

# LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et  
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et  
structures de soins auprès des usagers de drogue

Mai 2005

N° 20

- **Editorial :** page 3  
**L'élargissement de la primo-prescription de méthadone  
dans les Établissements de Santé : Où ?**  
*Comité de rédaction*
- **Analyse bibliographique :** page 6  
**Allongement de l'intervalle QT chez des patients recevant un  
traitement de maintenance à la méthadone**  
*Dr Laurent MICHEL, Limeil-Brévannes*
- **Le BUS METHADONE – Médecins du Monde** page 8  
*Dr Elisabeth AVRIL, Paris*
- **Doit-on encore parler d'accompagnement psychologique  
et social des traitements de substitutions ?** page 15  
*Jean-Pierre COUTERON, Mantes la Jolie*
- **Milieu festif et opiacés : Retour vers le futur ?** page 18  
*Jean Marc PRIEZ, Paris*
- **Hépatite C, Consommation de drogues et d'alcool :** page 20  
**Quel impact, quelle prise en charge ?**  
*Dr Pascal MELIN, Saint-Dizier*

# COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

## Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

## Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL  
Dr Béatrice CHERRIH  
Stéphane ROBINET  
Dr Pierre BODENEZ  
Christine CALDERON  
Dr Yves CAER

Maison d'arrêt  
E.L.T.  
Pharmacien  
C.H.U.  
AIDES  
Hôpital CAREMEAU

BOIS D'ARCY  
CHARLEVILLE MEZIERES  
STRASBOURG  
BREST  
PANTIN  
NIMES

## Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ  
Dr Pierre LAUZON  
Dr Didier BRY  
François LAFRAGETTE  
Dr Béatrice GOSPODINOV  
Dr Nelson FELDMAN  
Dr Karine BARTOLO  
Dr Xavier AKNINE  
Fabrice OLIVET  
Dr Antoine GERARD  
Dr Brigitte REILLER  
Dr Jean-Pierre JACQUES  
Dr Olivier POUCKET  
Dr Thierry LEDENT  
Dr Catherine PEQUART  
Dr Colette GERBAUD

Réseau VISA  
C.R.A.N.  
E.L.S.A.  
Pharmacien  
D.A.S.  
Protox  
CSST Gainville  
A.S.U.D.  
Service d'addictologie  
C.E.I.D.  
Centre Baudelaire  
Service d'addictologie  
La Boutique  
C.H.U. St-Roch

CHAMPIGNY-S/MARNE  
MONTREAL CANADA  
AVIGNON  
PARIS  
SARREBRUCK ALLEMAGNE  
GENEVE SUISSE  
MARSEILLE  
AULNAY-S/BOIS  
PARIS  
LE PUY-EN-VELAY  
BORDEAUX  
BRUXELLES BELGIQUE  
METZ  
LE CATTEAU EN CAMBRESIS  
PARIS  
NICE

## Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE**  
**Centre Nova Dona**  
**104, rue DIDOT**  
**75674 PARIS CEDEX 14**  
**E-mail : [novamb@club-internet.fr](mailto:novamb@club-internet.fr)**

## Editorial

En janvier 2002, la DGS et la DHOS, dans une circulaire qui a entraîné une modification de l'AMM du Chlorhydrate de méthadone AP-HP®, ont élargi à tout médecin exerçant en établissement de santé la possibilité de primo-prescrire la méthadone.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de patients recevant un traitement par la méthadone a évolué de façon très significative ; de 10 000 en 2000, il est passé progressivement à près de 18 000 en 2004. Une autre évolution sensible concerne la part de patients se faisant délivrer son traitement en ville par un pharmacien d'officine. Si en 2000, elle était faible (les 2/3 des patients se faisaient délivrer la méthadone par un CSST), aujourd'hui c'est 2/3 des 18 000 patients qui vont chez un pharmacien d'officine se faire délivrer le traitement par la méthadone, soit 4 à 5 fois plus qu'en 2000. En fait, **la méthadone est devenue un médicament de ville autant que de Centre Spécialisé**, ce qui tord le cou à la caricature dont elle fait l'objet, c'est-à-dire un médicament réservé à quelques centres qui peinent à le faire sortir de leurs murs.

Difficile dans ces conditions d'attribuer à telle ou telle mesure l'amélioration de l'accès à la méthadone et de sa diffusion, et donc de mesurer précisément l'impact de la circulaire de janvier 2002 sur l'accès à la méthadone. En milieu pénitentiaire, elle a permis aux médecins des équipes soignantes d'initier des traitements par la méthadone, et il est facile pour les pouvoirs publics d'évaluer le nombre de détenus bénéficiant aujourd'hui d'un tel traitement. Pour le reste, il est délicat d'attribuer l'augmentation du nombre de patients recevant de la méthadone aux seuls services primo-prescripteurs s'inscrivant dans le cadre de la circulaire DGS/DHOS de janvier 2002. Car dans le même temps, les pratiques des CSST ont évolué. Le seuil d'accès à la méthadone a baissé dans beaucoup de centres et la pratique des relais vers des médecins généralistes s'est globalement généralisée. Ces deux tendances avaient déjà un impact significatif avant janvier 2002, et contribuent toujours à rendre la méthadone de plus en plus accessible aux usagers.

Il est utile de rappeler que les termes de la circulaire envisageaient la possibilité d'initier un traitement par la méthadone soit dans le cadre d'une hospitalisation, **soit dans le cadre d'un suivi en ambulatoire** (de type consultation externe, voire hôpital de jour), plus proche par ailleurs des conditions classiques d'initiation en CSST. Cette circulaire ayant parfois fait l'objet d'interprétations, nous en rappelons ici quelques extraits :

*« Cette évolution a pour principal objectif de créer les conditions permettant de rendre la méthadone plus accessible, de toucher des personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins et, ainsi, de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients usagers de drogues. Il s'agit de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un suivi médico-psycho-social adapté, un traitement de substitution. »*

*« Le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, **soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé**, constitue un aspect fondamental de la prise en charge et doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription. »*

Enfin, si les autorités de santé souhaitent évaluer spécifiquement l'impact de la mesure prise en janvier 2002, ils peuvent adresser un questionnaire aux structures identifiées comme pouvant potentiellement primo-prescrire de la méthadone (services d'addictologie, ELSA, Ecimud,...), en leur demandant chez combien de patients ils ont instauré ce traitement chaque année ?

De son côté, la rédaction du Flyer a recensé une soixantaine de structures parmi son lectorat, structures qui primo-prescrivent de la méthadone soit dans le cas d'une hospitalisation, soit en ambulatoire, et acceptant de figurer dans cette liste. Elle est, de ce fait, non exhaustive et, dans l'esprit de la rédaction, a surtout pour vocation d'être une liste de lieux-ressource pour les professionnels de santé. Ajoutés aux quelques 150 CSST avec 'Programme méthadone', ces structures représentent un apport non négligeable dans la cartographie des lieux de mise à disposition de la méthadone

Ce Flyer est aussi l'occasion de revenir sur l'allongement de l'espace QT imputé à la méthadone. L'analyse bibliographique d'un travail très récent de MAREMMANI permet à la fois d'en évaluer **scientifiquement** l'ampleur et de donner une conduite à tenir rationnelle et médicale, au-delà des mouvements, parfois inconsidérés, d'inquiétude autour de cette problématique.

Parmi les autres articles, celui de Jean-Marc PRIEZ, qui nous donne son éclairage sur la présence des opiacés en milieu festif (héroïne mais aussi buprénorphine et méthadone), décourageant l'idée que les raveurs utiliseraient 'larga manu' les opiacés pour les descentes d'ecstasy et autres speeds.

Quant à Jean-Pierre COUTERON, il nous rappelle que l'accompagnement psycho-social, déclaré comme inhérent à la pratique des TSO, mérite d'être défini, adapté à chacun et ne saurait être un kit prêt à l'emploi, systématique et imposé sans en mesurer l'acceptabilité par celui qui est censé en bénéficier. Pour autant, il reste un élément indispensable dans la qualité des prises en charge dans le suivi des patients toxicomanes avec ou sans MSO.

Concernant la prise en charge des patients porteurs du virus de l'hépatite C, Pascal MELIN, aujourd'hui vice-président de l'association S.O.S. Hépatites qu'il a co-fondée il y a quelques années, insiste sur le fait que la consommation d'alcool ne saurait être un frein médicalement pertinent dans la mise en place d'une bithérapie de l'hépatite C. Au contraire, en sa qualité de facteur aggravant de la fibrose, la présence d'une consommation abusive d'alcool devrait motiver les cliniciens à mettre en œuvre le traitement, en vue d'une guérison du patient (de son hépatite C), avec en bénéfice secondaire, une réduction de sa consommation d'alcool.

#### La rédaction du Flyer

02500	<b>HIRSON</b>	CENTRE HOSPITALIER ELSA	03 23 58 82 94
02001	<b>LAON CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER ELSA	03 23 24 38 38
02209	<b>SOISSONS CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER Médecine 4	03 23 75 72 48
11108	<b>NARBONNE CEDEX</b>	C.H.G. Médecine B	04 68 42 61 20
13637	<b>ARLES CEDEX</b>	HOPITAL JOSEPH IMBERT Secteur Fourchon	04 90 49 27 57
14033	<b>CAEN CEDEX 5</b>	HOPITAL CLEMENCEAU Médecine générale	02 31 27 25 61
21033	<b>DIJON CEDEX</b>	HOPITAL GENERAL Secteur g 01	03 80 29 37 69
20184	<b>AJACCIO CEDEX 1</b>	C.H. IMPERATRICE EUGENIE Service maladies infectieuses	04 95 29 94 45
22000	<b>ST BRIEUC</b>	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	02 96 77 27 10
29205	<b>MORLAIX CEDEX</b>	HOPITAL PSYCHIATRIQUE Secteur 5	02 98 62 61 32
24700	<b>MONTPON MENESTEROL</b>	C.H.S. VAUCLAIRE Intersecteur d'alcoologie	05 53 82 82 16
30029	<b>NIMES CEDEX 9</b>	HOPITAL CAREMEAU Psy A	04 66 68 34 26
29609	<b>BREST CEDEX 2</b>	C.H. CAVALE BLANCHE Alcoologie de liaison	02 98 34 23 48
30205	<b>BAGNOLS SUR CEZE CEDEX</b>	C.H. LOUIS PASTEUR Service d'addictologie	04 66 79 78 07
41106	<b>VENDOME CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER Médecine interne	02 54 23 33 20
41016	<b>BLOIS CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER Réseau Addictologie	02 54 55 67 40
42328	<b>ROANNE CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER ELSA	04 77 44 38 79

56306	<b>PONTIVY CEDEX</b>	C.H. HUBERT JEGOUREL Médecine Interne	02 97 28 40 49
56017	<b>VANNES CEDEX</b>	C.H. BRETAGNE ATLANTIQUE Addictologie de liaison	02 97 01 47 61
43012	<b>LE PUY EN VELAY CEDEX</b>	C.H. EMILE ROUX Service d'addictologie	04 71 04 35 82
45200	<b>AMILLY</b>	CENTRE HOSPITALIER ECHOT	02 38 95 98 53
59385	<b>DUNKERQUE CEDEX 1</b>	C.H. Service de médecine-alcoologie	03 28 28 56 72
46120	<b>LEYME</b>	INSTITUT CAMILLE MIRET Intersecteur	05 65 10 20 20
50170	<b>PONTORSON</b>	CENTRE ADDICTOLOGIE DE LA BAIE	02 33 60 65 00
51005	<b>CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER Centre d'alcoologie	03 26 69 61 31
52115	<b>ST DIZIER CEDEX</b>	C.H.G. Service de médecine 3	03 25 56 85 58
67728	<b>HOERDT CEDEX</b>	C.H.S. Secteur a 04	03 88 68 23 45
68024	<b>COLMAR CEDEX</b>	HOPITAL LOUIS PASTEUR Secteur g 01	03 89 12 41 37
69593	<b>L ARBRESLE CEDEX</b>	HOPITAL Service de médecine générale	04 74 01 68 63
72037	<b>LE MANS CEDEX 9</b>	CENTRE HOSPITALIER Pavillon Behier 1 <sup>er</sup>	02 43 43 43 43
72305	<b>SABLE SUR SARTHE CEDEX</b>	POLE SANTE SARTHE ET LOIRE Médecine interne	02 43 48 81 42
59360	<b>LE CATEAU CAMBRESIS</b>	CENTRE HOSPITALIER Service d'addictologie	03 27 84 66 19
59000	<b>LILLE</b>	CLINIQUE LE SABLIER Service de psychiatrie	03 20 22 72 00
74203	<b>THONON LES BAINS CEDEX</b>	HOPITAUX DU LEMAN Service de médecine 1	04 50 83 21 10
76260	<b>EU</b>	CENTRE HOSPITALIER Service de médecine générale	02 27 28 22 93
62321	<b>BOULOGNE SUR MER CEDEX</b>	C.H. DOCTEUR DUCHENNE Service d'addictologie	03 21 99 37 50
76301	<b>SOTTEVILLE LES ROUEN CEDEX</b>	C.H.S. Secteur g 09	02 32 95 10 91
80142	<b>ABBEVILLE CEDEX</b>	C.H.G. Secteur g 06	03 22 25 52 90
65013	<b>TARBES CEDEX 9</b>	CENTRE HOSPITALIER Service d'addictologie	05 62 51 51 51
67703	<b>SAVERNE CEDEX</b>	C.H.G. Sainte-Catherine Unité d'addictologie	03 88 71 66 60
67100	<b>STRASBOURG</b>	CENTRE PINEL	03 88 39 55 05
84106	<b>ORANGE CEDEX</b>	C.H. LOUIS GIORGI Consultations externes	04 90 11 22 22
88100	<b>ST DIE DES VOSGES</b>	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	03 29 56 22 88
92014	<b>NANTERRE CEDEX</b>	HOPITAL MAX FOURESTIER Service de médecine A	01 47 69 65 73
93143	<b>BONDY CEDEX</b>	HOPITAL JEAN VERDIER Médecine interne	01 48 02 63 96
94456	<b>LIMEIL BREVANNES CEDEX</b>	HOPITAL EMILE ROUX Service du Pr AUBIN	01 45 95 82 88
75475	<b>PARIS CEDEX 10</b>	HOPITAL LARIBOISIERE ECIMUD	01 49 95 91 80
75571	<b>PARIS CEDEX 12</b>	HOPITAL SAINT ANTOINE ECIMUD	01 49 28 29 17
95107	<b>ARGENTEUIL CEDEX</b>	C.H. VICTOR DUPOUY Service d'hématologie	01 34 23 24 05
75651	<b>PARIS CEDEX 13</b>	HOPITAL DE LA SALPETRIERE ECIMUD	01 42 16 26 04
75908	<b>PARIS CEDEX 15</b>	HOP EUROPEEN GEORGES POMPIDOU ECIMUD	01 56 09 31 48
75877	<b>PARIS CEDEX 18</b>	HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD ECIMUD	01 40 25 82 64
76083	<b>LE HAVRE CEDEX</b>	C.H.G. Service d'alcoologie	02 32 73 35 35
78105	<b>ST GERMAIN EN LAYE CEDEX</b>	CHI POISSY SAINT GERMAIN EN LAYE ELIMUD	01 39 27 47 54
84902	<b>AVIGNON CEDEX 9</b>	CENTRE HOSPITALIER ELSA	04 32 75 30 08
88307	<b>NEUFCHATEAU CEDEX</b>	C.H.G. Unité d'addictologie	03 29 94 80 00
89011	<b>AUXERRE CEDEX</b>	C.H.S. Unité d'addictologie	03 86 94 38 71
91106	<b>CORBEIL ESSONNES CEDEX</b>	C.H. SUD FRANCILIEN ECIMUD	01 69 13 60 00
92100	<b>BOULOGNE BILLANCOURT</b>	CLINIQUE MONTEVIDEO LA TOURELLE	01 41 22 98 88
92141	<b>CLAMART CEDEX</b>	HOPITAL ANTOINE BECLERE ECIMUD	01 45 37 43 43
92701	<b>COLOMBES CEDEX</b>	HOPITAL LOUIS MOURIER ECIMUD	01 47 60 64 24
93009	<b>BOBIGNY CEDEX</b>	HOPITAL AVICENNE ECIMUD	01 48 95 51 05
93370	<b>MONTFERMEIL</b>	CHI LE RAINCY MONTFERMEIL Réseau VALJEAN	01 41 70 84 32
94275	<b>LE KREMLIN BICETRE CEDEX</b>	CENTRE HOSPITALIER DE BICETRE ECIMUD	01 45 21 63 67
94804	<b>VILLEJUIF CEDEX</b>	HOPITAL PAUL BROUSSE Service d'addictologie	01 45 59 32 60

**Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.**

### Analyse bibliographique :

Allongement de l'intervalle QT chez des patients recevant un traitement de maintenance à la méthadone

## **QTc Interval Prolongation in Patients on Long-Term Methadone Maintenance Therapy**

*Icro Maremmani and al., Eur Addict Res 2005; 11:44-49*

Cette étude publiée en début d'année et menée par des cliniciens expérimentés dans la conduite des traitements par la méthadone donne un éclairage supplémentaire concernant l'allongement de l'intervalle QT qui pourrait être lié à la méthadone et qui pourrait occasionner l'apparition de torsades de pointe.

Les auteurs rappellent en introduction quelques généralités sur l'allongement de l'intervalle QT et notamment le fait que celui-ci est le lot d'un grand nombre de médicaments utilisés en pratique courante (antipsychotiques, antidépresseurs, antibiotiques, anti-histaminiques,...). Par ailleurs, dans la population générale, un certain nombre de patients, difficile à évaluer, présente un syndrome de QT long congénital.

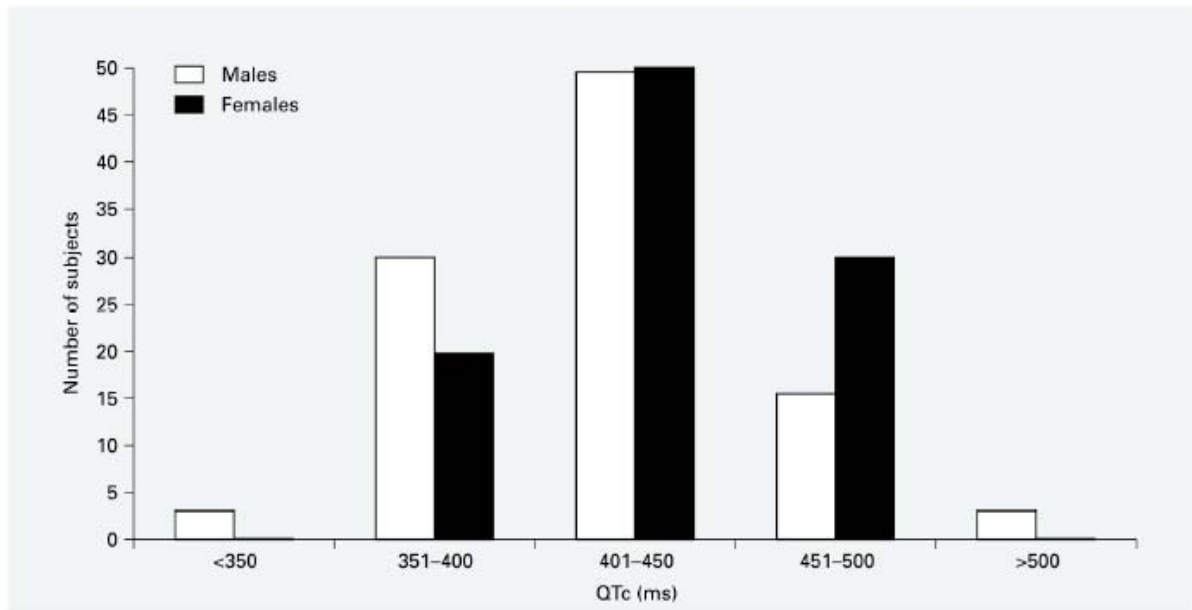
Certains opiacés allongent l'intervalle QT et l'exemple le plus marquant a été celui du LAAM (levo-acetyl-methadol) dont le retrait du marché est survenu à la suite de décès de plusieurs patients, consécutifs à des torsades de pointe.

Récemment, plusieurs publications ont fait état de torsades de pointe chez des patients recevant un traitement par la méthadone. L'une d'entre elles (Krantz) concerne 17 patients recevant en moyenne **400 mg/jour** de méthadone (à visée analgésique). Sur ces 17 patients, 14 bénéficiaient soit d'un défibrillateur soit d'un pacemaker, et 7 d'entre eux présentaient une hypokaliémie ou une co-médication pouvant être à l'origine d'arythmies. D'autres publications concernent des cas de pharmacovigilance, souvent isolés ou regroupés à des fins de publication. Un éventuel effet dose-dépendant est soit mis en avant, soit contredit dans ces publications. Bien souvent, il manque une donnée essentielle qui, seule, pourrait quantifier l'allongement de l'espace QT que l'on pourrait imputer à la méthadone, c'est une mesure de l'espace QT avant la mise sous traitement. Par ailleurs, pour des patients dépendants aux opiacés, il serait prudent de disposer de résultats d'analyses urinaires objectivant ou non la prise de substances allongeant ou suspectées d'allonger l'intervalle QT (héroïne, cocaïne, amphétamines, cannabis...). Enfin, les données cliniques et électro-physiologiques ne sont jamais mises en parallèle avec les taux sanguins de méthadone, ce qui au regard des variations inter-individuelles du métabolisme de la méthadone, largement décrites et admises aujourd'hui, peut paraître surprenant.

Méthode : L'étude a consisté à pratiquer un ECG chez 83 patients recevant un traitement par la méthadone depuis plus de 6 mois, à posologie stable depuis au moins 4 mois. Tous ces patients avaient la méthadone comme seul médicament. Au moment de l'ECG, tous les patients avaient des urines négatives aux opiacés naturels, à la cocaïne et aux amphétamines. **La posologie moyenne était de 87 mg avec des extrêmes à 10 et 600 mg/jour.**

Résultats : La répartition des intervalles QTc (QTc = QT corrigé – formule de Bazett) est montrée dans le graphe 1 ; 4 patients ont un intervalle QT qui se situe au-delà des valeurs normales (480 ms pour les femmes et 470 ms pour les hommes dans cette étude). Deux d'entre eux ont un intervalle QTc > 500 ms. Le premier (528 ms) a 43 ans et reçoit

quotidiennement 120 mg de méthadone par jour ; le second (556 ms) âgé de 33 ans reçoit une posologie quotidienne de 90 mg. La moyenne de l'espace QT dans cet échantillon est de 423 ms  $\pm$  40 ms, très légèrement supérieure aux valeurs de référence pour des patients du même âge. Un effet dose-dépendant n'a pas pu être établi dans cette étude.



Graph 1 : d'après Maremmani et al.

Les auteurs concluent que le risque d'arythmie reste 'théorique' aussi longtemps que les patients sont en mono-thérapie, mais que par ailleurs, **il y a lieu d'optimiser la sécurité cardiaque au cours des traitements de maintenance à la méthadone.**

Cette recommandation rejoint la demande de modification du RCP (Résumé des Caractéristiques Produit) du chlorhydrate de méthadone AP-HP commercialisé en France, demande formulée à l'AFSSAPS en février 2005.

La pratique d'un ECG est recommandée pour les patients présentant des facteurs de risque associés à l'allongement de l'intervalle QT :

- posologie supérieure à 120 mg ou méthadonémie élevée (> à 800 ng/ml par exemple),
- association avec un ou plusieurs médicaments allongeant l'intervalle QT ,
- association avec des médicaments inhibiteurs enzymatiques augmentant les concentrations plasmatiques de méthadone.

On peut aussi préconiser un ionogramme à la recherche notamment d'une hypokaliémie ou d'une hypomagnésémie, facteurs connus d'allongement du QT.

**D'une façon générale, il n'y a pas lieu d'avoir une quelconque réticence à pratiquer, ou faire pratiquer par un spécialiste, un examen cardiaque complet** et ce, chez une grande majorité de patients recevant au long cours un traitement par la méthadone, en présence ou non de facteurs identifiés d'allongement de l'intervalle QTc. Cela ne peut que participer à l'amélioration de la sécurité des traitements et de la santé des patients.

*Analyse bibliographique réalisée par le Dr Laurent MICHEL,  
Service de traitement des addictions du Pr AUBIN, LIMEIL BREVANNES*

# **Le Bus Méthadone - Médecins du Monde**

*Dr Elisabeth AVRIL, Paris*

## **Les objectifs principaux du programme définis en 1998 restent :**

- Contacter une population d'usagers ayant peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge existantes ou étant en rupture de soins.
- Améliorer l'accès à la substitution par la méthadone et par là, réduire les risques liés aux pratiques toxicomaniaques et notamment à l'injection. L'objectif n'est ni l'abstinence ni la maintenance.
- Améliorer l'accès aux filières de soins et aux structures de prise en charge sociale existantes.

## **Les objectifs secondaires :**

- Permettre aux usagers le désirant d'entamer et de poursuivre un parcours de soins concernant leur toxicomanie.
- Permettre l'accès à du matériel de consommation stérile (matériel d'injection, embouts de pipe à crack, kits sniff)
- Proposer un dépistage facilité des hépatites (salivettes) et du VIH.
- Améliorer l'état de santé des personnes.
- Améliorer la qualité de vie des personnes.

Ces objectifs ont été et resteront pour 2005 les grands axes de notre travail. Depuis l'ouverture du programme, nous avons vu des variations dans les populations accueillies et dans les produits consommés, variations décrites en détail chaque année dans le rapport d'activité. Nous recevons de plus en plus d'étrangers en situation de grande précarité, venant d'Afrique en 1999 et à partir de 2001 d'Asie ainsi que des ressortissants des pays de l'Est et de l'ex-URSS.

## **Les activités et les moyens**

### **1-L'activité du lieu fixe**

Le lieu fixe 62 bis Avenue Parmentier dans le 11ème arrondissement est le centre névralgique de notre activité. Nous ne disposions que d'une seule pièce de consultation médicale et d'un seul bureau pour les 2 assistants sociaux et l'agent d'accès aux droits (ce dernier est détaché de l'A.D.S.P. par convention avec Médecins du Monde). Cette exigüité des lieux ne rendait pas le travail facile au regard de la fréquentation. Depuis la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2004, nous occupons les locaux du deuxième étage, plus vastes, qui nous donnent de meilleures conditions matérielles d'accueil des patients et permettent d'élargir les possibilités de rendez-vous individuels. Nous avons ainsi pu développer l'accès aux soins somatiques grâce à l'équipe médicale constituée de 2.17 ETP médecins généralistes depuis 2003. Nous comptons également développer le volet dépistage notamment de l'hépatite C.



## 1-a/ Les entretiens d'inclusion et de ré inclusion

Ce lieu fixe est le siège des **entretiens d'admission, des entretiens de réinclusions** (lorsque les usagers sont absents depuis plus de deux mois) **et des entretiens de suivi**. Ces entretiens ont lieu tous les après midi, du lundi au vendredi, sans rendez-vous, de 14h à 18h (nous fermons à 19h). Ces entretiens nécessitent donc la présence tous les jours ouvrables d'au moins un médecin afin de primo-prescrire la méthadone et ensuite d'adapter la posologie.

Afin d'améliorer l'accès à la substitution par la méthadone, nous avons instauré une procédure d'admission simplifiée, rapide, centrée sur les consommations des usagers.

**L'inclusion de l'usager se fait, sauf cas de force majeure, du lundi au vendredi, sans rendez-vous, au cours d'un entretien médico-social suivi d'un test urinaire minute réalisé sur place (Test recherchant la présence d'opiacés, de méthadone, de cocaïne et de benzodiazépines). Au cours de cet entretien, nous réalisons une évaluation des produits consommés, du parcours de l'usager, de l'état somatique et psychique, de la situation sociale. Cet entretien est souvent réalisé en binôme par un médecin et un accueillant ou un infirmier(ère). L'assistant social peut également être sollicité dans des cas précis et urgents. Ce premier entretien nous permet de prendre en compte l'histoire particulière du sujet, d'appréhender ses demandes et simplement d'initier une relation. Une fois la décision d'inclusion prise, l'usager peut se rendre le jour même au bus pour recevoir la posologie de méthadone prescrite. Par la suite, il peut venir au bus quand il le souhaite. S'il est absent plus de deux mois, nous le considérons comme « perdu de vue » et nous lui imposons un entretien de réinclusion avant de retourner sur le bus.**

Le tableau ci-dessous résume le nombre de ces entretiens au cours des années précédentes. :

Année	Nouveaux inclus	Réinclusions	Total des 1ers entretiens
1998	341	10	381
1999	332	54	369
2000	363	88	386
2001	279	80	289
2002	244	85	264
2003	233	127	257

En 2004, nous avons reçu comme chaque année **entre 200 et 300 nouveaux patients**, entre **80 et 120 patients réinclus** ainsi que les **157 anciens patients toujours présents** dans le programme au 31/12/2003. Au total c'est une file active de **500 à 600 patients pour l'année 2004**. Si nous faisons une moyenne des files actives des trois dernières années, nous obtenons **554 personnes**.

## 1-b/ Les consultations sans rendez-vous

Nous recevons également sans rendez-vous les patients qui sont déjà inscrits dans le programme sur les même plages horaires que pour les admissions et 4 matinées par semaine. Cet accueil se fait à diverses occasions et entre autre pour permettre aux usagers le désirant d'entamer et de poursuivre un parcours de soins concernant leur toxicomanie. Nous proposons des entretiens individuels de soutien, des adaptations posologiques visant à une maintenance ou à

une abstinence, des sevrages ambulatoires, l'organisation de sevrages hospitaliers et des séjours en postcure, une prise en charge sociale et des consultations juridiques. Ces consultations concernent :

- Une demande d'orientation qui se fait au minimum au bout d'un mois de passages réguliers au bus. Orientation pour un relais méthadone soit dans un centre, soit chez un médecin généraliste si l'utilisateur dispose d'une couverture sociale et qu'il peut gérer son traitement à la semaine. Cette demande est évaluée par un médecin et par un infirmier.
- Une demande d'augmentation du dosage avec mise en place d'un projet thérapeutique. Le contrat est alors signifié à l'utilisateur par rapport à la fréquence des passages qui doit être d'un minimum de 5 fois par semaine lorsque la dose de méthadone est supérieure à 40 mg.
- Une demande de diminution du dosage avec mise en place d'un schéma de dégression en vue d'un sevrage ambulatoire ou hospitalier.
- Une mise en place et un suivi d'un sevrage ambulatoire.
- Entretiens visant à mettre en place les modalités d'un sevrage hospitalier. Prises de rendez-vous.
- Des entretiens visant à mettre en place un projet de post-cure, de communauté thérapeutique ou de départ en famille d'accueil.
- Des entretiens de suivi hebdomadaires ou mensuels (souvent à la demande de l'utilisateur).
- Des consultations médicales intervenant le plus souvent sur les conseils de l'équipe qui a dépisté un problème somatique lors des passages au bus.
- Des consultations avec le psychiatre afin d'évaluer les troubles psychologiques et éventuellement mettre en place un traitement adapté : antidépresseur, anxiolytique ou antipsychotique. Ces traitements sont alors délivrés quotidiennement sur le bus. Parfois l'utilisateur est orienté vers une hospitalisation en psychiatrie.
- Des consultations de soutien psychothérapeutique.
- Des consultations sociales sans rendez-vous et sur rendez-vous.
- Des consultations juridiques les lundi et vendredi.
- Des prescriptions de méthadone en pharmacie pour quelques jours en fonction des déplacements des usagers, demandes plus importantes lors des périodes de vacances ou de fêtes.
- Des prescriptions hebdomadaires de méthadone pour quelques patients (pas plus de cinq). Ces patients sont des anciens du bus pour qui le lien avec l'équipe est important et pour lesquels nous avons accepté de continuer le suivi.

Nous recevons également sans rendez-vous les personnes pour des demandes de renseignements et des entretiens d'orientation.

**Les consultations médicales et les entretiens psychologiques ont représenté 1591 actes sur l'année 2003 soit une augmentation de 31% par rapport à 2002.** Nous n'avons pas encore comptabilisé les entretiens sociaux et juridiques qui représentaient 282 entretiens en 2002 (un mi temps AS et une conseillère juridique arrivée en fin d'année 2002).

Les activités du lieu fixe nécessitent la présence l'après-midi d'un accueillant pour gérer les demandes et la salle d'attente, d'un infirmier pour le suivi des usagers. Elles nécessitent également la présence sur le lieu fixe deux fois par semaine du psychiatre et des permanences sociales quotidiennes.

## **2- L'activité sur le bus**

Le bus stationne **tous les jours de l'année samedi et dimanche compris** sur trois sites Parisiens avec une durée totale de 4 heures pour 6 heures de fonctionnement du fait des temps de déplacement. **Nous sommes présents 1460 heures sur le terrain, c'est à dire la rue.** L'aménagement du véhicule comporte un espace accueil à l'avant, un espace de distribution au milieu où les patients sont reçus un par un, un espace arrière réservé aux entretiens.

L'équipe présente sur le bus comporte au **minimum trois personnes** dont obligatoirement un animateur de prévention/chauffeur (avec permis poids lourd) et un médical, médecin ou infirmier. Il est préférable d'être deux à la distribution. Les usagers désirant un entretien avec le médecin ou l'infirmier(e) peuvent être reçus à l'arrière du bus mais uniquement lorsqu'un autre soignant peut continuer la distribution. Sinon, l'usager est dirigé vers le lieu fixe où il est reçu sans rendez vous.

Le travail sur le bus permet à chaque professionnel de rencontrer tous les usagers inscrits dans le programme, d'instaurer une relation de confiance dans une atmosphère conviviale, d'être vigilant quant à leur état de santé au sens large du terme. Les passages des usagers sur le bus, au-delà de la distribution de la méthadone sont utilisés pour formuler des demandes sociales, médicales, juridiques qui sont prises en charge par l'équipe soit directement sur le bus, soit en entretien au lieu fixe.

Les spécificités du travail effectué sur le terrain sont représentées par les relations qui se créent avec les usagers dans un environnement qui est le leur, avec comme premier axe de travail, leurs comportements et pratiques. Il faut garder à l'esprit qu'une partie des usagers fréquentant le bus restent actifs dans leur consommation, pour un temps du moins.

Ces rencontres quotidiennes permettent de conseiller et parfois d'alerter les usagers sur leur état de santé. Nous rencontrons de grandes difficultés avec certains patients qui, tout en passant au bus tous les jours, refusent les propositions d'accompagnement pour consultation médicale, pour réaliser des examens complémentaires ou encore pour reprendre un suivi lors d'une pathologie avérée. Il est très difficile d'observer sans intervenir la dégradation d'une personne, qui chaque jour, se plaint de symptômes alarmants. Il faut alors trouver les mots pour convaincre et rassurer en évitant de braquer la personne dans ses angoisses. Notre intervention est parfois plus directive lors de suspicion de tuberculose pulmonaire, comme cela a été le cas plusieurs fois au cours des années passées. Nous organisons parfois des hospitalisations directement avec les services hospitaliers en accompagnant physiquement les usagers dans cette démarche.

Outre la méthadone, nous délivrons sur le bus, après consultation avec le psychiatre, un traitement psychotrope à certains usagers. Quarante patients en moyenne sur l'année bénéficient de ces traitements. Nous envisageons rapidement un relais vers une prise en charge plus contenante pour ces patients fragiles.

Comme chaque année depuis trois ans, nous organisons dans le bus plusieurs semaines d'information sur différents thèmes : dépistage VIH, VHC, VHB, modes de contamination et traitement de l'hépatite C. Les barrières de la langue sont ressenties profondément dans notre travail et le recours aux services d'interprétariat coûteux. Nous disposons maintenant de plaquettes de prévention en russe, polonais, mandarin, anglais éditées par l'INPES. Depuis octobre 2002, nous sommes aidés par des bénévoles parlant le mandarin et le cantonais, nous pouvons ainsi tenter de comprendre les situations complexes des usagers chinois.

Nous distribuons des KAP (trousse de prévention) sur le bus et des jetons pour les automates aux usagers qui le désirent. En 2003 nous avons distribué 2181 KAP soit 4362 seringues, des kits snif, des Stéricups, des embouts de pipe à crack, des préservatifs et des jetons pour les automates. Depuis 2001, nous étendons ce travail de prévention aux usagers non inscrits dans le programme qui se présentent à la porte du bus ou que nous rencontrons sur les trottoirs. Sans devenir pour

autant un programme d'échange de seringues, il nous semblait important d'élargir ce travail de proximité. Cette activité est surtout limitée au site du Boulevard Ney où une scène ancienne existe. Ces messages et ces outils de prévention ne sont pas des gadgets, ils permettent de contacter des usagers, de les informer et de répondre à leurs demandes.

Cette position « dans la rue » est aussi un point d'observation qui renseigne sur l'évolution des pratiques d'usage et l'apparition de nouveaux « risques ou dommages ».

### **3- L'articulation entre le lieu fixe et le bus**

L'équipe du lieu fixe est en lien constant avec l'équipe du bus pour transmettre les informations et les modalités de prise en charge des patients. La réunion d'équipe du mercredi matin permet de faire une revue clinique des usagers inscrits et des contacts avec le réseau de soins. Les plannings sont faits en privilégiant toujours l'équipe du bus qui doit être composée d'au minimum trois personnes pour des raisons de sécurité. Les équipes tournent sur les deux lieux d'activité ce qui permet un travail cohérent et un suivi relationnel des usagers.

### **Les Ressources**

#### 1/ Les ressources humaines

Nous disposons d'une **équipe salariée de 12,34 etp** composée de :

- un Médecin Directeur, Responsable de Mission pour 0,34 etp
- une coordinatrice médicale et administrative pour 1 etp
- 1 pharmacienne pour 0,33 etp
- 4 infirmiers dont 1 cadre infirmier pour 4 etp
- 1 médecin psychiatre pour 0,5 etp
- 2 médecins généralistes pour 1,17 etp
- 2 assistants sociaux pour 1 etp
- 4 animateurs de prévention/chauffeurs pour 3,5 etp
- 1 secrétaire pour 0,5 etp

et d'une équipe de 7 bénévoles dont 4 interprètes chinois et/ou russe pour recevoir une population qui n'est reçue nulle part en raison de problèmes de langue.

*Nous bénéficions également du soutien des différents services du siège de Médecins du Monde (Coordination Mission France, comptabilité, Direction des Ressources Humaines, Service administratif et juridique, logistique...).*

*Les contraintes à prendre en compte : le programme doit fonctionner 365 jours par an dans la rue. Parallèlement, nous tenons une permanence au lieu fixe 5 jours sur 7. En terme de ressources humaines, cela a des répercussions importantes. Il nous faut nécessairement avoir une partie de l'équipe sur le lieu fixe, dont au moins un médecin et un assistant social et avoir constamment un minimum de 3 à 4 intervenants sur le bus (dont au moins un médecin ou, un infirmier et un animateur de prévention/chauffeur).*

#### 2/ Les ressources matérielles

- nous disposons d'un local, trop petit. Un déménagement interne est prévu d'ici la fin du trimestre ce qui nous permettra d'augmenter notre surface et d'optimiser les conditions d'accueil de nos patients.
- un bus, don de la RATP, que nous venons de réaménager entièrement
- un minibus, prêté par l'équipe du PES, indispensable en cas de panne de notre bus afin de ne pas interrompre notre présence dans la rue.

## Conclusion

La file active est restée stable en cinq ans, aux alentours de 500 usagers. En 2002, nous soulignons plusieurs points chez les **nouveaux inscrits** : 65% des usagers s'inscrivent au programme, adressés par d'autres usagers, 18% ont moins de 25 ans, 47% sont de nationalité étrangère, 22% habitent en banlieue, 37% n'ont pas de couverture maladie. Sur le plan de leur parcours et de leurs consommations : 56% n'ont jamais été suivis auparavant, 66% n'ont jamais eu de contact avec un CSST et 60% achètent des médicaments au marché clandestin. Nous notons depuis deux ans une ré-augmentation notable des consommations de sulfate de morphine qui avaient diminué depuis 1998, une diminution des consommations de Subutex® et une augmentation de la méthadone disponible au marché clandestin. Sur le plan de leur santé, 82% des usagers ayant réalisé un test de dépistage pour l'hépatite C au cours de l'année se sont révélés positifs, comparé au 40% d'usagers déclarant à l'admission avoir un test négatif, la sous-estimation de cette pathologie est évidente. Nous avons le projet de donner la possibilité aux usagers d'effectuer un dépistage en utilisant des tests salivaires sur le bus.

Ce programme méthadone est mené auprès d'usagers qui, pour une large part, sont dans des situations de souffrance extrêmes. Souffrance psychique, souffrance sociale, souffrance somatique pour lesquelles nous proposons, par l'entremise d'un produit de substitution, des actions simples relevant du lien et s'appuyant sur le droit commun afin d'améliorer leur qualité de vie. Tout ce travail est réalisé dans des conditions elles-mêmes assez difficiles.

Bien que nous ayons développé des partenariats, la question récurrente de l'hébergement des usagers se pose chaque année de façon plus accrue avec **31% des 500 usagers de la file active sans domicile fixe**. Le budget alloué à cet hébergement reste identique alors que le prix des hôtels augmente et que le logement devient de plus en plus problématique pour nos patients. Les bailleurs demandent de plus en plus de garantie et les personnes ne peuvent accéder à un habitat stable (versus hôtel meublé, squat, expulsion). Nous insistons sur ce point de l'hébergement qui est souvent le préalable logique à la mise en place d'un vrai projet d'insertion médico-social, cet hébergement doit être considéré comme un soin, soin nécessaire trop souvent interrompu pour des raisons financières.

L'histoire de certains usagers illustre bien l'intérêt d'un suivi au jour le jour : décompensation psychiatrique, apparition d'une alcoolisation massive ou d'une consommation annexe, apparition d'une pathologie somatique grave et contagieuse. Ce suivi permet également de prendre le temps nécessaire à la mise en place d'une hospitalisation pour sevrage et de trouver une place en post-cure, places de plus en plus difficiles à obtenir du fait des suppressions budgétaires.

Chaque année, nous constatons un pourcentage d'usagers perdus de vue, entre 23% et 27%. Une partie de ces usagers se réinscrivent dans le courant de l'année ou l'année suivante. Pour certains cette première demande de soins n'a pas abouti, elle a pu représenter un moment de répit ou un moyen de « calmer le jeu », utiliser la méthadone comme certains utilisent le sevrage. Pour d'autres, leur vulnérabilité, leurs difficultés mettent en échec toutes démarches et il serait intéressant de pouvoir les soutenir rapidement et efficacement grâce à des accompagnements et des prises en charge plus contenantes. Malheureusement, l'équipe du bus n'a pas toujours été suffisamment étoffée pour répondre à ces demandes. Pour débloquer les situations des plus précaires, il faut du temps et des moyens dont nous ne disposons pas toujours.

Le travail de réseau avec les autres centres méthadone et les structures sociales s'étoffe d'année en année et devient plus constructif. Il a permis une approche plus efficace des problèmes posés par les patients : population exclue, précaire et étrangère. L'intérêt de ces échanges réside également dans la possibilité de passer le relais pour un temps dans un autre centre, lorsque la prise en charge devient trop lourde et peut générer de la violence, violence de la part de l'institution et de la part du patient. Nous recevons de plus en plus de patients adressés dans ce cas par les centres (entre 10 et 15 par an). Certains centres ont, à juste titre, l'impression que le seuil de tolérance de notre équipe est plus élevé que le leur, qu'un patient qui « désespère leur équipe et qui a usé l'institution ne désespérera pas la nôtre ». Nous tenons à rappeler que chaque patient qui s'inscrit au bus est reçu comme sujet et écouté tous les jours de la semaine, 7 jours sur 7 toute l'année.

Nous tenons à attirer l'attention sur la problématique des usagers sans carte de séjour et parfois sans pièce d'identité, dont la situation administrative est bloquée et la situation sociale est extrêmement précaire. Ces personnes sont de plus en plus nombreuses et la prise en charge de leur toxicomanie est très illusoire. La seule façon de faire avancer leur situation est qu'elles puissent bénéficier d'une autorisation de séjour pour soins. Cette réponse est « réductrice », elle est médicale : au titre d'une pathologie grave, la situation administrative et donc sociale se débloque parfois et la prise en charge de la toxicomanie se noie. Médicalisation « forcée » d'un problème qui ne concerne pas uniquement le champ médico-social mais qui devrait interroger également le politique et le juridique. Les conditions de séjour des étrangers en France se dégradent d'année en année, nous pouvons craindre que ces populations laissées pour compte s'adressent de moins en moins à nos services. Quelle réponse pouvons nous apporter ? Est-ce que la force de nos témoignages pourra influencer sur les décisions de l'état ?

Structure intermédiaire, ce programme « bus méthadone » est une proposition de soins à un moment, une étape pour cette population en rupture sociale, en rupture d'appuis médicaux, et confrontée à l'intensité de sa toxicomanie. C'est un **moment de soins** avec ses limites thérapeutiques qui ne peut donc se prolonger.

C'est dans ce sens que ce temps thérapeutique est associé à une autre fonction : initialisation, propédeutique de soins avec proposition, négociation d'une demande de soin plus stable. Ce programme joue donc le rôle de **passerelle vers d'autres prises en charge, d'autres moments thérapeutiques** plus construits, plus pérennes.

**Aller vers, au devant, stimuler la demande, et aider à entreprendre une démarche de soin et négocier cette demande pour qu'elle se concrétise ailleurs. Tout ceci définit la double fonction de ce programme.**

C'est par l'existence de ces deux fonctions que **le bus Méthadone** peut se définir comme **structure intermédiaire** et non pas (seulement) comme structure de première ligne.

## **Doit-on encore parler d'accompagnement psychologique et social des traitements de substitutions ?**

*Jean-Pierre COUTERON, CEDAT Mantes la Jolie (78)*

L'accompagnement d'un traitement de substitution, s'il est souvent recommandé comme une nécessité, évoqué comme un élément de la prise en charge globale, est ensuite rarement précisé dans ses modalités, quand il n'est pas carrément oublié dans les recommandations pratiques et donc dans les moyens offerts à l'utilisateur et aux services censés y contribuer. Cette courte vignette a donc pour seul objectif que d'en rappeler ce qui pourrait quand même en justifier l'intérêt et d'en soumettre à la discussion la plus ouverte ce qui pourrait en être les principes.

### UNE FAUSSE EVIDENCE

La notion d'accompagnement est nouvelle, elle est fragile. Elle apparaît lors de la mise en place des traitements de substitution, et apporte avec elle une redéfinition des relations entre les différents acteurs de ces traitements. Etymologiquement, l'accompagnement rime avec les notions d'association, de libre adhésion. En terme médical, cela s'écrit parfois sous la forme d'une alliance thérapeutique. Mais l'accompagnement vient aussi prendre rang dans ce qu'Ehrenberg définit comme la recherche d'une qualité de vie, d'une autre idée de la guérison qui se développe dans nos sociétés. Enfin, en accompagnant quelqu'un, on est conduit à penser le processus comme évolutif, temporel. C'est la notion de temps qui apparaît alors.

Adhésion partagée, revendication d'une qualité de vie, possibilité d'une évolution dans le temps : voilà trois idées contenues dans l'accompagnement qui sont bien loin de ce qui est souvent proposé comme définissant « le toxicomane ». Peut-être est-ce là qu'il faut trouver les raisons du traitement particulier qui est fait à ce projet, au sein de ces prises en charge globales que l'on continue pourtant de promouvoir. Elles reposent sur la capacité à articuler quatre pôles : la consultation médicale et la prescription, les modalités de délivrance des traitements, le soutien social et l'aide psychologique.

Si chacun de ces pôles a son rôle propre, nécessitant des compétences professionnelles spécifiques, aucun de ces pôles ne peut être pensé sans réfléchir à l'impact qu'il aura sur le pôle voisin. C'est tout l'intérêt d'une évaluation partagée et construite avec l'utilisateur, d'une définition des seuils d'accès différenciée.

Le pôle de la consultation médicale et de la prescription du traitement sera celui de la recherche d'un équilibre biologique. On y parlera de « stabilisation », d'apaisement, on s'y attachera à réduire les risques, à soigner un corps parfois mis à mal. Mais on y revendiquera aussi le droit au plaisir....

Les conditions de délivrance du traitement seront des occasions de consolider un projet de soin. Bien sûr, le cadre de la délivrance peut-être vécu comme une contrainte, venir à la pharmacie ou au centre de soin n'est pas toujours facile, le rythme fait question, de même que le sentiment d'être « sous contrôle ». Mais là encore, il s'agit moins d'imposer que de proposer un cadre qui participe au trajet de reconstruction. Les limites qu'il impose sont autant de sujets d'échange, autant de protection face à des impulsions encore dangereuses.

Le pôle social ouvre un domaine de réponses toutes aussi diversifiées : simple coup de pouce à ceux qui ont pu préserver une intégration sociale efficiente, aide plus poussée pour soutenir

une remise en ordre de sa vie quotidienne, l'accompagnement peut prendre la forme d'une « pédagogie » du quotidien, intervenant dans l'ensemble des secteurs de la vie d'un usager : recherche d'un logement, aide aux déplacements, prise en compte des questions alimentaires, d'hygiène, de santé, etc...C'est encore dans son élaboration partagée que l'accompagnement trouvera sa meilleure justification. En se plaçant au côté de l'utilisateur, en s'adaptant à son rythme d'évolution, en renforçant la construction d'hétéro - contrôles, en soutenant la diversification des réseaux d'appartenance et des sources de satisfactions, il permettra que la question du plaisir, de la qualité de vie, se repose sur un angle différent.

Enfin, le pôle psychologique : il est celui d'un soutien dynamique de la personnalité. Ce retour vers le monde que rendent possibles les trois autres pôles de l'accompagnement ne se fait pas sans questions, sans tensions, sans crises. C'est aussi l'occasion de se tourner vers son propre fonctionnement psychique, d'en retrouver les effets. Cette capacité à reprendre les fils épars d'une histoire morcelée, souvent même traumatisée, sera à la base de l'accompagnement psychologique. Des options différentes, counseling, psychothérapie psychodynamique, approches cognitivo - comportementalistes peuvent être proposées.

En partant de premiers acquis apportés par le TSO, l'accompagnement mis en œuvre en commun avec l'utilisateur va contribuer à en renforcer et en élargir les effets. Il s'agit bien d'une pratique multifactorielle, agissant dans différents domaines, et nécessitant un savoir-faire pluridisciplinaire. Elle invite à parcourir en sens inverse les effets de repli sur soi, d'appauvrissement de son expérience d'être au monde qu'a pu susciter la centration provoquée par la dépendance et l'expérience toxicomaniaque. En choisissant d'accompagner l'utilisateur, on choisit de cheminer à ses côtés dans une confrontation commune à la complexité de l'autre, du monde et de soi. Cela peut aller jusqu' à prendre la forme d'une nouvelle initiation au « bon usage du monde ».

## DES OBSTACLES REELS

Si cet accompagnement peut alors sembler couler de source, l'escamotage, dont il est souvent l'objet dans la réalité, doit nous amener à nous méfier de cette apparente évidence et à en reprendre les obstacles. L'accompagnement coule tellement de source, qu'il n'est (presque) plus nécessaire d'en parler, de le définir, et de le budgétiser.

D'abord, cette fausse évidence cache une première difficulté : l'accompagnement est nécessaire, mais il ne saurait être obligatoire. Articulé sur quatre pôles, il peut n'en nécessiter qu'un, celui de la consultation médicale. Mais encore faut-il que cela soit le résultat d'une juste évaluation, permettant de faire le constat partagé de l'inutilité de déployer dans le cas concerné les autres pôles : autonomie sociale préservée, gestion du traitement maîtrisée, dynamique psychique assumée.

Or un tel diagnostic transdisciplinaire n'est pas aussi évident à poser, encore plus quand il doit se faire en co-élaboration avec l'utilisateur. Chacun sait bien qu'une difficulté dans un secteur peut avoir des répercussions dans un autre domaine. Mais dans le rythme d'une journée de travail, chacun pour aussi l'oublier, privilégiant son propre point de vue, et pensant qu'une simple orientation « vers le service concerné » apportera la solution attendue.

Le travail d'ASUD, l'enquête de l'association AIDES ont pu montrer que cela n'est pas aussi simple.

Puis, cette deuxième difficulté : si l'évaluation est correctement faite, elle doit aider à construire un accompagnement adapté, c'est-à-dire respectueux des attentes de l'utilisateur et des offres des acteurs professionnels. Lors de cette construction vont se poser les questions de la diversification, celle de la différenciation et celle de l'adaptation de l'accompagnement.



Diversification : intérêt et inconvénient d'un interlocuteur unique ou d'interlocuteurs pluriels. Le médecin généraliste versus l'équipe pluridisciplinaire...l'hôpital versus le réseau, etc... Mais au-delà de ces modèles et des risques de caricature que chacun en fait, ce sont des questions bien pratiques qui se posent pour l'usager : danger d'éparpillement, focalisation sur un seul interlocuteur placé en position de « sauveur », « manipulations » d'interlocuteurs différents. Et si le principal intérêt de la diversification était de soutenir cette « pédagogie sociale du quotidien » déjà évoquée et qui répond à l'effet centration, cette polarisation de la vie que peut induire la dépendance. La variété, le remailage social et relationnel qu'elle suscite participent pleinement au processus de restructuration qui peut être proposé.

La différenciation des acteurs, l'existence d'interlocuteurs différenciés vient ouvrir des espaces de médiation qui vont réduire les risques de rupture du lien thérapeutique. Là où l'un verra dans la constitution de « stocks » de traitement que l'usager gère une rupture du contrat, l'autre pourra reconnaître un besoin d'autonomie dans la gestion du traitement, besoin ressenti bien au-delà du strict cercle des usagers de psychostimulants. Face aux dérapages du week-end, à leurs répétitions lassantes, tandis que l'un pourra chercher une réponse dans une adaptation du traitement, dans un changement de molécule, l'autre pourra faire valoir l'intérêt de passer autrement son week-end, d'y laisser place à des activités.

Adaptation enfin, tant il est vrai que ces propositions sont susceptibles d'évoluer au fil du temps. De se redéfinir pour répondre à un changement. Cette capacité à ne pas se figer est complexe. Les pas en avant, les retours sur d'anciennes pratiques vont scander le trajet. Mais l'accompagnement est aussi la somme de périodes qui se succèdent : moment où l'usager est là quotidiennement, sollicitant une prise en charge massive ; période où il s'éloigne, se mettant en retrait, étant presque oublié...Laisser à l'usager la possibilité de doser sa distance et son implication, c'est aussi une des formes de ce que certains auteurs ont pu appeler « l'accompagnement au long cours ». Mais ce temps est parfois bien difficile à faire reconnaître et accepter, il est le temps d'une vie et non celui d'un simple « traitement ».

Enfin, troisième difficulté qui finit par transformer « l'évidence de l'accompagnement » en un travail plus complexe qu'il n'y paraît : si chacun de ces domaines doit être évalué au regard des autres, les différents acteurs impliqués seront en situation de devoir rendre concret ce partage des informations. Comme pour l'évaluation du début, cette mise en commun des avancées, des tensions, des difficultés rencontrées dans chacun des domaines n'est pas sans peine. Il y a un risque réel à créer des tensions entre des attentes contradictoires, de susciter des espoirs inadaptés. Et c'est l'usager qui en sera le premier concerné, ressentant parfois douloureusement en lui ces incohérences, ces impossibilités, ces frustrations. Avancer trop vite dans un domaine peut se traduire par un déséquilibre douloureusement ressenti. Les demandes de synthèses entre partenaires, les ruptures de la relation soignante vont émailler ces trajets souvent chaotiques. Comment faciliter ce travail : équipes pluridisciplinaire, inter - vision, micro-structures, des pistes existent pour continuer de réfléchir à ces questions dès lors que l'on accepte que ces questions se posent. Dès lors qu'il ne s'agit pas d'opposer les réussites des uns aux échecs des autres, le coût des uns aux économies des autres ! Dès lors enfin que l'on se souvienne qu'il s'agit d'accompagner quelqu'un au long d'un trajet de vie, que ce qui peut être adapté dans les premières étapes ne l'est plus dans celles qui suivent, et que dans ces histoires de psychostimulants comme dans celles de nos vie, la continuité n'est pas obligatoirement synonyme d'uniformité.

## Milieu festif et opiacés : Retour vers le futur ?

*Jean Marc PRIEZ, Paris*

Depuis quelques années, la question du retour de la consommation des opiacés dans le milieu festif agite régulièrement le secteur professionnel et/ou spécialisé. Un colloque organisé mi-novembre, à Paris, se proposait même de faire le point sur la pratique du shoot en milieu festif.

Pour qui connaît les scènes festives et leurs rituels de consommation de produits psychoactifs, si la consommation d'opiacés fait partie d'une réalité sur laquelle les acteurs de terrain interviennent, cette question ne recouvre pas aujourd'hui une des préoccupations majeures de ceux-ci.

Depuis 10 ans maintenant, Techno Plus intervient sur la scène Techno et observe les pratiques de consommation. Bien que les opiacés et l'héroïne en particulier ne fassent pas partie des drogues couramment utilisées dans l'espace festif, ceux-ci n'ont jamais été totalement absents. Il s'agissait soit d'utilisation marginale d'héroïne (appelée Rabla) en sniffing, soit plus couramment de consommation de rachacha fumé (1), utilisé pour contrecarrer les effets secondaires lors des descentes de speed. Pour répondre à des demandes spécifiques, les associations de réduction des risques présentes dans les fêtes, distribuent depuis toujours des seringues et sont souvent confrontées aux conditions d'utilisation de ces seringues quand le lieu de fête n'offre ni lieu isolé, ni lumière, ni eau.

Aujourd'hui, sur certaines scènes, cette consommation est plus importante qu'il y a dix ans. Mais pour autant ce serait une erreur d'en déduire que l'usage des opiacés s'est inscrit dans l'espace festif au même titre que l'ecstasy, le speed ou le LSD. La rencontre avec des usagers d'opiacés dépend avant tout de l'accessibilité des différents publics.

Le mouvement techno est un mouvement culturel qui fédère un public particulier qui se reconnaît dans les valeurs et codes liés à ce mouvement. Or, si l'usage des drogues de synthèse telles que l'ecstasy, le LSD, le speed voire la cocaïne font partie de ses pratiques, il n'en a jamais été de même avec les opiacés et, aujourd'hui encore, cet usage est très marginal.

Les premières observations d'usage d'opiacés par Techno Plus étaient sur des free parties (2), organisées en parallèle de festivals tels que Le Printemps de Bourges ou autres, scènes ouvertes à d'autres publics que ceux issus du mouvement Techno. De même, la consommation d'opiacés dans les grands rassemblements Technos appelés « Teknivals » était très faible quand ceux-ci étaient confidentiels et rassemblaient de 8 à 15 000 personnes. En l'espace de deux ans les Teknivals se sont ouverts à un large public et sont passés de 15 000 à plus de 60 000 personnes et nous rencontrons beaucoup plus d'utilisateurs d'opiacés.

Aujourd'hui encore, l'observation des consommations d'opiacés sur une scène festive dépend de son accessibilité pour un public large et lors d'une free party « confidentielle » cette consommation est quasi nulle. De plus un des éléments importants sur laquelle nous nous fondons pour évaluer les pratiques de consommation, en dehors de la relation que nous avons avec les usagers de drogues qui viennent nous voir, est l'observation de l'offre. Or celle-ci n'existe pas dans les petites free partys et elle est très peu présente lors des grands rassemblements, où les usagers viennent avec leurs produits.

Quant aux produits de substitution de type Subutex® ou méthadone, rien ne vient corroborer leur trafic et usage détourné lors des fêtes : pas de témoignages ou de questions liés à cet usage, aucune demande effectuée lors du testing et aucun indice matériel retrouvé sur le terrain, comme des emballages vides par exemple.

L'espace festif Techno s'est donc, au fil des ans, beaucoup plus ouvert aux consommateurs qu'aux consommations d'opiacés en général et d'héroïne en particulier.

Pour les acteurs de réduction des risques présents sur les scènes festives, l'action a constitué et constitue toujours à offrir à ces consommateurs le matériel et les informations nécessaires à ces pratiques, plutôt qu'à accompagner des nouveaux usagers d'opiacés issus d'une évolution de la consommation des drogues en milieu festif.

Bien sûr, cette réalité d'aujourd'hui ne préjuge en aucune manière de l'avenir. Si, comme pour la cocaïne il y a quelques années, se confirme la mise sur le marché d'une héroïne de bonne qualité à des prix abordables, si celle-ci retrouve un pouvoir de « séduction » dans nos sociétés, il est possible que nous assistions à une augmentation du nombre de consommateurs d'opiacés, dans et surtout hors cadre festif. Pour peu que la politique de réduction des risques soit soutenue, renforcée et non fragilisée, le dispositif actuel, des structures de première ligne aux centres de soins, sera à même de répondre aux problèmes liés à certaines de ces consommations.

Mais il est à craindre, et la façon dont cette question est parfois actuellement posée le laisse présager, que cet éventuel retour des consommations d'opiacés s'accompagne aussi du retour à un débat idéologique sur les drogues. Si tel devait être le cas, les mêmes erreurs reproduiraient les mêmes effets meurtriers que nous avons connu dans les années 70-80.

*Jean Marc Priez est l'ex-président de l'association Techno Plus.  
Il est titulaire d'un D.U. de Santé Publique.*

---

Ndlr : l'observation de Jean-Marc PRIEZ semble aller dans le même sens que les observations du dispositif Trend publiées en fin d'année 2004. Sur le sujet, on peut noter les phrases suivantes dans le chapitre concerné : « Parmi ses usagers, **l'héroïne** continue de bénéficier d'une image fréquemment positive, venant peut-être en contrepoint de l'image médiocre de la BHD. Pourtant son usage récent par les usagers de structures de première ligne semble régresser (25 % en 2003 vs 33 % en 2001) sans progresser significativement dans l'espace festif. La voie d'administration dominante varie selon les populations et les espaces : injection dans l'espace urbain et particulièrement chez les plus âgés, sniff dans l'espace festif et chez les plus jeunes. La disponibilité et l'accessibilité semblent se développer dans l'espace festif (soirées privées et free-parties) ». « La **buprénorphine** haut dosage (BHD) continue de souffrir d'une mauvaise image de la part des usagers de produits de l'espace urbain. Son usage au cours du mois écoulé concerne plus de 4 usagers de structures de première ligne sur 10 et reste anecdotique dans l'espace festif ». « La **méthadone** conserve clairement, auprès des usagers, un statut de médicament et donc une image positive. Son usage récent concerne un peu moins d'une personne sur cinq (17 %) parmi les usagers de structures de premier ligne et reste anecdotique dans l'espace festif ».

(1) Rachacha : Pâte de couleur brun marron, issue du pavot, fumée ou ingérée

(2) Free Party : soirée Techno totalement gratuite et organisée dans des lieux insolites

## **Hépatite C, Consommation de drogues et d'alcool : Quel impact, quelle prise en charge ?**

*Dr Pascal MÉLIN, Centre hospitalier de Saint-Dizier (52)*

En cas de consommation de drogues et/ou d'alcool, l'alliance thérapeutique avec le patient est à privilégier sur le « contrat de soins ». Une prise en charge mixte alcool-hépatite C permet d'obtenir des abstinences supérieures à celles de patients alcooliques uniquement traités pour leur alcool, et aboutit à des résultats virologiques comparables aux données de la littérature.

### **Les données du problème**

En France, la prévalence du VHC est estimée à 1,26%, ce qui représente 780 000 personnes. La population française compterait par ailleurs 5 millions de buveurs excessifs (1) et 1 million d'alcoolodépendants. La prévalence de l'hépatite C chez les gens en difficulté avec l'alcool étant évaluée à 3-4%, 240 000 usagers d'alcool seraient infectés par le VHC, dont certains co-infectés VHC/VIH. Pour trouver ces 240 000 personnes, il est urgent de renforcer le recours au dépistage.

On recense en France 40 000 patients co-infectés VIH/VHC : 30 à 40% de ces patients sont en pré-cirrhose (F3) ou en cirrhose (F4). Selon les données récemment publiées (2), ces personnes ont un usage d'alcool plus important qu'une population standard. L'alcool accélère la progression de la fibrose et diminue l'efficacité du traitement anti-VHC.

Lorsqu'on parle de co-infection, il n'est donc pas possible de mettre de côté les patients alcooliques et les questions relatives à la consommation d'alcool.

### **Les conférences de consensus**

Que disent les conférences de consensus sur le traitement de l'hépatite C des patients alcooliques ?

- France, 1997 : pas de traitement anti-VHC chez l'alcoolique.
- France, 2002 : il est possible de traiter un patient alcoolique, mais seulement après l'obtention de la plus grande modération possible. Pour avoir les meilleures chances de réponse au traitement, il est fortement conseillé d'imposer au moins 6 mois d'abstinence avant initiation du traitement ; une position qui équivaut à faire un chantage à l'abstinence pour l'accès aux soins.
- États-Unis, 2002 : on ne traite qu'après 6 mois d'abstinence, avec une grande vigilance.

### **Étude prospective sur 5 ans**

A Saint-Dizier, nous disposons d'un service de médecine comprenant 4 lits d'alcoologie. Notre étude porte sur 713 malades hospitalisés (dont 75,2% d'hommes). 97,2% d'entre eux ont été dépistés pour le VHC : 26 hommes et 8 femmes ont présenté des tests positifs.

Le mode de contamination de ces personnes était majoritairement (75%) l'usage de drogues (21 hommes, 5 femmes) ; 3 personnes ont été contaminées par transfusion, 1 personne par

rapport sexuel, 1 autre à la suite d'un tatouage. L'âge moyen au moment de la contamination était de 23 ans.

La durée de la consommation d'alcool atteignait plus de 10 ans dans 60% des cas. 14 patients buvaient plus de 200 g d'alcool par jour (3-4 litres de vin) ; 3 seulement avaient une consommation de moins de 80 g par jour (moins d'un litre).

Parmi ces 34 patients, 1 personne était co-infectée VIH/VHC, 1 autre VHC/VHB et 6 étaient non virémiques, soit un taux de guérison spontanée équivalent à celui indiqué dans la littérature. 18 patients présentaient un virus de génotype 1, 8 un génotype 2 ou 3 et 2 un génotype 4. Une majorité (22/28) avait une charge virale forte, supérieure à 2 millions de copies. 78% des patients avaient des hépatites moyennes ou sévères (F2 à F4) : **les personnes en difficulté avec l'alcool ont donc le plus souvent une hépatite sévère.**

Voyons le devenir de ces patients au terme de 6 ans de suivi : nous déplorons 4 décès dont 1 par cancer et 3 suicides (1 sous traitement). 17 patients ont été traités pour leur hépatite C. 12 ont obtenu une réponse virologique prolongée, ce qui équivaut à presque 70% de réussite, ce qu'on observe dans une population « standard ». 1 personne n'a pas répondu au traitement, 2 ont fait des rechutes, 1 personne a abandonné le traitement.

### **Alliance thérapeutique avec le patient**

A Saint-Dizier, nous nous efforçons de faire une alliance thérapeutique avec le patient, plutôt que de conclure un « contrat de soins ».

Exiger 6 mois de sevrage avant d'initier un traitement anti-VHC est une erreur. Le 6<sup>e</sup> mois d'abstinence, c'est la sortie de la « lune de miel », le moment où les personnes commencent à s'épuiser dans leur abstinence.

Si elles débutent un traitement par interféron (IFN) à cette période, elles risquent de décompenser.

Repensons plutôt cette prise en charge : si, très tôt dans le parcours du patient, vous lui proposez une prise en charge mixte alcool-hépatites, après quelques mois, vous pourrez lui dire : « *vous êtes abstinent et en plus vous êtes non virémique. Peut-on persister encore quelques mois dans l'abstinence pour continuer votre traitement contre l'hépatite C ?* ». Nous avons traité ainsi des patients non abstinents. Il se sont sentis encouragés dans leur traitement et ont naturellement fait des efforts pour diminuer leur consommation d'alcool.

Dans le cadre de cette prise en charge mixte, nous disposons d'au moins 1 an (la durée du traitement de l'hépatite C) pour traiter la question de l'alcool, remonter à la source du problème, mettre en place une vraie prise en charge psychiatrique, etc.

En procédant de cette façon, nous obtenons des abstinences supérieures à celles d'une population d'alcooliques standard pris en charge pour leur alcool : 3-4 ans après la fin du traitement anti-VHC, la plupart de nos patients sont toujours abstinents.

### **Les opiacés contre l'alcool « défonce »**

Sur les 25 patients que nous avons suivis, 14 avaient été toxicomanes puis alcooliques (substitution alcoolique) ; 11 avaient été alcooliques, puis toxicomanes et étaient revenus à l'alcool. Dans le premier groupe de 14 patients, le score moyen de fibrose était de 2,7 ; dans le second, il était « seulement » de 1,5.

Comment expliquer cette différence ? Elle nous semble due à la « façon de boire » : initialement toxicomane, le premier groupe garde un alcool « défonce » et fait régulièrement des hépatites alcooliques aiguës. En revanche, le second groupe a une consommation d'alcool plus régulière. Or, il est prouvé qu'une consommation régulière d'alcool entraîne le

développement de mécanismes anti-fibrosants qui permettent au foie de mieux « encaisser » les poussées d'alcoolisme.

Parmi les patients alcooliques que nous ne parvenons pas à sevrer, certains sont des ex-toxicomanes, qui ont dérégulé un mécanisme cérébral impliquant les opiacés. La réintroduction d'opiacés chez ces patients pourrait peut-être les sortir de cette fausse substitution qu'est l'alcool. Nous sommes quelques médecins à utiliser les opiacés pour « rattraper », avec succès, certains patients en cirrhose ou en pré-cirrhose (prescription hors des indications de l'Autorisation de Mise sur le Marché).

### **Recommandations chez le patient co-infecté ayant un problème d'alcool**

Dans un tel cas, il convient en premier lieu d'évaluer la fibrose. Si le patient a une hépatite minime (F0/F1), une consommation d'alcool modérée est possible (moins de 3 verres/jour), mais il faut probablement traiter l'hépatite C. Par ailleurs, une consommation d'alcool aussi petite soit-elle n'est pas anodine et peut induire une polynévrite, augmenter le risque de pancréatite sous traitement anti-VIH, etc.

Chez les patients ayant un score de fibrose F2, la consommation d'alcool doit être nulle ou exceptionnelle. Il faut donc mettre en place une éducation sur la question de l'alcool et un traitement de l'hépatite C.

Chez les patients en F3/F4, une consommation nulle d'alcool et de drogues hépatotoxiques est à préconiser. Chez ces patients, l'utilisation d'antiviraux dosables dans le sang permet de pallier une accumulation toxique de médicaments en adaptant les posologies.

La stratégie de traitement des patient co-infectés doit bien sûr comprendre une préparation psychologique au traitement, une préparation à la gestion des effets indésirables, en plus d'une préparation à la gestion des substances psychotropes.

### **La co-infection et la toxicomanie**

Dans près de 50% des cas, les toxicomanes co-infectés ont une hépatite minime. Les drogues seraient-elles donc hépato-protectrices ?

En fait, les patients toxicomanes sont généralement dépistés « précocement » dans leur maladie hépatique. Cependant, après 2010, nous verrons des toxicomanes avec des cirrhoses et nous serons alors massivement confrontés au problème des transplantations.

Quels sont les effets sur le foie des différents produits :

- le cannabis : son action sur le foie, controversée, a une nouvelle fois été discutée à l'EASL 2004(3). Des équipes ont montré qu'*in vitro*, le cannabis pourrait avoir un effet anti-fibrosant ;
- l'héroïne aurait probablement une action neutre sur le foie ;
- la cocaïne, l'ecstasy, les benzodiazépines et l'alcool sont clairement hépatotoxiques.

### Les données présentées à l'EASL 2004

La fibrose d'un patient toxicomane évoluerait-elle plus rapidement que celle d'un patient non toxicomane ?

Une équipe bulgare a comparé l'évolution histologique (par biopsie hépatique) de 60 patients toxicomanes actifs avec celle de 60 patients ex-toxicomanes (4). Les patients tous atteints d'hépatite chronique C, avaient été appariés sur les consommations d'alcool, leurs âges, etc.

L'indice de progression de fibrose était de + 0,08%/an chez les ex-toxicomanes (ce qui est très lent), contre + 0,5/an chez les usagers actifs. Selon cette étude, le toxicomane actif

progresserait 8 fois plus vite vers la cirrhose que le patient ayant cessé toute consommation. L'usage de drogues serait donc un facteur fibrosant.

Néanmoins, les chercheurs n'ont pas pris en compte de nombreux cofacteurs pouvant influencer sur l'évolution hépatique : la dénutrition, les conditions de vie des toxicomanes actifs et les problèmes liés aux « produits de coupe », éventuellement hépatotoxiques.

### Les données que nous avons recueillies à Saint-Dizier (non présentées à l'EASL 2004)

Nous avons suivi durant 6 ans 33 patients VHC (non co-infectés) non traités, ayant pratiqué une biopsie à 2 reprises (75% d'hommes, 45% de génotype 1, âge moyen au moment de la contamination = 22 ans).

Lors de la première biopsie hépatique, l'âge moyen de ces patients était de 30 ans. 70% des patients présentaient une hépatite minime, 30% une hépatite modérée à sévère.

Leur consommation moyenne était de 135 g d'alcool par jour. 62% de ces patients étaient suivis dans notre programme de substitution.

Aujourd'hui, le problème n'est pas tant de savoir si les patients en traitement de substitution consomment occasionnellement des drogues que de régler leur problème d'alcool. La plupart des intervenants en toxicomanie ne considèrent pas suffisamment la question de l'alcool, simplement parce que l'alcool est légal. Pourtant, c'est un des produits les plus hépatotoxiques qui soient.

Lors de la seconde biopsie, pratiquée en moyenne 3 ans et demi après la première, les proportions étaient inversées : nous avons 2/3 d'hépatites modérées à sévères et 45% des patients avaient progressé d'au moins un point de fibrose entre les deux biopsies. La progression moyenne entre les deux biopsies était de 0,563 point, soit un peu moins que les chiffres présentés par l'équipe bulgare de l'EASL ; mais nos patients étaient substitués et non usagers actifs de drogues.

En moyenne, les patients qui avaient une hépatite minime lors de la première biopsie ont davantage progressé en score de fibrose que les patients qui avaient une hépatite modérée ou sévère (sans traitement anti-VHC). Pourquoi une telle différence ?

Avec du recul, nous pensons que les patients ayant des hépatites minimales n'ont pas reçu d'information en rapport avec leur consommation d'alcool lors de leur première biopsie : nous les avons « laissés boire » en nous « félicitant » de l'arrêt de l'usage de drogues. Résultat : leur fibrose a progressé.

En revanche, nous avons été particulièrement vigilants sur l'éducation par rapport à l'alcool des patients en F2/F3. Résultat : leur fibrose a moins progressé.

La progression de la fibrose observée aujourd'hui chez les usagers de drogues résulte d'une mauvaise prise en charge du problème de l'alcool.

## **Conclusion**

Les facteurs de progression de la fibrose hépatique sont l'alcool, les médicaments, les problèmes nutritionnels et la précarité. Plus une personne est en situation de précarité, plus sa fibrose risque de progresser.

Les usagers de drogues sont les cirrhotiques et les transplantés de demain. Il faut donc se poser les questions de leur prise en charge aujourd'hui.

Les résultats préliminaires de l'étude PONTs (5) ont montré que l'expérience, le savoir-faire du centre de soins sont déterminants pour la réussite du traitement des patients héroïnomanes substitués. En vérité, la prise en charge de l'hépatite C dans des programmes de substitution, par des équipes entraînées et multidisciplinaires, permet d'obtenir 70% d'éradication virale.

Il faut aujourd'hui se débarrasser des freins qui nuisent à la prise en charge des usagers, et en particulier des usagers co-infectés.

## Notes

- (1) Selon les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé, un buveur excessif est un homme qui boit au moins 3 verres d'alcool par jour ou une femme qui boit au moins 2 verres d'alcool par jour.
  - (2) Cf. données de l'étude APRICOT, p. 6
  - (3) 39<sup>e</sup> Congrès annuel de l'EASL (European Association for the Study of the Liver), Berlin, 14-18 avril 2004
  - (4) «The impact of intravenous drug abuse on liver histology and fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C », I. Ivanova and others, Abstract 484, 39<sup>th</sup> EASL, 14-18 avril 2004, Berlin
  - (5) PONTs : Premier Observatoire National du traitement de l'hépatite C chez les Toxicomanes Substitués. Présentation du 6<sup>e</sup> Colloque international toxicomanies, hépatites, sida, THS 6, 7-11 octobre 2003, Aix en Provence.
- 

A côté du Flyer édition trimestrielle (jaune), nous publions depuis 2003 des numéros hors-série et spéciaux qui traitent de thématiques particulières.

Numéros Flyer hors-série déjà parus :

**Le Flyer Hors-série n° 1, juin 2003 (bleu)**

**Pharmaco-dépendances aux opiacés, grossesse et parentalité**

-----

**Le Flyer Hors-série n° 2, décembre 2003 (vert)**

**Médicament de substitution, pratiques de seuil & expériences nouvelles**

-----

**Le Flyer Hors-série n° 3 Volume 1, septembre 2004 (orange)**

**Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques**

-----

**Le Flyer Hors-série n° 3 Volume 2, avril 2005 (orange)**

**Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques**

-----

**Le Flyer Spécial Prisons Volume 1, décembre 2004 (gris)**

-----

Ces numéros sont disponibles auprès de la rédaction, **ou en téléphonant au 01 45 19 10 59**