



**HAL**  
open science

## Co-construire en addictologie

Armelle Crosse, Patrice Hemery

► **To cite this version:**

Armelle Crosse, Patrice Hemery. Co-construire en addictologie. Revue juridique de l'Océan Indien, 2019, 26, pp.347-354. hal-02550285

**HAL Id: hal-02550285**

**<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02550285>**

Submitted on 22 Apr 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Co-construire en addictologie

**Dr Armelle CROSSE**

*Docteure en pharmacie*

*Exerce au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement  
et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de la Kaz'Oté !*

*Membre du CA du Réseau Oté !<sup>1</sup>*

*Intervient au sein du Conseil Scientifique  
du Réseau Régional d'Addictologie (RRA) porté par l'association SAOME*

**Dr Patrice HEMERY**

*Médecin généraliste*

*Exerce au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement  
et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de la Kaz'Oté !*

*Président du Réseau Oté !*

*Président par intérim de l'association SAOME<sup>2</sup>*

« En médecine de ville, la triangulation usager-prescripteur-pharmacien est une entité mouvante, à élaborer entre les 3 parties, en tenant compte des cadres réglementaires, déontologiques et personnels de chacun, le tout permettant la construction d'une relation thérapeutique essentielle pour le patient. Dans un CSAPA, la relation thérapeutique essentielle entre l'utilisateur et le centre se construit avec toute une équipe dans une pluridisciplinarité et une transdisciplinarité complémentaire, dans un respect commun des droits et devoirs de chacun »<sup>3</sup>.

« Il n'existe pas de société sans drogue et surtout le meilleur producteur de drogues au monde est notre cerveau, ce qui fait que l'addictologie, cette pathologie du « trop », du conflit entre le « vouloir et le pouvoir » nous renvoie sans cesse à cette dualité de l'intime, plaisir/souffrance. L'accompagnement des maux de nos

---

<sup>1</sup> Le Réseau Oté ! œuvre dans la prévention, l'accueil des usagers par son Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) et dans le soin par son Centre CSAPA.

<sup>2</sup> Santé Addictions Outre-Mer :

- Réseau Régional d'Addictologie,
- Prévention des conduites addictives
- Plate forme d'Echanges et d'Information Drogues et Dépendances (PEIDD)

<sup>3</sup> A. CROSSE.

patients est souvent une croisade, tant pour eux, que pour nous soignants, croisade qui dépasse largement la dimension du soin »<sup>4</sup>.

Nous avons choisi de vous présenter un travail issu de notre expérience en « binôme » où nous avons croisé la loi, justice, les addictions et surtout...la santé.

Bien avant de croiser leurs regards sur la question de l'addictologie, la Justice et la Santé ont souvent croisé le fer, avec comme pilier juridique la loi du 31 décembre 1970<sup>5</sup> à visée à la fois sanitaire et répressive pour le trafic et l'usage illicite de substances vénéneuses et stupéfiantes.

Cette loi dissèque l'utilisateur de drogues illicites en « *malade* », problème de santé publique, ou « *délinquant* », trouble à l'ordre public.

De nombreux rapports se sont penchés sur cette question et ont quasiment tous proposé des aménagements de cette loi de 1970 vers la dépénalisation des usages : Pelletier (78), Henrion (95), Roques (98), Reynaud/Parquet (99), Reynaud (2013).

En pratique on retrouve beaucoup de frictions :

– Au niveau de l'Etat : « frictions » entre Michèle Barzach, ministre de la Santé et Charles Pasqua, ministre de l'Intérieur, en 1987, relativement à la vente libre des seringues en officine<sup>6</sup> ;

– Au niveau associatif : « frictions » entre le Programme d'Echange de Seringues de Médecins du Monde (PES MDM) et les forces de l'Ordre ;

– Au niveau soignants : affaires Temgesic® (Réunion 1994), Artane® (Réunion 2016), Subutex® (Metz 2016, Limoges 2017) et je laisserai à mes amis de l'Océan Indien évoquer, s'ils le souhaitent, les « affaires » qui émaillent leurs faits divers locaux.

Croiser les regards sur ces questions est une démarche courageuse et complexe, car elle implique la confrontation de différentes visions (I). De nombreuses situations cliniques illustrent ces visions parfois ambivalentes (II). Croiser les regards sur les multiples questions que soulèvent les addictions est une grande avancée, mais nous pensons qu'il faut aller plus loin et changer notre regard sur les dépendances (III).

---

<sup>4</sup> P. HEMERY.

<sup>5</sup> Loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, *JORF*, 3 janvier 1971, page 74.

<sup>6</sup> Décret du 13 mai 1987 sur la vente libre des seringues.

# I. Confrontation de différentes visions

## A.- Vision événementielle

Les médias ont une vision événementielle de la question et charrient à longueur de temps des idées reçues stigmatisant les patients (dangereux), les soignants (dealers), les politiques (laxistes).

Pensez-vous que cela puisse inciter des soignants à s'orienter vers l'addictologie alors que d'autres disciplines sont bien plus rentables, moins chronophages et moins risquées ?

## B.- Vision sécurité publique avec un distinguo drogues licites/drogues illicites

La loi et la justice font d'une part un distinguo entre drogues licites et illicites, et, d'autre part, s'intéressent plus aux conséquences sociétales des usages de drogues légales ou illégales. Cette vision sécuritaire nécessaire permet de poser un cadre, mais comment faire avec des patients dont le symptôme principal pour certains est d'être justement hors cadre ?

- hors cadre légal car consommateur de produits,
- hors cadre légal car mésusant le médicament,
- hors cadre de soins car dans l'automédication,
- hors cadre avec mode de vie souvent marginalisé subie ou volontaire

Comment aborder le patient qui rencontre un « nouveau cadre » lorsqu'il franchit la porte d'un CSAPA<sup>7</sup>, d'un cabinet médical, d'une officine, et qu'il peut se trouver confronté à des professionnels dont l'exercice est, entre autres, régulé par des dispositions réglementaires selon des codes, la déontologie, l'éthique ? Comment faire pour que le patient l'usager, se sente acteur de sa santé ?

---

<sup>7</sup> Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

## **C.- Vision santé publique**

« L'addiction, pour nous soignants, est une pathologie cérébrale multifactorielle, chronique, récurrente, caractérisée par la poursuite d'une consommation ou d'un comportement pour lutter contre une souffrance malgré des conséquences sur la santé... » définition très pertinente du Dr Laurent Karila et du Dr William Lowenstein<sup>8</sup>.

Autrement dit, c'est un « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives »<sup>9</sup>.

## **II. Situations cliniques illustrant ces visions ambivalentes**

### **A.- Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) - cas clinique « Méthadone »**

#### **1 – En théorie : méthadone flacon**

– initialisation en CSAPA ou en service hospitalier : médicament stupéfiant avec prescription sur ordonnance sécurisée établie par un médecin exerçant en CSAPA ou par un médecin hospitalier à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire

– délivrance quotidienne sur place avec titration de la dose nécessaire et suffisante au patient afin que ce dernier se sente bien

– surveillance particulière pendant le traitement, dont la durée de fractionnement est limitée à 7 jours

– relais entre un CSAPA et la médecine de ville : ordonnance sécurisée mentionnant le nom du médecin choisi, par accord entre le patient et le médecin prescripteur, le nom du pharmacien choisi par le patient et qui sera contacté par le médecin relais, ainsi que les conditions de délivrance si nécessaire<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> L. KARILA et W. LOWENSTEIN, *Tous addicts, et après ?* Paris Flammarion, 2017.

<sup>9</sup> A. GOODMAN, « Addiction: definition and implications », *British Journal of Addiction*, 1990, 85, pp. 1403-1408.

<sup>10</sup> Il est à noter que depuis le décret du 5 février 2008, le pharmacien a le droit de délivrer et de facturer une boîte de médicaments supplémentaire malgré le fait que l'ordonnance soit expirée,

## 2 – Pratique et expériences

Plusieurs expériences de cas cliniques montrent les difficultés de la pratique en matière de TSO.

– **relais de patients mauriciens traités par Méthadone à l’île Maurice** : faut-il les renvoyer vers un CSAPA ou l’hôpital pour une initialisation, alors qu’ils ont déjà une ordonnance claire de leur médecin mauricien, sachant que la législation vis à vis de ce médicament est différente entre Maurice et La Réunion.

– **autre patient mauricien** séropositif VIH et VHC vivant à la Réunion et prenant du Subutex®<sup>11</sup> depuis des années, qui, lors d’un de ses séjours à Maurice s’initie dans la rue à la méthadone ou plutôt à la « métha-bave » (méthadone gardée dans la bouche par la patient lors de la délivrance en centre, puis recrachée pour être revendue). Il revient au cabinet, avec une expérience très positive de ce traitement à la méthadone. Pas de rendez-vous au CSAPA avant une semaine, tout en sachant que la prescription de Subutex® est dangereuse car il existe une interaction médicamenteuse avec la méthadone provoquant un syndrome de manque grave. Que faire dans cette urgence ?

\* orienter vers où ? l’hôpital ? Pas vraiment adapté

\* organiser un relais temporaire en accord avec l’officine du quartier, avec délivrance quotidienne, jusqu’à la consultation du CSAPA tout en sachant qu’il s’agit d’une prise en charge hors-cadre sur la réglementation, mais qu’il s’agit toutefois d’une prise en charge logique et humaine sur le plan éthique<sup>12</sup>.

– « **dépannage** »

\* Exemple en pharmacie : Un samedi à 12h30, le médecin n’est plus là, le patient n’a plus de traitement de méthadone. Il demande à la pharmacie de lui avancer le produit ce que légalement le pharmacien ne peut faire puisque la délivrance par procédure exceptionnelle de la méthadone est interdite.

Une orientation aux urgences, SOS médecins peut être envisagée ? Quand on revoit le patient le lundi, après une attente longue, il a été mis sous Skenan<sup>13</sup>, par l’hôpital, ce qui a pu le déstabiliser.

---

à condition de respecter certaines conditions. Cette possibilité dite de « délivrance par procédure exceptionnelle » est interdite pour la méthadone.

<sup>11</sup> Ce médicament contient une substance proche de la morphine. Chez le toxicomane à l’héroïne ou aux autres opiacés, il permet de supprimer les symptômes du manque qui surviennent lors de la privation de drogue, et qui sont en grande partie à l’origine de la dépendance.

<sup>12</sup> Voir Code de déontologie, article R 4127-8.

<sup>13</sup> Ce médicament est un antalgique puissant qui contient de la morphine. Il combat la douleur en agissant directement sur le cerveau.

\* Exemple en pharmacie : Un patient stabilisé que l'on dépanne du nombre de gélules nécessaires et suffisantes pour gérer le week-end car souvent pas de prescripteurs. Les pharmaciens qui prennent le relais sont alors hors cadre légal. Que faire ? Quid des codes de déontologie, de la législation, de l'éthique ?

\* En CSAPA, face à un patient qui se présente une fois que le médecin est parti ? Que faire ?

En CSAPA, le fractionnement de la prescription (délivrance quotidienne ou hebdomadaire) permet au patient de se décentrer de l'urgence du produit et de l'immédiateté du comportement dans une temporalité différente, en lui proposant une approche globale de santé avec la rencontre d'un nouveau cadre, facilitant un accès aux soins et à la Cité : accompagnement éducatif, psychologique, social et médical, dans un croisement de regards réciproques entre le patient et les professionnels

## **B.- Médicaments détournés de l'usage (MDU)**

### **1 – En théorie**

Les benzodiazépines et les médicaments détournés de leur usage sont des médicaments qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) et qui font partie de la liste I<sup>14</sup>.

Ces médicaments ne sont pas des stupéfiants et, en principe, ils sont utilisés dans le cadre de traitement de maladies<sup>15</sup>.

### **2 – En pratique**

Exemple d'un patient polyconsommateur (alcool, zama, Artane®, Rivotril®, etc...), qui s'est longtemps fourni son « effet » dans la rue, très désocialisé, avec petite délinquance, craint dans le quartier.

La prescription d'Artane® a été faite dans le cadre d'une réduction des risques sur le plan médical et social avec mise en place d'un cadre-contrat précis co-construits entre le patient, le médecin et le pharmacien. Ce suivi fait partie d'une

---

<sup>14</sup> Il s'agit de médicaments soumis à prescription médicale et qui ne peuvent ainsi être obtenus que sur présentation d'une ordonnance rédigée par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme.

<sup>15</sup> Par exemple, l'Artane® est en principe un médicament utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques. De même, le Rivotril® est en principe un médicament utilisé dans le traitement de certaines formes d'épilepsie.

base de de réflexion sur la mise en place d'un dispositif encadré de prescription d'Artane® dans la cadre des expérimentations possibles.

### **III.- Nécessité d'aller plus loin et changer notre regard sur les dépendances**

Il est nécessaire de casser les idées reçues :

- patient manipulateur, irrécupérable
- médecin-pharmacien dealers, laxistes

Il est nécessaire de poser un regard éthique, un regard consensuel, qui respecte le patient dans son intimité de vie avec les drogues, d'une part, et qui lui rappelle d'autre part les limites physiologiques, sociales et légales de ses comportements dans un souci permanent de réduction des dommages loin de toute exigence morale et tyrannie de l'Idéal.

La prise en charge d'un patient addict c'est également une rencontre, une confrontation de deux univers différents régis par des lois différentes, parfois la seule loi existante est celle de la rue, la loi de l'impulsivité et de l'immédiateté, symptômes de la maladie addictive. L'addiction c'est la maladie « du trop, de l'hyper », où notre cerveau reptilien prend le pas sur celui de la raison.

En addictologie « *chacun a sa place, mais chacun à sa place* », nous devons pouvoir utiliser la diversité de nos regards (celui de la justice, celui du social, celui de la santé, comme autant de portes d'entrée et non pas des barrières illusoires, afin de ne pas « rater » une possibilité d'accompagnement des personnes addictes, qui se fera :

- en fonction de l'âge : l'opportunité d'un programme de prévention, d'une consultation jeunes consommateurs (CJC),
- en fonction du statut : l'opportunité d'une Injonction Thérapeutique, d'une Obligation de Soins,
- en fonction de difficultés sociales ou sanitaires : l'opportunité d'une orientation adéquate.

## Conclusion

Les attentes de ce colloque sont nombreuses, il n'y a pas lieu de se croiser les bras.

Santé publique et sécurité publique doivent ou devraient aller de pair : nous pouvons comprendre le maintien d'un interdit, mais refusons d'adhérer aux politiques régressives qui génèrent l'insécurité et contrarient les actions de santé publique.

On ne part pas de zéro, beaucoup de choses sont déjà en place, et continuent à évoluer notamment dans le domaine des neurosciences, nous permettant de mieux appréhender l'addictologie.

La révolution des TSO illustre de façon magistrale le fait que l'addiction ça se soigne, sans en passer par l'utopie de l'abstinence et le diktat dangereux d'un idéal moraliste qui n'existe nulle part. Mais combien a-t-il fallu de morts liées au VIH et au VHC, combien de vies ruinées avant d'en arriver à...oser la politique de réduction des risques et des dommages. Nous pensons qu'il est nécessaire de continuer en ce sens. Les limites ne sont en effet pas les mêmes pour nous tous selon l'angle d'où nous regardons ces addictions. Que nous soyons patients, soignants, représentants de la Loi, seychellois, mauricien, malgache, mahorais, métropolitain, réunionnais, nous pouvons, nous devons tous réinjecter de l'humain dans nos réflexions. En proposant :

– des rencontres, telle que ce colloque : bravo et merci à l'ensemble des organisateurs.

– de l'information objective et éclairée, et de la formation réciproque, théorique et pratique.

– l'établissement de protocoles de suivi éthique : dans l'esprit d'une co-construction d'un cadre mouvant qui implique une écoute et une souplesse de chacun tout en respectant la LOI. Trouver une sorte de « cadre élastique », un espace entre soins et répression qui permette l'accompagnement du patient, et où chacun puisse assumer ses responsabilités respectives vis à vis de cette loi et conserver en toute sécurité, une attitude éthique vis à vis du patient.