



REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

23 MAI 1997

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction de la santé des populations
Bureau de la santé mentale, des toxicomanies
et des dépendances
DGS/SP3

**LE MINISTRE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

à

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE RÉGION**

Direction régionale des affaires sanitaires
et sociales
(pour mise en œuvre)

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DÉPARTEMENT**

Direction départementale des affaires sanitaires
et sociales
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE DGS/SP3 n° 97/366 du 23 MAI 1997

relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes.

Date d'application : immédiate.

Résumé : Poursuite du plan 1993/1996 de lutte contre la toxicomanie comprenant l'augmentation des capacités de prise en charge avec hébergement, l'amélioration de l'accès aux traitements de substitution, la poursuite de l'implication des médecins libéraux dans la prise en charge des toxicomanes par le développement de réseaux Toxicomanie/Ville/Hôpital. Prévention sanitaire dans les soirées "raves".

Mots clés : Toxicomanes, centres de soins avec hébergement, prescription de méthadone, réseaux toxicomanie-ville-hôpital, soirées "raves".

Textes de référence :

- Décret N°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret N°94-1030 du 2 décembre 1994 relatif aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat).
- Circulaire N°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.
- Circulaire N°15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville/hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.
- Circulaire n°04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
- Circulaire DGS/DH/96 n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.
- Circulaire du Premier Ministre du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.
- Circulaire DGS n°758 du 20 décembre 1996 relative à la mise en place des conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

Le plan triennal de lutte contre la toxicomanie 1993/1996 et le plan complémentaire du 14 septembre 1995 ont prévu de doter le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes de 1240 places d'hébergement, de créer 40 réseaux toxicomanie ville-hôpital, et d'offrir dans chaque département la possibilité d'une prise en charge avec prescription de méthadone°. La circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 visait la mise en oeuvre de ces orientations qui ont été partiellement atteintes (Cf bilan en Annexe 1).

En 1997, année de transition avant l'application du nouveau plan de lutte contre la toxicomanie 1998/2000, une enveloppe de plus de 16 MF a été dégagée afin de terminer le précédent plan. Ces crédits seront consacrés à la création de 23 places d'hébergement et de 9 réseaux toxicomanie ville-hôpital, au renforcement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes pour qu'ils assurent une prise en charge avec méthadone°, ainsi qu'au financement de formations pluridisciplinaires en matière de substitution.

Par ailleurs, des actions spécifiques de réduction des risques liés à la consommation d'ecstasy seront également financées dès 1997.

1. Les prises en charge avec hébergement

En 1997 la création de 23 places supplémentaires permettra d'atteindre la capacité de 1240 places.

Les crédits disponibles à cet effet seront consacrés à la création de places en appartements thérapeutique-relais et en hébergement de transition dans le cadre de projets thérapeutiques permettant notamment de tenir compte des problématiques suivantes : mères avec enfants, personnes sous substitution (méthadone° ou subutex°) qui en début de traitement requièrent l'accompagnement social d'une équipe spécialisée, personnes toxicomanes dont la demande de soins spécialisés est encore mal définie et hésitante, personnes toxicomanes relevant d'une mesure judiciaire et/ou sortant de prison.

Les projets privilégiés dans le cadre de cet appel d'offres seront ceux des régions les plus touchées par la toxicomanie : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que ceux des villes de plus de 150 000 habitants actuellement dépourvues de réponse en matière d'hébergement éclaté comme par exemple Amiens, Clermont-Ferrand, Grenoble, Limoge ou Saint-Etienne.

Les crédits accordés ne pourront excéder 150 000 F pour les appartements thérapeutiques-relais et 120 000F par an et par place pour les hébergements collectifs ou individuels de transition ou d'urgence.

2. Renforcement des centres de soins pour assurer des prises en charge avec méthadone

La méthadone° bénéficie depuis le 31 mars 1995 d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) avec une indication de traitement de la pharmacodépendance aux opiacés. En application de cette AMM, seuls les médecins exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes sont habilités à réaliser la prescription initiale de ce médicament qui peut être prescrit et délivré dans tous les centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

En conséquence, lorsqu'un centre spécialisé ou sa permanence d'accueil décident de développer une activité de prise en charge par la méthadone°, l'équipe thérapeutique doit comprendre un temps de médecin et d'infirmier.

Actuellement, 63 départements peuvent dispenser de la méthadone°. Aussi, afin d'atteindre les objectifs du plan, des financements seront accordés en priorité aux départements dépourvus de réponse. Les projets privilégiés dans le cadre de cet appel d'offres seront ceux qui procéderont soit à des créations de centres spécialisés ou de permanences dans les départements qui en sont dépourvus, soit à la médicalisation de centres dans les départements ne bénéficiant pas d'une offre de soins par la méthadone. Toutefois, dans certains départements fortement touchés par la toxicomanie, les capacités de prescription de méthadone pourront être renforcées.

Ces projets devront organiser les conditions d'une forte coordination avec le tissu sanitaire et social local. Les demandes relatives à ces créations ou renforcements ne pourront excéder 400.000 F.

3. Réseaux toxicomanie ville-hôpital

Les réseaux toxicomanie ville-hôpital organisent des modalités de prise en charge permettant une complémentarité de traitement et un accès aux soins plus précoce (Cf Evaluation des réseaux 1995 en Annexe 2).

C'est pourquoi, leur développement doit être poursuivi conformément aux règles de création et de fonctionnement définies par la circulaire n°15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville/hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.

Les projets privilégiés dans le cadre du présent appel d'offres seront ceux qui ont obtenu en 1996 un financement de la direction des hôpitaux pour la partie hospitalière, et ceux qui permettent des prises en charge coordonnées entre les médecins prescripteurs de subutex° ou de méthadone° et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, afin que ceux-ci puissent apporter aux personnes sous substitution qui le nécessitent un accompagnement pluridisciplinaire et en particulier social.

*** Coût des réseaux**

L'analyse du fonctionnement des réseaux toxicomanie ville-hôpital conduit à revoir les règles de leur financement. A titre indicatif, pendant les deux premières années de financement, le coût d'un réseau peut s'élever jusqu'à 300.000F par an pour s'établir par la suite à une moyenne de 150 000F. Dès 1998, les enveloppes départementales seront calculées conformément à ces moyennes, et tout financement supérieur devra faire l'objet d'une demande spécifique.

Certains réseaux de professionnels centrés autour d'une pathologie diversifient leur approche pour répondre à de nouvelles problématiques. Ainsi, des réseaux initialement centrés autour du VIH se sont enrichis pour aborder la prise en charge des personnes toxicomanes et des personnes atteintes de l'hépatite C. Cette orientation favorable, ne doit pas conduire automatiquement à des financements au titre de chaque pathologie. Le financement supplémentaire par rapport à l'activité initiale doit être justifié par la nécessité éventuelle, pour les intervenants du réseau, de formations complémentaires.

4. Formations

Les directions régionales de affaires sanitaires et sociales qui en feront la demande se verront attribuer des crédits destinés à financer des formations pluridisciplinaires aux traitements de substitution, dans les conditions prévues par la circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

Je vous rappelle que ces formations sont dérogatoires à la circulaire DGS n°758 du 20 décembre 1996 et ne pourront donner lieu à l'indemnisation des praticiens. De plus, les sommes allouées ne dépasseront pas le montant des crédits accordés en 1996 au titre de ces formations.

Je vous recommande en conséquence de veiller à diffuser largement auprès de tous les organismes de formation, antérieurement agréés ou non, la procédure à suivre auprès du conseil régional de la formation continue, et de les inciter à présenter des projets dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie et des traitements de substitution. A partir de 1998, les formations aux traitements de substitution seront exclusivement dispensées dans le cadre du droit commun de la formation médicale continue.

5. Prévention sanitaire sur le lieu des soirées "raves"

Dans les soirées "raves", en raison d'une éventuelle consommation d'ecstasy ou des conditions liées à l'environnement, des déshydratations, des hyperthermies majeures ou des accidents psychiatriques aigus ont pu être observés. Le risque de relations sexuelles non protégées est également augmenté. Il importe donc de mettre en place sur les lieux de ces soirées une réponse sanitaire permettant de prendre en charge les malaises et autres accidents liés à de grands rassemblements et/ou de diffuser du matériel de prévention des risques liés à la consommation d'ecstasy.

En 1997, seront donc subventionnées des associations qui pourront assurer ce type de réponse sanitaire. Ces associations devront en outre établir des articulations avec le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes afin d'y orienter le cas échéant les personnes souhaitant engager une démarche de soins.

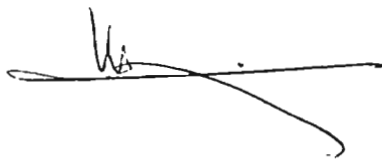
L'intervention des associations financées sur les lieux des "raves", qu'elles aient ou non reçu une autorisation préalable, devra recevoir l'aval du chef de projet toxicomanie départemental nommé en application de la Circulaire du Premier Ministre du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.

6. Procédures

Il vous appartient de mobiliser au plus vite vos partenaires institutionnels afin de concrétiser les orientations définies ci-dessus. **Pour le 30 juin 1997**, vous ferez parvenir l'ensemble des projets en faisant apparaître vos priorités à la direction générale de la santé, bureau SP3 (tél : 01 40 56 56 31).

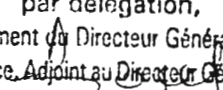
Au delà de cette date, les projets ne pourront plus être instruits. Un récapitulatif de l'ensemble des mesures nouvelles retenues pour 1997 vous sera adressé à la fin du premier semestre 1998 au plus tard.

n° 320/297
Le contrôleur financier



Michel LECOLLE

13 MAI 1997

Le directeur général de la santé
Pour le Ministre,
par délégation,
par empêchement du Directeur Général de la Santé
Le Chef de Service Adjoint au Directeur Général de la Santé

Annick MOREL

ANNEXE 1

Plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie du 14 septembre 1995

En 1996, les crédits inscrits sur le chapitre 47-15/40 à hauteur de **33.501.000 F** dont 20.500.000 F issus de crédits interministériels de la MILDT, ont permis le financement de :

– *100 places d'hébergement :*

Ont été créées :

- . 44 places en hébergement collectif dont la création de 3 post-cures (Rhône ; Var ; Guyane). La post-cure cure située dans le Var et gérée par l'association "PRÊT" expérimentera l'accueil et la prise en charge simultanée de personnes sevrées et de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution.
- . 24 places en appartements thérapeutiques-relais dont 10 places seront réservées à l'accueil de mères avec enfants.
- . 24 places en hébergement de transition dont la "Maison de Wignehies" intégralement financée jusqu'à présent par le conseil général du département du Nord.
- . 8 places dans le cadre d'un projet expérimental d'équipe de suite présenté par l'association "Clémence Isaure" à Toulouse : le projet "DEM CITE". Une équipe pluridisciplinaire assura le suivi médico-social de personnes accueillies dans le dispositif d'hébergement social de droit commun (CHRS, centres maternels) avec lesquels le centre spécialisé de soins aux toxicomane passera convention.

– *la création de 26 nouveaux centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire et permanences d'accueil* ainsi que *la médicalisation et le renforcement de 32 centres spécialisés de soins en ambulatoire existants* afin de développer les capacités de prescription de traitements de substitution par la méthadone. Désormais, une primo-prescription de la méthadone est possible dans 63 départements.

– *11 nouveaux réseaux toxicomanie-ville-hôpital* portant ainsi à 33 le nombre total de réseaux toxicomanie-ville-hôpital.

– *formation de médecins et pharmaciens libéraux* aux traitements de substitution.

ANNEXE 1 bis

Mesures nouvelles 1996
chapitre 47-15/40

Départements	Méthadone 22 départements supplémentaires couverts 18 csst et 8 permanences d'accueil créés, 13 csst médicalisés, 19 csst renforcés	Hébergement création de 100 places d'hébergement	Réseaux création de 11 réseaux
01 Ain	médicalisation du csst, création PA pays de Gex		
04 Alpes-Hte-Provence	création csst "La Parenthèse" à Digne		
06 Alpes-Maritimes	renforcement csst CH Cannes et CH Grasse		
07 Ardèche	création csst "Espace 07" à Privas		
08 Ardennes	création csst par redéploiement à Charleville-Mézière		
13 Bouches-du-Rhône	renforcement du csst AMPT création csst EPS Aix Montperrin	extension 4 pl. hébergement de transition (csst AMPT)	Création d'un réseau à Aix-en-Provence
14 Calvados	création PA à Lisieux (csst CHS Caens)		
17 Charente-Maritime		création 2 pl. d'appartements (csst La Chesnay)	
19 Correze	création csst à Tulle		
21 Côte d'Or			Création d'un réseau à Dijon
26 Drôme	médicalisation du csst Tempo		
27 Eure	création csst CHS Navarre à Evreux		
28 Eure-et-Loir	médicalisation csst de Chartres, PA de Dreux		
29 Finistère	médicalisation csst Quimper		
30 Gard		extension 2 pl. hébergement collectif (csst Lou Pauso) renforcement communauté thérapeutique Mas St Gilles	
31 Haute-Garonne		extension 1 pl. d'appartement (csst OC Drogue) projet "Dem Cité" : convention entre csst Cl. Isaure et le dispositif d'hébergement social (environ 8 pl.)	
33 Gironde		création 3 pl. d'appartement mère-enfant (csst la Ferme Merlet)	Création d'un réseau à Bordeaux
34 Hérault	médicalisation csst Episode		
39 Jura	création csst "Passerelle 39" à Lons-le-Saunier		
44 Loire-Atlantique	renforcement csst Triangle d'Or	création 2 pl. d'appartement (csst Triangle d'Or)	Création d'un réseau à Nantes
46 Lot	création PA à Cahors (csst le Peyry)		
47 Lot-et-Garonne	médicalisation du csst SAST		

Mesures nouvelles 1996
chapitre 47-15/40

	Méthadone	Hébergement	Réseaux
48 Lozère	création csst "Accueil Tox. 48" à Mende	extension 1 pl. d'hébergement collectif (csst Les Airelles Noires)	
49 Maine-et-Loire		extension 3 pl. appartement (csst AAT)	
56 Morbihan	création csst CHS Saint-Ave à Vannes et Lorient		
57 Moselle	création PA à Sarreguemines		
59 Nord	renforcement du csst Le Relais création csst CHS Ulysse à Lille	création csst hébergement collectif 12 pl. (Wignehies) extension 3 pl. d'hébergement collectif (csst Espace du possible) extension 1pl. hébergement de transition "Intermezzo" création 4 pl. Appartements mères-enfants (csst Cèdre Bleu).	
62 Pas-de-Calais	création PA à Boulogne (csst ABCD)	extension 3 pl. appartement (csst ABCD)	Création d'un réseau à Boulogne
63 Puy-de-Dôme	renforcement du csst ANAT		
64 Pyrénées-Atlantiques	médicalisation du csst Béarn Toxicomanie		
66 Pyrénées-Orientales	renforcement du csst CHS Thuir		Création d'un réseau à Perpignan
67 Bas-Rhin	renforcement du csst APRES		
68 Haut-Rhin	création csst "Le Cap" à Saint-Louis	extension 2 pl. hébergement de transition (csst Argile)	
69 Rhône		création csst hébergement collectif de 11 pl. (association 3A)	
71 Saône-et-Loire	création csst "SDIT" à Dijon		
73 Savoie	médicalisation PA d'Albertville (csst le Pélican)	création 2 pl. d'appartement de transition (csst Le Pélican)	
74 Haute-Savoie		extension de 2 pl. hébergement collectif (csst Châlet du Thianty)	
75 Paris	renforcement du csst Horizons renforcement du csst La Terrasse renforcement du csst Monte Cristo renforcement du csst Nova Dona renforcement du csst Espace Mürger renforcement du csst Charonne renforcement du csst Pierre Nicole		Création du réseau "Nova Dona" Création d'un réseau "Rive Gauche"

Mesures nouvelles 1996
chapitre 47-15/40

	Méthadone	Hébergement	Réseaux
76 Seine-Maritime	renforcement du csst ARIRT		Création d'un réseau à Rouen
77 Seine-et-Marne	médicalisation du csst CH Melun		
78 Yvelines	médicalisation du csst CH Versailles médicalisation de la PA de Mantes (csst CEDAT)		
81 Tarn	création csst CHS d'Albi		
82 Tarn-et-Garonne	création csst CH de Montauban		
83 Var	création csst CH de Fréjus	création csst hébergement collectif de 11 pl. (association PRET)	
84 Vaucluse	médicalisation csst AVAPT et création PA à Apt		
87 Haute-Vienne	médicalisation du csst Bobillot		
88 Vosges		extension 1pl. hébergement collectif (csst Le Quéméné)	
89 Yonne	médicalisation du csst CEAT		
91 Essonne	création PA à Massy (csst Essonne Accueil)		
92 Hauts-de-Seine	renforcement de la PA du Trait d'Union renforcement du csst ACIAT	création 3 pl. appartement mères-enfants (csst ACIAT)	
93 Seine-St-Denis	renforcement du csst SDPST		Création d'un réseau à Montfermeil
94 Val-de-Marne	création csst à Villejuif et PA à Ivry (CHS Villejuif)		
95 Val d'Oise		création 4 pl. appartement (csst Dune)	Création d'un réseau à Gonesse
971 Guadeloupe	création csst "ALTERS" à Pointe-à-Pitre		
973 Guyanne	création csst "AMAA" à Saint-Laurent du Maroni	création csst hébergement collectif de 15 pl. (ASATOFa)	

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

ETUDE

DES

RÉSEAUX TOXICOMANIE-VILLE-HÔPITAL

1995

La création des réseaux toxicomanie-ville-hôpital a été proposée dès 1993 (circulaire n° 72 du 9 novembre 1993) comme un des axes du plan triennal de lutte contre la toxicomanie.

"La création des réseaux doit faciliter la continuité de la prise en charge des toxicomanes. Il s'agit d'apporter un soutien aux regroupements de médecins libéraux, de créer un poste de médecin au sein de l'hôpital chargé de coordonner la formation du personnel hospitalier à l'accueil des toxicomanes, d'intervenir en cas de situation difficile liée à l'hospitalisation d'un toxicomane et de réaliser l'interface avec les médecins libéraux et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes qui disposent de personnel compétent".

L'objectif est une meilleure articulation entre les différents acteurs de soins tout en reconnaissant les spécificités propres de chacun dans l'optique d'une complémentarité dans la prise en charge des usagers de drogue.

Depuis plusieurs années, l'augmentation du nombre des toxicomanes infectés par le virus du sida et des hépatites, les nombreux problèmes de santé dont ils souffrent imposaient un élargissement du recours aux soins en collaboration avec les médecins généralistes et en améliorant l'accès à l'hôpital.

Les trois composants du réseau (association de médecins généralistes, hôpital et centres spécialisés de soins aux toxicomanes) définis comme des acteurs de santé à part entière doivent agir pour une meilleure coordination des intervenants dans le cadre de la poursuite d'une prise charge globale.

La circulaire du 7 mars 1994 définit les rôles de chacun, préconisait une réponse locale avec un double financement : Direction Générale de la santé pour soutenir l'organisation d'un "pôle ville" et sa formation, Direction des hôpitaux pour la création dans l'hôpital considéré d'un demi-poste de praticien hospitalier bénéficiant d'une bonne expérience professionnelle dans le domaine de la toxicomanie.

Fin 1994, 12 réseaux répartis sur le territoire français étaient créés. Il était envisagé une évaluation de leur fonctionnement dès la circulaire du 7 mars 1994. Dans ce but, un groupe de travail était constitué à la DGS en 1995 afin de mettre en place cette évaluation alors que la création de ces réseaux se poursuivait. Etaient représentés les acteurs de terrain, les partenaires administratifs (DGS, DH, SESI) et des épidémiologistes (Charpark).

Les résultats présentés dans ce document décrivent d'abord le rôle des coordinateurs hôpital et ville ainsi que les actions mises en oeuvre par le réseau, puis le profil des médecins participant aux réseaux, celui des patients pris en charge dans ces réseaux avec l'individualisation de 2 sous groupes : les patients en traitement de substitution et les patients non traités au moment de l'enquête, enfin les personnes toxicomanes ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1995 suivies dans le cadre de l'enquête SESI¹.

¹ cf partie IV

MODALITES D'ENQUETES ET METHODES

L'évaluation de la prise en charge de la toxicomanie n'est actuellement prise en compte que par les statistiques émanant du SESI et par des données plus qualitatives et dispersées provenant du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes. La mise en place de cette évaluation sur la prise en charge des toxicomanes doit permettre de connaître l'organisation et les réalisations des actions de réseaux.

L'enquête du SESI prend en compte des informations sur les toxicomanes qui ont recours au système sanitaire et social, c'est à dire les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie et les établissements sociaux.

Cette enquête sur les réseaux toxicomanie-ville-hôpital en coordination menée avec l'enquête de novembre du SESI menée depuis 1987, est organisée pour la première fois pendant le mois de novembre 1995. Elle concerne seulement les "pôles ville" des réseaux toxicomanie-ville-hôpital alors que l'enquête SESI est réalisée dans un champ plus large. Ceci permet de recouper les informations disponibles sur les trois sites des réseaux et de bénéficier ainsi d'éléments coordonnés de réflexion.

PROCEDURES D'ENQUETE

Cette étude repose sur la participation des médecins coordinateurs "ville" et hospitaliers ainsi que sur celle des praticiens travaillant dans le réseau. Les coordinateurs sont le pivot de cette enquête, référents de l'administration centrale. Les services déconcentrés du ministère ont été informés de la mise en place de cette évaluation.

Le coordinateur ville reçoit l'ensemble de questionnaires "ville", et les envoie aux participants médicaux du réseau ; chaque médecin de ville reçoit une fiche médecin et 4 fiches patients. Ces fiches donnent des renseignements sur les quatre premiers patients toxicomanes vus en novembre. Ce pas de sondage a été arrêté par le groupe de travail en fonction d'enquêtes antérieures sur le même thème pour tenir compte de la validité et de la faisabilité de l'étude.

Les renseignements collectés sont relatifs à l'organisation matérielle du réseau, à la pratique des médecins et comportent des informations relatives au patient toxicomane. Il y a anonymat des données recueillies tant pour le patient que pour le praticien. La CNIL a été saisie et a indiqué que les informations recueillies et la nature de l'enquête ne nécessitaient pas un avis de sa part.

Quatre questionnaires ont ainsi été créés (cf annexe 1)

- 1 pour le coordinateur ville
- 1 " " hospitalier
- 1 sur le profil du médecin participant
- 1 fiche patient

Les informations pour les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les hôpitaux proviennent du SESI (voir bureau ST 2 D. Antoine).

CALENDRIER

Dès octobre 1995, les questionnaires ont été acheminés avec un retour prévu en janvier 1996. Les délais ont été pratiquement respectés malgré la grève du mois de décembre qui a toutefois entraîné un certain retard pour le retour de quelques questionnaires.

L'analyse a été totalement réalisée par le bureau SP3 à la DGS avec l'appui logistique du SESI.

TRAITEMENT DE L'ENQUETE

L'exploitation nationale de l'étude est effectuée par la DGS avec le logiciel EPI INFO.

En général, lorsqu'une variable présente un taux de non-réponse supérieur à 10 %, les résultats en pourcentage sont donnés avec deux bornes : la borne supérieure calculée sur l'ensemble des patients enquêtés, la borne inférieure sur les patients pour lesquels la variable est renseignée.

Pour l'ensemble des croisements entre deux variables présentées dans les tableaux, des tests statistiques ont été effectués (X^2). Ils sont significatifs au risque de 0.05 sauf mention contraire.

L'enquête a été adressée à 12 réseaux, tous les réseaux concernés ont participé d'où un taux de couverture de 100 %.

Le bilan des taux de non réponses par variables est repris ci-dessous.

Questionnaire médecin de ville	% de non réponse
Type d'exercice médical	0,9
Mode d'exercice	2,8
Ancienneté d'installation	1,4
Nombre d'actes par jour	0,5
Existence d'activité clinique hospitalière	0
Existence d'activité clinique liée à la toxicomanie	0,5
Nombre de toxicomanes suivis	0
Nombre de consultations en toxicomanie en nov.	0
% de patients toxicomanes dans la clientèle	0
Date de la dernière formation	0
Type de formation	9,8
Formation suffisante	2,3
Prescription de médicaments	2
Prise en charge associée	0,9
Amélioration de la prise en charge par le réseau	0,9

Questionnaire patient	% de non réponse
Sexe	0,8
Age du patient	8,3
Secteur géographique du médecin	2
Motif de la demande	0,8
Patient adressé par	0
Produit principal	0
Produit associé	3,9
Utilisation de la voie intraveineuse	2,5
Ancienneté de la toxicomanie (année)	0
Ancienneté du contact avec le médecin	2,5
Décision de sevrage	5,2
Décision d'accompagnement	4,9
Prescription de médicament(s)	4,7
Orientation vers une autre structure	1,9
Proposition d'une nouvelle consultation	1,9
Proposition d'un bilan biologique	3,2
Sérologie VIH	2,2
Sérologie Hépatite B	4,2
Vaccination Hépatite B	43,3
Sérologie Hépatite C	2,9
Couverture Sociale	1,7

Par ailleurs, pour tenir compte de la différence du nombre de patients vus en novembre par les médecins généralistes participants (de 0 à 65), fiabiliser le recueil de données et permettre les comparaisons avec les études et enquêtes en cours, un redressement a été effectué à partir du nombre de patients vus en novembre 1995 (file active) pour l'ensemble des médecins.

L'enquête présente des limites qui sont à prendre en compte dans l'utilisation des résultats :

- il s'agit, pour certains renseignements, de données déclaratives tant pour les praticiens que pour les patients,
- l'enquête a été réalisée au niveau local et reflète des situations qui ne peuvent être extrapolées en l'état au niveau national en ce qui concerne la pratique des médecins généralistes,
- ces résultats ne portent que sur les patients toxicomanes qui ont eu recours aux médecins généralistes de ces réseaux et ne permettent pas une estimation de la prévalence de la toxicomanie dans les lieux enquêtés ni en population générale.

PRESENTATION DES RÉSULTATS

Ce document présente les résultats de la première évaluation des réseaux toxicomanie-ville-hôpital créés en 1993 et en 1994. Une réflexion sur les traitements possibles a été menée au sein du groupe de travail pour identifier les items à valoriser.

Les résultats seront présentés dans 4 parties

- Partie I : Le rôle des coordinateurs hôpital et ville avec les actions mises en oeuvre par le réseau
- Partie II : Le profil des médecins participant aux réseaux
- Partie III : Le profil des patients pris en charge dans les réseaux avec l'individualisation de 2 sous groupes : les patients en traitement de substitution et les patients non traités au moment de l'enquête.
- Partie IV : Les renseignements émanant de l'enquête SESI 1995 dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et dans les hôpitaux faisant partie des réseaux.

Des précisions sur cette étude peuvent être obtenues auprès des personnes suivantes :

. bureau SP 3 documentation :
Noëlle VOIRIN tél. 01.40.56.55.20
. bureau SP 3 toxicomanie
Dominique de GALARD tél. 01.40.56.56.23

. SESI ST2
Delphine ANTOINE tél. 01.44.36.91.23

ou à l'adresse suivante :
Ministère du Travail et des Affaires Sociales -
DGS- Bureau SP 3
8, avenue de Ségur 75350 Paris Cedex

PARTIE I

ACTIONS ET ROLES DES COORDINATEURS

L'enquête auprès des coordinateurs ville et hospitalier comportait de nombreuses questions ouvertes nécessitant une analyse spécifique. Tous les coordinateurs des réseaux ont retourné les questionnaires renseignés.

Il ressort de l'analyse des questionnaires que la notion de réseau est interprétée de manière très variable d'un lieu à l'autre et qu'une culture de réseau s'installe avec, semble-t-il, plus de difficultés au sein des centres hospitaliers. L'isolement du référent hospitalier ou ses difficultés de travail sont signalées à plusieurs reprises. L'ouverture des services à l'accueil des toxicomanes reste encore très réduite ; trop peu de services de maternité sont concernés (5) au sein des hôpitaux enquêtés.

Le nombre des formations organisées par le coordinateur ville varie énormément : certains réseaux ont institué une réunion mensuelle d'échanges professionnels, d'autres des cycles de formation. Malgré la diversité des organisations et des situations locales, les thèmes abordés diffèrent peu de ceux des formations réalisées en ville.

En ce qui concerne l'hôpital, il semble que le travail du coordinateur soit ciblé surtout sur le personnel infirmier et en particulier celui des urgences. La technique repose sur une diffusion de l'information avec la reconnaissance du référent qui ne doit pas pour autant devenir le "3615 tox" permettant à tous les services de se "débarrasser" du traitement du patient.

La question du renforcement du pôle spécifique toxicomanie par une petite équipe de liaison est posée à plusieurs reprises, la circulaire d'avril 1996 répond en partie à cette demande.

Les réalisations

Il est intéressant de voir que figurent rarement les mêmes items dans les réponses des 2 coordinateurs et qu'une complémentarité s'est instaurée. Le travail de l'hospitalier a surtout porté sur l'intra-hospitalier et a amorcé la notion de réseau au sein de l'hôpital. Pour la ville, les réalisations concernent surtout les formations et le fonctionnement du réseau. A ce titre, il est souligné à plusieurs reprises la difficulté de réunir libéraux et salariés compte-tenu de leur disponibilité (horaires).

Certains réseaux ont participé à des études, à la réalisation de plaquettes et de vidéo en partenariat.

L'installation d'un carnet de liaison dans un réseau génère plusieurs difficultés.

.../...

Constitution des réseaux par type et nombre de partenaires

nbre participants/réseau	< 10	10 - 20	21 - 30	31 - 40	> 40	non réponse
Médecins généralistes	1 réseau	3 réseaux	3 réseaux	2 réseaux	2 réseaux	1 réseau
Pharmaciens	4 réseaux	3 réseaux	1 réseau	2 réseaux	1 réseau	1 réseau
Professionnels de santé	0	5 réseaux	3 réseaux	0	1 réseau	3 réseaux
Associations	10 réseaux	2 réseaux	0	0	0	0
Hôpitaux	12 réseaux	0	0	0	0	0
C.S.S.T.	7 réseaux	2 réseaux	0	1 réseau	0	2 réseaux

Le nombre de *formations* organisées pour 1995 par le coordinateur-ville et les thèmes correspondants sont repris dans le tableau ci-dessous

Nombre formation	< 10	10 - 20	21 - 30	31 - 40	> 40	non réponse
Nbre réseaux concernés	2	6	1	0	2	1

Pour les *thèmes abordés*, plusieurs réponses par réseau sont possibles :

- la prise en charge globale du toxicomane (8 réseaux)
- la substitution (7 réseaux)
- le sevrage (3 réseaux)
- les infections (VIH, hépatites) (3 réseaux)
- le fonctionnement du réseau (3 réseaux)
- la réduction des risques (2 réseaux)

Le nombre de *formations* en 1995 organisées par le coordinateur hospitalier et les thèmes correspondants sont repris dans le tableau ci-dessous :

Nombre formation	< 10	10 - 20	21 - 30	31 - 40	> 40	non réponse
Nbre réseaux concernés	6	2	3	0	0	1

Les thèmes suivants ont été abordés :

en intra hospitalier	le sevrage (6 réseaux) la prise en charge globale du patient (6 réseaux) la substitution (5 réseaux) la formation à la prise en charge des toxicomanes (4 réseaux) le fonctionnement en réseau (3 réseaux) les infections (2 réseaux) la réduction des risques (1 réseau) l'amélioration de l'accueil urgence (1 réseau)
en extra hospitalier	la substitution (8 réseaux) le fonctionnement en réseau (6 réseaux) le sevrage (4 réseaux) les infections (2 réseaux) la réduction des risques (1 réseau) la prise en charge globale du patient (1 réseau)

En ce qui concerne les *réalisations* mises en place par les réseaux et présentées comme telles par les coordinateurs, certaines sont intéressantes et devraient être suivies et évaluées. Elles se centrent toutes autour de deux thèmes : la réflexion sur le réseau et l'amélioration de la prise en charge du toxicomane. Ains ont été mis en place :

- des contrats d'objectifs
- des commissions de réflexion ou de coordination
- des protocoles de prise en charge en médecine générale, aux urgences, pour le sevrage

Dans un réseau, un carnet de liaison a été créé mais des interrogations existent quant à son utilisation.

La réalisation de formations et d'échanges professionnels est présentée par 7 réseaux sur 12.

Les difficultés

Contrairement à ce qui vient d'être mis en avant, si la création d'un réseau toxicomanie-ville-hôpital est à l'origine d'une dynamique interprofessionnelle et transversale, des difficultés ont été rencontrées par les coordinateurs, différentes selon leur pôle d'appartenance.

Pour les coordinateurs hospitaliers, en plus du manque de temps (4) et du peu de mobilisation intrahospitalière, la solitude du référent est avancée par un 1/4 des hospitaliers. De même les difficultés de prise en charge du patient toxicomane que ce soient les traitements de substitution, le sevrage ou la prise en charge globale et somatique sont soulignées.

Pour le coordinateur ville, les deux problèmes qui ressortent sont la gestion des relations au sein du réseau dans la difficulté de l'élargir d'une part et les difficultés d'accès à la méthadone (1/4) d'autre part.

Ainsi, au-delà des faibles moyens financiers, les réseaux font état plus de l'inertie de leur partenaires potentiels que de difficultés structurelles profondes.

La mobilisation des professionnels leur semble timide du fait de leur propre engagement ; l'accès difficile à la méthadone reste une de leurs préoccupations.

Les objectifs

Si les objectifs diffèrent en fonction de la position du coordinateur, ils sont tous axés :

- sur l'amélioration et l'opérationnalité du fonctionnement du réseau,
- le souhait d'élargir le nombre des partenaires tant auprès des médecins, des partenaires sociaux qu'au sein des autres services hospitaliers
- la poursuite de formations spécifiques
- l'accès aux soins en particulier en maison d'arrêt, l'accès aux traitements de substitution, à la réduction des risques.

D'autres propositions sont également exprimées par certains réseaux :

- l'accroissement nécessaire des liens avec les secteurs de psychiatrie
- un travail en synergie avec les référents "alcool"
- les rencontres avec les associations d'usagers de drogues
- la proposition de création d'un centre d'accueil occupationnel de jour.

Les difficultés vécues par certains réseaux peuvent en partie s'expliquer par l'absence de culture d'exercice professionnel en réseau (en ville ou à l'hôpital) et également par la crainte de voir s'installer une "nouvelle structure" qui conduirait les prises en charge de ces patients encore peu acceptés. Le réseau a été défini par plusieurs professionnels comme un outil de travail à disposition de tous ceux qui souhaitent oeuvrer vers une amélioration de la prise en charge du patient, quelque soit sa pathologie ou sa dépendance.

PARTIE II

PROFIL DES MÉDECINS PARTICIPANT AUX RÉSEAUX

Les 12 réseaux participants ont tous été créés avant le 1er janvier 1995.

Les 307 médecins généralistes adhérents à ces réseaux sont concernés par l'enquête ce qui fait une moyenne de 25 par réseau et une médiane de 15 praticiens. Le nombre de médecins qui ont accepté de répondre à l'enquête est de 213. L'importance du nombre de patients suivis ou le caractère récent de l'appartenance au réseau ont été mis en avant par certains praticiens pour refuser la participation à l'enquête.

L'échantillon comporte donc 213 médecins soit 17 médecins en moyenne et une médiane entre 15 et 20 médecins par réseau. Le taux de participation par réseau varie de 50 à 100 soit 70 % en moyenne. La répartition en fonction de leur spécialité est la suivante :

- 207 médecins généralistes soit 97 %
- 2 médecins psychiatres soit 1%
- autre spécialité 2 soit 1%

Profil des médecins

Parmi le nombre de participants à l'enquête, 109 (51 %) médecins travaillent en association.

Leur ancienneté d'installation se présente ainsi :

< à 5 ans	17 %
5 - 10 ans	25 %
11 - 20 ans	48 %
> 20 ans	8 %
Non réponses	1 %

Le nombre d'actes par jour se répartit de la manière suivante :

< 10 actes	5 %
10 - 20 actes	54 %
> 20 actes	41 %

21 % d'entre eux ont une activité clinique autre dans un établissement hospitalier et 22 % une activité liée à la toxicomanie dans une association ou un établissement hospitalier.

Ces chiffres correspondent au profil général des médecins tel que décrit par les organismes professionnels en dehors du dernier item qui met en évidence l'engagement réel dans ce type de prise en charge.

Description de l'Activité liée à la toxicomanie.

Le nombre de patients toxicomanes qui ont consulté pendant le mois de novembre 1995 chez les 213 médecins de l'étude s'élève à 1.883 personnes.

Un patient toxicomane est défini comme "toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois."

53 % des médecins ont vu moins de 5 patients en novembre (23 n'en ont vu aucun et 10 en ont vu 40 et plus, dont 3 plus de 60)

50 % des médecins ont eu moins de 8 consultations pour des patients toxicomanes pendant ce mois.

Concernant la place de la toxicomanie dans leur activité professionnelle,

9 %	des médecins l'estiment nulle	
28 %	"	" entre 0 et 4 %
26 %	"	" entre 5 et 9 %
15 %	"	" entre 10 et 14 %
22 %	"	" à 15 % et plus

La moitié de l'effectif (médiane) des médecins estime la place de la toxicomanie dans leur activité professionnelle entre 4 et 5 %.

Ces chiffres montrent que si certains médecins appartenant aux réseaux ont une part importante dans leur clientèle de toxicomanes, la grande majorité d'entre eux ont intégré cette prise en charge dans leur pratique générale.

Prise en compte et suivi de la formation

90 % de l'effectif étudié ont suivi une formation sur la prise en charge des toxicomanes dont 73 % en 1995.

La formation est assurée en 1995, par les réseaux dans 70 % des cas, par la formation médicale continue seule dans 25 %.

Plus de la moitié de l'effectif (53 %) s'estime suffisamment formés, 13 % tout à fait formés soit 66 % d'avis positifs

Ces chiffres indiquent que si les deux tiers des médecins généralistes appartenant aux réseaux se sentent formés à la prise en charge de patients toxicomanes, un tiers restent encore demandeurs de formation adaptée à leurs demandes.

.../...

Analyse des prescription de médicaments

Le pourcentage de médecins n'ayant pas répondu aux questions de cette rubrique est de 2 %.

Plusieurs réponses sont possibles ce qui fait que les totaux peuvent être supérieurs à 100 %.

	souvent	parfois	rarement	jamais
hypnotiques	38 %	33,8 %	21,6 %	5,6 %
antalgiques	40,8 %	31 %	23 %	2,8 %
morphiniques	43,7 %	14,1 %	15 %	24,4 %
antidépresseurs	14,1 %	50,7 %	25 %	8,9 %
neuroleptiques	7 %	22,1 %	35,7 %	32,4 %

On retrouve dans ce tableau l'importance des pratiques de prescriptions de morphiniques dans les réseaux ; la période de référence de l'enquête est antérieure au 30 juin 1996 date à partir de laquelle ces prescriptions devaient diminuer.

La prescription de traitements de substitution concerne 20 % des médecins pour la MÉTHADONE et 58 % pour la buprénorphine (Temgésic® à l'époque).

Ces chiffres reflètent le choix de ces praticiens qui réserve une place importante aux traitements de substitution, ceux ci ayant eu un rôle majeur dans la mise en place et l'organisation de certains réseaux.

Mise en évidence des contacts avec les autres structures.

Les réponses ne préjugent pas de la nature et de la qualité des liens créés. Plusieurs réponses sont possibles ce qui fait que les totaux peuvent être supérieurs à 100 %.

La question met en évidence les contacts existants avec des structures pour la prise en charge des patients toxicomanes. L'analyse des résultats montre l'importance des liens créés dans le cadre du réseau avec les différents partenaires, bien au delà du réseau originel de départ.

Partenaires	Création de liens
Centre hospitalier	53,5 %
Centre spécialisé	67,8%
Associations	77,9%
Professionnel de santé	46,9%

Ces informations sont à rapprocher des réponses concernant l'origine de la venue du patient au cabinet (questionnaire patient). Dans ce cas, l'hôpital n'est mentionné que par 3 % des patients, le centre spécialisé de soins aux toxicomanes pour 13% et le pharmacien pour 1,7%. Le travail en réseau se construit à partir du réseau lui même.

L'amélioration des prises en charge des toxicomanes

La dernière question, très subjective, met en évidence la modification éventuelle des prises en charge des patients à partir de l'entrée dans le réseau.

Pour la très grande majorité (90 %), cela a entraîné une amélioration soit importante (60 %) soit mineure (30 %) de leur façon de prendre en charge les personnes toxicomanes, 1 % estimant que cette démarche ne modifie pas leur prise en charge. 9 % des praticiens ne peuvent préciser leur opinion.

Cette réponse, si elle ne peut justifier à elle seule la création des réseaux toxicomanie-ville-hôpital, montre que le travail en réseau est un outil approprié et apprécié par les médecins généralistes pour mieux prendre en charge les patients toxicomanes.

PARTIE III

PROFIL DES PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS LES RÉSEAUX

La réalisation de l'enquête dans les 12 réseaux a recueilli les fiches de 593 patients suivis par 213 médecins.

Comme le nombre de patients vus par médecin varie de 1 à 4 et que le nombre de patients vus en novembre par médecin varie de 1 à 65, cela correspond à un taux de sondage variant de 6% à 100% selon les praticiens, un redressement a été effectué à partir du nombre de personnes vues par rapport à la "file active" des médecins ce qui conduit à l'établissement d'une "file active" de 1795 personnes .

On utilisera le terme "file active" comme correspondant au nombre de patients suivis ou vus au moins une fois pendant le mois de novembre 1995.

La population enquêtée sera décrite selon trois critères :

- population globale de l'effectif
- sous-population de patients sous traitements de substitution
- sous-population de patients sans traitement

I L'échantillon de la population globale

Il comporte 1.795 personnes vues en consultation en novembre 1995.

Le profil des patients

Compte-tenu des non-réponses, la répartition par sexe des patients suivis est la suivante : 68 % de sexe masculin versus 32 %. On constate une proportion plus importante de femmes consultant en médecine générale que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou dans les hôpitaux.

La répartition par âge est reprise dans le tableau ci-dessous qui confirme un âge moyen autour de 31 ans, le pourcentage des personnes de moins de 25 ans se situant à 15 %.

âge	< 20 ans	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 et plus	non réponse
% patients	1	38	47	9	5

A la question concernant l'appartenance du patient au secteur géographique habituel du médecin, les réponses font apparaître qu'il s'agit pour 61 % de personnes provenant du quartier du praticien.

Ces chiffres mettent en évidence un recours local au système de soins et le souhait par le toxicomane d'être suivi par son médecin de quartier du médecin généraliste pour sa prise en charge.

Concernant le rythme des consultations, on note que 60 % de ces patients ont été vus 7 fois ou plus pendant les 6 derniers mois. Pour 9 % des personnes suivies, il s'agit de la première consultation .

77 % de ces patients sont sous traitement de substitution.

L'analyse du profil des patients suivis dans le cadre d'un réseau toxicomanie-ville-hôpital met en évidence une importance relative du nombre de femmes prises en charge, un public relativement plus jeune que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et qui s'adresse au médecin généraliste de son quartier, avec une fréquence des consultations pratiquement mensuelle.

Analyse du motif de la demande du patient

Pour une même demande, plusieurs motifs peuvent être renseignés.

Motif de la demande	
Demande médicaments ponctuelle	9 %
Aide au sevrage	26 %
Soins somatiques aigus	8 %
Soins somatiques chroniques	14 %
Soutien psychologique	45 %
Traitement de substitution	79 %
Prévention, information, orientation	14 %

Ces renseignements confirment qu'un certain nombre de réseaux toxicomanie-ville-hôpital se sont constitués sur la base de la mise en place de traitements de substitution. Le soutien psychologique apparaît comme le second élément majeur du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients toxicomanes.

Le recours au médecin généraliste

L'initiative du recours au médecin du réseau dépend

du patient dans	38 % des cas
du réseau dans	21 % des cas
du centre spécialisé dans	9 % des cas
du médecin de ville dans	9 % des cas
de sa famille dans	5 % des cas
de l'hôpital dans	3 % des cas

La consommation du patient

La voie veineuse est utilisée par 60 % des personnes suivies.

Concernant le produit consommé en **produit principal**, tous les questionnaires ont été renseignés.

Près de 55 % des toxicomanes consomment ou consommaient de l'héroïne, 13 % de la buprénorphine (Temgésic®), 6 % des produits morphiniques, plus de 2 % des dérivés codéinés et 2 % du cannabis.

Dans 17 % des cas, il est spécifié qu'aucun produit n'est consommé, ceci correspond, pour 93 % d'entre eux, à des patients sous traitements de substitution prescrits.

Concernant les produits consommés **en association**, repris dans le tableau ci-dessous plusieurs réponses sont possibles ce qui fait que les totaux peuvent être supérieurs à 100 %.

cannabis	29 %	Buprénorphine *	9 %
héroïne	29 %	antidépresseurs	6 %
alcool	22 %	amphétamines	3 %
benzodiazépines	21 %	autres substances	2,3 %
dérivés codéinés	15 %	méthadone*	2 %
cocaïne	14 %	crack	1,6 %
aucun produit associé	13 %	barbituriques	1,5 %
autres hypnotiques	10 %	LSD	0,5 %
morphine	9 %	colles ou solvants	0,2 %

* il s'agit de produit consommé en dehors de prescription médicale.

Le cannabis l'alcool et le Bzd sont les produits les plus fréquents.

Pour plus de la moitié des patients suivis, l'**ancienneté de leur toxicomanie** est supérieure ou égale à 10 ans. Ces répartitions se retrouvent pour tous les produits consommés en produit principal (héroïne, buprénorphine, dérivés morphiniques) sauf pour la cannabis.

Seuls 13 % d'entre eux consomment depuis moins de 4 ans.

L'analyse du suivi du patient

Pour 9 % d'entre eux, il s'agit de la première consultation avec ce praticien. En revanche, 88 % des personnes ont eu un contact antérieur avec lui, et pour 59 % d'entre elles ce contact existe depuis au moins 6 mois. La médiane de la durée de suivi de l'ensemble de l'effectif se situe entre 8 et 9 mois.

En ce qui concerne la décision à l'issue de la consultation, on retrouve l'importance des prescriptions de traitements de substitution et la proposition de la mise en place d'un suivi.

Plusieurs réponses sont possibles ce qui fait que les totaux sont supérieurs à 100 %.

mise en place d'un sevrage	33 %
prescription de médicaments hors maladie	85 %
orientation	37 %
nouvelle consultation	93 %
prescription d'un bilan biologique	35 %
accompagnement	91 %

Les résultats par rapport aux sérologies

Le statut sérologique par rapport au **VIH** est connu dans 82 % des cas, le test est non fait ou les résultats inconnus dans 15 %, le taux de non-réponse est de 3 %.

Test sérologique VIH	
Test de dépistage < à 1 an*	50 %
Test de dépistage < à 1 an chez les séronégatifs	63 %
Statut sérologique VIH inconnu	18 %
Statut sérologique VIH connu	82 %
Statut sérologique VIH positif**	21% - 25 %
Statut sérologique VIH négatif**	61 % - 75 %

* test < à 1 an chez les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

Le pourcentage de patients séropositifs est plus élevé (21 %) que celui trouvé par les enquêtes réalisées dans les centres de soins avec hébergement au premier semestre 1995 (15 %) ou que celui des toxicomanes recensés dans l'enquête SESI de 1995 (entre 13 et 17 %). Ce pourcentage est en revanche voisin de celui calculé, dans l'enquête du SESI, sur les toxicomanes recensés dans les hôpitaux (21 à 32 % de patients séropositifs). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence dans la comparaison des différents groupes étudiés toutefois ils témoignent d'une bonne connaissance en médecine générale de ce statut.

Le test pour les patients dont la sérologie est connue, date de moins d'un an dans 50 % des cas et, dans 16 % des cas, date de 1994.

Chez les patients suivis séronégatifs, on constate que 37 % ont un test de dépistage antérieur à un an.

Le statut sérologique par rapport aux virus de l'hépatite B est connue dans 70 % des cas parmi lesquels on retrouve une séropositivité dans 38 % des cas, soit 26 % de l'effectif total.

	Hépatite B
Test de dépistage < à 1 an*	39 %
Test de dépistage < à 1 an chez les séronégatifs	50 %
Statut sérologique inconnu	30 %
Statut sérologique connu	70 %
Statut sérologique positif**	26 - 38 %
Statut sérologique négatif**	44 - 62 %

* test < à 1 an chez les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

On constate une séroprévalence qui est inférieure à celle habituellement signalée (SESI). Il faut rester prudent dans l'interprétation de ces données en raison du nombre important de statut sérologique inconnu (près de 30 %).

L'année du dernier test sérologique pour l'hépatite B est renseignée dans 65 % des cas où la sérologie est connue, soit 45 % de l'échantillon total.

Chez les patients suivis séronégatifs, on constate que 50 % ont un test de dépistage antérieur à un an .

La vaccination contre l'hépatite B a été effectuée pour 22 % des sujets de l'échantillon, soit environ 45 % des patients séronégatifs, des personnes séropositives ayant pu se faire vacciner .

Pour l'hépatite C, le statut sérologique est connu dans 68 % des cas avec un taux de séropositivité de 55 % chez les personnes connaissant leur statut sérologique et de 37 % par rapport à l'effectif total.

	Hépatite C
Test de dépistage < à 1 an*	44 %
Test de dépistage < à 1 an chez les séronégatifs	49 %
Statut sérologique inconnu	32 %
Statut sérologique connu	68 %
Statut sérologique positif**	37 - 55 %
Statut sérologique négatif**	31 - 45 %

* test < à 1 an chez les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

L'année du dernier test sérologique pour l'hépatite C est renseignée dans 70 % où la sérologie est connue, soit 48 % de l'échantillon total.

Chez les patients suivis séronégatifs, on constate que 16 % ont un test de dépistage antérieur à un an ou d'année inconnue.

La comparaison entre cette enquête et celle du SESI de 1995 révèle un taux de séropositivité légèrement inférieur chez ces patients pour l'hépatite C : 37-55 % versus 46-69 % dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et 51 -75 % dans les hôpitaux.

Le niveau de couverture sociale

Plus de 92 % des consultants bénéficient d'une couverture sociale (1,3 % de non réponses) témoignant d'une relative insertion sociale. Les trois quarts de ces consultants règlent leur consultation au praticien dont 43 % par l'intermédiaire du tiers payant (2 % de non-réponses).

Ces chiffres témoignent que les patients toxicomanes qui ont fait une démarche de soins l'ont également accompagnée de démarches sociales.

II L'échantillon des patients sous traitement de substitution

Cet échantillon comporte 405 personnes vues en consultation en novembre 1995 soit 1.383 patients après le redressement effectué. Sur les 12 réseaux, la part des patients sous traitement de substitution est très variable d'un réseau à l'autre :

- 1 réseau suit 100 % de ces patients sous traitement de substitution
- 4 réseaux ont entre 80 et 89 % de leurs patients sous traitement de substitution.
- 4 réseaux ont entre 50 et 77 % de leurs patients sous traitement de substitution
- 3 réseaux ont entre 14 et 41 % de leurs patients sous traitement de substitution.

Les comparaisons sont réalisées entre le sous-groupe des patients sous traitement de substitution et celui des personnes non traitées.

Le profil des patients

Cet échantillon représente 77 % de l'ensemble des patients de l'enquête, la répartition par sexe est la suivante : 69 % d'hommes soit un pourcentage supérieur à celui de l'échantillon des patients non substitués (60 %).

La répartition par âge est reprise dans le tableau ci-dessous, l'âge moyen se situe à 32,4 ans pour les patients substitués et à 27,8 ans pour les non substitués ; le pourcentage des personnes de moins de 25 ans se situant à 9 % pour les substitués et 34 % pour les non substitués.

Ces chiffres mettent en évidence un âge plus élevé, en médecine de ville, chez les patients sous traitement de substitution par rapport à ceux qui sont suivis sans traitement. Les personnes non substituées sont plus jeunes, et surtout plus nombreuses que dans les échantillons habituels.

âge	< 20 ans	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 et plus	non réponse
% patients substitués	1	32	53	10	4
% patients non substitués	2	57	26	6	9

A la question concernant l'appartenance du patient au secteur géographique habituel du médecin, les réponses font apparaître que 62 % des personnes proviennent du quartier du praticien, comme pour l'ensemble de l'échantillon (59 % pour les patients non substitués).

Il n'existe pas de différence significative entre ces deux populations.

Le nombre de consultations que le patient soit traité ou non, est analysé dans le tableau suivant.

Nbre de consultations sur les 6 derniers mois	Patients substitués %	Patients non substitués %
< à 6	22 %	65 %
6 à 11	40 %	20 %
12 à 17	27 %	15 %
> à 18	11 %	0 %

Concernant le rythme des consultations durant les six derniers mois, on note une différence importante entre ces deux populations dans le rythme des consultations avec l'installation d'un suivi beaucoup plus régulier chez les patients substitués. Ainsi 22 % d'entre eux ont été vus moins de 6 fois pendant les 6 derniers mois et 40 % entre 6 et 11 fois soit 1 à 2 fois par mois.

Il s'agit donc de patients masculins pour près de 70 % d'entre eux, plus âgés que ceux qui ne sont pas traités en substitution. Ils consultent régulièrement et depuis un certain temps le médecin de leur quartier. Pour plus de la moitié d'entre eux, il y a plus d'une consultation par mois .

Analyse du motif de la demande

Pour une même demande, plusieurs motifs peuvent être renseignés.

Le traitement de substitution constitue le motif principal de la demande du patient suivi par le soutien psychologique. L'aide au sevrage n'est plus pour ces patients un motif prioritaire contrairement aux patients plus jeunes qui ne sont pas traités.

Motif de la demande	Patients substitués	Patients non traités
Demande médicaments ponctuelle	6 %	20 %
Aide au sevrage	16 %	59 %
Soins somatiques aigus	8 %	10 %
Soins somatiques chroniques	15 %	12 %
Soutien psychologique	43 %	49 %
Traitement de substitution	95 %	25 %
Prévention, information, orientation	15 %	14 %

L'importance de la demande de traitements de substitution au sein des réseaux est majeure, il est intéressant de constater le peu de demande ponctuelle de médicaments alors que les pourcentages sur les prises en charge somatiques sont similaires.

La demande du sevrage pour les patients non substitués reste le premier motif de consultations.

Le recours au médecin généraliste

Le patient lui-même est le principal acteur de sa prise en charge et au recours au soins.

L'analyse du tableau ci-après met en évidence que, par rapport aux personnes non substituées, le patient sous traitement de substitution est plus fréquemment adressé au médecin en dehors de sa propre demande par les partenaires du réseau (sauf par l'hôpital) et beaucoup moins fréquemment par sa famille.

	Patients substitués	Patients non substitués
lui-même	37 %	40 %
le réseau	25 %	10 %
le centre spécialisé	11 %	5 %
un médecin de ville	11 %	5 %
la famille	2 %	15 %
l'hôpital	3 %	3 %

La consommation du patient

La voie veineuse est (a été) utilisée par 62 % des personnes traitées versus 55 % des personnes non traitées.

Concernant le produit consommé en **produit principal**, tous les questionnaires ont été renseignés. Les réponses pouvaient prendre en compte la consommation au moment de l'enquête, mais certains praticiens ont pu renseigner le code du produit utilisé avant la mise sous traitement de substitution.

Ainsi, près de 51 % des toxicomanes substitués ont consommé de l'héroïne, 15 % utilisent de la buprénorphine (Temgésic®), 7 % des produits morphiniques, moins de 2 % des dérivés codéinés et moins de 1 % du cannabis. Dans 21 % des cas, il est spécifié qu'aucun produit n'est consommé.

Produit principal	Patients substitués	Patients non substitués
Héroïne	51 %	68 %
Aucun produit	21 %	6 %
Buprénorphine	15 %	5 %
Dérivés morphiniques	7 %	2 %
Cocaïne	2 %	1 %
Cannabis	1 %	6 %
Dérivés codéinés	1 %	5 %
Autres	2 %	7 %

Il est à noter le pourcentage relativement faible, dans les deux sous-groupes, de personnes déclarant utiliser des dérivés morphiniques (7 % et 2 %).

Concernant les produits **consommés en association**, plusieurs réponses sont possibles ce qui fait que les totaux peuvent être supérieurs à 100 %. Certaines réponses ont trait à la consommation avant le traitement de substitution.

Les produits les plus souvent utilisés **en association** sont l'héroïne, le cannabis, les benzodiazépines et l'alcool.

La consommation d'héroïne (1/3 des patients), en fumée ou par inhalation serait, aux dires de certains praticiens interrogés, plus d'ordre festif et occasionnel ; la cocaïne, présente en produit principal chez moins de 2 % des personnes substituées ou non, est un produit qui est plus consommé comme produit associé et ce dans les deux groupes.

Il existe une différence entre les deux sous-groupes dans la consommation de produits associés qui sont plus fréquemment utilisés chez les personnes non traitées, en particulier les médicaments (hors traitement de substitution), le cannabis et l'alcool.

Le tableau suivant rappelle les consommations associées :

	Patients substitués	Patients non substitués
héroïne	36 %	6 %
cannabis	25 %	39 %
benzodiazépines	20 %	24 %
alcool	20 %	29 %
aucun produit	16 %	3 %
dérivés codéinés	14 %	20 %
cocaïne	14 %	16 %
Buprénorphine *	11 %	2 %
Morphine	10 %	8 %
Autres hypnotiques	10 %	13 %
Antidépresseurs	5 %	7 %
Amphétamines	3 %	4 %
Autres substances	3 %	1,5 %
Crack	2 %	2 %
Méthadone *	2 %	3 %
Barbituriques	1 %	3 %
LSD	0,4 %	0,8 %
Colles ou solvants	0,1 %	0,7 %

*il s'agit de produit consommé en dehors de prescription médicale.

En ce qui concerne l'**ancienneté de la toxicomanie**, le tableau ci-dessous reprend la comparaison entre les patients substitués et ceux qui ne le sont pas.

Ancienneté en année	Patients substitués	Patients non substitués
< à 1 an	1 %	2 %
de 1 à 4 ans	8 %	41 %
de 5 à 9 ans	25 %	19 %
de 10 à 19 ans	56 %	34 %
> à 20 ans	10 %	4 %

L'ancienneté de la toxicomanie est dans les 2/3 des cas supérieure ou égale à 10 ans contrairement au groupe des personnes non traitées où seulement 38 % ont une ancienneté supérieure ou égale à 10 ans.

De même, l'ancienneté de la toxicomanie est inférieure à 5 ans pour 9 % des personnes substituées et pour 43 % des non substituées. La moyenne se situe, pour les patients substitués, à 11,3 ans et à 7,2 ans pour les non traités.

L'analyse du suivi du patient substitué

Pour 3 % d'entre eux (30 % pour les patients non traités), c'est la première consultation avec ce praticien et pour 94 % (versus 69 % chez les non traités), il y a eu un contact antérieur.

La médiane de durée de suivi se situe entre 9 et 10 mois pour les patients substitués, entre 2 et 3 mois pour les patients non substitués.

Ces chiffres illustrent l'existence d'une démarche de soins plus ancienne chez les patients sous traitement de substitution ainsi que la mise en place d'un suivi mis en évidence par la fidélisation au médecin généraliste choisi.

La décision à l'issue de la consultation

Décision à l'issue de la consultation	Patients substitués	Patients non traités
mise en place d'un sevrage	26 %	56 %
prescription de médicaments hors maladie	90 %	72 %
orientation	34 %	49 %
nouvelle consultation	96 %	85 %
prescription d'un bilan biologique	34 %	38 %
accompagnement	94 %	80 %

Au delà de l'importance des traitements de substitution, il existe des différences dans la mise en place d'un suivi et l'indication de sevrage, de même que dans la notion d'accompagnement du patient. Il s'agit d'un suivi plus régulier et plus global.

Les résultats par rapport aux sérologies

Le statut sérologique par rapport au VIH est mieux connu chez les patients sous traitement de substitution que chez ceux qui ne sont pas substitués.

Statut sérologique VIH	Patients substitués	Patients non traités
Test de dépistage < à 1 an*	48 %	60 %
Test dépistage < 1 an chez séronégatifs	62 %	67 %
statut sérologique VIH inconnu	15 %	30 %
statut sérologique VIH connu	85 %	70 %
Statut sérologique positif**	24 % - 28 %	10 % - 14 %
Statut sérologique négatif**	61 % - 72 %	60 % - 86 %

* test < à 1 an sur les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

La proportion de patients séropositifs est plus importante chez les personnes sous traitement et la sérologie est plus souvent connue; le dernier test (sur les patients substitués dont la sérologie est connue) date de moins d'un an dans près de 50 % des cas versus 60 % chez les non traités.

Chez les patients substitués séronégatifs, on constate que 23 % ont un test de dépistage antérieur à un an ou d'année inconnue ; ce pourcentage s'élève à 20 % chez les personnes non traitées

Les patients dont le statut sérologique est connu et dont le test date de moins d'un an représentent 41 % de l'effectif total chez les personnes substituées et 42 % de l'effectif total chez les non substitués. Par ailleurs, le pourcentage plus élevé de séropositifs chez les substitués pourrait expliquer une moindre nécessité de surveillance de la sérologie.

Par comparaison avec les enquêtes du SESI, le statut sérologique de ces deux sous-groupes est mieux connu en médecine libérale et le pourcentage de séropositifs se situe dans la partie haute de la fourchette, se rapprochant du pourcentage constaté dans les établissements hospitaliers.

Pour les patients sous traitements de substitution, l'année du dernier test sérologique pour l'hépatite B est connue dans 63 % des cas.

Statut sérologique Hépatite B	Patients substitués	Patients non traités
Test de dépistage < à 1 an*	35 %	57 %
Test de dépistage < à 1 an chez les séronégatifs	46 %	63 %
Statut sérologique inconnu	27 %	42 %
Statut sérologique connu	73 %	58 %
Statut sérologique positif	31 % - 42 %	12 % - 20 %
Statut sérologique négatif	42 % - 58 %	46 % - 80 %

* test < à 1 an sur les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

Par comparaison avec les patients non traités, la sérologie de l'hépatite B est mieux connue (73 % versus 58 %) et le taux de séropositivité chez les patients pour lesquels les sérologies sont connues, est plus élevé chez ces patients (31 % versus 12 %).

Chez les patients substitués séronégatifs, on constate que 23 % ont un test de dépistage antérieur à un an ou d'année inconnue ; ce pourcentage s'élève à 18 % chez les personnes non traitées qui pourraient être le reflet d'une prise en charge plus récente en médecine de ville.

Les patients dont le statut sérologique est connu et dont le test date de moins d'un an représentent 41 % de l'effectif total chez les personnes substituées et 42 % de l'effectif total chez les non substitués. Par ailleurs, le pourcentage plus élevé de séropositifs chez les substitués pourrait expliquer une moindre nécessité de surveillance de la sérologie.

Par comparaison avec les enquêtes du SESI, le statut sérologique de ces deux sous-groupes est mieux connu en médecine libérale et le pourcentage de séropositifs se situe dans la partie haute de la fourchette, se rapprochant plus du pourcentage constaté dans les établissements hospitaliers, bien supérieure aux pourcentages des CSST.

Pour les patients sous traitements de substitution, l'année du dernier test sérologique pour l'hépatite C est connue dans 63 % des cas où la sérologie est connue.

Statut sérologique Hépatite C	Patients substitués	Patients non traités
Test de dépistage < à 1 an*	40 %	64 %
Test de dépistage < à 1 an chez les séronégatifs	40 %	72 %
Statut sérologique inconnu	28 %	45 %
Statut sérologique connu	72 %	55 %
Statut sérologique positif **	43 % - 59 %	20 % - 36 %
Statut sérologique négatif **	29 % - 41 %	35 % - 64 %

* test < à 1 an sur les patients de statut sérologique connu

** le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble de l'effectif enquêté, le second est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

On constate que près des 3/4 des patients traités connaissent leur statut sérologique et que 17 % des personnes substituées séronégatives ont un test de dépistage antérieur à un an versus 10 % chez les personnes non traitées.

Par comparaison avec les patients non traités, la sérologie de l'hépatite C est mieux connue (72 % versus 55 %) et le taux de séropositivité, en cas de connaissance du statut sérologique, est deux fois plus élevé chez ces patients (43 % versus 20 %).

Couverture sociale

Plus de 93 % des consultants sous traitement de substitution bénéficient d'une couverture sociale, différence non significative avec les patients sans traitement (90 %).

76 % des consultants traités paient leur consultation dont 43 % par le biais du tiers payant à opposer aux 71 % des patients non traités dont 30 % bénéficient du tiers payant.

PARTIE IV

Les toxicomanes suivis dans les centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux toxicomanie ville hôpital

Présentation de l'enquête

Les informations sur les toxicomanes suivis dans les centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux toxicomanie ville hôpital financés en 1994 par le Ministère du Travail et des Affaires sociales sont issues de l'enquête 1995 que le SESI a mené dans les structures sanitaires et sociales.

L'enquête réalisée annuellement au mois de novembre, depuis 1987, par le SESI, est destinée à avoir une meilleure connaissance de la population toxicomane ayant recours au système sanitaire et social.

Les services statistiques des DRASS assurent la collecte, la saisie et les contrôles des questionnaires de leur région. Le SESI gère la maintenance de l'enquête, réalise l'exploitation nationale et développe les programmes informatiques de saisie et d'exploitation de l'enquête.

L'enquête a reçu un visa du CNIS. Elle est également soumise à la CNIL, qui initialement en 1988 et lors de chaque modification a émis un avis favorable.

La définition du toxicomane retenue par l'enquête est la suivante : "...toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois... Tout usager occasionnel et ponctuel est exclu du champ de l'enquête.", identique à celle de l'étude de ville.

Les établissements concernés par l'enquête sont :

- Les centres spécialisés pour toxicomanes, avec ou sans hébergement.
- Les établissements sanitaires dans lesquels sont enquêtés :
 - . les services de médecine, de spécialités médicales, de réanimation médicale, de psychiatrie, de lutte contre les toxicomanies des hôpitaux publics;
 - . les établissements privés spécialisés en psychiatrie
- Les établissements sociaux non spécialisés, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, clubs et équipes de prévention.

L'enquête porte sur les toxicomanes suivis dans les établissements mentionnés ci-dessus au mois de novembre. Le recours aux structures peut se faire de façon spontanée ou dans le cadre d'une injonction thérapeutique, et peut être lié à la toxicomanie ou à un autre motif, en particulier dans les hôpitaux.

Certaines limites de l'enquête sont à prendre en compte pour interpréter correctement les résultats. Ces limites sont détaillées dans les publications relatives aux résultats généraux de l'enquête ("documents statistiques" et "informations rapides" du SESI). Il faut cependant mentionner que :

- Les données sont recueillies en fonction des déclarations des membres de l'équipe de soins ou du toxicomane.

- les résultats de l'enquête portent sur les toxicomanes qui ont recours aux structures de soins et ne permettent pas directement une estimation de la prévalence de la toxicomanie en population générale. Comme dans toute enquête de clientèle, les résultats sont dépendants de l'activité des structures sanitaires et sociales. On a donc une vue partielle de la population des toxicomanes qui sont ici repérés comme usagers des établissements de soins entrant dans le champ de l'enquête.

Les limites actuelles de l'enquête ainsi que l'évolution des recours aux soins ont amené le SESI à envisager une refonte de l'enquête à partir de l'exercice 1997.

Les informations qui sont présentés ici portent sur 15 centres de soins spécialisés pour toxicomanes et 10 hôpitaux. Sur l'ensemble des établissements participant aux réseaux toxicomanie ville hôpital et financés par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994, seuls deux établissements hospitaliers ne disposent pas de résultats car ils ne font pas partie du champ actuel de l'enquête SESI. Ces établissements sont des hôpitaux privés non spécialisés en psychiatrie et ne sont donc pas actuellement enquêtés.

**Établissements ayant renseigné l'enquête 1995
et participant aux réseaux toxicomanie ville hôpital
financé par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994**

1) Centres spécialisés de soins aux toxicomanes

- Service d'accueil et de soins 25 RUE DEVILLE 31000 TOULOUSE
- Centre de guidance parentale 10 RUE SAINT LEON 31400 TOULOUSE
- Centre de soins C. ISAURE 42 AV DES CHAMPS ELYSEES 31500 TOULOUSE
- Centre d'accueil pour toxicomanes G.R.E.I.D. 60 RUE E. MEMBRE 59300 VALENCIENNES
- Association A.B.C.D. 3 RUE DE L'EVECHE 62500 SAINT-OMER
- Association LE PELICAN 5 AV DE LYON 73000 CHAMBERY
- Centre d'accueil LA TERRASSE 222B RUE MARCADET 75018 PARIS
- Centre d'accueil LA CORDE RAIDE 6 PL RUTBOEUF 75012 PARIS
- AVASTOFA 33 RUE VICTOR CLAPPIER 83000 TOULON
- Centre d'accueil RESSOURCES 6 AV JULES VALLES 91200 ATHIS MONS
- ESSONNE ACCUEIL 110 GRAND PLACE AGORA 91034 EVRY
- Association LE TRAIT D'UNION 154 RUE DU VIEUX PONT DE SEVRES 92100 BOULOGNE BILLANCOURT (avec les résultats des centres de VILLENEUVE LA GARENNE et de CLAMART)
- Centre d'accueil pour toxicomanes 34 RUE PIERRE TIMBAUD 92230 GENEVILLIERS
- Centre d'accueil specialise pour toxicomanes 2 RUE DE BELFORT 92600 ASNIERES SUR SEINE
- JET 94 9 RUE DES VILLEMINS 94170 LE PEREUX SUR MARNE

2) Etablissements de santé

- Centre hospitalier universitaire 5 RUE PIERRE DEVOLUY 06006 NICE
- Centre hospitalier 114 AV DESANDROUINS BP479 59322 VALENCIENNES
- Centre hospitalier 99 Route DE LA BASSEE 62302 LENS
- Hospices civils de LYON 3 Quai DES CELESTINS 69229 LYON
- Centre hospitalier général BP 1125 73011 CHAMBERY
- Hôpital SAINT-ANTOINE (A.P.- H.P.) 184 RUE FBG ST-ANTOINE 75012 PARIS
- Hôpital BICHAT C.BERNARD (AP-HP) 46 RUE HENRI HUCHARD 75018 PARIS
- Centre hospitalier 1208 AV COLONEL PICOT BP 1412 8305 TOULON
- Centre hospitalier 59 rue Henri Dunant 91108 CORBEIL-ESSONNES
- Hôpital Louis Mourier (AP-HP) 178 rue des Renouilliers 92701 COLOMBES

**Enquête de novembre 1995 sur les toxicomanes
ayant recours aux structures sanitaires et sociales (SESI)
Toxicomanes suivis dans les réseaux toxicomanie ville hôpital**

Bilan des non réponses par variable

	Taux de non réponses en %		
	Centres spécialisés n=1068	hôpitaux n=404	total n=1472
SEXE	0	0	0
ANNEE DE NAISSANCE	2.0	0,5	1,6
NATIONALITE	0.2	0.2	0.2
ACTIVITE PROFESSIONNELLE	6.0	4.5	5.6
BENEFICIAIRE DU RMI *	12.6	20.8	14.9
BENEFICIAIRE D'UN REGIME D'ASSURANCE MALADIE *	7.4	6.7	7.2
ORIGINE DE LA PRISE EN CHARGE	3.5	0.7	2.7
NATURE DE LA PRISE EN CHARGE	8.7	0.7	6.5
VIH	6.2	1.0	4.8
HEPATITE C	8.1	0.7	6.0
CONSOMMATION AU COURS DU DERNIER MOIS	5.0	5.9	5.2
PRODUIT PRINCIPALEMENT CONSOMME	4.4	6.7	5.0
ADMINISTRATION INTRA VEINEUSE DE PRODUIT *	9.1	13.9	10.4
PRISE EN CHARGE ANTERIEURE *			
PRISE EN CHARGE DANS UN CENTRE SPECIALISE *	///		

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

/// Information non demandée dans la catégorie d'établissements.

* Non réponse ou information inconnue.

Présentation des résultats

D'une façon générale, il existe peu de différences dans la répartition des toxicomanes selon les informations recueillies dans le cadre de l'enquête entre les centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux toxicomanie ville hôpital financés par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994 et les autres établissements. On note cependant que dans les établissements participant aux réseaux toxicomanie ville hôpital :

- les différences sont moins marquées entre centres spécialisés et hôpitaux;
- les statuts sérologiques du VIH et de l'Hépatite C sont mieux connus et les taux de séroprévalence plus élevés, ceci de façon beaucoup plus marquée dans les hôpitaux;
- la part de consommateurs d'héroïne est plus importante dans les hôpitaux et on trouve un peu moins de consommateurs de cannabis. Ceci est à interpréter avec prudence. En effet ces résultats peuvent être liés à des différences dans l'activité des structures et dans les critères d'inclusion et d'exclusion retenus par les équipes de soins pour déterminer qu'une personne est définie comme toxicomane entrant dans le champ de l'enquête.

Nombre de toxicomanes pris en charge

En novembre 1995, 1472 toxicomanes ont eu recours à des centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou des hôpitaux publics participant aux 12 réseaux ville hôpital toxicomanies financés en 1994 par le Ministère du Travail et des Affaires sociales. 1068 toxicomanes ont été suivis dans des centres spécialisés et 404 dans des hôpitaux.

Origine et nature de la prise en charge des toxicomanes suivis en novembre 1994

La part des injonctions thérapeutiques et autres mesures judiciaires sont à l'origine de la prise en charge chez 13% des toxicomanes suivis (14% dans les centres spécialisés et 11% dans les hôpitaux).

La nature de la prise en charge déclarée dans l'enquête est celle perçue comme prédominante. Sa mention n'exclut donc pas d'autres modalités de prise en charge pour un même sujet.

Dans les centres spécialisés, les prises en charge sont centrées sur un soutien psychologique et/ou socio-éducatif chez 60% des toxicomanes.

Dans les hôpitaux, le traitement d'une affection somatique ou psychiatrique apparaît pour 60% des toxicomanes et le sevrage avec hospitalisation ou en ambulatoire chez 14%.

**Nature de la prise en charge des toxicomanes suivis en novembre 1995
par catégorie d'établissements**

Nature de la prise en charge	Centres spécialisés		Hôpitaux	
	Nombre	%	Nombre	%
1. Sevrage avec hébergement ou hospitalisation	58	5.9	74	18.5
2. Sevrage en ambulatoire	62	6.4	4	1.0
3. Traitement affection somatique	10	1.0	203	50.6
4. Traitement affection psychiatrique	13	1.3	39	9.7
5. Hébergement	107	11	0	0.0
6. Soutien psychologique et/ou socio-éducatif	580	59.5	39	9.7
7. Aide à insertion ou réinsertion professionnelle	24	2.5	0	0.0
8. Prévention, information, orientation	17	1.7	10	2.5
9. Délivrance de produits de substitution	104	10.7	32	8.0
Total répondants	975	100	401	100
Non répondants	93	///	3	///

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

Profil socio-démographique des toxicomanes accueillis en novembre 1995

- Le sexe et l'âge

Répartition par sexe des toxicomanes en novembre 1995 (en %)

	Centres spécialisés n=1068	Hôpitaux n=404
Hommes	72.6	73.3
Femmes	27.4	26.7

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

Trois hommes sont recensés pour une femme.

Les toxicomanes recensés dans les centres spécialisés sont plus jeunes que dans les hôpitaux. (âge moyen respectivement de 28.8 ans et 30.7 ans, médiane respectivement de 29 ans et 30 ans). La part des moins de 25 ans est de 24.1% dans les centres spécialisés contre 19.4 dans les hôpitaux. Les plus de 30 ans représentent eux selon la catégorie d'établissement respectivement 44.4% et 54%.

Répartition par âge des toxicomanes en novembre 1995

	Centres spécialisés		Hôpitaux	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	44	4.2	10	2.5
20 à 24 ans	208	19.9	68	16.9
25 à 29 ans	331	31.6	107	26.6
30 à 39 ans	410	39.2	182	45.3
40 ans et plus	54	5.2	35	8.7
Total répondant	1 047	100	402	100
Non réponses	21		2	

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

- Activité professionnelle et couverture sociale

70% des toxicomanes recensés dans l'enquête sont inactifs, parmi lesquels un peu plus de la moitié sont des chômeurs ayant déjà occupé un emploi.

Comme pour l'ensemble des établissements enquêtés qu'ils participent ou non à un réseau ville hôpital en toxicomanies, c'est dans les centres spécialisés que la part des actifs est la plus importante (32,5% contre 23,6% dans les hôpitaux).

Environ 8% des toxicomanes enquêtés n'ont pas de couverture sociale, parmi ceux-ci (8% dans les centres spécialisés et 6% dans les hôpitaux).

La part des toxicomanes percevant le RMI est de 28.6% (32% dans les centres spécialisés et 18.4% dans les hôpitaux).

Cependant pour ces deux variables, des taux de non réponses assez élevés (15% pour le RMI et 7% pour l'assurance maladie) doivent inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats.

**Répartition des toxicomanes pris en charge en novembre 1995
selon l'activité professionnelle (en %)**

Activité	Centres spécialisés	Hôpitaux	Total
ACTIFS, dont :	32.5	23.6	30.0
. Emploi salarié stable	13.0	10.9	12.4
. Emploi à durée déterminée	18.1	7.5	15.2
. Travailleurs indépendants ou libéraux	1.4	5.2	2.4
INACTIFS, dont :	67.4	76.4	70.0
. Chômeurs ayant déjà travaillé	40.0	28.2	36.8
. Chômeurs n'ayant jamais travaillé	3.5	9.3	5.1
. Elèves, étudiants, stagiaires non rémunérés	3.2	2.3	2.9
. Militaires du contingent	0.4	0.3	0.4
. Autres inactifs	20.3	36.3	24.7
Total des répondants	100	100	100
Total des répondants en effectif	1 004	386	1 39
Non réponses en effectif	64	18	82

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

**Répartition des toxicomanes suivis en novembre 1995
selon l'existence ou non d'une couverture sociale**

	Centres spécialisés	Hôpitaux	Total
A une couverture sociale	92.0	93.9	92.5
N'a pas de couverture sociale	8.0	6.1	7.5
Total des répondants	100	100	100
Total des répondants en effectif	989	377	1 366
Non réponses en effectif	79	27	106

Champ : centres spécialisés et hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales en 1994

Les produits utilisés

Répartition des toxicomanes pris en charge en novembre 1995 selon la substance principalement utilisée

Substance principalement utilisée	Centres spécialisés		Hôpitaux	
	Nb	%	Nb	%
Héroïne	659	64.5	244	64.7
Dérivés de codéine	62	6.1	25	6.6
Morphine, opium et autres opiacés	22	2.2	10	2.7
Cannabis et dérivés	47	4.6	29	7.7
LSD et autres dysléptiques	2	0.2	0	0.0
Médicaments psychotropes	33	3.2	20	5.3
Cocaïne	11	1.1	3	0.8
Crack	3	0.3	0	0.0
Colles et solvants	4	0.4	2	0.5
Méthadone (1)	6	0.6	3	0.8
Buprénorphine (1)	15	1.5	5	1.3
Autres substances	3	0.3	1	0.3
Alcool (1)	34	3.3		
Sans objet (en traitement de substitution)	120	11.8	35	9.3
Total des répondants	1021	100	377	100
Non réponses	47	///	27	
ENSEMBLE	1068	///	404	

Champ : centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994

(1) : en tant que substance principalement utilisée, l'alcool n'est recensé que dans les centres spécialisés ; en tant que substance associée, il est recensé dans l'ensemble des établissements.

Environ deux tiers des toxicomanes enquêtés consomment de l'héroïne en produit principal et cette proportion est la même dans les centres spécialisés et les hôpitaux.

70% des toxicomanes utilisent ou ont utilisé la voie intraveineuse.

La notion de polyusage, qui ne correspond pas à une définition précise, est probablement à l'origine d'une grande hétérogénéité dans le remplissage du questionnaire sur les questions s'y rapportant. Le polyusage dans l'enquête est repéré par la mention ou non de produits associés sans qu'actuellement on ne puisse distinguer dans les non réponses, la non consommation de produits associés de la non connaissance de cette consommation.

Aucun produit associé n'est mentionné pour 55% des sujets. 45% des toxicomanes enquêtés déclarent consommer plus d'un produit. Ces propositions sont les mêmes dans les centres spécialisés et les hôpitaux.

Les produits les plus fréquemment associés sont :

- . l'alcool
- . les médicaments psychotropes (notamment les benzodiazépines)
- . le cannabis.

Les sérologies du VIH et de l'hépatite C

Dans les centres spécialisés et les hôpitaux ayant participé à des réseaux toxicomanie ville hôpital, la sérologie du VIH est déclarée connue dans 76% des cas, un dépistage ayant été effectué dans 84% des cas. 21 à 28% des toxicomanes sont séropositifs (voir ci dessous les aspects méthodologiques du calcul de la prévalence).

Pour les toxicomanes utilisateurs de la voie intraveineuse, le dépistage a été effectué dans 90% des cas et la sérologie est connue dans 82% des cas. 24 à 29% sont séropositifs au VIH.

VIH chez les toxicomanes suivis en novembre 1995 dans les centres spécialisés et les hôpitaux

	Centres spécialisés n=1068	hôpitaux n=404	Total n=1472
% test de dépistage effectué (*)	84.6%	84.2%	84.4%
% sérologie connue et déclarée (*)	75%	77.5%	75.7%
% de séropositif parmi les toxicomanes (**)	12.8%-17.1%	42.8-55.3%	21.1%-27.8%
% de séropositif parmi les utilisateurs de la voie intra veineuse (**)	15.9%-19.8%	47.1%-55.9%	23.8%-29.2%

Champ : centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanies financés par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994

(*) le % est calculé sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés.

(**) le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés, le deuxième % est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu.

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C (VHC), dans les centres spécialisés et les hôpitaux, 78.7% des toxicomanes déclarent avoir effectué un test de dépistage. La sérologie est déclarée connue dans 63.3% des cas. La part de sujets dont la sérologie est positive est de 48 à 67% proche des pourcentage trouvés dans la partie des réseaux.

Chez les toxicomanes utilisateurs de la voie intraveineuse, le test a été effectué dans 84.7% des cas et la sérologie est déclarée connue dans 69% des cas. 55 à 69% des sujets sont séropositifs. Ces pourcentages sont dans l'E inférieure à ceux avancés par certaines équipes.

***Hépatite C chez les toxicomanes suivis en novembre 1995
dans les centres spécialisés et les hôpitaux***

	Centres spécialisés n=1068	hôpitaux n=404	Total n=1472
% test de dépistage effectué (*)	79.1%	77.7%	78.7%
% sérologie connue et déclarée (*)	62.8%	64.6%	63.3%
% de séropositif parmi les toxicomanes (**)	37.1%-60.5%	75.1%-83.9%	47.7%-66.9%
% de séropositif parmi les utilisateurs de la voie intra veineuse(**)	44.3%-62.5%	83.2%-87.4%	54.9-68.8%

Champ : centres spécialisés et les hôpitaux participant à des réseaux ville hôpital toxicomanes financés par le Ministère du Travail et des Affaires sociales en 1994

(*) le % est calculé sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés.

(**) le premier % est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu, le deuxième est calculé sur l'ensemble des toxicomanes.

Aspects méthodologiques de calcul de la prévalence pour le VIH et l'hépatite C
(paru dans "Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales
en novembre 1995" Informations Rapides N° 82 - décembre 1996 - SESI)

Les seuls résultats présentés ici concernent les hôpitaux et les centres spécialisés. En effet, les résultats sérologiques sont difficilement interprétables dans les centres sociaux; ces établissements étant non médicalisés, la difficulté de collecte de ce type d'informations y est à l'origine d'une faible connaissance du statut sérologique.

Le calcul de la séroprévalence du VIH ou de l'hépatite C se fait généralement sur la population dont le statut sérologique est connu. Ceci revient à poser l'hypothèse (H1) que ceux dont le statut sérologique est inconnu se répartiraient entre séropositifs et séronégatifs de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu. On pourrait faire deux autres hypothèses ; d'une part ceux dont le statut sérologique est inconnu seraient plutôt séronégatifs (H0), d'autre part ceux dont le statut sérologique est inconnu seraient plutôt séropositifs (H2).

Pour le VIH, on peut penser que l'hypothèse H1, habituellement utilisée, surestime la séroprévalence. En effet les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu sont en moyenne plus jeunes que ceux dont on connaît le statut sérologique en matière de VIH, ont une part moins importante d'héroïnomanes et sont moins utilisateurs de la voie intraveineuse. Pour cette raison, on calcule une fourchette pour la séroprévalence avec les deux hypothèses H0 et H1.

En ce qui concerne les hépatites, et en particulier l'hépatite C, la différence entre les toxicomanes dont le statut sérologique est connu et ceux dont le statut sérologique est inconnu est beaucoup moins marquée que pour le VIH. Par ailleurs, le rapport "Action concertée sur l'épidémiologie de l'hépatite C" du Réseau National de Santé Publique indique en 1995 que "les études sont concordantes et montrent l'existence d'une prévalence élevée chez les toxicomanes, estimée aux environs de 70%.

On peut penser ici que le mode de calcul, basé sur l'hypothèse H1, sous-estime la séroprévalence, contrairement à ce qui est indiqué pour le VIH. La fourchette est donc calculée en retenant les hypothèses H1 et H2.

CONCLUSIONS

Cette étude portant sur 12 réseaux financés par la Direction générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux a été réalisée au moment où les traitements de substitution par la méthadone étaient les seuls accessibles réglementairement en médecine de ville. Elle confirme l'engagement des médecins dans la prise en charge des patients toxicomanes et l'intérêt pour eux d'utiliser les différentes composantes du réseau : médicale, hospitalière, spécialisée et sociale .

L'appartenance à un réseau apparaît comme une démarche très personnelle des médecins mais leur profil correspond au profil général en ce qui concerne leur activité professionnelle. Leur démarche s'inscrit dans le cadre de l'amélioration globale de la prise en charge de certains patients jusqu'alors très marginalisés.

Cette étude met en évidence un accès plus précoce aux soins et surtout l'importante attente des patients comme des soignants de médicaments de substitution prescrits en ville. La fidélisation ou encore la création d'un contrat avec ces patients souvent décrits comme nomades et très instables est possible même pendant une certaine durée.

La prescription de traitements de substitution est un moyen de meilleur suivi et s'accompagne d'une connaissance plus fiable et plus importante des statuts sérologiques en ce qui concerne les pathologies virales. On retrouve la notion de prévalence plus grande chez les patients substitués que l'on doit rapprocher d'une ancienneté plus importante de la toxicomanie chez ces personnes.

Le fait que la quasi totalité de ces personnes bénéficient d'une couverture sociale est un élément favorable pour leur réinsertion et leur prise en charge.

On peut avancer que les réseaux toxicomanie-ville-hôpital ne sont pas une structure supplémentaire mais un outil de travail qui semble apporter des réponses tant aux praticiens de ville ou hospitaliers et permet une amélioration de la prise en charge et du suivi des patients toxicomanes .

ANNEXE N° 1

LISTE DES RESEAUX VILLE HOPITAL TOXICOMANIE 1994

Le numéro du réseau est à reporter dans les cases correspondantes.

01. (06) C.H.U. Nice (intersecteur) / MG /
02. (31) Toulouse Hôpital Joseph Ducuing/Association de MG/AAT-Clémence Isaure-SAS-OC Drogue
03. (59) CH de Valenciennes/ G et T du 59 / GREID
04. (62) CH de Lens/ G et T du 62 / ABCD - La Parenthèse
- 05 . (69) Lyon . H.C.L. / G et T de Lyon
06. (73) Centre Hospitalier de Chambéry / G et T du 73 / Le Pélican
07. (75) PARIS. Hôpital St. ANTOINE / Réseau Bastille / La Corde Raide
08. (75) PARIS . Hôpital Bichat- Claude Bernard / COPAST / La Terrasse
09. (83) Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon/ Association G et T du 83 / AVASTOFA
10. (91) Hôpital de Corbeil / association G et T du 91/ Essonne Accueil - Ressources
- 11 . (92) Hôpital Louis Mourier / Réseau Arès 92 / centres spécialisés de soins
12. (94) H Gal Bry s/Marne /C.M.S. Champigny/ MG / JET 94

ENQUETE AUPRES DES RESEAUX VILLE-HOPITAL-TOXICOMANIE

QUESTIONNAIRE COORDINATEUR VILLE

Ce questionnaire est à retourner avant le à : Dr de GALARD Bureau SP3 DGS
Ministère de la Santé 1 place Fontenoy 75350 PARIS 07 SP

1. N° réseau :

2. Nom du coordinateur :

Adresse :

3. Téléphone :

Télécopie :

4. Nombre de médecins de ville du réseau :

5. Nombre de pharmaciens d'officine impliqués dans le réseau :

6. Nombre d'autres professionnels impliqués dans le réseau :

7. Nombre de centres spécialisés de soins aux toxicomanes associés au réseau :
Préciser lesquels :

.....
.....
.....
.....
.....

8. Nombre des établissements sanitaires publics et privés impliqués dans le réseau :
Préciser lesquels :

.....
.....
.....

9. Nombre d'associations impliquées dans le réseau :
Préciser lesquelles en indiquant celles qui ont des travailleurs sociaux :

.....
.....
.....
.....

10. Nombre de réunions d'informations ou de formations sur la toxicomanie que vous avez organisées depuis le 1er janvier 1995: 1

Thèmes abordés et objectifs principaux de ces réunions :

.....
.....
.....
.....
.....

11. Nombre de réunions de réseaux regroupant les 3 partenaires (ville, hôpital, CSST) depuis le 1er janvier 1995 : 1

Principaux thèmes et objectifs abordés :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Participez vous à des rencontres informelles entre les 3 partenaires du réseau ?
oui 1 ☐ non 2 ☐

13. Pouvez - vous indiquer :

1) Vos réalisations :

2) Vos principales difficultés :

3) Vos objectifs à court terme :

ENQUETE AUPRES DES RESEAUX VILLE- HOPITAL-TOXICOMANIE

QUESTIONNAIRE COORDINATEUR HOPITAL

Ce questionnaire est à retourner avant le 15 01 1996 à : Dr de GALARD Bureau SP3 DGS
Ministère de la Santé 1 place Fontenoy 75350 PARIS 07 SP

Numéro FINESS de l'Hôpital :

1. N° Réseau :

2. Nom du coordinateur :

3. Adresse :

4. Téléphone :

Télécopie :

5. Nombre de services de l'hôpital impliqués dans le réseau :

services d'urgence : oui ☐ non ☐ services de psychiatrie : oui ☐ non ☐

services d'hépto-gastro: oui ☐ non ☐

services à forte implication au VIH : oui ☐ non ☐ préciser la discipline :

autres services : oui ☐ non ☐ préciser la discipline :

6. Nombre de réunions d'informations et de formations sur la toxicomanie (intra hospitalières uniquement) que vous avez organisées depuis le 1er janvier 1995 :

Thèmes et objectifs principaux de ces réunions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Nombre de réunions formalisées avec des interlocuteurs de ville auxquelles vous avez participé depuis le 1er janvier 1995 :

Préciser le type de ces interlocuteurs (associations, professionnels de santé, municipalités, CCPD....) :

Thèmes et objectifs principaux de ces réunions :

.....

.....

.....

.....

8. Participez vous à des rencontres informelles entre les 3 partenaires du réseau ?

oui 1 ☐ non 2 ☐

9. Vous pouvez indiquer :

1) Vos réalisations :

2) Vos principales difficultés :

- 3) Vos objectifs à court terme (en essayant de faire la part entre les objectifs strictement hospitaliers et ceux du réseau ville hôpital) :

ENQUETE AUPRES DES RESEAUX TOXICOMANIE-VILLE-HOPITAL

QUESTIONNAIRE PATIENT (a remplir par le médecin de ville)

1. NUMERO D'ORDRE : réseau médecin (à attribuer par le réseau)

2. COMBIEN DE FOIS AVEZ - VOUS VU CE PATIENT DANS LES 6 DERNIERS MOIS :
réponse impérative pour reconstituer la file active semestrielle

3. SEXE : Masculin 1. ☐ Féminin 2. ☐ AGE :

4. Ce patient appartient-il à votre secteur géographique habituel ? oui 1. ☐ non 2. ☐

5. MOTIF DE LA DEMANDE : (entourer la case, plusieurs réponses possibles)

Demande ponctuelle de médicaments	1. ☐	Soutien psychologique	2. ☐
Aide au sevrage	3. ☐	Traitement de substitution	4. ☐
Soins somatiques aigus	5. ☐	Prévention, information, orientation...	7. ☐
chroniques	6. ☐		

6. A ETE ADRESSE PAR :

Centre spécialisé 1. ☐	hôpital 2. ☐	Médecin 3. ☐	lui-même 4. ☐	réseau 5. ☐
soins toxicomanes		ville		
famille 6. ☐	travailleur social 7. ☐	pharmacien 8. ☐	autre 9. ☐	

7. En cas de traitement de substitution, cocher ici : 1 ☐

8. PRODUIT CONSOMME sur un mode toxicomane au cours des 6 derniers mois:

Produit principal : (indiquer le code correspondant au produit parmi ceux listés ci-dessous)
(s'il existe)

(produit entraînant la dépendance actuelle)(l'alcool ne peut pas être répertorié comme produit principal)

Cocher les produits associés consommés au cours des 6 derniers mois.

00 Aucun produit	oui 1. ☐ non 2. ☐	09 Morphine Opium Autres opiacés*	oui 1. ☐ non 2. ☐
03 Héroïne	oui 1. ☐ non 2. ☐	08 Dérivés codéïne*	oui 1. ☐ non 2. ☐
06 Méthadone*	oui 1. ☐ non 2. ☐	40 Cocaïne	oui 1. ☐ non 2. ☐
42 Crack	oui 1. ☐ non 2. ☐	80 Stimulants (amphétamines)	oui 1. ☐ non 2. ☐
50 Antidépresseurs*	oui 1. ☐ non 2. ☐	11 Barbituriques *	oui 1. ☐ non 2. ☐
12 Benzodiazépines*	oui 1. ☐ non 2. ☐	60 Autres hypnotiques-*	
30 Colles ou solvants	oui 1. ☐ non 2. ☐	tranquillisants	oui 1. ☐ non 2. ☐
71 Cannabis et dérivés	oui 1. ☐ non 2. ☐	72 L.S.D. et autres dysléptiques	oui 1. ☐ non 2. ☐
94 Autres substances	oui 1. ☐ non 2. ☐	07 Buprénorphine *	oui 1. ☐ non 2. ☐
90 Alcool	oui 1. ☐ non 2. ☐		

* Médicaments utilisés en dehors d'une prescription médicale

9. UTILISATION DE LA VOIE INTRA VEINEUSE ? oui 1. ☐ non 2. ☐

10. ANCIENNETE DE LA TOXICOMANIE (en année) :

Tournez la page
.../...

11. MOMENT DU 1er CONTACT AVEC VOUS : ce jour 1. ☐ antérieur 2. ☐
ancienneté (mois) : 3.

12. DECISIONS A L'ISSUE DE LA CONSULTATION :

1) Sevrage : Oui 1. ☐ ambulatoire 1. ☐ hospitalier 2. ☐
Non 2. ☐

2) Accompagnement : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

3) Prescription de médicaments en dehors du traitement de maladies somatiques oui 1. ☐ non 2. ☐

Si oui, nature du ou des médicaments prescrits (cocher la ou les cases) :

Hypnotiques et anxiolytiques	oui 1. ☐	Neuroleptiques	oui 1. ☐
Antalgiques	oui 1. ☐	Sulfate de morphine	oui 1. ☐
Antidépresseurs	oui 1. ☐	Codeine	oui 1. ☐
Méthadone	oui 1. ☐	Buprénorphine	oui 1. ☐
Autres	oui 1. ☐		

4) Orientation avec remise d'une adresse : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

Si oui nature de l'orientation (plusieurs réponses possibles) :

Centre spécialisé de soins aux toxicomanes	1. ☐	Structure sociale	2. ☐
Hôpital (hors psychiatrie)	3. ☐	Pharmacien	5. ☐
Service de psychiatrie	4. ☐	Associations	6. ☐
Autres	7. ☐		

5) Proposition d'une nouvelle consultation : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

6) Prescription d'un bilan biologique : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

13. SEROLOGIE VIH :

Test non fait ou résultat inconnu 1. ☐ Séropositif 2. ☐ Séronégatif 3. ☐

Date du dernier test : mois année

14. SEROLOGIE HEPATITE B :

Test non fait ou résultat inconnu 1. ☐ Séropositif 2. ☐ Séronégatif 3. ☐

Date du dernier test : mois année

Vaccination effectuée : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

15. SEROLOGIE HEPATITE C :

Test non fait ou résultat inconnu 1. ☐ Séropositif 2. ☐ Séronégatif 3. ☐

Date du dernier test : mois année

16. COUVERTURE SOCIALE ^{à juu} Oui 1. ☐ Non 2. ☐

17. PAIEMENT AU MEDECIN Oui 1. ☐ Non 2. ☐

Si oui, TIERS PAYANT : Oui 1. ☐ Non 2. ☐

ENQUETE AUPRES DES RESEAUX TOXICOMANIE-VILLE-HOPITAL

QUESTIONNAIRE MEDECIN DE VILLE

Ce questionnaire est à retourner avant le au coordinateur du réseau.

1. N° Réseau : N° Médecin : (à attribuer par le réseau)

Vous êtes : Généraliste 1. ☐ Psychiatre 2. ☐ Autre spécialité : 3. ☐

3. Secteur d'exercice : secteur 1. ☐ secteur 2. ☐

4. Mode d'exercice : seul 1. ☐ association 2. ☐

5. Ancienneté d'installation : < 5 ans 1. ☐ 5 - 10 ans 2. ☐
11 - 20 ans 3. ☐ > 20 ans 4. ☐

6. Activité par jour en nombre d'actes : <10 1. ☐ 10-20 2. ☐ >20 3. ☐

7. Assurez vous une activité clinique dans un établissement hospitalier ? oui 1. ☐ non 2. ☐

8. Assurez vous une activité clinique liée à la toxicomanie dans un établissement hospitalier, un centre spécialisé ou une association ? oui 1. ☐ non 2. ☐

9. Nombre de patients toxicomanes différents vus pendant le mois de novembre :

réponse impérative pour reconstituer la file active

(même s'ils ont été vus plusieurs fois dans le mois, ils ne comptent qu'une fois)

Un toxicomane est défini comme "Toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois."

Les patients pris en charge avec un traitement de substitution quelle que soit l'ancienneté de ce traitement sont à prendre en compte.

10. Nombre de consultations pour l'ensemble de ces patients pendant le mois de novembre :

11. Selon vous quelle est la part (en pourcentage) de l'activité sur la toxicomanie (conseils, suivi, (FMC...) par rapport à votre activité globale :

12. Avez – vous suivi une ou plusieurs formations sur la prise en charge des toxicomanes ?
oui 1. ☐ non 2. ☐

13. Date de la dernière formation (année) :
Préciser le type : FMC 1. ☐ réseau 2. ☐ colloque 3. ☐

14. Vous considérez vous comme formé à la prise en charge des toxicomanes ?

oui, tout à fait 1. ☐ oui, suffisamment 2. ☐ non, pas suffisamment 3. ☐ non, pas du tout 4. ☐

15. Prescription de médicaments aux patients toxicomanes :

hypnotiques et anxiolytiques	souvent 1. ☐	parfois 2. ☐	rarement 3. ☐	jamais 4. ☐
antalgiques	souvent 1. ☐	parfois 2. ☐	rarement 3. ☐	jamais 4. ☐
morphiniques apparentés	souvent 1. ☐	parfois 2. ☐	rarement 3. ☐	jamais 4. ☐
antidépresseurs	souvent 1. ☐	parfois 2. ☐	rarement 3. ☐	jamais 4. ☐
neuroleptiques	souvent 1. ☐	parfois 2. ☐	rarement 3. ☐	jamais 4. ☐

16. Avez-vous déjà prescrit de la méthadone dans le cadre de la médecine libérale?
oui 1. ☐ non 2. ☐

17. Avez-vous déjà prescrit à un toxicomane de la Buprénorphine à forte posologie dans le cadre de la médecine libérale?
oui 1. ☐ non 2. ☐

18. Avez-vous des liens pour la prise en charge des toxicomanes avec un (ou plusieurs) :
hôpital 1. ☐ Centre spécialisé de soins aux toxicomanes 2. ☐
associations 3. ☐ Professionnel de santé libéral 4. ☐

19. Citez les deux principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients toxicomanes :

1
.....
.....

2
.....
.....

20. Estimez-vous que le réseau a permis depuis sa création d'améliorer la réponse de prise en charge pour vos patients toxicomanes ?

beaucoup 1. ☐ un peu 2. ☐ pas du tout 3. ☐ ne sait pas 4. ☐

merci de vos commentaires concernant vos attentes et vos besoins pour la prise en charge des toxicomanes.

Enquête nationale sur les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Novembre 1995

Protocole

Cette enquête initiée par la DGS (SP3) et la DH (Mission Sida) poursuit les objectifs suivants:

- Apprécier la dynamique et le fonctionnement des réseaux dans leurs composantes hôpital et ville,
- Connaître les médecins de ville participant aux réseaux toxicomanie - ville - hôpital,
- Apprécier les profils de la clientèle toxicomane de ces médecins,
- Apprécier la nature de leur prise en charge.

Méthodologie

Cette étude est réalisée par l'ensemble des réseaux toxicomanie-ville-hôpital financés par les pouvoirs publics.

Elle comporte quatre questionnaires :

- deux questionnaires réseaux, un hôpital et un ville,
- un questionnaire médecin de ville
- un questionnaire patient

Il est à noter que les centres spécialisés et les hôpitaux sont interrogés dans le cadre de l'enquête du SESI de novembre 1995.

Chaque réseau aura un numéro d'identification donné par le Ministère (annexe 1)

Le médecin de ville aura un numéro donné par le coordinateur ville.

.../...

Questionnaire réseau - coordinateur hôpital

Ce questionnaire est à remplir par le coordinateur hospitalier du réseau. Il comporte une série de questions sur les services de l'hôpital impliqués dans le réseau, les réunions intra-hospitalières et les réunions de réseaux toxicomanie-ville-hôpital ainsi que sur les objectifs du réseau et les difficultés rencontrées.

Questionnaire réseau - coordinateur ville

Ce questionnaire est à remplir par le coordinateur ville du réseau. Il comporte une série de questions sur les médecins et pharmaciens appartenant aux réseaux, sur les associations spécialisées ou non et les hôpitaux rattachés au réseau ainsi que sur les objectifs du réseau et les difficultés rencontrées.

Le coordinateur ville doit également remplir, en cas d'exercice libéral, le questionnaire médecin de ville.

Questionnaire médecin de ville

Ce questionnaire est à remplir par chacun des médecins de ville participant au réseau. Les coordinateurs du réseau donneront un numéro à chaque praticien et valideront ces fiches.

Il comporte des questions sur :

- des données générales (spécialité, formation spécifique suivie, activité hospitalière ou dans un CSST),
- le nombre de patients toxicomanes vus pendant le mois de novembre 1995,
- la part (en %) de la clientèle que représentent les patients toxicomanes,
- les habitudes de prescriptions médicamenteuses,
- les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients toxicomanes.

Ce questionnaire, anonyme, est identifié par un code réseau et un code médecin. Cet identifiant a pour seul objet de permettre de rattacher les questionnaires patients au médecin et au réseau correspondant.

.../...

Questionnaire patient

Ce questionnaire est à remplir pour les quatre premiers patients toxicomanes vus au cabinet par les médecins de ville, à compter du 2 novembre 1995. Le médecin reporte son numéro attribué par le réseau.

Il comporte des questions sur :

- des données générales (sexe, âge),
- le motif de la demande.
- qui a adressé le patient ?
- le ou les produits consommés (en cas de substitution, l'item "produit principal" peut ne pas être renseigné) ,
- l'ancienneté de la toxicomanie,
- la nature de la prise en charge,
- la prescription de médicaments en dehors de traitements de maladies somatiques,
- les co-morbidités VIH et hépatites,
- la couverture sociale.

Ce questionnaire anonyme ne comporte qu'un code réseau et un code médecin.

Comment remplir ces questionnaires ?

* Pour certaines questions, vous devez répondre en faisant une croix dans une case.(Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués près des cases).

exemple :

sexe : 1 ☐ masculin

2 ☐ féminin

* Pour d'autres questions, la réponse est un nombre à reporter dans les cases.

exemple :

âge :

* Remplir en clair les questions ouvertes.

.../...

Modalités du retour des questionnaires

Chaque médecin de ville participant à cette enquête retourne par courrier, au plus tard le 15 décembre 1995, au coordinateur ville : le questionnaire "médecin" et ses quatre questionnaires "patients" validés (ou moins, si ce médecin a vu moins de 4 patients toxicomanes au cours du mois de novembre 1995).

Chaque coordinateur ville réceptionne tous les envois des médecins participants puis les adresse **après validation**, avec son questionnaire "réseau ville" à la DGS - Bureau SP3, au plus tard le 15 janvier 1996.

Etant donné l'anonymat des questionnaires "patients", **il est impératif que la validation soit effectivement assurée par le médecin généraliste en premier lieu puis par le coordinateur ville.**

Chaque coordinateur hôpital adresse, son questionnaire "réseau hôpital" à la DGS - Bureau SP3, au plus tard le 15 janvier 1996.

Tout renseignement complémentaire sur cette étude peut être obtenu auprès des Drs D. de Galard (1 46 62 45 26) ou F. Bourdillon (1 40 56 52 77).