

(1c-dgs.1)
MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

LE

15 MAI 1990

Sous-Direction de la Maternité
de l'Enfance et des Actions
Spécifiques de Santé
Bureau 2 D

8, avenue de Ségur - 75700 PARIS
Tél. : 47.65.25.00

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

Sous-Direction de la famille,
de l'enfance et de la vie sociale
Bureau FE 2

MINISTRE DE LA SOLIDARITE,
DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION
SOCIALE

DGS-DAS 405/2D-FE2

A

MADAME ET MESSIEURS LES PREFETS
DES DEPARTEMENTS

DIRECTION DEPARTEMENTALE
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

OEJET : Les priorités pour l'année 1990 dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

REF. : Lettre-circulaire DGS/895/2D du 31/7/1989.

La présente circulaire a pour objet de vous présenter les priorités définies par le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, pour l'année 1990, en matière de lutte contre la toxicomanie, au regard de l'évolution récente des besoins des toxicomanes. Ces priorités seront réalisées dans la limite des crédits interministériels qui ont été répartis par la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et alloués au ministère en fonction d'objectifs négociés.

En 1988 et 1989, en effet, le dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes a connu une importante augmentation de son activité (l'enquête du SESI portant sur le mois de novembre 1988 fait état d'une augmentation de 13 % du nombre des toxicomanes pris en charge). On constate par ailleurs l'émergence de besoins nouveaux liés essentiellement à l'accentuation de la marginalisation de certains toxicomanes, mais liés également, en sens inverse, à une meilleure intégration sociale et professionnelle d'autres toxicomanes.

La progression de l'activité des centres est pour partie liée au contexte général de l'infection par le V.I.H. En effet, il apparaît que les toxicomanes font davantage appel à ce dispositif pour les motivations suivantes :

.../...

- Dans un but préventif : l'évaluation réalisée sur la vente libre des seringues mettait en évidence que certains toxicomanes désiraient interrompre une toxicomanie intraveineuse susceptible de transmettre le V.I.H. (enquêtes menées par l'IREP et l'INSERM U 302 sur ce thème) ;

- Dans une démarche de soins : contrairement à ce que l'on pouvait penser, nombreux sont les toxicomanes qui, en découvrant leur séropositivité, n'intensifient pas leur toxicomanie mais entament une démarche de désintoxication pour se donner les moyens de mieux soigner leur maladie.

Cette progression s'explique également par la volonté des structures spécialisées de répondre aux besoins nouveaux constatés. Face à cette évolution, le Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale souhaite développer en 1990 des actions placées sous le signe de la diversification et du partenariat tant pour les réponses en matière d'hébergement que pour l'activité des centres d'accueil ou des structures d'insertion.

I - Dans cette optique, des crédits seront consacrés en priorité au développement et à la diversification des réponses en matière d'hébergement au sein du dispositif de prise en charge des toxicomanes.

En effet, si l'augmentation d'activité des structures spécialisées porte sur l'ensemble du secteur, elle a été particulièrement ressentie par les centres de post-cure et d'hébergement pour toxicomanes dont certains subissent une pression de la demande importante et voient leurs listes d'attente augmenter.

Afin d'apporter une réponse à cette nouvelle demande constatée, il est nécessaire d'augmenter la capacité d'hébergement de ce dispositif, actuellement de 900 places. Cette augmentation sera réalisée en privilégiant les extensions des structures existantes plutôt que des créations de structures nouvelles et ce pour deux raisons :

- le savoir-faire autour d'une prise en charge avec hébergement,
- les économies d'échelle qui peuvent être réalisées.

Plusieurs éléments devront être retenus dans la mise en place des extensions proposées :

1° La diversification des modes d'hébergement :

Toute extension devra favoriser en effet la diversification des réponses offertes par les structures existantes. La structure collective classique composée d'un nombre de places allant de 6 à 20 en moyenne rencontre de plus en plus de difficultés à répondre seule, dans la mesure où les tendances évoquées précédemment concernant la situation sociale des toxicomanes et déjà observées l'an passé se confirment.

.../...

De plus, certains d'entre eux peuvent être en pleine possession de leurs moyens physiques et d'autres souffrir d'un sida avéré.

Face à cette diversité des situations seront privilégiées des réponses souples et multiples : une même association pouvant disposer d'une structure collective, d'appartements collectifs, de studios, de chambres d'hôtel etc...

2° La localisation en milieu urbain :

Ces nouvelles capacités d'hébergement seront davantage situées en zone urbaine :

- afin de faciliter les liens avec le réseau sanitaire et surtout avec l'hôpital pour une prise en charge adaptée aux toxicomanes malades ;
- pour être mieux inscrites dans les lieux mêmes où les problèmes de toxicomanie sont les plus massifs et où les réponses sont à donner en urgence ;
- pour être davantage en mesure de proposer des solutions pour une insertion sociale et/ou professionnelle.

3° La non-médicalisation des structures :

Ces crédits ne devront pas être utilisés afin de renforcer le personnel médical ou para-médical des centres de post-cures et d'hébergement pour toxicomanes.

Les solutions d'association devront être recherchées avec les services hospitaliers ou les services de soin à domicile qui peuvent réaliser les soins quotidiens éventuellement nécessaires aux toxicomanes infectés par le V.I.H.

En effet, l'hospitalisation à domicile ou les soins à domicile peuvent être sollicités selon la gravité des pathologies présentées pour un toxicomane résidant dans un centre de post-cure ou d'hébergement pour toxicomanes.

Ainsi, le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, en s'appuyant sur les services existants de soin à domicile pour personnes âgées, a-t-il prévu une ouverture de 100 places en 1990 pour les personnes de moins de 60 ans atteintes de sida.

Des éléments d'information complémentaire vous seront communiqués dans le cadre de la circulaire d'orientation pour la prise en charge des personnes infectées par le V.I.H. réalisée par la Division Sida de la Direction Générale de la Santé.

.../...

J' appelle en outre votre attention sur le fait que le dispositif de prise en charge des toxicomanes doit favoriser l'affiliation de ses usagers à un système de protection sociale afin de leur faciliter l'accès aux soins et de permettre aux centres de recourir à la médecine de ville, si nécessaire, pendant leur séjour en post-cure (cf ma note DGS/1070/2D du 6 octobre 1989 destinée aux directeurs des centres et qui vous a été adressée).

Je vous rappelle également ma circulaire DGS/246/2D du 16 mars 1990 qui vous informe de l'existence de permanence d'assistantes sociales des CRAM qui peuvent éventuellement soutenir les intervenants en toxicomanie pour faciliter l'affiliation des personnes en situation de précarité sociale.

4° La réponse à l'urgence :

La marginalisation croissante de nombreux toxicomanes, la nécessité d'offrir une réponse rapide aux situations de crise (mesures judiciaires par exemple) ainsi qu'aux demandes croissantes d'orientation et de prise en charge dans les délais brefs, qu'elles émanent des toxicomanes, de leur entourage ou d'institutions variées (centres d'accueil pour toxicomanes, antennes toxicomanie en milieu pénitentiaire, comité de probation et d'aide aux libérés), ont amené bon nombre d'équipes spécialisées de lutte contre la toxicomanie à intégrer la notion d'urgence dans leur pratique professionnelle et à élaborer des projets spécifiques en ce sens. Cette tendance doit être encouragée et tout accroissement des capacités d'hébergement sollicité devra, en partie, contribuer à améliorer les possibilités d'accueil en urgence ou dans des délais raccourcis.

5° L'environnement familial du toxicomane :

Les dernières enquêtes (SESI, INSERM) portant notamment sur le profil socio-démographique des toxicomanes mettent en évidence un accroissement du nombre de ces derniers résidant dans leur milieu familial.

Cette situation doit conduire à demander un soutien aux équipes spécialisées. Cela signifie que l'extension des capacités d'hébergement doit contribuer, en liaison avec les centres d'accueil :

- à favoriser une écoute sur les difficultés des familles,
- à les soulager éventuellement par un hébergement temporaire alternatif,
- à les aider dans leur relation avec leur enfant.

..../....

6° L'appréciation des besoins :

Tout projet d'extension des capacités d'hébergement pour toxicomanes dans votre département devra être évalué en fonction :

- de la pression de la demande que connaissent les centres de post-cure et d'hébergement pour toxicomanes de votre département,

- de l'articulation de ce projet avec les équipes spécialisées existantes pour permettre une réponse départementale aux problèmes divers des toxicomanes et de leurs familles.

- des réponses existant dans votre département au sein du secteur social. En effet, de nombreux toxicomanes peuvent, dans ce cadre, trouver une réponse adaptée à leurs problèmes d'hébergement sans pour autant requérir la compétence spécifique des intervenants en toxicomanie.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter:

- Madame BONNAFOUS, Tél. : 47.65.25.36 ou
- Madame ALPERTE, Tél. : 47.65.25.35
- Madame JUSTIN-KOZLOWSKI Tél. : 47.65.25.11

II - Des crédits seront consacrés également à la prévention, au suivi et à l'insertion d'un plus grand nombre de toxicomanes.

Au delà de ses interventions habituelles, qui se poursuivent, la Direction de l'Action Sociale souhaite mettre l'accent sur trois aspects:

1) La mise en oeuvre de politiques locales :

Il s'agit d'intervenir avec d'autres partenaires financiers, pour aider à la mise en place d'actions locales multiparténariales qui visent à une prévention de la toxicomanie par la mobilisation du plus grand nombre d'acteurs sociaux et de décideurs concernés (élus, travailleurs sociaux, parents et associations familiales, enseignants, chefs d'entreprise...).

Cette dynamique se développe dans de nombreuses communes. Elle permet une meilleure intégration des structures spécialisées dans un tissu socio-économique, tout en offrant des modes de réponses adaptés notamment dans les villes moyennes où un équipement lourd ne se justifie pas.

Cette prise en charge non spécialisée s'effectuant en milieu naturel et visant des populations en difficulté doit être renforcée et ceci en étroite relation avec les dispositifs locaux d'action sociale (CNPL, DSQ).

Une attention particulière doit être portée au dispositif de prévention spécialisée qui peut être un partenaire privilégié dans le suivi au long cours des personnes les plus en difficulté.

.../...

Les moyens financiers réservés à ces opérations doivent être mobilisés sous forme contractuelle, associant l'Etat, les collectivités territoriales et les partenaires techniques concernés.

2) Actions innovantes des centres d'accueil pour favoriser la rencontre avec les toxicomanes les plus démunis :

On constate que les toxicomanes les plus marginalisés font rarement appel au dispositif spécialisé ou au dispositif général sanitaire et social.

Il apparaît donc nécessaire d'appuyer tous les centres d'accueil qui auraient pour projet de faciliter l'accès de ce public au dispositif de soin et d'insertion..

La présence d'intervenants en toxicomanie dans les lieux fréquentés par les toxicomanes en difficultés, une intervention intensifiée dans les quartiers défavorisés, l'accentuation du travail en réseau, permettant de démultiplier le nombre de personnes susceptibles d'apporter une aide à un toxicomane, doivent pouvoir faire l'objet d'un renforcement des moyens des centres d'accueil..

3) L'insertion sociale et professionnelle des toxicomanes :

La Direction de l'action sociale a fait des projets de réinsertion socio-professionnelle des jeunes en difficultés, une des priorités de son action. Cette priorité s'appuie sur les principes suivants :

- la réinsertion de toxicomanes s'inscrit dans le processus commun d'insertion des publics en difficultés, excluant de ce fait toute logique de filière spécifique :

- les difficultés particulières posées par les toxicomanes engagés dans un processus de réinsertion nécessitent une étroite articulation de compétences différentes à savoir :

* les services d'accueil et de soin, en ce qui concerne le soutien psychologique des individus, et l'appui technique aux équipes d'encadrement.

* des structures sociales proposant des solutions d'hébergement.

* des structures d'insertion qui, par leur inscription dans la réalité économique locale, favorisent de ce fait une plus grande possibilité d'emploi, même partielle, aux personnes engagées dans ce processus.

.../...

Des moyens complémentaires peuvent être ainsi attribués aux structures d'insertion qui marqueraient de façon importante leur volonté de travailler avec des toxicomanes. Dans cette même perspective, les collaborations entre les structures à caractère économique (entreprise, entreprise d'insertion, association de formation...) et les associations spécialisées de soin, doivent être renforcées dans le respect des compétences propres à chacune.

Les projets doivent correspondre à des actions d'insertion par l'économique visant d'une part à réinsérer des ex-toxicomanes sortant de post-cure ou suivis par des équipes spécialisées, d'autre part à éviter la marginalisation croissante de jeunes touchés par la drogue, dans le cadre d'opérations plus globales liées à la prévention de la marginalité sur un quartier très dégradé par exemple.

Il est par ailleurs recommandé, pour éviter la formation de "structures ghettos", de favoriser le mixage des publics, un nombre trop important de toxicomanes dans une même structure remettant en cause l'équilibre à la fois économique et sociologique du projet.

Dans tous les cas, l'action s'effectue en liaison avec des équipes spécialisées qui doivent continuer à assurer le suivi des toxicomanes accueillis.

Le type d'activité économique choisi doit prendre en compte, à la fois, l'absence de qualification du public, les marchés potentiels, les possibilités d'accès à l'emploi ultérieur pour le public, l'intérêt pédagogique et les possibilités d'investissement.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :

- Monsieur BOSSAVIT, Tél. : 47.65.27.83 ou
- Monsieur MESSINGER, Tél. : 47.65.27.90

De plus, sur un point technique particulier, des crédits viendront augmenter les possibilités de traitement par la Méthadone pour certains toxicomanes.

La diversité de soins proposés aux toxicomanes a toujours été considérée comme une des caractéristiques positives du système français.

Pourtant, le traitement par produit de substitution est quasiment inexistant en France.

.../...

Quatre centres disposent de la possibilité d'un programme de traitement par la méthadone pour vingt personnes, seuls deux centres l'utilisent.

Actuellement, la connaissance de la pratique de nos voisins européens, le bilan établi par Espace Murger sur dix ans d'utilisation de la méthadone tendent à apaiser les craintes et permettent d'envisager de donner à notre système de soin, les moyens de disposer de cet autre moyen thérapeutique.

Dans ce contexte plus favorable, en 1990, les possibilités d'utilisation de ce traitement peuvent être étendues. Toutefois, afin de maintenir l'usage de ce produit dans un cadre rigoureux de prise en charge globale des toxicomanes, un protocole d'utilisation a été établi que vous trouverez en annexe.

Vous veillerez à ce que tout projet dans votre département basé sur l'utilisation de la méthadone soit en accord avec les principes de ce protocole.

Chaque dossier devra ensuite être présenté devant une commission d'agrément.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :

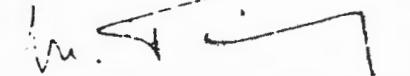
- Madame JUSTIN-KOZLOWSKI au : 47.65.25.11.

- - -

Pour l'ensemble de ces dossiers, vous voudrez bien me remettre, avant le 30 juin 1990, les projets connus dans votre département, en tenant compte de ces orientations, et avec votre avis circonstancié.

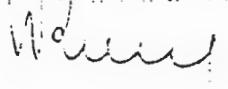
Le budget de chaque projet retenu vous sera notifié à la fin du mois d'Août 1990.

Le Directeur de l'Action Sociale



Michel THIERRY

Le Directeur de l'Action Sociale
adjoint au maire



Marie-Thérèse PERRINE

PROTOCOLE CONCERNANT L'UTILISATION
EN FRANCE DE LA METHADONE
POUR LE SOIN DE CERTAINS TOXICOMANES

I.- Les points suivants ont fait l'objet d'une étude approfondie:

- 1°) Les conditions à remplir pour qu'un service hospitalier ou une association loi 1901 spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes puisse accepter des toxicomanes en vue d'un traitement de substitution par la méthadone (cf annexe 1)
- 2°) Les conditions selon lesquelles un toxicomane pourrait être admis à subir ce traitement.
- 3°) Les moyens permettant de vérifier que la Méthadone ne devienne pas l'origine d'une nouvelle forme de toxicomanie.
- 4°) Par ailleurs, ce projet a été élaboré en tenant compte du fait que le recours à la méthadone ne demeurera pas le seul moyen de traitement des toxicomanes dans ces centres.
- 5°) Le traitement par la Méthadone doit obligatoirement s'insérer dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle globale.
- 6°) Les nouveaux centres agréés pourront bénéficier d'une formation, sous forme de stage, auprès d'un centre ayant déjà une expérience en la matière.

I.- Le traitement des toxicomanes par la Méthadone nécessite une première phase de bilan clinique, psychiatrique et biologique complet, préalable au bilan de la toxicomanie elle-même.

.../...

III

1'. Les moyens en locaux, en personnel, en matériel indispensables à l'équipement d'un service destiné au traitement des toxicomanes par la Méthadone, sont les suivants :

- L'unité de traitement doit comprendre un encadrement en personnel médical et paramédical indispensable pour assurer l'autonomie d'accueil et de suivi des toxicomanes. Il faut prévoir donc médecin(s), psychologue(s), assistante(s) sociale(s), et un personnel infirmier qualifié;

- Une pharmacie intérieure, ou une convention avec une pharmacie hospitalière (cf. chapitre V);

- Il faut de plus un personnel technique spécialisé et du matériel de laboratoire nécessaires pour l'identification et le dosage des produits toxicomancènes, afin d'assurer la détection des prises illicites. S'il s'agit d'une structure non hospitalière, elle doit travailler en liaison avec un laboratoire compétent en la matière (cf. annexe n°4).

2'. La capacité de traitement par la Méthadone d'une unité sera comprise entre 10 et 25 toxicomanes par an.

3'. L'établissement de ces structures (locaux et personnel) est un préalable indispensable au démarrage du programme "Méthadone".

4'. Le traitement par Méthadone ne doit pas être la seule possibilité de soin de la structure, mais celui-ci doit disposer d'autres types de prise en charge.

IV.- Les toxicomanes, admis à recevoir le traitement par la Méthadone, doivent être acceptés après consultation de l'équipe, sur décision du ou des médecin(s) responsable(s). Ils doivent répondre aux critères suivants :

- 1) - Etre volontaires et accepter les contraintes de la prise en charge.
- 2) - Etre des toxicomanes dépendants majeurs à un produit opiacé depuis au moins 5 ans (codéïne, palfium, dolosal, barbituriques...)

.../...

3) - Avoir entrepris sans succès durable plusieurs cures de sevrage.

Il est rappelé que la décision de mise sous Méthadone demande une période d'évaluation permettant d'apprécier les motivations du toxicomane.

V.- Le contrôle du programme "Méthadone" comporte plusieurs aspects destinés à assurer tant la sécurité d'emploi du produit qu'à éviter sa diffusion sur le marché illicite. Le contrôle doit tenir compte des dispositions légales et administratives qui régulent la prescription et la distribution des médicaments stupéfiants.

1) - Contrôle de la distribution de Méthadone :

La Méthadone doit être placée sous la responsabilité conjointe du médecin-chef du centre et du pharmacien gérant de l'hôpital de rattachement. Sa détention et sa distribution devront être organisées pour éviter tout détournement vers un marché illicite et devront s'inspirer des considérations résumées dans l'annexe 3.

L'inspection régionale de la pharmacie devra assurer le contrôle du dispositif décrit dans l'annexe sus nommée et pourra, après consultation du Médecin-chef du centre et du pharmacien responsable, lui apporter les aménagements nécessités par les circonstances.

2) - La dose quotidienne de Méthadone (cf annexe 2) ne doit jamais être confiée au malade, mais lui être administrée sur place en présence d'un membre du personnel médical (médecin ou infirmier, pharmacien). Il doit cependant être possible, sur décision du médecin prescripteur, de confier au malade, sept jours au maximum de prescription.

3) - La Méthadone doit être administrée par voie buccale. Une forme liquide sirupeuse sera utilisée. Elle semble, en effet, la forme dont l'administration est la plus facile à contrôler.

4) - Contrôle de l'usage des produits associés :

Il doit s'effectuer par la recherche des principaux stupéfiants dans les urines du toxicomane, de manière à détecter les prises illicites. Ceci justifie l'équipement et le personnel technique spécialisé ou le recours à un laboratoire spécialisé (cf annexe 4). Ces contrôles seront fait au minimum deux ou trois fois par semaine.

....

VII - 1) Le dossier médical de chaque toxicomane est tenu à jour.

Ce dossier servira à évaluer l'efficacité thérapeutique du traitement pour chaque malade d'après :

a) la distribution de produit et le contrôle urinaire

b) l'état clinique, biologique et psychiatrique et le degré d'insertion sociale.

2) Un bilan d'orientation est prévu au bout de trois mois de traitement par le Méthadone pour juger de la poursuite ou de l'arrêt du traitement puis régulièrement de manière trimestrielle.

3) L'exclusion d'un patient du protocole "Méthadone": la prise de Méthadone ne doit pas s'accompagner de la prise d'autres opiacés. L'exclusion du patient peut être envisagée à tout moment en cas de prise simultanée d'autres stupéfiants légaux ou illégaux, ou pour non-acceptation des contraintes de la prise en charge ou du règlement de l'établissement.

VIII - Chaque service doit établir après six mois de fonctionnement:

1) un bilan de suivi épidémiologique qui sera adressé à l'INSERM, à la direction de la pharmacie et des médicaments, et à la Direction Générale de la Santé. Il est proposé une fiche INSERM qui sera établie au début de chaque nouvelle prise en charge pour chaque patient (cf annexe 5) et une fiche annuelle ou de fin de traitement pour mesurer l'évolution du patient quant à son insertion sociale et professionnelle (cf annexe 6).

2) un état indiquant la quantité de Méthadone administrée et celle qui reste en stock, afin que la direction de la Pharmacie et des Médicaments puisse en permanence assurer l'approvisionnement en matière première conformément aux conventions internationales sur les stupéfiants.

Ces bilans seront établis tous les six mois lors des deux premières années de fonctionnement du centre puis annuellement.

ANNEXE 1

Les services habilités à ouvrir un centre de traitement par la Méthadone pour les toxicomanes devraient répondre aux conditions établies dans ce rapport. De plus, ces services:

1) feront partie de centres qui ont une expérience de prise en charge des toxicomanes;

2) seront habilités après avis d'une commission ad hoc dont la composition est la suivante:

- Docteur DUGARIN Espace MURGER
- Docteur JACOB Intersecteur de Jury-les-Metz
- Docteur PRAT Intersecteur de Marseille
- Professeur LCO SAINTE-ANNE
- Professeur OLIVENSTEIN MARMOTTAN
- Monsieur LAGIER Président de la commission des stupéfiants
- Les représentants de la Direction de la Pharmacie et du Médicament et de la Direction Générale de la Santé

3) Une formation ou information auprès des centres ayant une expérience en la matière sera proposée aux centres nouvellement agréés.

ANNEXE 2

La dose initiale est d'environ 20 à -0 mg/24 heures. L'ajustement (par diminution ou augmentation de la dose), afin de trouver la dose minimum de confort, est laissé au libre jugement du clinicien. Cette dose d'ajustement ne doit pas dépasser 60 mg par jour. En cas d'ajustement par diminution, ceux-ci devraient se faire que par palier de 5 mg tous les sept jours minimum.

En France actuellement la Méthadone est une maintenance limitée dans le temps même si le délai de traitement ne peut être évalué d'emblée. Il est donc indispensable de faire une évaluation trimestrielle pour chaque patient.

La prescription est a priori établie pour 3 mois, cette prescriptive pouvant être prolongée d'autant après étude du bilan trimestriel.

A N N' E X E I I I

La Pharmacie Centrale des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris est désignée comme seul dépôsitaire de la Méthadone principe actif classé comme stupéfiant et organisme habilité à fabriquer du sirop et à le répartir.

La Pharmacie Centrale des Hôpitaux de l'Assistance Publique fournit la quantité nécessaire de flacons de sirop de Méthadone au pharmacien gérant de la pharmacie du Centre hospitalier de rattachement le plus proche du Centre agréé. Cet approvisionnement doit se faire contre remise d'un bon de commande extrait du carnet à souche prévu à l'article R 5210 du code de Santé Publique.

- A chaque centre est affecté une dotation hebdomadaire de flacons de sirop définie conjointement par le pharmacien hospitalier et le médecin responsable du centre. Cette dotation est fournie contre remise d'une ordonnance extraite du carnet à souche, prévu à l'article R 5212 du code de la Santé Publique, du médecin du centre agréé.

- Le renouvellement de la dotation est hebdomadaire et ne peut se faire que sur bon extrait du carnet à souche de prescription du médecin. Le bon doit être accompagné d'un relevé nominatif comportant :

- 1 - le nom et l'adresse du centre
- 2 - le nom et prénom de chaque malade
- 3 - les doses administrées
- 4 - les dates et heures de l'administration

Lorsqu'il est remis au malade, à titre exceptionnel, une quantité de sirop ne pouvant en tout état de cause dépasser 7 jours de traitement, le médecin prescripteur doit alors établir pour ce malade, une ordonnance extraite du carnet à souche réglementaire. L'original est adressé au pharmacien de l'hôpital de rattachement du centre qui délivrera au malade la quantité correspondante et lui remettra une copie établie conformément à l'article R 5214 du Code de la Santé Publique.

ANNEXE IV

CONTROLE DE L'USAGE DES TOXIQUES

Le laboratoire chargé des analyses permettant le contrôle du toxicomane devra pouvoir réaliser les tests suivants :

- recherche et dosage de la méthadone
- recherche et dosage de l'alcool
- recherche des opiacées naturels
- recherche des opiacées synthétiques
- recherche de la cocaïne
- recherche de l'amphétamine et de ses dérivés
- recherche du cannabis
- recherche du LSD

Un contrôle positif concernant les opiacées devra être confirmé par une méthode spécifique validée.

Base de données en toxicomanie - 1989

Centre :	/____/____/____/
Date : mois, année	/____/____/____/
Département	/____/____/
Thérapeute, fonction clinique en clair :	/____/____/____/
Sujet, n° de dossier	/____/____/____/____/
Date de naissance jour, mois, année:	/____/____/____/____/____/
Sexe : 1 masculin, 2 féminin	/____/
Nationalité : 1 française 2 étrangère 3 non précisée ou en cours d'obtention)	/____/
Situation matrimoniale : 1 célibataire ; 2 marié(e) ; 3 veuf(ve) 4 divorcé(e) ; 5 union libre supérieure 6 mois ; 6 autre	/____/
Nombre d'enfants	/____/
Logement : 1 indépendant et auto-financé ; 2 personnel et pris en charge par les parents ; 3 chez les parents (père ou mère) ; 4 dans la famille (hors père ou mère) ; 5 chez un tiers (amis 6 dans un hôtel ; 7 sans domicile fixe (y compris squat) 8 autre ; 9 prison	/____/
Niveau scolaire atteint : 1 primaire ; 2 secondaire 1er cycle ; 3 technique (CAP) ; 4 secondaire 2ème cycle ; 5 technique (BEP) ; 6 baccalauréat général ; 7 études supérieures (Baccalauréat +3) ; 8 autre	/____/
Activité professionnelle : 1 continue ; 2 continue mais interrompue dans les 6 derniers mois ; 3 intermittente ; 4 aucune (jamais) ; 5 reprise d'activité continue dans les 6 derniers mois ; 6 interruption prolongée d'activité (invalidité, retraite, ...)	/____/
Catégorie socio-professionnelle (en clair) : (code INSEE)	/____/
Protection sociale : 1 aucune ; 2 régime général ; 3 assurance personnelle ; 4 aide sociale ; 5 autres	/____/
RMI : 1 oui ; 2 non	/____/

Père : 1 vivant ; 2 décédé ; 3 handicapé ; 4 inconnu / ____ /

Mère : 1 vivante ; 2 décédée ; 3 handicapée ; 4 inconnue / ____ /

Parents : 1 vivant ensemble ; 2 séparés ; 3 autre (dont décès) / ____ /

Dernier produit principalement utilisé :

- nature (en clair) / ____ /
- depuis quel âge ? / ____ /

Produits secondaires (en clair) (les trois les plus fréquents) :
..... / ____ /

Abstinence actuelle : 1 oui : 2 non / ____ /

Produit de début (avec "ivresses" répétées ou "défoncés") :

- nature (en clair) / ____ /
- à quel âge ? / ____ /

Prison : 1 oui ; 2 non / ____ /

Sevrages institutionnels antérieurs : 1 oui ; 2 non / ____ /

Contacts antérieurs avec institutions spécialisées : 1 oui ; 2 non / ____ /

Tentatives de suicide : 1 oui ; 2 non / ____ /

Test de sérodiagnostic effectué : 1 oui ; 2 non / ____ /

Si oui, le test le plus récent est : 1 Séropositif ; 2 Séronégatif ;
3 En attente de résultat / ____ /

Demande de soins :

- 1 individuelle
- 2 provoquée par la famille
- 3 provoquée par un conjoint ou ami
- 4 provoquée par les enfants
- 5 provoquée par une institution
- 6 provoquée par un soignant ou intervenant social
- 7 injonction thérapeutique
- 8 autre / ____ /

Date du premier entretien dans l'établissement, service
ou institution (mois, année) / ____ / / ____ /

Département du domicile habituel / ____ /

NOTICE D'UTILISATION

LE QUESTIONNAIRE "BASE DE DONNEES EN TOXICOMANIE" EST DESTINE A DECRIRE LES SUJETS ACCUEILLIS DANS LES CENTRES SPECIALISES SUR UN PLAN SOCIOGRAPHIQUE ET TOXIQUE ESSENTIELLEMENT.

LES INFORMATIONS DOIVENT ETRE CODEES DIRECTEMENT DANS LA COLONNE DE DROITE SUR LA FICHE SAUF POUR LES REONSES NOTEES EN CLAIR, QUI SERONT CODEES A L'INSERM.

DANS LE CAS OU L'INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE, IL S'AGIT DE LAISSER EN BLANC LA CASE CORRESPONDANTE OU DE CODER DIRECTEMENT X.

POUR LES PRECISIONS CONCERNANT LES PRODUITS, LE "PRODUIT PRINCIPAL" A ETE REMPLACE PAR LE LIBELLE "DERNIER PRODUIT PRINCIPALEMENT UTILISE" POUR HARMONISER AVEC LES AUTRES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES. CECI SEMBLE PLUS CLAIR DANS LE CAS NOTAMMENT DE SUJETS VUS EN PRISON POUR LESQUELS L'USAGE DE TOXIQUE N'EST PAS ACTUEL. LA NATURE D'ABSTINENCE EST PRECISEE A LA SUITE.

LA SITUATION PAR RAPPORT AU SIDA DOIT ETRE INDIQUEE UNIQUEMENT SI L'INFORMATION EST DISPONIBLE.

LE CODE 1 OUI ; 2 NON SERA DE PREFERENCE UTILISE DANS LES ENQUETES A PRESENT AFIN D'HARMONISER LE RECUEIL DE DONNEES AVEC LES ORGANISMES NATIONALS.

ANNEXE 6

Notice d'utilisation

Pour évaluer l'évolution des sujets mis sous traitement à la méthadone ou autres produits, une échelle de gravité de la toxicomanie est proposée.

Elle est à remplir par l'équipe soignante au début du traitement, au bout de 6 mois et de 12 mois de prise en charge.

Par ailleurs, d'autres outils concernant l'évaluation du niveau de toxicomanes sont en cours d'élaboration par des équipes européennes. Ils seront susceptibles d'être utilisés, une fois affinés par ces professionnels.

L'APPRECIATION CLINIQUE

Comment évaluez-vous la gravité de la toxicomanie du sujet à la lumière des conduites que celui-ci est amené à développer pour satisfaire sa toxicomanie ?

Cochez la case qui vous paraît correspondre le mieux.

Absence de gravité / / / / / / / Gravité maximale

Comment évaluez-vous la gravité de la toxicomanie du sujet si vous vous placez du point de vue de votre pronostic quant au devenir de la personne ?

Cochez la case qui vous paraît correspondre le mieux.

AESSENCE DE GRAVITE / / / / / / / GRAVITE MAXIMALE

Comment évaluez-vous la gravité de la toxicomanie du sujet quand vous considérez l'état général (socio-medico-psychologique) dans lequel se trouve la personne ?

Cochez la case qui vous paraît correspondre le mieux.

ABSENCE DE GRAVITE / / / / / / / GRAVITE MAXIMALE