

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

Novembre 2007

N° 30

- **Editorial :** page 3
La rédaction du FLYER
- **Rétention en traitement et évolution de la clientèle
d'un programme montréalais de substitution à la méthadone
à exigences peu élevées** page 4
Michel PERREAULT et al., Montréal, Canada
- **'La forteresse pleine' ou les limites de la substitution** page 11
Dr Christian CARRERE, CSST Nice
- **Prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés :
Alliance d'un CSST et d'un réseau de Pharmaciens d'officine** page 14
Dr Antoine GERARD, Le Puy-en-Velay
- **Infos brèves** page 18
- **Brève bibliographique :**
Concentration de méthadone dans le lait maternel page 19
Dr L.M. JANSSON, Baltimore, USA

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

Sce d'addictologie

E.L.T.

Pharmacien

C.H.U.

AIDES

Hôpital CAREMEAU

LIMEIL BREVANNES

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

CARVIN

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

Voilà une bonne nouvelle ! Un traitement par la méthadone (à une posologie supérieure à 60 mg/jour) combiné à un programme d'échange de seringues (ce que les auteurs appellent « Full Participation in Harm Reduction Programmes ») est associé à une diminution du risque d'incidence pour l'hépatite C et le VIH auprès des usagers de drogues injecteurs.

C'est ce que montre en substance une étude qui vient d'être publiée dans le numéro 102 de la revue *Addiction*. Ce travail réalisé auprès de l'ACS (Amsterdam Cohort Studies) a le mérite de confirmer ce que de nombreuses structures avaient empiriquement imaginé, à savoir la nécessité d'associer la mise en place d'un TSO à des dispositifs d'échanges ou de mises à disposition de seringues stériles. Pour des pays actuellement touchés par une épidémie de maladies virales liée à l'usage de drogues (pays de l'est ou du sud-est asiatique), ou pour ceux qui n'ont pas enrayé l'épidémie d'hépatite C, y compris auprès des usagers de drogue recevant un traitement de substitution (la France par exemple), c'est un signal donné sur ce qu'il y a lieu de pérenniser, voire de mettre en place.

Il existait déjà des publications qui entérinaient le rôle de la méthadone dans la réduction de la prévalence et de l'incidence du VIH auprès des usagers de drogue. L'étude de DOLAN apportait, pour sa part, la preuve de l'impact de cette même méthadone sur la séroconversion à l'hépatite C. Avec l'étude du Dr VAN DER BERG, présentée au THS 8 à Biarritz et disponible ('full text') sur le site www.blackwell-synergy.com, il n'est plus possible d'ignorer l'impact positif des Traitements de Substitution Opiacée par la méthadone sur les séroconversions au VIH et au VHC.

Il y a deux ans, les experts du **Comité Stratégique du Programme National Hépatites Virales** suggéraient déjà que le développement des Traitements de Substitution par la méthadone pourraient être une des mesures qui pourraient avoir un impact favorable sur les séroconversions à l'hépatite C auprès des usagers de drogue (voir info brèves Méthaville page 28). Ce développement est effectif depuis quelques années, puisque le nombre de patients traités est désormais proche de 30 000. Mais, il n'est pas possible de savoir aujourd'hui si ce sont bien les injecteurs, ceux pour lesquels le risque de séroconversion est majeur, qui bénéficient des traitements par la méthadone !

La Rédaction du Flyer

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.

Les Numéros de la Revue LE FLYER, ainsi que les « Hors-série » et « Spéciaux » peuvent être télécharger sous format PDF à l'adresse suivante :

www.rvh-synergie.org/

Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées

Michel PERREAULT et al., Montréal, Canada

Résumé

Objectifs : Evaluer la capacité d'un programme montréalais à exigences peu élevées de méthadone à favoriser la rétention en traitement chez une clientèle marginalisée après une année de traitement et documenter l'évolution des conditions de vie, des comportements à risque, et de la consommation de substances psychoactives (SPA) de la clientèle en traitement.

Méthode : Entrevues individuelles à l'admission et après une année en traitement auprès de 114 clients de Relais-Méthadone (RM). La consommation de SPA, les pratiques de consommation et les comportements sexuels à risque pour la transmission du VIH et des Infections transmissibles Sexuellement et par le Sang (ITSS) sont auto-rapportés. L'utilisation des services a été documentée à partir des dossiers de RM. Des analyses bivariées ont permis de comparer les données recueillies aux deux temps de mesure.

Résultats : Le taux de rétention en traitement après une année à RM est de 64 %. Toutefois, si on tient compte des clients transférés vers des programmes réguliers au cours de la période de suivi, de même que de ceux qui se sont volontairement sevrés de la méthadone (16,7 %), on constate que 80,7 % des clients présentent un cheminement « positif » après un an. Chez ceux qui sont en traitement après une année, on note une tendance vers la stabilisation des conditions de vie, une diminution du nombre d'injections de SPA, et une réduction des comportements de consommation à risque. Une diminution de la fréquence de consommation d'héroïne et de cocaïne est également observée. Cependant, pour plus des deux tiers (n=42), il y a une augmentation du nombre de jours de consommation des autres SPA.

Discussion : Le taux de rétention en traitement est comparable à ceux des programmes de substitution à niveau d'exigences peu élevé et régulier. Les résultats corroborent les études antérieures à l'effet que le traitement de substitution à la méthadone réduit la consommation d'héroïne, de cocaïne, et les comportements de consommation à risque pour la transmission du VIH et des ITSS pour la majorité des personnes en traitement. Une attention particulière pour les personnes qui abandonnent le traitement et pour celles qui s'adonnent à des pratiques à risque en cours de traitement mériterait d'être accordée dans les études futures.

Mots clés MeSH : Méthadone ; programme à exigences peu élevées ; réduction des méfaits ; santé publique.

Les programmes de méthadone à exigences peu élevées ont été instaurés pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec une dépendance à l'héroïne, et pour lesquelles l'abstinence ne constitue pas un objectif réaliste à court terme¹⁻³. Les exigences pour y être admis sont minimales afin d'assurer l'accessibilité à une clientèle très marginalisée vivant dans les conditions précaires⁴⁻⁶. La clientèle est généralement polytoxicomane, vit dans des conditions de logement instables et est souvent sans domicile fixe^{7,8}. La vulnérabilité de la clientèle se traduit également par une importante désaffiliation sociale, de nombreux comportements à risque pour la transmission du VIH et des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), la présence de multiples pathologies, de même que des difficultés d'accès aux ressources de santé.

Relais-Méthadone (RM) est un programme à exigences peu élevées qui a été implanté à Montréal en 1999^{4,5}. A l'instar des autres programmes de ce type, l'objectif est de faciliter l'accès au traitement de méthadone aux personnes marginalisées. Dans une philosophie de réduction des méfaits, on y vise la diminution des risques associés à la consommation de drogues dans un contexte de santé publique⁹. On y fait aussi la promotion de pratiques de

consommation et de comportements sexuels sécuritaires en regard de la transmission du VIH et des ITSS².

La participation à des programmes à exigences peu élevées comme celui-ci, tout comme les programmes réguliers de substitution à la méthadone, induit généralement une diminution de la fréquence d'injections et d'utilisation de seringues souillées^{7,10-13}. Une diminution des comportements sexuels à risque est également enregistrée^{11,14}. Dans certains programmes, on note à la fois une diminution de la consommation d'héroïne et de cocaïne^{11,15,16}. L'évaluation des programmes à exigences peu élevées présente cependant de nombreuses lacunes, dont la durée des suivis qui s'étalent généralement sur de courtes périodes, variant entre trois et six mois¹⁷⁻²⁰. Les études exhaustives sur de plus longues périodes n'ont généralement été menées que pour les programmes réguliers^{11,13}. Il existe donc un besoin pour étudier la rétention en traitement et documenter l'évolution de la clientèle des programmes à exigences peu élevées sur une plus longue période. Dans ce contexte, la présente étude porte sur la rétention en traitement, l'évolution des conditions de vie et la consommation de substances psychoactives (SPA) au cours d'une année de suivi.

METHODE

Milieu

Relais-Méthadone est situé au centre-ville de Montréal. On y offre des services médicaux et d'insertion sociale. On y trouve également du matériel d'injection stérile et des préservatifs. La méthadone est distribuée dans les pharmacies communautaires sur une base quotidienne. Basées sur les principes et la réduction des méfaits, les exigences pour entrer et demeurer dans le programme sont minimales.

Procédure

Les renseignements sur la consommation, les conditions de vie et les comportements à risque ont été recueillis au cours des 30 jours précédant une première entrevue individuelle auprès des clients après leur admission, et une autre après une année de traitement. L'entrevue initiale de recherche a eu lieu, en moyenne, 14 jours après l'admission ([M] = 14,3 ; écart-type [ET] 14,1). Les données sur la rétention en traitement ont été tirées des dossiers administratifs de RM. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique responsable et les participants ont fourni un consentement libre et éclairé.

Sujets

Pour être admis à RM, les clients doivent 1) être âgés de 14 ans et plus, 2) être dépendants des opiacés, et 3) présenter des conditions de vie précaires. Cette précarité peut se traduire par l'instabilité du logement, la désaffiliation sociale, et les comportements à risque pour la transmission du VIH et des ITSS. Les clients admis à RM entre octobre 2001 et janvier 2004 ont été invités à participer à l'étude. Au total, 157 personnes ont été suivies à RM au cours de cette période. De ce nombre, 43 personnes n'ont pas pris part à l'étude. Aucune différence n'a été observée entre les participants et non participants quant à l'âge [$t(155) = -1,8$; $p > 0,07$], au lieu de résidence ($X^2(2) = 1,83$; $p > 0,4$), à l'occupation ($X^2(3) = 3,8$; $p > 0,29$) et aux problèmes judiciaires ($X^2(1) = 0,51$; $p > 0,48$). Les personnes qui ont complété l'étude ne présentent pas de différences significatives avec celles qui n'ont pas participé à l'entrevue de recherche après un an, quant à l'âge ($t(112) = -0,92$; $p > 0,36$) et au genre [$X^2(1) = 0,82$; $p > 0,37$].

Mesures

La rétention est documentée à partir des données d'opération du programme, calculée en fonction du statut du client (en traitement ou en abandon), 12 mois après la date d'admission à RM. Un abandon est défini par l'absence de prise de méthadone pendant trois jours

consécutifs. Un épisode de traitement est alors défini comme une séquence où il y a début d'un traitement puis un arrêt de traitement par abandon.

Une sous-échelle de l'Index de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)²¹⁻²³ a été utilisée pour évaluer la *consommation des SPA* (héroïne, cocaïne, alcool et benzodiazépines) de même que la *qualité des conditions de vie* (logement, sources de revenus et satisfaction face aux conditions de vie). Le Questionnaire de suivi sur l'épidémiologie de l'infection au VIH²⁴ a été utilisé pour mesurer les *comportements à risque pour la transmission du VIH et des ITSS* (nombre d'injections, utilisation de seringues souillées et rapports sexuels avec un UDI).

Analyses

Les analyses des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS. Des analyses bivariées (*T-test* pour échantillons pairés et indépendants et les tests du khi-carré) ont été menées afin de vérifier la présence de différences ou de relations entre les données recueillies à l'admission et après 12 mois.

RESULTATS

Rétention en traitement et épisodes de traitement

Après un an, 73 (64 %) des 114 personnes participant à l'étude étaient encore suivies à RM (voir tableau I). Parmi celles-ci, 52 (45,6 %) en étaient à leur premier épisode de traitement et 21 (18,4 %) présentaient de deux à cinq épisodes de traitement, pour un nombre moyen de 1,3 épisodes (ET = 0,7) d'une durée moyenne de 198,3 jours (ET = 154,6) équivalant à une période d'environ 6 mois et demi. Parmi les clients qui n'étaient pas en traitement après une année, 19 (16,7 %) présentaient un cheminement « positif » (soit un transfert vers un programme à niveau d'exigences régulier ou un sevrage volontaire de la méthadone), et 22 (19,3 %) avaient abandonné le traitement.

TABLEAU 1
Statut en traitement après une année de suivi (n = 114)

Statut	Total	
	N	%
Abandon *	22	19,3
En traitement † :		
<i>Episode(s) de traitement</i>	73	64,0
1 ^{er}	52	45,6
2 ^{ème}	14	12,3
3 ^{ème}	3	2,6
4 ^{ème}	3	2,6
5 ^{ème}	1	0,9
Cheminement positif ±	19	16,7
TOTAL	114	100,0

* Est considéré comme n « abandon » les clients incarcérés, décédés ou ayant abandonné le traitement. Les renseignements sont tirés des données d'opération de RM.

† « En traitement » après 12 mois, mais peut avoir eu plusieurs interruptions de traitement.

± Est considéré comme un « cheminement positif » les clients sevrés volontairement, transférés dans un autre programme ou dans un programme régulier.

En considérant les personnes en traitement et celles qui présentent un cheminement « positif » au terme de l'année de suivi, le taux de rétention au programme de RM est établi à 80,7 %.

Evolution des conditions de vie et des conduites à risque

Après une année en traitement, les clients qui déclarent des revenus tirés d'un travail étaient significativement plus nombreux à l'admission alors que 31,7 % des clients ont déclaré de tels

revenus, comparativement à 23,3 % après 12 mois [$X^2 (1) = 13,34$; $p < 0,00$] (voir tableau II). La proportion de clients ayant déclaré des revenus issus de sources illégales a également diminuée significativement, passant de 71,7 % à 50,0 % après 12 mois [$X^2 (1) = 4,02$; $p < 0,05$]. De plus, les clients se disaient significativement plus satisfaits de leurs conditions de vie après 12 mois (35,7 %) en traitement [admission : 23,8 % ; $X^2 (4) = 11,14$; $p < 0,00$].

Pour ce qui est des conduites à risque, le nombre moyen d'injections a diminué significativement, passant de 84 (ET = 118,9) à moins de 22 injections (M = 21,6 ; ET = 71,9 ; $t (59) = 3,75$; $p < 0,00$) au cours de la même période.

Le nombre de jours moyen d'utilisation de seringues souillées a aussi diminué significativement, passant de 1,2 jours (ET = 3,2) à 0,08 jour (ET = 0,65 ; $t (59) = - 2,5$; $p < 0,02$). Aucune différence significative n'a par contre été observée pour l'utilisation de seringues souillées ($x^2 (1) = 0,23$; $p > 0,63$), les comportements sexuels à risque [$X^2 (1) = 1,86$; $p > 0,17$] ou la fréquence de rapports sexuels avec une personnes UDI [$t (59) = - 0,63$; $p > 0,53$].

Evolution de la consommation de SPA

Pour les clients en traitement après un an, le nombre moyen de jours de consommation d'héroïne déclaré était de plus de 19 jours (M = 19,2 ; ET = 10,9) et a diminué significativement à moins de 2 jours après un an [M = 1,9 ; ET = 4,6 ; $t (59) = 12,08$; $p < 0,00$].

TABLEAU II

Conditions de vie, comportements à risque et consommation de SPA au cours des 30 derniers jours pour les participants à l'étude en traitement après 12 mois (n=60)

	Admission		Après 12 mois en traitement		Valeur P
	% (N)	M (ET)*	% (N)	M (ET)*	
Conditions de vie					
- Lieu le plus souvent utilisé pour dormir : refuge/rue	11,5 (7)		3,3 (2)		0,082
- A tiré des revenus d'un/de :					
Travail rémunéré	31,1 (19)		23,3 (14)		0,0001†
Sources illégales	71,7 (43)		50,0 (30)		0,045±
Satisfait des conditions actuelles	23,8 (10)		35,7 (15)		0,025±
Comportements à risque					
- S'est injecté	88,3(53)		43,3 (26)		0,402
Fréquence		84,0 (118,9)		21,6 (71,9)	0,0001†
- A utilisé une/des seringue(s) souillée(s)	18,3 (11)		1,7 (1)		0,633
Fréquence		1,2 (3,2)		0,08 (0,65)	0,015±
Comportements sexuels à risque					
- A eu des rapports sexuels avec UDI	26,7 (16)		10,0 (6)		0,173
Fréquence		2,4 (4,9)		1,6 (9,1)	0,532
Consommation de SPA					
- A consommé de la cocaïne	63,3 (38)		36,7 (22)		0,024±
- Fréquence jours :					
Héroïne		19,2 (10,9)		1,9 (4,6)	0,0001†
Alcool		5,1 ((7,9)		6,8 (10,8)	0,214
Cocaïne		5,8 (8,1)		3,6 (7,7)	0,132
Benzodiazépines		1,1 (4,1)		3,1 (8,5)	0,048±

* M (ET) : moyenne (écart-type) ; † $p < 0,001$; ± $p < 0,05$

La proportion de personnes qui rapporte avoir consommé de la cocaïne a aussi diminué significativement, passant de 63,3 % à 36,7 % [$X^2(1) = 5,11$; $p < 0,02$].

Toutefois, 14 (23 %) clients ont augmenté ou maintenu une consommation quotidienne de cocaïne. Pour ces clients, la fréquence de consommation a significativement augmenté de 3,9 (ET = 6,1) à 13,8 jours (ET = 10,6) au cours de la même période [$t(13) = 3,8$; $p < 0,00$]. Huit de ces 14 consommateurs s'administrent la cocaïne par voie intraveineuse, dont 5 ont rapporté s'injecter cette substance à l'admission. **Aucune différence significative n'a cependant été observée pour la fréquence de consommation de l'alcool [$t(59) = 1,26$; $p > 0,21$]**, et la fréquence de consommation de benzodiazépine a augmenté, passant de 1,1 jours (ET = 4,1) à 3,1 jours (ET = 8,5 ; $t(59) = 2,02$; $p < 0,05$].

DISCUSSION

L'étude a permis de dresser un portrait de la rétention en traitement d'une cohorte de 114 personnes traitées dans un programme de substitution à la méthadone à exigences peu élevées, et de documenter l'évolution de 73 d'entre elles après une année de traitement. Un an après l'admission, le taux de rétention en traitement s'élève à 64 %. Une étude antérieure menée à RM avait révélé un taux de rétention de 72 % après 6 mois⁶. Il semble donc que la majorité des abandons survient dans les six premiers mois de traitement. De plus, une proportion de 16,7 % des clients présente un cheminement « positif » après un an. Ainsi, 80,7 % des 114 participants sont demeurés en traitement ou présentent une situation favorable un an après leur admission.

Les résultats obtenus sont comparables à ceux d'autres programmes à niveau d'exigences peu élevé²⁰ et régulier^{12,25-27} même si, contrairement à certains programmes de bas seuil, la méthadone est disponible exclusivement dans certaines pharmacies communautaires et distribuée quotidiennement²⁸⁻³⁰.

De plus, la définition d'abandon retenue est plus conservatrice (i.e., absence pendant trois jours) que dans d'autres études, comme celle d'Anderson et Warren (2004), où on ne considère une interruption de traitement qu'après 30 jours d'absence²⁵. L'assiduité au traitement, mesurée par les épisodes de traitement, fournit un éclairage supplémentaire sur la capacité du programme à retenir sa clientèle^{12,20,31}. Celle-ci se compare positivement aux programmes existant alors qu'après un an, 45,6 % des clients en sont toujours à un premier épisode de traitement.

Pour ce qui est des conditions de vie des clients en traitement, elles semblent se stabiliser après une année. Les conduites à risque pour la transmission du VIH et des ITSS diminuent, conformément aux résultats d'autres études sur des programmes à exigences peu élevées⁷ ou réguliers¹⁰⁻¹³. Il importe de rappeler les limites inhérentes à l'étude. Premièrement, les données recueillies ne concernent que les personnes en traitement après un an et ne sont donc pas informatives de la situation des clients qui ont abandonné le programme. Deuxièmement, comme la première entrevue a eu lieu quelques jours après le début du traitement, l'ensemble des changements survenus au cours de l'année est sous-estimé.

Au plan technique, les résultats indiquent que certains clients présentent des risques d'augmenter leur consommation d'une ou plusieurs SPA. Bien que le mode d'administration de ces autres drogues présente généralement moins de risques au plan de la santé publique, il n'en demeure pas moins que trois personnes ont rapporté s'être injecté de la cocaïne au cours du dernier mois de suivi alors qu'elles n'avaient pas rapporté ce type de consommation au cours du mois précédent leur admission au programme. Le programme n'a pas atteint son objectif de réduction des méfaits de ces personnes. Dans les recherches futures, il sera pertinent d'examiner plus attentivement leur situation, de même que celles des personnes qui abandonnent le traitement sans y revenir. Il s'agissait ici de près d'une personne sur cinq. Dans le contexte d'un programme à exigences peu élevées, il importe de mieux comprendre

comment les services peuvent être encore mieux adaptés aux conditions des clientèles les plus vulnérables.

REFERENCES

1. Ogborne AC, Birchmore-Timney C. A framework for the evaluation of activities and program with harm-reduction objectives. *Subst Use Misuse* 1999;34(1):69-82.
2. Riley D. La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques. Dans : Brisson P. (dir.). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II. Boucherville ; Gaëtan Morin, 1994.
3. Rogers SJ, Ruefli T. Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? *Harm Reduction J* 2004;1(7). Disponible sur: <http://www.harmreductionjournal.com/content/1/1:7> (Consulté le 1 mai 2006).
4. Perreault M, Rousseau M, Mercier C, Lauzon P, Gagnon C, Côté P. Accessibilité aux traitements de substitution de la méthadone et réduction des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées. *Rev can santé publique* 2003 ;94(3) :197-200
5. Perreault M, Tremblay I, Mercier C, Barbeau D, Ndejuru R, Lauzon P. Evaluation d'implantation dans un contexte participatif : le processus suivi à Relais-Méthadone. *Drogues, Santé et Société* 2003 ;2(1). Disponible sur : www.drogues-sante-societe.org.
6. Perreault M, Rousseau M, Lauzon P, Mercier C, Tremblay I, Héroux M-C. Determinants of retention in a Canadian low-threshold methadone maintenance program. *J Maintenance Addictions* Sous presse 2006.
7. Rylie IW, Dickson J, Robbins C, MacLean K, Climpson C. Evaluation of a low-threshold clinic for opiate-dependent drug users. *J Psychiatric Mental Health News* 1997;4:105-10.
8. Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'infection stérile en Suisse. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1998 ;46 :205-17.
9. Cheung YW. Substance abuse and developments in harm reduction. *CMAJ* 2000;162(12):1697-700.
10. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Reduction or cessation of injecting risk behaviours? Treatment outcomes at 1-year follow-up. *Addict Behav* 2003;38:785-93.
11. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997;27(2):225-38.
12. Maddux JF, Desmond DP. Outcomes of methadone maintenance 1-year after admission. *J Drug Issues* 1997;27(2):225-38
13. Simpson DD, Joe GW, Brown BS. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997;11(4):294-307.
14. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: Results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care* 2002;14(1):77-93.
15. Shaffer HJ, Lasalvia TA. Patterns of substance use among methadone maintenance patients. *J Subst Abuse Treat* 1992;9:143-47.
16. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of improvement after methadone treatment 1-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Depend* 2000;60:275-86.
17. Finch E, Groves I, Feinmann C, Farmer R. A low threshold methadone stabilization program: Description and first stage evaluation. *Addict Res* 1995;3:63-71.
18. Hartgers C, Van den Hoek A, Krijnen P, Coutinho RA. HIV prevalence and risk behaviour among injecting drug users who participate in "low-threshold" methadone programs in Amsterdam. *Am J Public Health* 1992;82(4):547-51.

19. Shanley J, Richardson AM, Sherbal J. Evaluation of a pilot low-threshold methadone program. *J Subst Use* 2003;8(4):271-78.
20. Torrens M, Castillo C, Perez-Sola V. Retention in a low-threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996;41(1):55-59.
21. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CP. New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985;173(7):412-23.
22. Bergeron J, Landry M, Brochu S, Guyon L. Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. Dans : Guyon L, Landry M, Brochu S, Bergeron J (Eds.). *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'ASI/IGT*. Québec. Les Presses de l'Université Laval/de Boeck, 1998 ;31 :31-46.
23. Bergeron J, Landry M, Ishak I, Vaugeois P, Trépanier M. Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Rapport présenté à la direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la santé et services sociaux. Gouvernement du Québec, 1992.
24. Burneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Désy M, Soto J, Vincelette J. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997;146(12):994-1002.
25. Anderson JF, Warren LD. Client retention in the British Columbia methadone program. 1996-1999. *Can J Public Health* 2004;95(2):104-9.
26. Lehman F, Lauzon P, Amsel R. Methadone maintenance: Predictors of outcome in a Canadian milieu. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:85-89.
27. Simpson DD, Joe W, Brown BS. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addic Behav* 1997;11:294-307.
28. Buning EC, Van Brussel GH, Van Santen G. The "methadone by bus" project in Amsterdam. *Br J Addict* 1990;85(10):1247-50.
29. Langendam MW, Van Haastrecht HJA, Van Brussel GHA, Anneke HR, Van Den Hock AR, Coutinho RA, et coll. Differentiation in the Amsterdam dispensing circuit: Determinants of methadone dosage and site of methadone prescription. *Addiction* 1998;93(1):61-72.
30. Pérez de los Cobos J, Fidel G., Escuder G, Haro G, Sanchez N, Pascual C, et coll. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend* 2004;73(3):307-13.
31. Strike CJ, Gnam W, Urbanoski K, Fischer B, Marsh DC, Millson M. Factors predicting 2-year retention in methadone maintenance treatment for opioid dependence. *Addict Behav* 2005;30:1025-28.

La rédaction du Flyer remercie chaleureusement le Pr Michel Perreault, professeur agrégé de l'Institut Santé Mentale Douglas de MONTREAL de nous permettre ici la reproduction de l'article ci-avant.

Celui-ci a fait l'objet d'une première publication originale dans la Revue Canadienne de Santé Publique, Janvier-février 2007 ; 98,1

Les co-auteurs sont : Marie-Christine Héroux et Noé Djawn White (Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal), Pierre Lauzon (CRAN de Montréal), Céline Mercier (Centre de réadaptation Lisette-Dupras, Montréal) et Michel Rousseau (Département des sciences de l'éducation, Moncton).

‘La forteresse pleine’ ou les limites de la substitution

Dr Christian CARRERE, CSST Nice

Introduction

La substitution opiacée a été et demeure une avancée thérapeutique considérable dans la prise en charge des toxicomanes... Mais elle a ses limites et ces mêmes limites ont permis de mettre en évidence une frange d'irréductibles injecteurs qui feront l'objet de mon propos.

Quels sont les mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent de telles résistances aux soins substitutifs, comment les repérer afin d'instaurer la substitution la moins risquée, comment éventuellement les prendre en charge ?

De la plaque neurale au Verbe le chemin est long et périlleux mais quelques grands penseurs que je n'ai pu que mentionner sous peine d'alourdir mon propos, l'ont déjà parcouru et cartographié, notamment en ce qui concerne les psychoses.

Car mon hypothèse est la suivante : ces injecteurs récidivants ne sont-ils pas d'authentiques psychotiques malgré leur "normalité" apparente ?

‘La forteresse pleine’ ou les limites de la substitution

Au début était la plaque neurale et la plaque neurale s'est faite ectoderme puis peau, et la plaque neurale s'est faite tube neural puis système nerveux par plicature, bourgeonnements successifs et télé-encéphalisation.

Ainsi la peau et le système nerveux ont-ils la même origine embryologique.

Cela nous amène à reprendre l'hypothèse suivante : à savoir que le toxicomane perceraient bien autre chose que sa peau quand il s'injecte des drogues et ce malgré la prescription de thérapeutiques de substitution bien souvent.

En effet, si les schémas théoriques de neurobiologie concernant la saturation des récepteurs opioïdes trouvent leur confirmation dans la clinique chez le plus grand nombre de nos patients, on constate parfois, soit un détournement du mode d'administration de la substitution elle-même, soit une interruption du traitement pour créer un état de manque afin de s'injecter d'autres substances, voire un mélange des deux générateur d'overdose.

Dans cette population d'injecteurs récidivants, on repère nombre de psychotiques aisément identifiables d'un point de vue sémiologique, mais le plus surprenant c'est qu'on y trouve aussi un grand nombre d'individus apparemment "normaux", relativement intégrés sur le plan social et dont le seul symptôme est celui d'une pratique d'injections pluriquotidiennes avec, pour corollaire, les classiques risques poly-infectieux, la marginalisation et la délinquance.

Néanmoins, on remarque vite leur faiblesse d'élaboration, la pauvreté de leur discours qui se résume souvent à "j'ai besoin de me faire un trou"... "je veux me faire un taquet"... "je vais me percer"... "c'est pour le geste"...

Tout au plus peuvent-ils évoquer une "montée" de type orgasmique durant "la lune de miel" qui laisse place peu à peu à un besoin compulsif.

D'aucuns parlent "d'état limite", de "personnalité border-line" de "psychose ordinaire" vaste fourre-tout nosographique qui cache mal notre perplexité. L'anamnèse de ces injecteurs permet de mettre en évidence des éléments pathogènes des facteurs prédisposants, sur le plan familial, tels que des conduites addictives parentales, de la violence intrafamiliale, des abandons à la naissance, des placements DDASS et autres foyers, de terribles secrets familiaux, des abus sexuels etc. etc. car la liste est loin d'être exhaustive.

Ces mêmes éléments prédisposants se retrouvent classiquement dans l'histoire des schizophrènes et ont donné lieu à des élaborations théoriques quant à la psychogenèse des psychoses (la célèbre "forclusion du nom du Père" de Lacan, "l'absence d'énoncé sur les origines", "l'impossibilité d'un espace où le Je peut advenir" de Piera Aulagnier etc.)

A ces conditions "nécessaires mais non suffisantes" le sujet peut réagir de plusieurs manières :

- soit de façon résiliente dans le meilleur des cas
- soit en construisant des défenses obsessionnelles invalidantes, véritable carcan existentiel visant à endiguer un immense chaos pulsionnel.
- soit en élaborant un discours délirant et mégalomane ayant trait à ses origines. Il se créera par exemple une généalogie divine dans l'espoir de maîtriser et de donner un sens à sa venue au monde.
- soit en érigeant "une forteresse vide" (B. Bettelheim) à la façon des enfants autistes.

C'est cette dernière image qui me paraît la plus adaptée aux injecteurs récidivants malgré l'instauration d'une substitution. En effet, des carences affectives précoces (notion de "bonne" ou de "mauvaise mère"), un éventuel "manque d'énoncé sur les origines", une possible "forclusion du nom du Père" génèreraient une béance narcissique, véritable "tonneau des Danaïdes" que le sujet tentera, en vain, de remplir de sensations à défaut de sens.

Nous nous trouvons confrontés à une authentique problématique prégénitale infra-oedipienne.

En lieu et place de s'identifier à Dieu à l'instar du schizophrène, il s'érigera à la face du monde en "Phallus" tout puissant, omniscient et maîtrisant.

Or cet accès défaillant au symbolique générera un certain nombre de confusions dont celle entre "les enveloppes psychiques" (Freud) ou le "Moi peau" (Anzieu) et l'enveloppe corporelle.

Ces injections auront de surcroît pour fonction de baliser les limites corporelles du sujet, sous la forme de traces visibles et douloureuses pouvant aller jusqu'à la nécrose voire l'amputation. Ces pratiques viennent en lieu et place d'une authentique perception des "limites de leur Moi".

L'amputation interviendrait alors en tant que castration dans le réel à défaut de l'être dans l'ordre symbolique.

Cette confusion peau-enveloppe psychique serait un élément relevant d'un fonctionnement typiquement psychotique sans autre élaboration délirante. Cela pourrait se résumer ainsi "'J'in(tro)jecte donc je suis".

Or que propose la substitution si ce n'est un "remplissage" chimique sérénisant, linéarisant d'un point de vue existentiel qui peut se révéler totalement intolérable à certains patients.

Une pratique injectoire de substances à demie vie relativement brève leur permettait de rejouer à l'infini des situations de manque et de plénitude dont ils avaient l'entière maîtrise : situation de plein et de vide qui les renvoyaient à leurs manques originels que j'évoquais précédemment.

Contrairement à l'artiste qui vide de tout affect sa "forteresse", le toxicomane injecteur la remplira de sensations, après l'avoir vidée et en avoir éprouvé l'insupportable manque. Inlassablement il tente, à la manière de "l'enfant à la bobine" de Freud, de symboliser l'absence puis le retour de la mère...En vain...car ce remplissage n'est que sensoriel et son inefficacité l'oblige à le répéter compulsivement.

Force est de constater la dimension quasi autistique de la pratique injectoire où le sujet se ferme au monde "c'est la seule façon pour moi de me couper du monde" me disait un patient. Cette démonstration d'autosuffisance de maîtrise est insupportable pour le corpus social car le sujet s'inscrit en tant que "Phallus" en marge de la Loi. Ce geste est vécu comme une provocation ultime, un défi à la mort.

Cette conduite ordalique donne au sujet l'illusion de se confronter à l'image divine et de s'en remettre à son jugement. Ainsi n'appartiendrait-il plus au commun des mortels et serait il alors lui aussi, d'essence divine. C'est cette revendication "surhumaine" qui confère au patient injecteur sa dimension apparemment perverse car totalement transgressive.

On conçoit bien dès lors que le thérapeute proposant une substitution soit vécu comme un persécuteur qui veut imposer sa loi au nom de la neurobiologie et de l'ordre social. Cette béance narcissique en relation avec des imagos parentales et familiales défailtantes ou absentes ne trouve par ailleurs aucun relais dans un monde de plus en plus laïque où les images divines ont été abolies sur l'autel de la science.

Après avoir créé des dieux ou un Dieu à son image, l'homme a pu croire au nom du progrès qu'il pouvait incarner lui-même cette imago universelle. Les temps sacrés révolus ont laissé place à un temps profane que chacun tente de meubler à sa façon. Les pratiques addictives jusque là sacralisées se sont alors répandues comme une "traînée de poudre".

Cela explique probablement la montée en puissance des sectes et dans le domaine qui nous concerne le succès qu'ont connu naguère certaines associations de prise en charge du toxicomane fonctionnant selon le modèle de la "Horde primitive" (Freud) avec un "gourou père" tout puissant.

Nous devons donc nous aussi prendre garde de ne pas nous ériger en détenteurs de la Loi par le biais de ces molécules substitutives soutenues d'un discours scientifique, vérifié, validé. Ces patients récalcitrants, insaisissables nous infligent une grande leçon d'humilité que nous devons accepter si nous voulons continuer à les accompagner dans leur longue et douloureuse quête de sens.

La substitution apparaît comme un préalable incontournable générateur d'une bascule existentielle, d'une nouvelle relation au monde, d'un rapport au temps fondamentalement remanié et non comme un aboutissement thérapeutique. Se pose aussi la question du choix de la molécule substitutive (détournable ou non) qui ne pourra se faire qu'au terme d'une enquête anamnétique extrêmement fine afin d'éviter les errements thérapeutiques préjudiciables à la santé de ce type de patients.

Une fois ce choix établi, peut et doit alors s'instaurer un indispensable travail psychothérapeutique car "au début était le verbe" et ce n'est que secondairement que "le Verbe s'est fait chair...".

Prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés : Alliance d'un CSST et d'un réseau de Pharmaciens d'officine

Dr Antoine GERARD, Le Puy-en-Velay

Le CSST du Puy-en-Velay existe depuis Novembre 2002. A cette époque la Haute-Loire était l'un des derniers départements français à ne pas avoir de CSST. Il n'y avait par ailleurs pas d'équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie à l'hôpital général, ni de réseau addictologie sur le département. Tout a été débuté en même temps, avec un CSST intra-hospitalier et une équipe de liaison en addictologie comprenant le même personnel : une psychologue à mi-temps (qui faisait son autre mi-temps au centre d'alcoologie en ville, géré par l'ANPAA), une infirmière, une secrétaire et un médecin temps plein.

Depuis les missions se sont élargies avec les consultations tabac, le centre référence cannabis et la gestion de 3 à 5 lits de sevrage dans un service de médecine de l'hôpital. L'équipe s'est renforcée avec un temps partiel de psychologue supplémentaire, une infirmière à mi-temps (qui fait son autre mi-temps au CDAG), un médecin temps partiel (6 vacations pour le centre cannabis et le CSST), deux vacations de tabacologie et une secrétaire à temps partiel.

Initialement dans ce département de l'Auvergne, c'est plutôt la mission en alcoologie qui semblait devoir prendre le plus de temps, d'autant que le médecin de la DDASS annonçait « seulement une trentaine de toxicomanes sur le département » au vu des patients de Haute-Loire qui allaient sur les CSST de Saint-Etienne et de Clermont-Ferrand.

L'évolution de la file active depuis 2002 a permis de se rendre compte que bon nombre de patients de Haute-Loire ne faisait pas de démarche de soins faute d'une structure adaptée sur place. (cf. tableau ci-dessous) Le fait de n'avoir qu'une infirmière dès l'ouverture du CSST (au lieu des 2 postes demandés) ne nous permettait pas de débiter les TSO sur place comme nous l'avions envisagé et nous a obligé à nous organiser différemment. De même que l'absence de travailleur social ou d'éducateur...

<i>EVOLUTON CONSULTATIONS CSST</i>		
	N DE CONSULTATIONS	NOUVEAUX PATIENTS
2002	18	8
2003	537	96
2004	1296	112
2005	1381	64
2006	2021	105

Les premiers temps ont été essentiellement consacrés à créer des liens avec les acteurs sanitaires et sociaux et les structures existantes sur le département : l'espace Toxicomanie LA PLAGES (structure « bas seuil », en ville, gérée par l'ANPAA et reconnue CARRUD aujourd'hui), PAJO (permanence d'accueil de jour et d'orientation) où de nombreux patients de LA PLAGES se retrouvent pour manger le midi, les missions locales, « allo écoute ados », le CODES, les travailleurs sociaux de secteur, ceux du Conseil Général, celle de la PASS de l'hôpital, les psychiatres du CHS du Puy en Velay, le centre de soins du Chambon-sur-Lignon

(établissement SSR pour cure alcool du département), les médecins généralistes et les pharmacies.

Dès l'ouverture de l'unité d'addictologie, et dans la mesure où le médecin était aussi le référent médical du réseau, des formations ont été organisées pour les généralistes du département ainsi que pour les pharmaciens dans le cadre des UTIP (formations continues des pharmaciens). Deux formations ont été organisées la 1ere année pour les pharmaciens : une autour de la prescription et de la délivrance de la méthadone, de l'addictologie et de l'abord du patient et une autre, quelques mois plus tard, autour de la délivrance de buprénorphine et de la gestion des conflits (puisque'il y avait eu un incident avec un patient agressif dans une pharmacie où il venait chercher son traitement de substitution).

A chaque soirée, il y a eu une très grande représentation des pharmacies du département (entre 60 et 80 personnes présentes) ce qui était incontestablement le témoin d'une véritable volonté des pharmaciens de s'informer et de se former pour mieux faire face à une population qu'ils voyaient déjà mais sans prise en charge médicale associée (demandes de Néocodion®, de seringues...).

Ces formations ont très vite permis de travailler directement avec les pharmacies du département pour la délivrance de méthadone dès la première prescription faite en CSST ou dès la sortie de maison d'arrêt (puisque nous intervenons tous les 14 jours à la maison d'arrêt). En pratique chaque nouveau patient est vu par l'une des 2 infirmières du CSST. Lors de ce premier entretien une information est donnée sur notre façon de travailler, une fiche « RECAP » est remplie, une analyse d'urine est faite lorsqu'il y a une demande de traitement de substitution et un rendez-vous est pris quelques jours plus tard avec un médecin du centre. Il est expliqué au patient que si un traitement de substitution doit débiter, cela se fait en début de semaine et le patient doit choisir une pharmacie où il ira prendre sur place son traitement de substitution tous les jours (sauf le dimanche où le traitement est donné la veille par la pharmacie), au moins les premiers temps.

Lors de la consultation avec le médecin, après bilan, information et décision d'un traitement de substitution, le médecin téléphone à la pharmacie choisie par le patient pour confirmer le début du TSO et s'assurer que la pharmacie est d'accord. Le pharmacien est informé de la posologie de départ de méthadone, de l'évolution possible sur les prochains jours et de la durée de l'ordonnance (entre 2 et 5 jours, sachant que le patient peut téléphoner dans le service le jour même si le traitement était insuffisant lors de la première prise le matin).

Selon les pharmacies, le médecin téléphone à chaque nouvelle ordonnance ou uniquement lorsqu'il y a un changement de posologie. Ces coups de téléphone répétés prennent généralement peu de temps en plus (fait pendant la rédaction de l'ordonnance) et permettent un contact régulier et des informations qui sont nécessaires dans les 2 sens, devant le patient, pour assurer une prise en charge dans de bonnes conditions, conformément aux recommandations qui ont accompagné la mise à disposition des MSO (circulaires DGS/DHOS, recommandations ordinales...).

Depuis le début de ce fonctionnement en novembre 2002, il n'y a eu qu'un incident avec un patient qui a du être changé de pharmacie (à 2 reprises). La délivrance quotidienne avec le fait de prendre la méthadone sur place en pharmacie les premiers jours est finalement bien acceptée par les patients et les pharmaciens. Dans la plupart des pharmacies, il y a une salle à part où le patient peut prendre son traitement avec une plus grande discrétion.

Sur les 11 pharmacies qui existent au Puy-en-Velay, nous avons des patients suivis dans 10. 1 seule n'acceptait pas de prendre des patients pour des raisons de « coffre-fort trop petit... » mais a téléphoné récemment au CSST pour demander des précisions de délivrance concernant un patient adressé dans leur pharmacie par un médecin généraliste pour de la buprénorphine. Nous travaillons également de la même façon avec 17 pharmacies dans le département. Le retour que nous avons des médecins généralistes est que, depuis l'ouverture du CSST, ils voient moins de patients qui « circulent » d'un généraliste à l'autre pour des prescriptions de codéine ou autres dérivés morphiniques. Pour les pharmaciens, les patients existaient déjà avant et le fait qu'un CSST existe sur le département leur permet d'avoir au moins un interlocuteur pour améliorer les prises en charge.

Conclusion

Le fait que le CSST soit intra-hospitalier n'a pas été un frein à l'accueil des patients les plus marginalisés ; cela a certainement été facilité par le fait que nous allions nous aussi, dans un premier temps, rencontrer les partenaires dans leur structure dès le début de notre activité. Cela a aussi été facilité par le fait que l'hôpital comprend différents pavillons et que l'unité d'addictologie a une entrée proche de l'entrée générale de l'hôpital, dans un pavillon en rez-de-chaussée où il n'y a que l'addictologie, avec un espace vert et des chaînes prévues pour les chiens qui doivent être attachés dans l'enceinte de l'hôpital.

Le CSST intra-hospitalier a permis aux patients les plus marginalisés d'avoir un pied dans l'hôpital. Pour tous ceux qui le souhaitent, un dépistage des hépatites B, C et du VIH a été effectué (avec l'anonymat du CDAG grâce à l'infirmière commune). Ceux qui avaient une sérologie VHC positive ont pu bénéficier d'un bilan complémentaire avec génotype, charge virale et fibrotest, et voir l'hépatologue (pour certains dans le service d'hépatologie... pour d'autres, pour qui c'était plus compliqué, dans le CSST).

Traitements de substitution

	<i>méthadone</i>	<i>Subutex®</i>
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	107	49
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	87	35
- dont dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	87	34
- dont relais passé en médecine de ville dans l'année	5	2
Nombre de patients ayant eu une prescription en relais par le centre (vacances, déplacement...)	3	0

L'avis du pharmacien d'officine

Dr PELLISSIER Catherine

En tant que pharmacien d'officine, je ne peux que me réjouir de participer au circuit de soin mis en place par le Dr Alain Gérard et son équipe. Depuis la naissance du C.S.S.T du Puy, et grâce à des contacts réguliers, nous pouvons désormais assurer une meilleure prise en charge des patients et aborder avec sérénité les problèmes liés à la toxicomanie.

D'abord concernant les usagers :

Dès l'initialisation de leur traitement, ils sont pris en charge en ville, au même titre qu'un autre malade diabétique ou hypertendu, par une pharmacie qui leur délivre de façon journalière (au début) leur traitement. L'avantage est de ne pas enfermer les patients dans un cadre hospitalier, de ne pas les marginaliser, mais au contraire les amener directement en ville pour une prise en charge médicale comme une autre, ce qui est propice à mon sens, à une meilleure réinsertion sociale, familiale et professionnelle.

De plus, l'approvisionnement en continu de leurs médicaments dans un cadre médical strict et sans préjugé sur leur dépendance, permet une réduction des risques liés aux drogues illicites. Les relations fréquentes avec ces patients, durant des années, permettent de tisser des liens, d'entamer le dialogue et de passer avec eux autant de temps qu'avec les personnes âgées ou autres personnes en quête de contact.

L'attention particulière qu'on leur porte et la véritable alliance entre médecins-pharmaciens-patients, créent un climat de confiance propice au traitement de substitution opiacée au plus grand nombre, une amélioration de leur comportement, une réduction des mésusages (ils doivent rapporter les flacons vides à la pharmacie) et une réduction du nomadisme médical.

Par ailleurs, au niveau de nos conditions de travail :

La création du C.S.S.T et nos contacts permanents ont permis un accueil des toxicomanes beaucoup moins anxiogène et des situations conflictuelles en constante diminution, face à une population vis à vis de laquelle nous étions auparavant totalement démunis.

De plus, la méthadone étant un dérivé opiacé potentiellement dangereux, sa délivrance engage notre responsabilité, il est donc très sécurisant d'avoir à notre disposition une telle structure de spécialistes. Elle nous a permis d'être moins isolés et d'avoir un interlocuteur en cas de doute.

Autre intérêt pour nous :

L'organisation progressive au sein de l'équipe officinale d'un groupe de travail de trois personnes chargées d'entretenir une relation privilégiée avec chaque patient permet d'instaurer un climat de confiance réciproque. En communication permanente avec les médecins du centre (grâce à des contact quasiment journaliers), toutes les personnes impliquées ne subissent plus la prise en charge des toxicomanes comme un stress, mais comme une expérience positive où elles s'impliquent volontiers.

En conclusion,

Grâce à toute l'équipe du C.S.S.T et à ses méthodes de travail impliquant fortement le pharmacien, le patient n'est plus stigmatisé et le pharmacien peut prétendre à une attitude cohérente dans la délivrance des traitements de substitution.

Le but de chacun étant d'aboutir au succès de la prise en charge, et à plus ou moins long terme à la guérison d'un nombre toujours plus grand de patients, avec un nombre toujours plus petit de risques.

Info brèves :

Hépatite C, de bonnes nouvelles pour les génotypes I

Lors du 47^{ème} congrès de l'ICAAC (Interscience Conference on Antimicrobial Agent and Chemotherapy) qui s'est tenu à Chicago du 17 au 20 septembre, une communication a concerné une étude très intéressante sur les bénéfices d'une tri-thérapie, associant le traitement standard (interféron pegylé + ribavirine) à un nouvel inhibiteur de la protéase, le telaprevir. Ce médicament produit par la société Vertex et qui sera probablement commercialisé par Tibotec aux Etats-Unis fait actuellement l'objet d'un développement prometteur. Dans l'étude présentée, en fonction des différents protocoles proposés, les chercheurs ont obtenu jusqu'à près de 80% de réponse virale précoce (ARN viral négatif à 4 semaines de traitement) pour les patients ayant bénéficié de la tri-thérapie alors qu'ils n'étaient que 11% dans le groupe « traitement standard ». Ces résultats sont d'autant plus intéressants que l'on sait maintenant que la réponse virale précoce est prédictive de la guérison de l'hépatite C. Et enfin, les patients inclus dans cette étude sont des génotypes I, ceux-là même que l'on qualifie de 'difficiles à traiter'.

Sulkowski MS et al., Interim analysis results and preliminary viral variant evaluation from a phase 2 study of telaprevir with peginterferon alfa-2a and ribavirin in treatment-naïve subjects with hepatitis C. Program and abstracts of the 47th Annual ICAAC; September 17-20, 2007; Chicago, Illinois; Abstract V-1383.

Génériques de buprénorphine

Nous avons fait part, dans le Flyer 29, des tensions entre les deux laboratoires génériqueurs de la buprénorphine haut dosage, Schering-Plough et Ethypharm, le concepteur de ce générique. Qu'en est-il quelques mois plus tard ? Il semblerait, si l'on en croit les données

d'août 2007, que le nombre de patients traités par la buprénorphine générique, se situe aux alentours de 10 000, avec une répartition presque 50-50, légèrement en faveur de Merck. En considérant la précocité de l'arrivée de Merck Génériques sur ce segment, on peut dire que la tendance s'oriente vers une prise en main de ce marché de la buprénorphine générique par cette seconde société. On peut noter également, que le princeps résiste bien à l'arrivée de ces génériques, avec toujours 9 patients sur 10 qui leurs préfèrent le Subutex®. Même si certaines instances incitent à la substitution, au sens 'générique' du terme, force est de constater que médecins et pharmaciens impliqués dans la prescription-délivrance des MSO ne souhaitent pas systématiquement 'négocier' cette substitution avec leurs patients, ayant déjà probablement fort à faire avec la 'substitution opiacée', pour l'instant en tous cas !

Méthaville, l'étude va démarrer ?!

L'étude Méthaville, demandée par le Ministère de la Santé en 2005, suite à la publication des recommandations des experts du « COMITE STRATEGIQUE DU PROGRAMME NATIONAL HEPATITES VIRALES », devrait démarrer dès le début de l'année 2008. Cette étude, rappelons-le, a pour objet l'évaluation de la faisabilité de la primo-prescription de la méthadone par des médecins généralistes. Le résultat de cette étude pourrait, à moyen terme, conduire à un changement du cadre de prescription de la méthadone. C'est, en substance, ce qu'avaient préconisé les experts du « Programme National Hépatites Virales », relayés en cela par Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé, souhaitant que 35 000 usagers de drogue supplémentaires puissent bénéficier d'un TSO par la méthadone. Il s'agissait, toujours selon ces experts, de limiter l'incidence de l'hépatite C auprès des usagers de drogue bénéficiant d'un TSO, en élargissant l'accès à la méthadone.

Concentrations of Methadone in Breast Milk and Plasma in the Immediate Perinatal Period

*L.M. Jansson et al., Center for Addiction and Pregnancy, Baltimore, USA
J Human Lact 23(2), 2007*

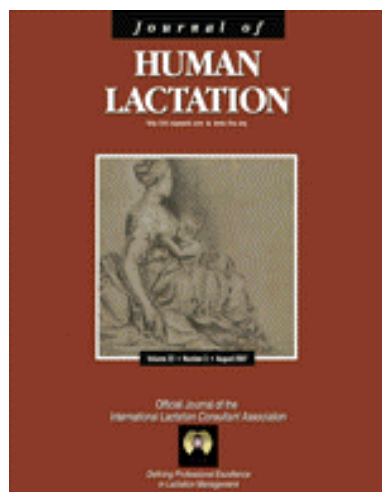
Cette étude récente publiée récemment dans *Journal of Human Lactation*, dirigée par Lauren M. Jansson, déjà auteur de « *Methadone Maintenance and Lactation: A Review of the Literature and Current Management Guidelines* » publiée dans la même revue, confirme l'absence de contre-indication de l'allaitement par une femme recevant un traitement par la méthadone. Dans cette recherche, les auteurs confirment également l'absence de relation entre la posologie de méthadone et les concentrations en méthadone dans le lait maternel.

12 femmes ont été sélectionnées pour participer à cette étude. La posologie quotidienne de méthadone était de $75,8 \pm 22,1$ mg (de 40 à 110 mg) sans signe de sevrage opiacé (mesuré à l'aide de l'échelle SWOS (Subjective Opiate Withdrawal Syndrom)). Les enfants sont nés 'à terme', avec des poids de naissance de 3,061 kg en moyenne. Un seul enfant a nécessité un traitement pharmacologique pour un syndrome d'abstinence néonatale.

La quantité moyenne de méthadone ingérée chaque jour par un nouveau-né, par le biais de l'allaitement, était en moyenne de 0,006 mg le premier jour, 0,0018 mg le second jour, 0,039 mg le troisième jour, et 0,084 mg le quatrième jour. Ceci est à mettre en relation avec la faible quantité de méthadone contenu dans le lait maternel (de 20,6 à 314 ng/ml), résultat déjà obtenu dans d'autres études.

Enfin, il n'y a pas de corrélation entre les concentrations plasmatiques de méthadone (les moyennes sont comprises entre 120,4 et 414,2 ng/ml) et les concentrations de méthadone dans le lait maternel.

Ce dernier résultat incite les auteurs à conclure que la recommandation de l'allaitement par les femmes recevant un traitement par la méthadone doit se faire indépendamment de la posologie quotidienne de méthadone.



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

Novembre 2007

Hors-série n°4 Vol. 2

Hépatite C

&

Usagers de drogues

La rédaction du Flyer vous informe de la parution du Volume 2 du Hors-série n° 4 consacré
au thème de l'hépatite C et Usagers de drogues.

Ce numéro est disponible auprès de la rédaction du Flyer (novamb@clubinternet.fr),
ou sur le site www.rvh-synergie.org/

*"En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès,
de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès
de la Rédaction du Flyer"*