas, merci!

Shao, vénère par tant de stupidité

"+ 10" et si je cite le message de Shaolin en entier, ce n'est pas pour rien.

Didier l'embrouille, outre que les "insultes" qui ne sont pas tolérées sur le forum, même si chacun peut avoir son ressenti personnel, un minimum de courtoisie est \*exigée\* et reste impératif.

Merci de t'en souvenir, d'autant plus sur cette thématique abordée par celui qui, bénévolement, avec toute son

expérience, sa patience, nous consacre beaucoup de son temps et nous est d'une aide précieuse. Merci de le respecter.

Il existe des médecins qui sont peu sensibles aux usagers de substances licites ou illicites et certaines "zones grises" concernant les usagers eux-mêmes (nous venons d'en parler il y a peu en modération). Mais dans le cas présent, Didier l'embrouille, tu t'adresse mal à un prescripteur qui ne le "mérite" certainement pas.

Cordialement Alain W. [*Personnellement si un dérapage peut avoir lieu, (j'en ai connu bien d'autres), la moindre des choses serait de s'excuser; de ne pas renouveler, et c'est non seulement l'administrateur du forum qui s'exprime mais aussi le Vice-président de l'Association PsychoActif qui s'exprime, ici.*]

Comme l'a écrit Pierre, **À vos claviers !** pour soutenir le projet, le travail de "prescripteur" ! Merci à toutes et tous

Il m'arrive de trouver que la vie est une horrible plaisanterie. F. Sagan.

## [empathy](#)

### Forumer

Ce que je souhaite de la part de mon généraliste c'est qu'il ne soit pas simplement un des acteurs dans la délivrance du produit, j'attends de sa part qu'il se préoccupe aussi de ma santé et ce dans la durée, car j'ai pu constater que lorsqu'une certaine routine s'installe (il faut se voir tous les 14 jours pour le renouvellement d'une ordonnance avec bien souvent le même dosage), l'aspect soin et l'aspect humain (écoute, attention et bienveillance) s'estompent progressivement jusqu'à devenir inexistantes.

Heureusement dans mon cas, mon addicto, qui supervise le TSO, me reçoit une fois par mois et rédige un compte-rendu après chaque consultation, qu'il envoie ensuite à mon médecin traitant (et mon psychiatre). Ce lien peut débloquer une situation ou relancer une dynamique dans la prise en charge.

Voilà, je pense que le généraliste doit rester vigilant par rapport à cette routine qui peut s'installer de manière insidieuse et que le patient peut interpréter comme du désintérêt, de l'indifférence.

*Dernière modification par empathy (Hier 08:31)*

Si la société ne peut t'intégrer et t'en tient rigueur, réjouis-toi d'être un homme et non un rouage. R. Guilleaumes.

## [Bicicle](#)

Salut,

Je voudrais ajouter que j'ai lu hier le Asud journal du mois de mars 2012, et il y avait un article où il était indiqué qu'on estimerait à seulement 10% le nombre de médecins généralistes qui seraient réellement disposés à prendre en charge des UD.

Voilà voilà, je pense que le chiffre parle de lui même... Avec les conséquences sur les usagers qui n'osent plus y aller par peur d'être mal reçu...

*"Quiconque fait deux cent mètres sans amour, va à ses funérailles vêtu de son linceul."* W. Whitman

•

## [gromit](#)

Je tout à fait d'accord avec bicicle, les chiffres parlent d'eux-mêmes et sont sans doute en dessous de la réalité. Et comme le souligne très justement empathy, il ne faut pas non plus que l'UD ait l'impression d'être passé d'un dealer illégal à un dealer légal qui au fil du temps ne voit plus en l'UD qu'une source de revenus facile. Bien souvent le dealer

illégal aura plus d'écoute et d'empathie (toutes réserves gardées) avec un UD que le généraliste qui le remplacera (qui théoriquement se doit de construire sa "tour d'ivoire" pour avoir l'impression de garder le contrôle sur ce patient bien embêtant). Encore une fois, je pense que la distance sociale établie depuis des siècles par ces "auxiliaires de Dieu" devrait avec l'ère moderne s'estomper peu à peu pour à nouveau laisser place à une relation de confiance et d'estime réciproque et de respect mutuel. Ce qui, pour ma part, n'a été le cas qu'avec 3-4% des médecins rencontrés. Un UD, peut-être plus qu'une autre personne connaît les limites de son corps, en ayant passé un temps non négligeable de sa vie à les tester, je prendrai un exemple tout simple, que tout le monde comprendra: LA PRISE DE SANG, dans ma vie j'ai dû me shooter +/-30.000 fois, lorsque je vais aux urgences et que je stipule que je suis UD, ils me collent un test de dépistage VIH-Hépatite d'office sans m'en informer, encore moins me le demander, c'est recta. Arrive alors la petite infirmière du service, gantée comme si j'avais la gale, qui veut me piquer aux endroits habituels bras-mains-etc., pour ne pas être de mauvaise composition mais ne voulant pas finir en gruyère humain, je lui offre trois essais et puis autre infirmière plus expérimentée ou voie centrale par anesthésiste. À chaque fois je ressorts avec minimum 7 piqûres et un test dont je connais déjà le résultat.

*Le VIH a fait dans les années '80 beaucoup de mal en stigmatisant les UD et les homosexuels, les étudiants en médecine des ces années-là sont maintenant généralistes et sont pour la plupart encore hantés par cette fatwah ridicule, je dirais que j'ai eu plus d'empathie de la part de médecins plus âgés et expérimentés que des médecins émanant de cette génération maudite pour qui tout usage de drogue est équivalent à un arrêt de mort, étonnant non?*

Salutations amicales,

Gromit

"Je résiste à tout, sauf à la tentation." Oscar Wilde

Alain Will

**Administrateur**

**gromit a écrit:**

...lorsque je vais aux urgences et que je stipule que je suis UD, ils me collent un test de dépistage VIH-Hépatite d'office sans m'en informer, encore moins me le demander, c'est recta. [...] À chaque fois je ressorts avec minimum 7 piqûres et un test dont je connais déjà le résultat.

*Le VIH a fait dans les années '80 beaucoup de mal en stigmatisant les UD et les homosexuels, les étudiants en médecine des ces années-là sont maintenant généralistes et sont pour la plupart encore hantés par cette fatwah ridicule, je dirais que j'ai eu plus d'empathie de la part de médecins plus âgés et expérimentés que des médecins émanant de cette génération maudite pour qui tout usage de drogue est équivalent à un arrêt de mort, étonnant non? ...*

Bonjour Gromit,

Le dépistage (VIH) dont tu parles, est, entre autres examens, à la discrétion du Biologiste qui effectue un bilan sanguin. Que cet examen soit prescrit ou non ; (je l'ai déjà écrit sur le forum). C'est une décision qui lui appartient et il n'y a pas d'infraction à la loi dans cette démarche. Si l'on prend une telle décision, c'est pour le bien de la personne, selon son contexte médical, le résultat d'autres examens éventuellement, et pour le suivi médical effectué par le médecin de ladite personne.

Quant au nombre de piqûres, tu n'as pas de chance, selon d'après certains témoignages, comme nombre d'usagers, car s'évertuer "à piquer" 7 fois d'affilée, c'est "ne pas savoir prélever"... Cela m'étonne d'ailleurs fort de la part d'un anesthésiste qui interviendrait "en dernier recours".

Sinon je fais partie de ceux qui ont appris à faire des prises de sang (j'en aussi parlé "racontant une tranche de vie" : <http://www.psychoactif.fr/forum/viewtopic.php?id=2609>) au début des années 80 (en 84) sur des patients tous atteints du Sida (Service d'endocrinologie de la Pitié à Paris). Et je n'ai pas du tout l'optique que tu décris quant aux "jeunes praticiens" (disons de la génération) que tu décris ; je ne suis pas médecin mais biologiste et j'ai ("seulement") 48 ans... Quelques chiffres à lire concernant les contaminations par le VIH et la situation actuelle en France : <http://www.psychoactif.fr/forum/t5804-p °K n-org.html>

Tout ceci ne retire en rien le sentiment que je partage, sentiment exprimé par Bicycle concernant les usagers de substances licites ou illicites et leur prise en charge "accordée ou refusée" par certains médecins...

Amicalement, Alain W. [*fin du HS, toutes mes excuses*]

Il m'arrive de trouver que la vie est une horrible plaisanterie. F. Sagan.

•

[spartiate](#)

**Forumer**

J'ai un pote toubib qui m'a expliqué avoir eu 5 heures de formation sur la toxicomanie durant ses études de médecine..... gloups !

Sur que proposer une, des formations, reste le prérequis indispensable.....

J'aime bien le témoignage de gromit qui évoque les bénéfices de la prise en charge coordonnée: médecin généraliste+ addicto+ psy+ pharmacie.

Je trouve que l'exercice de la médecine générale- seul- ne se prête pas bien à l'accompagnement des problématiques addictives: défaut de formation, temps de consultation court, routine...

j'ai rencontré des généralistes qui travaillent avec des CSAPA, et c'est plus confô pour tout le monde !

lorsque le prescripteur a des doutes sur la conduite à tenir, par exemple en matière de diminution des TSO, il n'est pas seul, et augmente de manière informelle son savoir- faire et savoir-etre, au fil des prises en charges .

De son coté l'usager s'il rencontre es difficultés peut les faire entendre auprès des professionnels de son CSAPA de référence, qui relayeront celles ci auprès du généraliste...Ce qui est sécurisant.

voilou, de mon point de vue : prise en charge globale, coordonnée = meilleure efficacité

" les petits garçons sages iront au paradis,  
les autres iront ou ils veulent"

[Alain Will](#)

**Administrateur**

Bonjour,

Je partage tout à fait le résumé en une phrase de "Spartiate" disant "prise en charge globale, coordonnée = meilleure efficacité". Cela sous entend (je le cite à nouveau) : "les bénéfices de la prise en charge coordonnée: médecin généraliste+addicto+psy+pharmacie." Tout comme les propos "d'empathy".

J'ai été sous méthadone pendant 5 ans, sevré depuis avril 2009. Je n'ai pas à me plaindre personnellement des relations que j'ai pu avoir avec mon addictologue, mon généraliste et mon pharmacien. D'autant plus à la lecture de certains témoignages d'usagers sous TSO, témoignages figurant dans d'autres fils de discussion sur ce forum.

J'attendrais d'un généraliste qu'il soit lui aussi à l'écoute de l'usager, lorsqu'il prend le relais d'un addictologue. Certes, tous les usagers ne sont pas forcément loquaces, il existe ce qu'on appelle des "zones grises" de la part de certains d'entre-eux, mais aussi un "rejet" de suivi attentif de la part de certains médecins généralistes. Pourtant, ils sont supposés, s'il s'agit du médecin référent, bien connaître leur patient (pas uniquement pour leur toxicomanie ou leur suivi de TSO).

Ce sont à eux aussi de poser des questions, même s'ils n'obtiennent pas de réponse spontanée ou si celles-ci sont évasives, peut-être parfois contradictoires, ou silencieuses. Les usagers ont souffert et continuent de souffrir d'être jugés, ce qu'il faut à mon sens à tout prix éviter, et comme pour chaque personne se retrouver devant un professionnel de la santé n'est pas toujours simple.

La confiance mutuelle me semble fondamentale. Tout comme avec le pharmacien qui va délivrer la substitution. D'autant si la personne sous TSO est un patient de longue date, il faudrait que les généralistes arrêtent une certaine stigmatisation, une crainte (parfois légitime certes) de détournement, etc. De ne pas condamner une personne parce qu'elle reconnaît ne pas pouvoir prendre son Subutex® en sublingual par exemple ; que le passage à un générique la met en état de manque (différence d'absorption fréquemment rencontrée par rapport au princeps). Et dans le cas de la buprénorphine, accepter ainsi d'augmenter le dosage.

Le renvoi vers un addictologue pour la méthadone est en revanche nécessaire s'il y a un besoin d'augmenter les dosages. Vouloir maintenir à tout prix quelqu'un qui se retrouve en manque tous les jours n'est pas la solution. Et cela risque d'amener la personne à compenser par des consommations annexes, en parallèle. Comprendre qu'un usager qui est plus confortable en prenant sa méthadone deux fois par jour au lieu d'une seule prise n'est pas un crime. Loin s'en faut, et cela sorti des métaboliseurs rapides, de celles et ceux qui prennent d'autres principes actifs, ou souffrent de problèmes hépatiques par exemple, pouvant jouer un rôle sur le métabolisme de la méthadone.

C'est la personne sous TSO qui est la plus à même de dire ce qu'elle ressent ; ce n'est pas le médecin, qui n'est pas à sa place, qui peut se prononcer, même s'il se doit d'être prudent, vigilant quant aux demandes.

Bien souvent les usagers sous TSO souffrent. Ce sont aussi parfois des patients au sens étymologique du terme, usagers du système de soins. Avoir à consulter toutes les deux semaines, devoir se rendre à la pharmacie toutes les semaines, est-ce vraiment là le moyen de faire oublier à quelqu'un son addiction vis-à-vis d'un produit dont certains souhaitent aussi se séparer ? Même si cela ne relève pas forcément du sujet de cette discussion, un aménagement de la prescription et de la délivrance des TSO devrait être sérieusement envisagée. Ce ne serait que bénéfique pour nombre de personnes sous substitution depuis de longues années, et autant de bénéfiques pour les médecins qui n'ont pas suffisamment de temps à accorder à tous leurs patients.

*A contrario*, il ne faut pas avoir d'oeillères ou de préjugés, sur le "maintien à vie" non plus, même à des dosages dits "élevés", notion toute subjective en fait.

Mais le généraliste n'est uniquement là, à mon sens, pour reproduire *ad vitam aeternam* la prescription du spécialiste. Je pense qu'il doit jouer un rôle prépondérant dans le suivi, l'observance du TSO et s'il y a de nombreux médecins qui sont débordés, qu'ils acceptent de consacrer autant de temps à un usager qu'à un autre patient présentant une pathologie nécessitant un long entretien. Ce sont à eux aussi de prescrire ou non d'autres béquilles thérapeutiques en cas de besoin, de façon encadrée, provisoire, à court, moyen ou long terme. Sans qu'il ne s'agisse pour autant de camisoles chimiques ("histoire d'être tranquille").

C'est beaucoup demander, j'en suis conscient, mais ce n'est pas impossible. La formation des généralistes devrait être plus approfondie et suivie. Nombre d'entre-eux, de par leur patientèle, sont au fait de la substitution. Mais nombre d'entre-eux manquent, à priori et malheureusement, cruellement de compétence, à mon humble avis.

Ce n'est pas une raison pour "rejeter" un usager qui fait une démarche de substitution par rapport à une consommation de substances illicites, avec tout ce que cela a pu entraîner durant sa vie. Le généraliste est là pour aider son patient, non pas pour le juger et encore moins le condamner. Il n'est pas là pour remplacer un psychologue ou un psychiatre, mais au moins, il se doit d'exercer selon son devoir, et dans la thématique abordée, en accord, en entente et en étroite collaboration avec le pharmacien (autre profession et sujet à aborder d'ailleurs) que le patient aura choisi.

Cette intervention n'est pas un "jugement de valeurS", et encore moins "une leçon de choses", comprenez-moi bien, je ne saurais me le permettre ; ce n'est qu'un ressenti personnel, à prendre en tant que tel. Et il y aurait tellement de choses à dire... Pour finir, personnellement, comme dit en préambule, j'ai eu beaucoup de chance, pourtant j'étais un très mauvais "candidat" à la méthadone. Comme quoi tout n'est pas "noir" non plus !

Amicalement, Alain W.

Il m'arrive de trouver que la vie est une horrible plaisanterie. F. Sagan

---

"FORMATION PRISE EN CHARGE DES USAGERS ALTAU LE RELAIS" © Dr. P. MILLET, mai 2012.

Relecture-correction, Alain W. Dalmen.

---