

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 2009

N° 36

- **Editorial :** page 3
Plan hépatite 2009-2012, réaction d'un collectif RDR
- **Passage à l'injection chez les usagers non injecteurs d'héroïne :** page 4
Influence du réseau social et susceptibilité individuelle
Isabelle CELERIER d'après Alan Naiegus, New-York
- **Expérience de la méthadone gélule en CSST** page 9
Dr Christelle PEYBERNARD, Arpajon (91)
- **Intervention précoce dans un CDAG** page 12
Sophie GOUTTE, Boulogne (92)
- **Méthadone et grossesse, revue de la littérature** page 18
Dr Laure NACACHE, Lyon (69), Dr Béatrice CHERRIH, Charleville-Mézières (08)
Dr Angelina DARREYE, Mulhouse (68), Pr Claude LEJEUNE, Colombes (92)
- **Brèves bibliographiques :** page 25
Quelles demandes de soins pour les patients en TSO ?
- **Commentaires de lecture et infos brèves** page 26

Comité scientifique du Flyer

Rédacteur en chef : Mustapha BENSLIMANE, Nova Dona, Paris.

Comité de rédaction : Dr Laurent MICHEL (Limeil-Brévannes), Dr Béatrice CHERRIH (Charleville-Mézières), Stéphane ROBINET (Strasbourg), Dr Pierre BODENEZ (Brest), Christine CALDERON (Paris), Dr Yves CAER (Nîmes), Dr Maroussia WILQUIN (Abbeville).

Comité de lecture : Dr Richard LOPEZ (Champigny-sur-Marne), Dr Pierre LAUZON (Montréal), Dr Didier BRY (Avignon), François LAFRAGETTE (Paris), Dr Nelson FELDMAN (Genève), Dr Karine BARTOLO (Marseille), Dr Xavier AKNINE (Bondy), Fabrice OLIVET (Paris), Dr Antoine GERARD (Le Puy-en-Velay), Dr Brigitte REILLER (Bordeaux), Dr Jean-Pierre JACQUES (Bruxelles), Dr Olivier POUCKET (Metz), Dr Thierry LEDENT (Carvin), Dr Catherine PECQUART (Paris), Dr Colette GERBAUD (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

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 téléchargés sous format PDF à l'adresse suivante :

www.rvh-synergie.org/



télécharger les bulletins
"Flyer"

"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"

Le Plan Hépatites 2009-2012 ne répond pas à l'urgence de l'épidémie d'hépatite C, selon le collectif ASUD/AIDES/AFR

« Hier sortait le «Plan Hépatites 2009-2012 » attendu depuis trois ans. Et force est de constater que ce plan ne répond pas à l'urgence à laquelle sont confrontés les usagers de drogues : 8 000 contaminations et 4 000 morts par an pour l'hépatite B et C, dont une majorité sont des usagers de drogues.

Si le plan prend acte du fait «que l'efficacité des méthodes de réduction des risques utilisées jusqu'ici s'avèrent insuffisantes» pour lutter contre le virus de l'hépatite (VHC), il ne propose qu'études et évaluations là où il faudrait pousser plus loin la logique de la réduction des risques. Pour élaborer ce plan, l'Etat a pourtant consulté les représentants des intervenants de terrain, des usagers de drogues et des malades. Mais leurs propositions face à l'urgence n'ont pas été retenues. Il s'agissait d'expérimenter ou d'ouvrir de nouveaux programmes comme l'accompagnement des personnes dans leurs pratiques d'injection (ERLI - Education aux risques liés à l'injection), l'instauration d'échange de seringues dans les prisons, l'extension à tout le territoire des programmes de réduction des risques, la mise en place de structures d'hébergement et de soins adaptées aux usagers de drogues actifs...

Même au niveau économique, le plan est dérisoire et est un non sens. A titre de comparaison, son montant, 4 millions d'euros, ne correspond même pas au prix de 500 traitements VHC sur un an. Or développer ces nouveaux programmes de réduction des risques permettrait non seulement d'éviter des milliers de morts, mais aussi d'économiser des millions d'euros en traitement VHC, en incapacité de travail...

Nous nous retrouvons 20 ans en arrière, confrontés aux mêmes défis qu'avec l'épidémie de SIDA : un Etat qui fait la sourde oreille et qui refuse d'expérimenter des réponses pragmatiques, une épidémie qui se répand, des usagers de drogues qui se contaminent et meurent dans l'indifférence générale. »

C'est effectivement en ces termes peu élogieux que les 3 associations impliquées dans la réduction des risques se sont exprimées via le communiqué de presse ci-dessus. Nous n'en ajouterons pas plus !

Cependant, il apparaît historiquement clair que quand des outils adaptés leur ont été proposés, les usagers de drogues ont su immédiatement s'en saisir pour réduire les complications associées à leurs pratiques, notamment le VIH qui les décimait. Certes, il existait un contexte de culpabilité politique lié à l' « affaire du sang contaminé » qui n'existe plus actuellement. Par ailleurs, le dispositif de soin français est entré dans une période de « rétraction » peu propice au développement de stratégies de prévention considérées comme « militantes » alors qu'il ne s'agit que de Santé Publique. Les bénéfices de la politique de réduction des risques infectieux des années 90 se sont pourtant immédiatement fait sentir dans tous les domaines (mortalité, morbidité mais aussi qualité de vie, de ré-insertion, de baisse de la criminalité associée, de baisse des comportements à risque, etc...) et restent incontestés. Aujourd'hui, c'est bien **la réduction du risque de contracter le VHC et de le diffuser** qui pourrait (seule !) servir de moteur à la prise en charge des usagers de drogues et permettrait de changer la donne (qu'il s'agisse de RDR ou de traitement addictologique). Certaines approches, combinant ces deux aspects, ont été scientifiquement étudiées ailleurs et pourraient être appliquées en France. Nous rappellerons seulement l'étude de VAN DEN BERG, déjà citée dans les FLYERS précédents, démontrant **l'impact positif, sur la séroconversion à l'hépatite C, d'une prescription de méthadone associée à un programme d'échange de seringues**. Les experts du Plan précédent, avant même la publication de cette étude, soutenus par le ministre de la santé de l'époque, Xavier BERTRAND, avaient proposé un élargissement de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville, sous certaines conditions et par certains médecins. Malheureusement, cette proposition, reste encore au stade de l'expérimentation, par le biais de l'étude Méthaville, qui commence seulement et qui devra être suivie d'une discussion autour de l'élargissement de la primo-prescription qui est loin d'être acquis. Combien de nouvelles séroconversions d'ici là ?

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 pharmacodépendants aux opiacés et n'engagent que leurs auteurs.

Passage à l'injection chez les usagers non injecteurs d'héroïne : Influence du réseau social et susceptibilité individuelle

Isabelle CELERIER

Dans la ville de New York, le pourcentage d'usagers d'héroïne des centres publics de traitement déclarant le sniff comme premier mode de consommation a régulièrement augmenté, passant de 25% en 1988 à 60% en 1999, année depuis laquelle il reste aussi constant¹.

L'objectif de l'étude, dont il est fait état ici, était d'évaluer le **risque de passage à l'injection (et donc de transmission du VIH, du VHB et du VHC)** chez ces non injecteurs, qu'ils aient ou non déjà injecté auparavant. Un risque qui dépend à la fois de susceptibilités individuelles : pratiques d'usage^{2, 3, 4-9}, incapacité à s'adapter à la baisse de pureté, de quantité ou de disponibilité du produit, ou à l'augmentation de son prix^{10, 11}, dépendance à l'héroïne, statut face au traitement^{2, 3, 6, 12}, existence de différents traumatismes comme l'abus sexuel^{13, 14}, peur du VIH^{8, 16-18} ou, à l'inverse, ne pas avoir peur des aiguilles et de l'injection^{11, 18}.

Et de l'influence du réseau social qui peut faciliter le passage à l'injection chez les personnes présentant déjà une susceptibilité individuelle comme la dépendance à l'héroïne.

L'étude visait donc à évaluer la relation entre l'influence du réseau social et les susceptibilités individuelles, l'hypothèse étant que le risque de passer à l'injection dépendait plus du réseau social pouvant faciliter ce changement de pratique que de l'histoire personnelle vis-à-vis de l'injection.

Méthodes

579 patients non injecteurs ont été recrutés entre mars 1996 et septembre 2002 dans les quartiers de Lower East Side et d'East Village. Les entretiens de suivi se déroulaient tous les 6 mois, l'âge minimum devant être de 18 ans, avec au moins 30 jours sans injecter avant le premier entretien (au moins 6 mois pour les anciens injecteurs).

Après avoir été conseillés, les patients – qui recevaient un petit pécule pour le temps et les transports nécessaires à l'étude – étaient soumis à un test de dépistage du VIH, du VHB et du VHC.

Les patients se voyaient demander à chaque entretien s'ils avaient injecté (en intraveineuse, intramusculaire ou en sous-cutané, par eux-mêmes ou par un tiers) depuis la dernière entrevue et à quel moment ils l'avaient fait. Le passage à l'injection était défini comme la première injection de drogues illicites depuis l'entretien de départ. L'influence du réseau social était évaluée grâce aux réponses des participants sur les personnes spécifiques rencontrées durant les 30 derniers jours, avec lesquelles ils s'étaient drogués ou avaient eu des relations sexuelles, ou vers lesquelles ils s'étaient tournés pour des conseils et des aides affectifs ou matériels.

Des analyses séparées ont été menées pour les 2 groupes de patients (n'ayant jamais injecté ou anciens injecteurs). Les participants ayant déclaré n'avoir jamais injecté mais testés positifs pour le VHC ont été exclus de l'enquête en raison du risque qu'ils aient déjà recouru à l'injection auparavant.

Les taux de passage à l'injection ont été rapportés à 100 personnes/an.

Les interactions entre susceptibilité individuelle et influence du réseau social étaient cotées comme suit :

1 = influence du réseau social favorisant l'injection de drogues *et* susceptibilité individuelle à l'injection ;

0 = aucune influence du réseau social *ou* aucune susceptibilité individuelle favorisant l'injection.

Caractéristiques de suivi

369 patients sur 579 (64%) ont finalement été suivis, dont 160 (43%) anciens injecteurs et 209 personnes (57%) n'ayant jamais injecté. Si les premiers ont été plus enclins au suivi que les seconds (70% *vs* 60%), leur nombre moyen de mois de suivi a cependant été significativement moindre (24,9 *vs* 31,2).

Dans le groupe des anciens injecteurs, les personnes suivies étaient plus âgées, moins souvent de race blanche, et plus souvent ou actuellement en cours de traitement.

Chez celles qui n'avaient jamais injecté, les personnes suivies étaient, par ailleurs, moins souvent sans domicile. Aucune différence significative n'a été enregistrée entre les 2 groupes dans les caractéristiques d'usage de drogue de départ.

À l'entrée dans l'étude, les personnes suivies étaient majoritairement des hommes (66%), âgés en moyenne de 34,6 ans, les Hispaniques étant le groupe ethnique le plus important (44%). Nombre d'entre elles avaient peu de revenus, un faible niveau scolaire et plus d'un quart (28%) étaient sans domicile. Les deux tiers avaient déjà consulté dans un centre de traitement et un quart était actuellement en traitement.

L'âge moyen lors de la première prise d'héroïne était de 22,5 ans, et la durée moyenne de consommation de 12 ans. Chez les anciens injecteurs, la dernière injection remontait en moyenne à 8,1 ans. 40% ont déclaré un usage quotidien d'héroïne (toujours en sniff pour 91%), avec usage courant de crack (40%) ou de cocaïne (43%).

Parmi les personnes soumises à un test de dépistage, 10% étaient positives pour le VIH dans les 2 groupes, 49% (contre 21%) pour le VHB et 57% pour le VHC chez les anciens injecteurs. Seuls 53% des porteurs du VIH l'avaient déclaré, très peu l'ayant, par ailleurs, fait pour le VHB (16%) et le VHC (12%).

Taux de passage à l'injection

78 participants (21%) sont passés à l'injection durant l'étude, les anciens injecteurs étant significativement plus à risque que ceux qui n'avaient jamais injecté (33 % *vs* 12 %). **Le taux général de passage à l'injection a été de 8,9 personnes sur 100 par an**, les anciens injecteurs y recourant significativement plus rapidement : 16 – contre 4,6 – personnes sur 100 par an. **Enfin, l'incidence cumulée s'est élevée à 55,4 % chez les anciens injecteurs, contre 18 % chez ceux qui n'avaient jamais injecté.**

Facteurs prédictifs

Chez les personnes n'ayant jamais injecté, **les facteurs prédictifs individuels** les plus importants (hasard ratio [HR] $\geq 3,0$ ou $\leq 0,33$) de passage à l'injection ont été : **la race blanche, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, l'usage d'au moins 2 paquets d'héroïne par jour, une tentative de suicide depuis le dernier entretien, ou avoir des amis ne voyant pas de problème à injecter des drogues.** Plusieurs interactions ont, par ailleurs, été mises en évidence entre influence du réseau social et susceptibilité individuelle : bénéficier d'une « meilleure » promotion de l'injection et être sans domicile,

fréquenter plus d'usagers injecteurs et avoir été physiquement abusé, consommer au moins 2 paquets d'héroïne par jour, en consommer depuis au moins 9 ans, avoir des amis considérant comme « OK » d'injecter, percevoir une moindre distance sociale avec les injecteurs, ou enfin avoir été plus jeune lors de la première prise. L'usage de crack dans les 30 derniers jours apparaît, quant à lui, comme « protecteur » !

Chez les anciens injecteurs, seule la race blanche était significative en ce qui concerne la susceptibilité individuelle. L'analyse multivariée finale a, par ailleurs, montré plusieurs interactions : bénéficier d'une « meilleure » promotion de l'injection, percevoir une moindre distance sociale à l'égard des injecteurs, mais aussi ne pas avoir peur des aiguilles et des injections, ou être plus jeune. **La consommation quotidienne d'alcool semble, à l'inverse, avoir un effet « protecteur » !**

Discussion

Dans cette étude longitudinale de 7 ans, le taux de passage à l'injection a été de presque 9 personnes sur 100 par an, concernant un cinquième des personnes suivies, avec un risque considérablement plus important chez les anciens injecteurs. **Le sniff ne semble donc pas être un mode d'usage constant** pour certains, particulièrement dans ce dernier groupe.

Chez ceux qui n'avaient jamais injecté auparavant, le taux de passage à l'injection (4,6 pour 100 personnes par an) semble, en revanche, particulièrement faible comparé aux études réalisées à Amsterdam³ ou Montréal¹⁹. Chez eux, les résultats ont, par ailleurs, confirmé l'hypothèse d'une influence du réseau social facilitant le passage à l'injection pour les personnes présentant une plus grande susceptibilité individuelle. **Deux facteurs apparaissent déterminants : être sans domicile et la proximité d'un réseau social dont les membres tendent à « vanter » l'injection.** Ceux qui avaient été récemment abusés physiquement et qui avaient plus de contacts avec des injecteurs semblent également plus à risque. Les variables individuelles, comme une consommation plus importante d'héroïne (au moins 2 paquets par jour³), concordent avec les résultats d'autres études.

Toujours dans ce groupe, les plus jeunes ou ceux dont la consommation est plus récente peuvent également avoir du mal à réguler leur usage ou souhaiter plus vite que les autres expérimenter d'autres modes d'administration comme l'injection^{10, 15, 21, 22}.

Enfin, le fait de consommer du crack pourrait constituer une alternative à l'usage d'héroïne et réduire les contacts sociaux avec les injecteurs d'héroïne.

Chez les anciens injecteurs, les résultats enregistrés confirment, de même, l'hypothèse du réseau social facilitant le passage à l'injection. **Parmi les facteurs de risque prédominants on note, en effet, la proximité d'un réseau social dont les membres « vantent » l'injection et la perception d'une moindre distance sociale avec les usagers injecteurs.** Bien que facilitant, ce dernier facteur seul ne suffit cependant pas à accroître significativement le risque de reprendre l'injection.

La race blanche apparaît, par ailleurs, comme le premier facteur de risque individuel, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'à New York, beaucoup de non injecteurs « de couleur » (en particulier les Noirs afro-américains) évitent de recourir à l'injection.^{20, 23}

Dans l'étude, les plus jeunes des ex-injecteurs ont plus de risque de reprendre l'injection si leur consommation est plus récente ou si elle a débuté plus jeune.

Enfin, l'alcool apparaît, pour sa part, comme facteur « protecteur », vraisemblablement parce qu'il s'agit d'une alternative légale permettant d'autoréguler l'usage d'héroïne.

À la différence des anciens injecteurs, les patients n'ayant jamais injecté semblent donc moins résistants à l'influence indirecte d'un réseau social vantant l'injection, comme une plus grande exposition aux usagers injecteurs. Ces derniers sont également plus « à risque » si leur consommation d'héroïne est plus importante.

La relativement faible séroprévalence (10%) pour le VIH dans les 2 groupes – inférieure aux 20% trouvés chez les injecteurs new-yorkais dans de récentes enquêtes – montre à l'évidence que le sniff réduit, sans toutefois l'éliminer, le risque d'infection VIH.

21% de ceux qui n'avaient jamais injecté étant séropositif pour le VHB lors du premier entretien, les non injecteurs apparaissent cependant à risque pour les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH et le VHB. **Quant aux 57% de séropositifs pour le VHC enregistrés chez les anciens injecteurs, ils rappellent que ce virus se répand rapidement chez les injecteurs et l'urgence de mettre en place des mesures de prévention.**

Conclusion

Ni automatique ni rapide, en particulier chez les personnes n'ayant jamais injecté, le passage à l'injection peut donc, selon les auteurs, être prévenu par différentes mesures, comme réduire la dépendance à l'héroïne ou encourager l'arrêt de sa consommation en élargissant l'accès, la disponibilité et la continuité des traitements de la dépendance aux opiacés.

Mais aussi en se servant du réseau social pour favoriser les actions de communication et les pratiques de prévention chez ceux qui n'ont jamais injecté, en les aidant à se loger ou à renouer les contacts avec des amis qui n'injectent pas, ou encore en développant, grâce aux pairs, une « contre-culture » de l'injection chez les anciens injecteurs.

Le tout, en proposant un suivi psychologique et médical à long terme aux victimes d'abus physiques et sexuels.

Une étude qui montre donc la nécessité de mettre en place des stratégies complètes et simultanées d'intervention, spécifiquement ciblées sur les non injecteurs.

Restent plusieurs limites à l'enquête :

- Un taux de suivi modéré qui peut faire perdre en puissance statistique ;
- La possibilité que certaines interactions significatives en analyse univariée soient apparues en raison de comparaisons multiples ;
- Ou encore des biais d'échantillonnage liés aux méthodes employées pour le recrutement des participants (centres de traitement).

Pour les auteurs, empêcher le passage à l'injection chez les non injecteurs s'avère fondamental pour prévenir et contrôler les épidémies de VIH, VHB et VHC chez les usagers et leurs partenaires sexuels.

Chez les non injecteurs déjà contaminés, cela permettrait d'éviter l'accroissement du nombre d'usagers injecteurs contaminés, et chez les non injecteurs non contaminés de réduire le nombre d'usagers susceptibles d'être infectés par voie parentérale et de limiter l'extension de ces infections à leurs partenaires sexuels.

Prévenir le passage à l'injection est donc indispensable pour rompre la chaîne des épidémies liées à l'usage de drogue (VIH et autres virus pathogènes) et endiguer les autres conséquences néfastes de l'injection sur la santé.

Isabelle CELERIER, pour la rédaction du Flyer, d'après l'étude d'Alan NEAIGUS et al., Transitions to Injecting Drug Use Among Noninjecting Heroin Users. Social Network Influence and Individual Susceptibility ». J Acquir Immune Defic Syndr ; Vol. 41, N° 4, April 2006.

Références

1. Marel R, Galea J, Smith RB. Drug Use Trends in New York City. Epidemiologic Trends in Drug Abuse II, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, January 2005. Bethesda, Maryland National Institute on Drug Abuse.
2. Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, et al. AIDS and the transition to illicit drug injection: results of a randomized trial prevention program. *Br J Addict.* 1992;87:493Y498.
3. van Ameijden EJC, van den Hoek JAR, Hartgers C, et al. Risk factors for the transition from non-injecting to injecting drug use and accompanying AIDS risk behavior in a cohort of drug users. *Am J Epidemiol.* 1994;139:1153Y1163.
4. Griffiths P, Gossop M, Powis B, et al. Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction.* 1994;89:301Y309.
5. Darke S, Cohen J, Ross J, et al. Transitions between routes of administration of regular amphetamine users. *Addiction.* 1994;89:1077Y1083.
6. Strang J, Griffiths P, Powis B, et al. Heroin chasers and heroin injectors: differences observed in a community sample in London, UK. *Am J Addict.* 1999;8:148Y160.
7. Darke S, Swift W, Hall W, et al. Predictors of injecting and injecting risk-taking behaviour among methadone-maintenance clients. *Addiction.* 1994;89:311Y316.
8. Neaigus A, Atillasoy A, Friedman SR, et al. Trends in the non-injected use of heroin and factors associated with the transitioning to injecting. In: Inciardi JA, Harrison LD, eds. *Heroin in the Age of Crack-Cocaine.* Drugs, Health and Social Policy Series Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1998.
9. Fuller CM, Vlahov D, Ompad DC, et al. High risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. *Drug Alcohol Depend.* 2002;66:189Y198.
10. Andrade X, Sifaneck SJ, Neaigus A. Dope sniffers in New York City: an ethnography of heroin markets and patterns of use. *J Drug Issues.* 1999;29:271Y298.
11. Sherman SG, Smith L, Lancy G, et al. Social influences on the transition to injection drug use among young heroin sniffers: a qualitative analysis. *Int J Drug Policy.* 2002;13:113Y120.
12. Gossop M, Griffiths P, Powis B, et al. Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J Addict.* 1992;87:1527Y1536.
13. Miller M, Paone D. Social network characteristics as mediators in the relationship between sexual abuse and HIV risk. *Soc Sci Med.* 1998;47:765Y777.
14. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care.* 1999;11:3Y20.
15. Sotharan JL, Goldsmith DS, Blasco M, et al. Heroin sniffing as self-regulation among injecting and non-injecting heroin users. *J Drug Issues.* 1999;29:401Y422.
16. Casriel C, Des Jarlais DC, Rodriguez R, et al. Working with heroin sniffers: clinical issues in preventing drug injection. *J Subst Abuse Treatment.* 1990;7:1Y10.
17. Friedman SR, Perlis TE, Atillasoy A, et al. Changes in modes of drug administration and in the drugs that are administered: implications for retrovirus transmission. *Publicacion Oficial de la Sociedad Espanola Interdisciplinaria de S.I.D.A.* 1996;7:167Y169.
18. Bravo M, Barrio G, de la Fuente L, et al. Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic. *Addiction.* 2003;98:749Y760.
19. Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health.* 2003; 80:92Y105.
20. Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR, et al. Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York City, 1990Y1997. *Am J Public Health.* 2000;90:1112Y1116.
21. Lai S, Chen J, Celentano D, et al. Adoption of injection practices in heroin users in Guangxi Province, China. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32:285Y292.
22. Sifaneck S, Kaplan C. Keeping off, stepping on and stepping off: the steppingstone theory reevaluated in the context of the Dutch cannabis experience. *Contemp Drug Probl.* 1995;22:483Y512.
23. Friedman SR, Chapman TF, Perlis TE, et al. Similarities and differences by race/ethnicity in changes of HIV seroprevalence and related behaviors among drug injectors in New York City, 1991Y1996. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1999;22:83Y91.

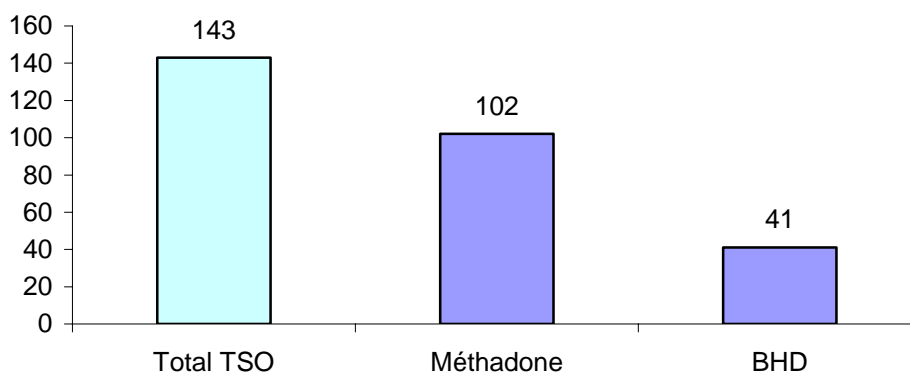
Expérience de la méthadone gélule en CSST

Dr Christelle PEYBERNARD, Arpajon (91)

Le CSST d'Arpajon, rattaché à l'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand, est l'émanation d'une activité CMP (Centre-Médico-Psychologique), plus particulièrement impliqué depuis 20 ans dans l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues, ainsi que dans le travail en réseau avec l'hôpital général et différents partenaires du secteur médico-social au niveau local et départemental.

La file active actuelle du CSST (chiffres 2007) compte 239 patients à l'année. Parmi eux, 143 bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés, dont 102 par la méthadone, soit plus de 2 tiers.

File active 2007



Dès sa mise à disposition, la méthadone gélule a été proposée aux patients du centre de soins remplissant les conditions requises dans le cadre des AMM, c'est à dire :

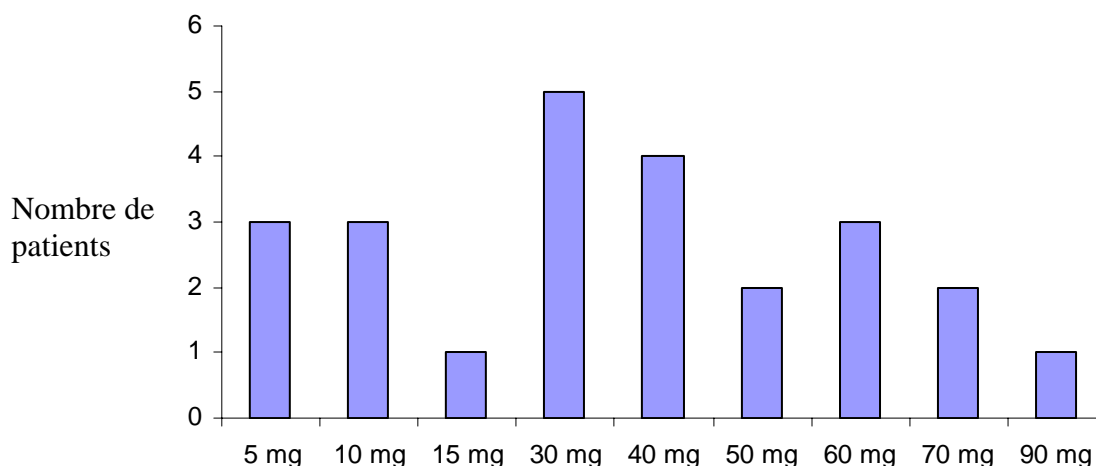
- Les patients bénéficiant d'un traitement de substitution par méthadone sirop depuis au moins 1 an.
- Les patients stabilisés (selon nous, ayant des analyses urinaires négatives depuis au moins 3 mois et socialement insérés).
- Nous avons systématiquement exclu les patients en situation précaire et/ou injecteurs.

Au moment où nous avons pu prescrire des gélules de méthadone, 72 patients bénéficiaient de la méthadone sirop.

24 d'entre eux ont reçu la méthadone sous forme de gélule à posologie quotidienne strictement équivalente, avec la répartition suivante:

1 à 90 mg	5 à 30 mg
2 à 70 mg	1 à 15 mg
3 à 60 mg	3 à 10 mg
2 à 50 mg	3 à 5 mg
4 à 40 mg	

Répartition des posologies quotidiennes



Sur l'ensemble des patients pour qui la gélule a été prescrite et délivrée, un seul a préféré revenir à la forme sirop, se plaignant de « sensations de manque ». Ce patient présentait par ailleurs une dépendance alcoolique. Au moment de la mise sous méthadone gélule, il venait d'effectuer un sevrage suivi d'une reprise rapide de sa consommation d'alcool. Cela permet de considérer qu'une modification de posologie de méthadone aurait été de toute façon nécessaire, qu'elle ait été sous forme sirop ou sous forme gélule. La raison est l'activation du métabolisme de la méthadone par l'alcool, largement décrite dans la littérature, et ayant pour conséquence la nécessité d'augmenter la posologie pour maintenir une substitution opiacée efficace (1).

Trois autres patients ont eu « besoin de 2 ou 3 semaines pour s'habituer » à la nouvelle forme. Lorsque nous leur avons demandé de nous décrire leur symptomatologie, ils nous ont rapporté :

- 1) Un léger malaise général ou une nervosité présente dès le premier jour suivant le changement de forme. Compte tenu de la $\frac{1}{2}$ vie de la méthadone sirop, il faudrait au moins 5 jours pour que l'on puisse de manière certaine relier cette symptomatologie à un défaut d'équivalence.
- 2) Certains ont verbalisé rétrospectivement leur attachement à la forme sirop, « la fiole », et à « son goût particulier qui nous rappelait qu'on avait bien pris quelque-chose, avec la gélule on n'a plus cette impression ».

Il existe donc de manière certaine un aspect subjectif dans ces ressentis. Il y a une anxiété latente liée au changement et exprimée sous forme d'une symptomatologie somatique *a minima* rappelant le manque. Et, un deuil à faire de cette « fiole » ainsi que des projections fantasmatiques existant autour d'elle et de son remplacement.

4 autres patients se sont plaints d'une somnolence dès le premier jour de changement du sirop pour la gélule, et ce durant la première semaine de traitement. Ces patients fractionnaient leur prise de méthadone sirop. Lors du passage à la forme gélule ce fractionnement n'a plus été possible, ce qui explique un relatif surdosage, pour lequel un réajustement a été nécessaire.

Le reste des patients ont accueilli ce changement avec beaucoup d'enthousiasme, arguant ses nombreux avantages :

- Plus de goût amer et sucré du sirop
- Absence de sucre (avantage pour les dents !)
- Absence d'alcool
- Discrétion et aspect pratique lié au transport
- Efficacité équivalente
- Et surtout, existence du dosage à 1 mg qui rassure les patients qui ont des faibles dosages et qui souhaitent arrêter leur traitement de substitution. Parmi ceux-ci, ce dosage a permis à 3/4 d'entre eux de diminuer leur posologie sans difficulté et d'avoir une perspective d'arrêt de la méthadone sans anxiété anticipatoire.

Les seules difficultés rencontrées ont concerné les patients qui ont une délivrance de méthadone en officine. Ceux-ci doivent en effet bénéficier d'un protocole de soins, plus précisément une ALD non exonérante, condition pour obtenir le remboursement de la méthadone sous sa forme gélule (2). Ce protocole de soins doit être établi par le médecin-traitant du patient si l'on suit les directives de l'arrêté publié au Journal Officiel du 8 avril 2008. Parmi les patients bénéficiant d'une délivrance de méthadone sirop en officine, je n'ai prescrit à aucun d'entre eux des gélules de méthadone pour 2 raisons :

⇒ Psychiatre en CSST, je ne souhaite pas être leur médecin traitant.

⇒ Les patients du centre de soins soit n'ont pas de médecin traitant, soit clivent leur prise en charge et ne souhaitent pas que leur médecin traitant, également médecin de famille, ait connaissance de leur traitement de substitution opiacée.

Et cela, malgré leur éligibilité aux critères des AMM de la méthadone gélule.

D'autre part, à ce jour, **un seul médecin généraliste du département m'a contacté, afin d'établir une ordonnance initiale de mise sous méthadone gélule avec une délégation de prescription.** Cela semble confirmer **une certaine réticence des patients suivis en ville de revenir dans un CSST pour obtenir une délégation de prescription,** valable de surcroît que pendant 6 mois.

De mon point de vue, l'arrivée de la forme gélule semble s'accompagner d'un succès d'estime auprès des patients qui y voient beaucoup d'avantages.

Nous sommes nombreux, patients et soignants, à espérer que les démarches administratives pour la mise sous méthadone gélule soient simplifiées afin que les patients qui se font délivrer leur traitement en officine, puissent également en bénéficier, et ne soient pas exclus de cette modalité de traitement.

1. Stenbacka et al.: Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. Drug and Alcohol Review (January 2007), 26, 55 – 63.
2. Journal Officiel du 8 avril 2008. Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale.

Intervention précoce dans un CDAG **(Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)** *Sophie Goutte, psychologue clinicienne, Boulogne (92)*

Les soignants des CDAG constatent que de nombreux jeunes viennent faire un dépistage après avoir adopté des conduites sexuelles à risques alors qu'ils étaient sous l'emprise de substances psychoactives. Nombreux sont les motifs de dépistage avancés par les consultants, qui renvoient à l'oubli, à l'euphorie, à une désinhibition exacerbée ... conséquences d'une consommation de substances psychoactives. « *Je me suis réveillé le matin, et trou noir, je ne savais même pas le nom de la fille qui dormait à côté de moi* », « *J'avais pas mal bu, il y avait de la cocaïne, franchement, comment voulez-vous que je pense au préservatif, déjà en temps normal ...* »

Un constat précisé par plusieurs enquêtes à visée épidémiologique :

Plusieurs enquêtes ont été menées sur les CDAG de 2 CHU parisiens : les CHU Ambroise Paré et Bichat - Claude Bernard. Les 2 CHU drainent une population très hétérogène et jeune (moyenne d'âge 27 ans). Sur les 2 CDAG, les hommes sont plus nombreux à consulter que les femmes. Durant les enquêtes, il était systématiquement joint au questionnaire médical de dépistage habituellement rempli par le consultant, un questionnaire bref, l'ADOSPA [1] (cf. annexes), permettant d'évaluer le type d'usage de substances psychoactives (usage simple, usage à risque, usage nocif).

- Enquêtes menées sur le CDAG du CHU A. Paré

Enquête de Dupont C. & al. (2007) [2] :

L'enquête a été réalisée sur un échantillon de 229 consultants, pendant 6 semaines (le CDAG étant ouvert une soirée par semaine pendant 3h30). Les résultats montrent que **38% des consultants présentent un usage potentiellement problématique de substances psychoactives.**

Enquête de Goutte S. & al. (2008) [3] :

L'enquête a été réalisée sur un échantillon de 253 consultants, pendant 10 semaines (le CDAG étant ouvert une soirée par semaine pendant 3h30).

• Fréquence et typologie des usages de substances psychoactives

Type d'usage (ADOSPA)	Nombre (/253)	Fréquence %
Pas d'usage	116	45,8 %
Usage simple	43	17 %
Usage à risque	31	12,3 %
Usage nocif	63	24,9 %

37,2% de la population présente un usage potentiellement problématique (usage nocif + usage à risque) de substances psychoactives.

- **Enquête menée sur le CDAG du CHU Bichat - Claude Bernard** (en partenariat avec l'ECIMUD Bichat – Claude Bernard) (2008) :

L'enquête a été réalisée sur un échantillon de 656 consultants, pendant 10 semaines (le CDAG étant ouvert tous les jours, 27h30 par semaine).

Spécificités de l'enquête :

Au questionnaire ADOSPA, ont été ajoutés :

- le questionnaire DETA [4] (cf. annexes) pour évaluer spécifiquement la consommation d'alcool et permettre une exploration séparée de la consommation des autres substances psychoactives. Il était alors précisé dans la consigne que l'ADOSPA portait sur la consommation de substances psychoactives hors alcool.
- un item explorant les drogues consommées sur les 3 derniers mois

• Fréquence et typologie des usages de substances psychoactives (hors alcool)

Score ADOSPA – A : Usage	Nombre de personnes (/656)	%
= 0	424	64,63%
= 1 : usage simple	79	12,04%
= 2 : usage à risque	53	8,08%
> 3 : usage nocif	100	15,25%

153 personnes soit **23,33%** de la population des consultants, présentent une consommation de substances psychoactives (hors alcool) potentiellement problématique (usage à risque + usage nocif).

• Fréquence et typologie des usages d'alcool

Score DETA	Nombre de personnes (/656)	%
= 0	455	69,36%
= 1	89	13,57%
= 2	61	9,30%
= 3	46	7,01%
= 4	5	0,76%

112 personnes soit **17,07%** de la population des consultants, présentent une consommation d'alcool potentiellement problématique (score > ou égal à 2).

• Fréquence des usages problématiques de substances psychoactives (alcool + autres substances)

Soulignons que parmi la population repérée comme ayant un usage à risque de substances psychoactives (hors alcool), 75,47% ne présentent pas un score problématique au DETA.

Parmi la population repérée comme ayant un usage nocif de substances psychoactives (hors alcool), 63% ne présentent pas un score problématique au DETA.

55,36 % des personnes ayant un score problématique au DETA n'ont pas de score problématique à l'ADOSPA.

Si l'on ajoute les pourcentages d'usages problématiques à l'ADOSPA et d'usages problématiques au DETA uniquement (sans ADOSPA problématique associé, soit 55,36% des personnes présentant un usage d'alcool problématique au DETA, soit 9,45% de la population générale des consultants), on totalise **un score général d'usage problématique de substances psychoactives (alcool et autres substances confondues) de 32,78%**.

• Substances psychoactives (hors alcool) consommées dans les 3 derniers mois :

Produits	Nombre de personnes	%
Aucun	407	62,04%
Cannabis	234	35,67%
Cocaïne	49	7,47%
Crack	2	0,30%
Héroïne	4	0,61%
Ecstasy	17	2,59%
Kétamine	5	0,76%
Autres drogues de synthèse	13	1,98%
Autres drogues	7	1,07%

- Analyse des résultats :

D'une manière générale, **la consommation de substances psychoactives de la population des consultants du CDAG est nettement supérieure aux statistiques nationales sur la population générale et sur la population des 15-39 ans.**

Pour exemples de comparaisons avec la population générale, selon les données OFDT (2007) [5] :

- On dénombre en France 26,9% d'expérimentateurs de cannabis, sur le CDAG 35,67% de la population déclare avoir consommé du cannabis dans les 3 derniers mois.
- 1% de la population française des 15-39 ans dit avoir consommé de la cocaïne dans l'année, contre 7,47% des consultants du CDAG dans les 3 derniers mois.
- Dans le même sens, 0,2% de la population française des 15-39 ans déclare avoir consommé de la cocaïne dans l'année, contre 0,61% parmi la population des consultants du CDAG sur les 3 derniers mois.
- Concernant la consommation d'ecstasy, 0,9% des 15-39 ans affirment en avoir consommé dans l'année contre 2,59% pour la population des consultants du CDAG interrogés sur leur consommation des 3 derniers mois.
- Enfin, pour la consommation d'alcool, toujours selon l'OFDT, 9,4 % de la population générale présenterait des signes d'usages d'alcool potentiellement problématiques, avec un score supérieur ou égal à 2 au DETA contre 17,07% de la population des consultants du CDAG.

Les différentes enquêtes dont les résultats en termes d'usages problématiques de substances psychoactives sont du même ordre de grandeur (38%, 37,2% et 32,78%) et confirment que la population des consultants des CDAG est une population cible particulièrement à risque. Ces enquêtes appuient et précisent le constat initial des soignants des CDAG et témoignent de l'importance de réfléchir à des réponses adaptées.

Le dispositif mis en place, en réponse, sur le CDAG du CHU A. Paré en partenariat avec le CSST Trait d'Union (92) :

- Description du dispositif : Mise en place d'une consultation de proximité

Dans un premier temps, il avait été décidé de communiquer à tous les consultants présentant un risque d'usage problématique de substances psychoactives, les coordonnées du CSST partenaire de l'action, Le Trait d'Union, installé non loin de l'hôpital, mais aucun n'a pris contact avec ce centre de soins par la suite.

Devant ce décalage entre des besoins potentiellement importants d'une population à risque élevé pour plus d'un quart et l'absence de démarche de consultation, il a été décidé d'expérimenter un nouveau dispositif.

Une consultation avancée du Trait d'Union, a été mise en place, directement sur le lieu du dépistage et pendant l'ouverture du CDAG. Une proposition d'orientation vers cette consultation est faite lors des entretiens de pré-dépistage et de rendus des sérologies, par les médecins, à toute personne présentant un usage problématique de substances psychoactives à l'ADOSPA. L'objectif principal de cette consultation de proximité est de proposer un entretien clinique unique, qui permette au consultant d'engager une réflexion active sur ses consommations et un retour sur soi. La facilitation de l'accès au soin dans un relais avec le CSTT, pour les consultants qui le souhaitent et le nécessitent, reste l'un des objectifs mais n'est pas l'objectif premier.

- Un dispositif d'intervention précoce

Le dispositif mis en place s'inscrit dans une stratégie d'intervention précoce (Morel A., 2006) [6] : il s'adresse à une population qui ne relève plus de la prévention classique, et ne relève pas encore (ne relèvera peut-être jamais) du soin, dans la mesure où elle tire encore d'importants bénéfices d'une consommation déjà à risque voire nocive. Articulé autour d'une première phase de repérage précoce et massif, utilisé pour augmenter la motivation au changement, le dispositif mis en place s'inscrit dans le protocole de dépistage et vise un ajustement toujours au plus près, de la population cible.

- Quelques éléments d'évaluation du dispositif

Une première expérimentation sur 10 semaines

Les débuts de la mise en place du dispositif ont été difficiles : les 3 premières semaines d'expérimentation, aucun consultant du CDAG ne souhaitait être orienté vers la consultation de proximité.

Une réflexion s'est donc amorcée avec l'équipe du CDAG et a mis en évidence la nécessité de repreciser **les objectifs de l'expérimentation en termes d'intervention brève, et non en termes de « soins »**, et de travailler la question de l'orientation, tournant du dispositif, moment où l'on passe d'une action de prévention collective à une rencontre individuelle.

Une réflexion s'est alors ouverte sur le positionnement du soignant lors de l'orientation, et la manière d'effectuer un rendu du questionnaire ADOSPA qui ne fige pas le patient dans une situation dont la seule issue serait le soin, mais lui laisse la possibilité d'une réflexion et d'être acteur de sa prévention.

Le bilan final de ses dix premières semaines d'expérimentation s'est par la suite révélé encourageant puisque **27% des personnes présentant un usage nocif de substances psychoactives ont souhaité être orientées sur la consultation**, le taux d'orientation augmentant avec la nocivité de l'usage (jusqu'à **66,7%** pour les patients ayant le score maximal à l'ADOSPA).

Poursuite de l'expérimentation sur 10 mois

L'expérimentation du dispositif s'est ensuite poursuivie pendant 10 mois. Pendant cette seconde phase d'expérimentation, plus d'une centaine de consultants ont été reçus sur la consultation (à raison d'une plage de 3h30 d'ouverture hebdomadaire du CDAG).

- Zoom sur les enjeux de l'entretien clinique proposé sur la consultation de proximité :

Dans le dispositif mis en place sur le CDAG A. Paré, la permanence du CSST Trait d'Union est assurée par un intervenant psychologue de formation.

Si certains des entretiens réalisés font uniquement l'objet d'une évaluation de la consommation dans une perspective motivationnelle, nombreux sont les entretiens qui se décentrent très vite de la seule consommation et vont s'étendre au contexte de vie du consultant, à son mode de relation au monde. La rencontre avec le clinicien proposée sur la consultation de proximité, s'avère être pour la majorité des consultants, la première occasion de parler de leur monde interne, de leurs affects, de leurs pensées, sans être jugés selon des critères moraux ou éthiques. Cette relation nouvelle peut entraîner une mobilisation psychique rapide et mettre en avant la nécessité pour le consultant de clarifier ses difficultés, de les énoncer, de les délimiter et parfois d'entrevoir leur origine psychique.

D'une façon générale, les patients se saisissent de l'espace proposé sur la consultation de proximité. Le sujet qui arrive à l'entretien et se place, par habitude, dans la situation de recevoir passivement un avis expert ou des mises en garde sur sa consommation, se trouve surpris, responsabilisé, abandonne progressivement son attitude défensive et amène son expérience. L'échange devient possible et un questionnement peut s'ouvrir.

Conclusion : le CDAG, un lieu propice à l'intervention précoce

Les différents résultats évoqués témoignent de la possibilité de créer une rencontre avec les usagers, sur le CDAG. Au-delà des chiffres, il est intéressant de considérer la spécificité du lieu CDAG, qui fait écho avec la philosophie de l'intervention précoce :

Les consultants qui décident d'engager une démarche de dépistage dans un CDAG sont dans une démarche vers la santé, ils font le choix de venir dans un centre hospitalier - mais sans trop s'engager : « AG : Anonyme et Gratuit ». L'atmosphère particulière du CDAG, souvent calme sur un fond musical discret, donne l'impression que quelque chose vient se symboliser (certains viennent en couple sceller une nouvelle étape de leur vie à deux, d'autres prendre un nouveau départ ou mettre une histoire dans le passé ...).

Le protocole de dépistage dans une certaine ritualisation, rythmé par plusieurs passages en salle d'attente, permet que la démarche s'inscrive dans une temporalité propice à l'auto-réflexion. Le consultant est, lors de sa démarche de dépistage, en mouvement physique et psychique. Un mouvement psychique qui peut se déployer d'autant plus dans l'entretien clinique, unique, proposé sur la consultation de proximité.

Pour conclure, le « succès » de cette consultation de proximité légitime d'une part, le développement de réseaux intracommunautaires (Morel, 2006) [6] menant des actions de proximité coordonnées et souples et témoigne d'autre part, de l'importance, dans une perspective de prévention globale, d'inscrire la démarche de dépistage dans une temporalité propice à la création d'une véritable rencontre avec le consultant.

*Sophie Goutte, CHU. A Paré, Médecine V, Pr Rouveix
9, avenue Charles de Gaulle, 92104 Boulogne Cedex
E-mail : sophie_goutte@yahoo.fr*

Bibliographie :

- [1] Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., Falissard M., Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *La presse médicale* 2007 ; 36 (4) : 582-590.
- [2] Dupont C., Daneluzzi V., Maitre E., Olivier C., Leporier J., Peime V., Stheneur C., Morel A, Rouveix E. Repérage des conduites addictives chez les adolescents et les adultes jeunes : expérience pilote auprès des consultants du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) d'un CHU parisien. *Alcoologie Addictologie* 2007 ; 29 (3) : 217-300

[3] Goutte S., Morel A., Dupont C. et al. Usagers de substances psychoactives. Expérience d'intervention précoce dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit. *Alcoologie Addictologie* 2008 ; 30 (4) : 371-377

[4] Malet L., Llorca P.M., Reynaud M. Intérêt de l'utilisation systématique à l'hôpital d'un questionnaire de dépistage en alcoologie : le questionnaire DETA (diminuer, entourage, trop, alcool). *La Presse médicale* 2005; 34 (7) : 502-505

[5] OFDT. *Drogues, chiffres clés*. 2007.

[6] Morel A. Adolescents et usage de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce. *La santé de l'homme* 2006 ; 386 : 32-34

Annexes :

ADOSPA	
Au cours des 12 derniers mois,	
A : Etes-vous monté dans un véhicule (AUTO, moto, scooter) conduit par quelqu'un (y compris vous) qui avait bu ou qui était défoncé ?	Oui – Non
D : Avez-vous utilisé de l'alcool ou d'autres drogues pour vous DETENDRE, vous sentir mieux ou tenir le coup ?	Oui – Non
O : Vous est-il arrivé d'OUBLIER ce que vous aviez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui – Non
S : Avez vous consommé de l'alcool ou d'autres drogues quand vous étiez SEUL ?	Oui – Non
P : Avez-vous eu des PROBLEMES en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui – Non
A : Vos AMIS ou votre famille vous ont-ils dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?	Oui – Non
—> 1 oui : usage simple —> 2 oui : usage à risque —> > ou = 3 oui : usage nocif	

DEL DETA TA	
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Oui – Non
- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui – Non
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin, pour vous sentir en forme ?	Oui – Non
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	Oui – Non
—> 2 réponses affirmatives présupposent d'une éventuelle consommation nocive d'alcool	

Méthadone et grossesse, revue de la littérature et données récentes

*Dr Laure NACACHE (1) , Dr Béatrice CHERRIH (2), Dr Angelina DARREYE (3),
Pr Claude LEJEUNE (4)*

1 : Dr Laure NACACHE, CSST, Hôpital E. HERRIOT, Lyon (69)

2 : Dr Béatrice CHERRIH, Equipe de Liaison Toxicomanie, CH Charleville-Mézières (08)

3 : Dr Angelina DARREYE , Equipe de liaison, CH MULHOUSE (68)

4 : Pr Claude LEJEUNE, Service de Néonatalogie, Hôpital L. MOURIER, Colombes (92)

La grossesse chez les femmes héroïnomanes

A. La situation en France

En France, 1/3 des héroïnomanes sont des femmes, ce qui représente 50 000 à 100 000 femmes. Le nombre de grossesses et d'accouchements de femmes héroïnomanes ne peut être correctement évalué ; les patientes, parfois marginales, sont difficiles à recenser¹. Mais on estime que plusieurs centaines de femmes héroïnomanes sont enceintes chaque année en France, avec une évaluation de grossesses menées à terme entre 500 et 2 500².

B. Diagnostic tardif de grossesse

L'aménorrhée (absence de menstruations) ou des cycles irréguliers sont fréquents sous opiacés (altération de l'axe hypothalamo-hypophysaire³). Les femmes pensent donc parfois être stériles, ce qui peut les conduire à arrêter toute contraception. La fréquence accrue des maladies sexuellement transmissibles avec leur retentissement possible sur la fertilité et une diminution de la libido sous opiacés induisent également une mauvaise observance en matière de contraception⁴.

Les états de fatigue du premier trimestre sont facilement confondus avec des signes de manque et peuvent entraîner une surconsommation de produits, plutôt qu'un questionnement sur la possibilité d'un début de grossesse⁵.

Chez les héroïnomanes, la grossesse était souvent diagnostiquée tardivement voire non reconnue ou déniée jusqu'à l'accouchement¹. La première consultation à la maternité pouvait parfois correspondre au jour même de l'accouchement. Mais aujourd'hui, avec le développement des prises en charge structurées (équipes de liaisons, transdisciplinarité, formation des professionnels, TSO...), la situation s'est considérablement améliorée.

La possibilité de choisir de mettre un terme à une grossesse tardivement diagnostiquée (IVG) est parfois impossible car le délai légal est dépassé (en France : 12 semaines). Cependant, si les conditions de suivi de la grossesse et de la maternité semblent préjudiciables pour la mère et l'enfant, l'IVG peut être justifiée y compris en dehors des délais légaux. La patiente doit alors mesurer avec l'aide de son médecin, et des professionnels de santé qui l'accompagnent, le bien-

¹ Cayol V. & Corcos M., Grossesse et Toxicomanie : complications obstétricales substitution. La revue du Praticien. Gynécologie et obstétrique 2001, n°51, pp. 9-12 .

² Franchitto M. C. et al., Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge, Toxibase, 2^{ème} semestre 2000, 1-13

³ Flyer 32

⁴ Jubineau C., Grossesse et Méthadone : en résumé, Flyer HS n°1, juin 2003

⁵ Pouclet O., Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature, Flyer HS n°1, juin 2003

fondé de cette décision⁴. La grossesse chez une femme héroïnomanne est considérée comme une **grossesse à risque**, du fait de la consommation de produits toxiques (héroïne, alcool, tabac, stimulant...), de la précarité des conditions de vie et du faible suivi prénatal², qui lorsque celui-ci existe, est souvent **irrégulier et insuffisant**, avec là encore, des améliorations sensibles ces dernières années. De plus, la consommation illégale d'opiacés engendre souvent la crainte par la mère d'un signalement aux services judiciaires. Les mères héroïnomanes font encore parfois l'objet de suspicion quand à leur capacité réelle de s'occuper d'un enfant⁶. Cette observation est corrélée par les données anciennes de la littérature qui indiquaient des taux de séparation mère sous opiacés – enfant, élevés : 52% à 12 mois, 91% à 24 mois⁷. Un environnement où les sentiments de culpabilité et de méfiance sont renforcés peut compliquer la prise en charge de ces grossesses à risques⁸.

Pour toutes ces raisons, une prise en charge médico-psycho-sociale et l'instauration d'un traitement de substitution, quand l'indication est justifiée, diminuent la fréquence des complications.

Les risques de la grossesse des femmes héroïnomanes

A. Conséquences pour la mère

Les avortements spontanés (15 à 30% selon les séries) et les accouchements prématurés (20 à 56% selon les séries)⁹ peuvent être fréquents chez les femmes héroïnomanes, notamment non correctement prises en charge. En effet, les situations de manque favorisent les contractions utérines. L'alternance de phases d'intoxication et de sevrage est ressentie par le fœtus comme un stress, dans un environnement utérin peu favorable. Ainsi, l'hyper-contraction utérine entraîne une insuffisance placentaire et par conséquent une souffrance fœtale. Le sevrage intra-utérin occasionne à chaque fois un traumatisme pour le futur enfant (avec émission de méconium, augmentation des catécholamines dans le liquide amniotique, voire la mort)¹⁰.

Si peu de problèmes d'accouchement sont directement associés à la consommation d'héroïne⁷, on peut observer cependant :

- des accouchements prématurés (10 % en 2003¹¹), en rapport avec le mode de vie, le manque de suivi et le rôle direct du produit ou plutôt de son manque,
- une fréquence plus élevée de présentation par le siège (liée à la prématurité),
- un liquide amniotique plus fréquemment teinté (souffrance fœtale par alternance surdoses-manques chez le fœtus),
- un raccourcissement de la durée du travail.

Une consultation d'anesthésie doit être prévue dès que possible au cours de la grossesse. L'objectif est de rassurer et d'informer la patiente sur le fait qu'elle pourra bénéficier d'une prescription de morphinique pendant la période de l'accouchement et du post-partum, ainsi qu'une analgésie

⁶ E. Mazurier, Pourquoi une pédiatre a-t-elle publié sur Buprénorphine et grossesses de toxicomanes en France ?

⁷ GS Wilson, Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin. Ann N Y Acad Sci. 1989;562:183-94.

⁸ Simmat-Durand L, Actualités bibliographiques : Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société, 2002, 26, p 105-126.

⁹ Aubert, JP, Grossesse et consommation de drogues: comment contrôler les risques ?, La Revue du Praticien Médecine Générale, 14; 485; 24/1/2000; p 121-123

¹⁰ Richard D et al, L'héroïne. www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_heroine.pdf

¹¹ Lejeune C et al, Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés, OFDT, Juillet 2003 paru dans Drug and Alcohol Dependence 82 (2006) 250–257

obstétricale¹². Cette consultation permet également à l'anesthésiste de prendre en compte les spécificités de la toxicomanie (complications potentielles, interaction avec les agents anesthésiques..) et celles d'une prise en charge de la douleur pré, per et postopératoire.

Les complications du post-partum ne sont pas plus fréquentes chez les héroïnomanes que dans la population générale.

B. Conséquences pour l'enfant

La grossesse chez une femme héroïnomane peut s'accompagner d'une augmentation des risques obstétricaux (fausse-couche spontanée, retard de croissance, prématurité..) et néonataux (hypotrophie, syndrome de sevrage)¹³. En effet, tous les opiacés traversent le placenta et, après une prise d'opiacé par la mère, les taux sanguins s'élèvent très rapidement chez le fœtus et ils diminuent beaucoup moins vite que chez la mère.

Le risque moyen de malformation est identique¹² à celui de la population générale, c'est-à-dire de 2 à 3%. En effet, l'héroïne, comme tous les opiacés, n'est pas tératogène et n'entraîne pas de malformations, contrairement à l'alcool par exemple.

Le retard de croissance intra-utérin touche 30% des nouveau-nés, mais il est autant lié à la malnutrition, au mode de vie, au tabagisme, qu'à la consommation d'héroïne⁹.

Le syndrome de manque du nouveau-né est plutôt bien maîtrisé et ne semble pas compromettre le développement de l'enfant. Celui-ci apparaît après un intervalle variant de quelques heures à 10 jours. Le syndrome de manque peut être retardé en cas de poly-dépendances impliquant des benzodiazépines. Il associe irritabilité, hyperactivité, hyper-excitabilité, trémulations, mouvements anormaux, hypertonie, tachypnée avec parfois alcalose, apnées, diarrhée avec déshydratation⁹. Mais, lorsqu'il s'agit de **poly-dépendance**, il est plus difficile de gérer les complications obstétricales et le syndrome de manque du bébé.

Une augmentation des morts subites des nourrissons a été évoquée dans la littérature¹³. Mais des données récentes semblent montrer que le risque majoré de mort subite du nourrisson est essentiellement dû à l'exposition *in utero* au tabac et au tabagisme passif postnatal¹⁴.

Les complications obstétricales observées chez les femmes toxicomanes sont surtout le fait de toxicomanies associées (alcool, tabac, cocaïne) :

- **L'alcool** :

L'alcool est le produit d'addiction le **plus dangereux** pour le fœtus. Une consommation modérée ou forte d'alcool pendant la grossesse peut être responsable d'un ensemble plus ou moins complet d'anomalies malformatives et dysmorphiques, d'un retard de croissance pré- et postnatal et de troubles graves du développement neurologique, cognitif et comportemental¹⁵.

- **Le tabac** :

Le tabac et le cannabis sont surtout responsables d'une hypotrophie fœtale. Le tabagisme de la femme enceinte peut entraîner des complications obstétricales (grossesse extra-utérine, hématomes rétro-placentaires, anomalies d'insertion du placenta). C'est aujourd'hui la première cause de

¹² Lejeune C, et al., Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Arch Pediatr 1997; 4: 263-70

¹³ Roques B., 1999, La dangerosité des drogues, Paris, Éditions Odile Jacob, La Documentation Française.

¹⁴ Wisborg K., et al. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child 2000 ; 83 : 203- 206.

¹⁵ Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation foetale. Devenir 2001 ; 13 :77-94.

prématurité et de retard de croissance intra-utérin. L'exposition au tabac in utero, et/ou après la naissance est l'un des facteurs en cause en cas **de mort subite** du nourrisson¹⁶.

- **La cocaïne et le crack :**

La cocaïne et le crack, par leur effet vasoconstricteur, peuvent être responsables de **lésions ischémiques** tissulaires fœtales. La cocaïne augmente les risques de décollement placentaire, d'avortement. Des séquelles de pathologies périnatales, et en particulier une anoxie *per-partum* et la prématurité (conséquences indirectes du mauvais suivi de la grossesse), peuvent être responsable d'handicaps¹⁷. Les nouveau-nés de mères cocaïnomanes peuvent avoir un poids inférieur à la moyenne et être de plus petite taille. Des problèmes d'alimentation du nouveau-né, des manifestations anormales à l'EEG, des convulsions et des malformations urogénitales ont également été rapportés².

En résumé :

L'héroïne au cours de la grossesse n'est pas, en soi, source de complications majeures ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Les complications obstétricales sont surtout le fait de consommations ou dépendances associées (tabac et alcool), de l'alternance entre périodes de consommation et d'abstinence, du manque de suivi obstétrical ou des difficultés psycho-sociales.

Traitement de substitution

La grossesse est aujourd'hui considérée comme une situation privilégiée pour l'instauration d'un traitement de substitution⁵.

La diminution ou l'arrêt du traitement n'est pas recommandée lors de la grossesse, sauf sous strict monitoring clinique et fœtal (cf. chapitre sevrage).

A. Avantage d'un traitement par la méthadone

Le traitement de substitution chez les femmes enceintes héroïnomanes présente l'avantage d'améliorer leur suivi en les intégrant dans un cadre où la prise en charge est globale. Cela implique une amélioration du suivi de leur grossesse et des données périnatales ; résultat d'ailleurs soutenu par de nombreuses études^{18,19}. Grâce à une ½ vie élevée (24-36 h), la méthadone maintient les taux d'opiacés maternels stables et minimise ainsi les épisodes successifs de pics plasmatiques et de périodes de manque que l'on peut retrouver avec l'héroïne ou d'autres opiacés à demi-vie plus courte et qui sont générateurs de souffrance fœtale²⁰. Sa cinétique lente, plus que pour n'importe quel autre opiacé, a pour conséquence une faible variation de ses taux plasmatiques sur 24 heures, ou sur des cycles plus longs. De nombreuses autres publications rapportent également une nette diminution de l'incidence des complications fœtales et obstétricales, une diminution de la mortalité et de la morbidité sous méthadone²¹.

¹⁶ Les recommandations de la conférence de consensus du mardi 30 novembre 2004 à l'ANAES

¹⁷ Lejeune C. et al. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 395-404.

¹⁸ Hagopian GS et al. Neonatal outcome following methadone exposure in utero. J Matern Fetal Med 1996; 5: 348-354

¹⁹ Mac Carthy JE, et al. Outcome predictors in pregnant opiate and polydrug users. Eur J Pediatr 1999; 158 : 748-749

²⁰ Umans JG & Szeto HH. Precipitated opiate abstinence in utero. Am J Obstet Gynecol 1985 ; 151 :441-4.

²¹ Kaltenbach K, et al., Opioid Dependence During Pregnancy : Effects and Management. Obstet. & Gynecol Clinics of N. Amer. 1998 ; 25 (1) : 139-51.

Un éditorial de J. Ward et al. paru dans Lancet (1999)²² synthétise les différents bénéfices d'un traitement de substitution par la méthadone pendant la grossesse :

- Protection du fœtus contre les effets délétères des épisodes répétés de sevrage,
- Prévention des risques de transmissions virales (VIH, VHB, VHC,...),
- Amélioration du suivi médical de la grossesse,
- Prévention de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin,
- Prévention des rechutes de consommation d'héroïne et d'autres produits d'addiction.

En revanche, le Syndrome d'Abstinence Néonatal (SAN) est un peu plus sévère et prolongé après un traitement de maintenance à la méthadone qu'après héroïne²³.

B. Posologie de méthadone

Il n'existe pas, actuellement, de protocole bien défini concernant l'adaptation de la posologie de méthadone chez une femme enceinte. Cependant, plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de **maintenir des posologies adaptées, quelles qu'en soit le niveau**, en cours de grossesse, voire d'augmenter la posologie en fin de grossesse²⁴. En effet, chez les femmes enceintes, pour une posologie de méthadone identique, le taux plasmatique est plus bas que la normale^{25,26}. De plus, diminuer les posologies de méthadone en fin de grossesse, ce qui est souvent demandé par les femmes elles-mêmes afin de minimiser le SAN, semble plus souvent dangereux qu'utile¹⁹. Il existe un risque non négligeable, chez les femmes éventuellement sous-dosées en médicament de substitution, de co-consommation de substances toxiques pouvant entraîner :

- une aggravation globale du SAN en cas de polyintoxication^{27,28},
- une aggravation en cas de consommation simultanée de cocaïne²⁹,
- surtout, une aggravation, une prolongation et un caractère retardé du SAN (voire en deux vagues), en cas de prise simultanée de benzodiazépines^{30,31},
- un SAN a également été décrit chez les nouveau-nés de mères alcooliques, qu'il existe ou non un syndrome dysmorphique d'alcoolisation fœtale³².

De manière générale, la posologie pour le plus grand nombre doit être comprise entre **60 et 150 mg/j** afin d'éviter une prise concomitante de toxiques illicites induite par un sous-dosage en méthadone⁵. La grossesse entraîne des modifications physiologiques et métaboliques plus particulièrement pendant le **3ème trimestre**²⁰ et des signes de manque peuvent être observés. La posologie adéquate de méthadone doit donc être déterminée individuellement en prenant en compte la symptomatologie de manque de la mère. **La posologie pourra alors être ajustée** (par

²² Ward J, et al., Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet 1999 ; 353 : 221-6.

²³ Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. HAS 1^{er} et 2 février 2007.

²⁴ Drozdick J, et al., Methadone trough levels in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002 ; 187 : 1184-1188.

²⁵ Kandall SR, et al. The methadone-maintained pregnancy. Clin Perinatol 1999 ; 26 : 173-183.

²⁶ Jarvis MA, et al. Alterations in methadone metabolism during late pregnancy. J Addict Dis 1999 ; 18 : 51-61.

²⁷ Dashe JS, et al. Relationship between maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. Obstet Gynecol 2002 ; 100 : 1244-1249.

²⁸ Fundaro C et al. Neonatal abstinence syndrome and maternal toxicological profile. Minerva Pediatr 1994 ; 46 : 83-88

²⁹ Mayes LC, & Carroll KM. Neonatal withdrawal syndrome in infants exposed to cocaine and methadone. Subst Use Misuse 1996 ; 31 : 241-253.

³⁰ Wilbourne PL et al. Benzodiazepine and methadone use is associated with longer neonatal withdrawal in poly-substance exposed infants (Abstract 572). Am J Obstet Gynecol 2000 ; 182 : S177

³¹ Sutton LR & Hinderliter SA. Diazepam abuse in pregnant women on methadone maintenance. Implications for the neonate. Clin Pediatr 1990 ; 29 : 108-111.

³² Coles CD et al. Neonatal ethanol withdrawal: characteristics in clinically normal, nondysmorphic neonates. J Pediatr 1984 ; 105 : 445-451.

palier de 5mg tous les 4 à 7 j.) avec une possibilité de bi-prise, si les symptômes persistent. Durant le 3^{ème} trimestre, des chutes de **méthadonémie** sont également possible. Elles peuvent devenir suffisamment basses pour entraîner une souffrance fœtale. Certains auteurs préconisent donc de réaliser des méthadonémies dès qu'il y a suspicion de sous-dosage afin de maintenir un taux constant^{33,34}.

En résumé :

Ne pas arrêter ou diminuer un traitement de substitution sans suivi médical.

La prescription de méthadone permet de réduire les risques obstétricaux et les effets sur le fœtus et le nouveau-né.

Maintenir une posologie adaptée en cours de grossesse, voire augmenter la posologie en fin de grossesse, est indispensable.

Ne pas hésiter à demander une méthadonémie si la clinique suggère un sous-dosage.

C. Allaitement et méthadone

Dans l'esprit d'un travail sur les **liens mère-enfant**, il semble intéressant d'encourager cette pratique surtout s'il s'agit d'une demande formulée par la patiente. L'allaitement peut renforcer le rôle « nourricier » et « calmant » pour la mère comme pour l'enfant (lors de pleurs ou de syndrome de sevrage)². Comme il n'existe **pas d'effet malformatif de la méthadone**, l'allaitement maternel est donc possible. Le passage dans le lait maternel est très faible, notamment lorsque la méthadonémie se situe dans les fourchettes thérapeutiques habituelles⁴.

Le pic de méthadone se retrouve 4 à 5 heures après sa prise. Certains auteurs ont donc proposé d'éviter l'allaitement lors de ce pic³⁵ mais, en pratique, le taux de méthadone reste très faible et assez constant sur 24 heures pour permettre l'allaitement à tout moment.

Concernant la **posologie**, un grand nombre d'études montre qu'il n'existe pas de corrélation linéaire entre celle-ci et le taux de méthadone lacté⁵. Pour mémoire, en 1994, les recommandations américaines n'acceptaient un allaitement maternel que pour des doses de méthadone inférieures à 20 mg par jour³⁶ (!), ce qui était en décalage avec la réalité clinique. Mais quelques études ont pu démontrer l'absence d'un quelconque effet sur le fœtus à des doses allant jusqu'à 80 mg par jour et des taux très faibles de méthadone dans le lait maternel pour des patientes avec des posologies élevées de méthadone. En France, les mentions légales des spécialités à base de méthadone permettent l'allaitement après évaluation du rapport bénéfice/risque.

Pour les maladies transmissibles comme le VIH maternel et le VHC (PCR+), l'allaitement au sein est très controversé. Les recommandations anglaises définissent le sida et l'hépatite C comme deux contre-indications importantes à l'allaitement³⁷. Cependant, un consensus presque général s'est établi pour autoriser l'allaitement maternel chez les femmes séropositives pour le VHC, même si elles sont PCR positives¹⁹ (plus de 80 % des anciennes toxicomanes par voie intraveineuse sont VHC positives dont environ 60 % ont une PCR positive³⁸).

³³ Finnegan L.P. Women, pregnancy and methadone. Heroin Add. and Rel. Clin. Probl. 2(1), 2000, pp : 1-8

³⁴ Jarvis M. et al., Alterations in methadone metabolism during late pregnancy. Journal of Addictive Diseases, 18(4), 1999, pp : 51-61

³⁵ Wojnar-Horton RE. et al., Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. Br J Clin Pharmacol 1997; **44**: 543-7.

³⁶ American Academy of pediatrics Committee on Drugs : The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; **93**: 137-50.

³⁷ Departement of health. Drug misuse and dependance : guidelines on clinical management, 1999 p. 82.

³⁸ Latt NC, et al. Hepatitis C in injecting drug using women during and after pregnancy. J Gastroenterol Hepatol 2000 ; 15 : 175-181.

En résumé :

La méthadone n'est pas tératogène.

Encourager l'allaitement sauf contre-indications médicales.

Les quantités de méthadone dans le lait maternel sont trop faibles pour intoxiquer le bébé, ou pour prendre en charge le syndrome d'abstinence néonatale.

Sevrage

L'arrêt anarchique de la consommation d'héroïne provoque des symptômes de sevrage qui peuvent engendrer une anoxie placentaire néfaste quel que soit le stade de la grossesse. Pour la plupart des auteurs, **le sevrage de l'héroïne est donc peu indiqué** pendant la grossesse, voire contre-indiqué, car il fait courir des risques au nouveau-né (convulsions pouvant entraîner la mort). Dans ce cas, un traitement de substitution opiacée (buprénorphine ou méthadone) reste un bon moyen d'améliorer le suivi de la grossesse.

Une diminution ou un sevrage de la méthadone lors de la grossesse présente un risque essentiel de re-consommation (taux de récurrence à 50 %³⁹) avec souvent désertion du milieu socio-sanitaire qui peut alors entraîner de graves conséquences pour la suite de la grossesse⁴⁰.

Si malgré les effets bénéfiques de la méthadone, la patiente (souvent influencée par son entourage) souhaite rapidement diminuer, voire arrêter ce traitement afin de passer du statut de toxicomane à celui de mère, il est possible de réaliser un sevrage méthadone à tout moment de la grossesse, sous couvert d'une surveillance par une équipe expérimentée avec, dans l'idéal, un monitoring fœtal⁴¹. Cependant, il est recommandé de réaliser le sevrage au 2^{ème} trimestre de la grossesse avant la 32^e semaine⁴². En effet, un sevrage brutal au premier trimestre accroît le risque de fausse couche spontanée.

Certains auteurs comme C. Archie⁴³ préconisent, pour les femmes hospitalisées ayant fréquemment un monitoring fœtal, une diminution de la dose de méthadone de 1 mg/jour. En ambulatoire, l'auteur conseille une décroissance de 5 mg toutes les 2 semaines, tout en restant très vigilant sur une possible prise de tranquillisants ou d'alcool pour palier le manque.

En résumé :

Le sevrage est rarement indiqué : risque de re-consommation ou de complications fœtales.

³⁹ Chang G. et al, Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependant women. Journal of substance abuse treatment, 9, 327-330, 1992.

⁴⁰ Van Woensel G & Beyra-Vanneste AL., Maternité et toxicomanie : état des connaissances. Revue de la Médecine Générale, N° 171 mars 2000, pp 124-134

⁴¹ Kaltenbach K. et al., Opioid dependence during pregnancy. Obstetrics and gynecology. Clinics of North America, 25(1), 03/1998, pp: 139-151.

⁴² Finnegan LP., Treatment issues for opioid dependent women during during the perinatal period. J Psychoactive Drugs 1991; 23 (2) : 191-202

⁴³ Archie C., Methadone in the management of narcotic addition in pregnancy. Obstetrics and gynecology, 10, 1998, pp 435-440.

Patients' help-seeking behaviours for health problems associated with methadone and buprenorphine treatment

Adam R. Winstock, Toby Lea, & Janie Sheridan

Drug and Alcohol Review (July 2008)

En préambule à cette étude, les auteurs rappellent que les patients sous traitement de substitution aux opiacés ont souvent de nombreux problèmes de santé liés à l'injection ou aux effets toxicologiques directs des drogues. Les traitements de substitution aux opiacés peuvent également engendrer des effets secondaires (sudation, sédation, constipation, dysfonctionnement sexuel et céphalées) qui sont certes moins fréquemment étudiés mais qui représentent l'aspect le plus négatif du traitement.

Ainsi, dans cette étude, le Dr A. R. Winstock et son équipe ont identifié les différents problèmes de santé associés aux traitements de substitution opiacée (méthadone et BHD) chez leurs patients. Cette étude a donc permis d'étudier l'importance des problèmes évoqués par les patients et la fréquence des demandes de soins de ces patients parmi le panel de problèmes de santé pré-définis. Une enquête transversale a donc été réalisée auprès de 508 patients recevant un traitement par méthadone (n= 442) et buprénorphine (n= 66) dans des pharmacies communautaires en Nouvelle-Galles du Sud (NSW) en Australie.

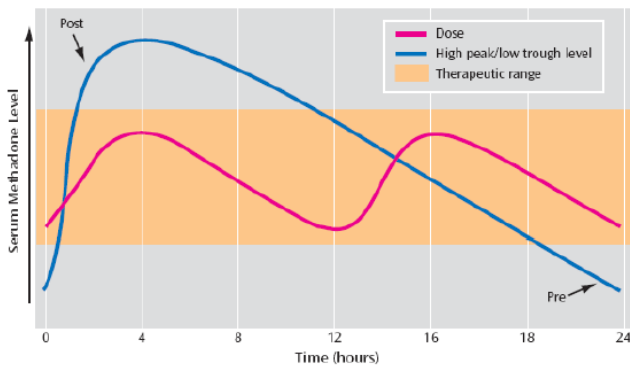
Résultats : Les problèmes de santé les plus couramment rapportés dans les questionnaires d'auto-évaluation, et qui avaient suscité une demande de soins de la part des usagers concernés **les problèmes dentaires (41 %), l'hypersudation (26,4%) et la diminution du plaisir sexuel (24,2%)**. 29,9% de ces participants ont été traités pour leurs problèmes dentaires, et les soins les plus fréquemment apportés aux usagers concernaient la constipation (25 %) et les céphalées (24%). Dans cette étude, **aucune différence significative n'avait été observée entre les patients sous méthadone et ceux sous buprénorphine haut dosage**. Cependant, les participants sous méthadone à des posologies supérieures ou égale à 100 mg étaient plus susceptibles de présenter des problèmes de sudation.

Discussion et conclusions : Les demandes de soins insatisfaites des patients de cette étude suggèrent que les professionnels de santé devraient envisager d'améliorer l'évaluation clinique et les réponses thérapeutiques aux problèmes de santé liés aux thérapies de substitution aux opiacés.

Problème de santé	Problèmes souvent évoqués	Demande de soins	Soins reçus
Problèmes dentaires	50,2	41,1	29,9
Sudation	40,6	26,4	14
Constipation	38,4	21,7	25
Réduction du plaisir sexuel	27,4	24,2	7,9
Céphalées	30,5	17,7	24

Commentaires de lecture adressés à la rédaction

Concernant l'éditorial du Flyer 35 et la remise en cause du dogme de la mono-prise systématique dans l'article du Dr Bryon ADINOFF.



Je trouve cet article très intéressant. Il nous permet de prendre connaissance des différentes pratiques et de ne pas rester « figé » dans les nôtres. En ce qui me concerne, de manière générale, je prescris à mes patients la méthadone en mono-prise quotidienne. En effet, je considère que la prise unique doit rester dans la dynamique du traitement et que la bi-prise s'adresse plutôt à des cas particuliers. Mais, cette pratique doit s'adapter à la clinique. Je privilégie donc la bi-prise de méthadone lorsqu'il s'agit de métaboliseurs rapides ou de patients algiques (avec des fractures ou d'autres pathologies somatiques graves...), ou lorsque la qualité du sommeil est mauvaise. Ainsi, dans ma pratique, peu de patients (3-4 sur une file active d'environ 80 patients au centre) sont en bi-prise quotidienne de méthadone.

Dr Béatrice De MONTJOYE
Centre Méthadone
Hôpital Cochin, Paris 14

A propos du même article :

En tant que médecin généraliste-relais, je suis amené à suivre une dizaine de patients traité par la méthadone sirop venant de CSST ou de service hospitalier. Je ne suis pas étonné que pour certains usagers une bi-prise quotidienne soit plus adaptée qu'une mono-prise. En effet, je pense que la $\frac{1}{2}$ vie des médicaments de substitution aux opiacés et surtout leur durée d'action, que ce soit la buprénorphine haut

dosage ou la méthadone, n'est parfois pas suffisante chez certains usagers pour couvrir 24 heures. C'est la raison pour laquelle je n'hésite pas à interroger systématiquement mes patients sur leur état clinique tout au long des 24 heures qui suivent la prise. Ainsi, s'ils présentent des états de manque (sueur, agitation, anxiété...) tôt le matin, je les considère comme des métaboliseurs rapides et je leur conseille de fractionner leur posologie afin qu'ils puissent passer une nuit plus tranquille.

Dr Serge CONTARD
Médecin généraliste
Narbonne

A propos du même article :

Même si la mono-prise est la règle pour le plus grand nombre, comme l'écrit le Dr ADINOFF, j'ai observé dans ma pratique quotidienne que la bi-prise est plus adaptée pour certains patients. Je prescris couramment une bi-prise quotidienne chez les métaboliseurs rapides. Ainsi, lorsqu'un patient est à une posologie élevée, et que sa méthadonémie résiduelle est basse (24 heures après la prise précédente), je fractionne la prise de méthadone tout en continuant à augmenter progressivement la posologie jusqu'à la stabilisation du patient. Je suis également partisane de la bi-prise, lorsque certains patients sont paniqués à l'idée d'être en manque au réveil ou de ne pouvoir s'endormir le soir 'sans rien'. Même avec seulement 10-20 mg pour le soir, ces usagers se sentent rassurés et pourront à terme décider de passer à une mono-prise si celle-ci leur convient et lorsqu'ils seront prêts psychologiquement.

Dr Sylvie Mahier
CSST APS Contact
PROVINS

A propos du même article :

Je ne suis pas étonné par le schéma que l'on retrouve dans l'éditorial de la revue, car il représente clairement ce que l'on observe en pratique clinique. La mono-prise est classiquement privilégiée en CSST car elle permet le contrôle de la prise.

En médecine de ville on peut se retrouver dans différentes configurations :

- Si le patient est relativement peu inséré, et a donc peu de repère de temps et de rythme imposé dans la journée (par le travail, l'entourage...), la prise de psychotropes devient la principale horloge biologique ressentie, et les prises de méthadone peuvent se faire en 2 voire, plus rarement, 3 fois. Avec la buprénorphine haut dosage le schéma est similaire, sauf si l'utilisation se fait par injection ou sniff, ce qui va souvent de pair avec une multiplication des prises.

- Si le patient est inséré socialement une partie de l'accompagnement consiste à l'inciter à prendre son traitement de substitution comme un traitement pour le diabète ou l'hypertension : il est nécessaire de le prendre pour ne pas aller mal, mais il est préférable de l'oublier le plus possible dans le déroulement de la journée. Cela signifie d'une part une posologie suffisante pour ne jamais ressentir ni manque, ni « montée » au moment de la prise et d'autre part une monoprise.

Entre ces deux situations :

- Certains patients, bien insérés socialement, apprécient de prendre la méthadone en 2 fois, par exemple au retour du travail pour accompagner le changement d'activité ou le passage difficile de fin de journée (baisse de l'humeur, anxiété) ou encore l'accompagnement dans le sommeil. Ce peut être préférable à une prise d'alcool qui aurait la même fonction.

- D'autres utilisent parfois une faible posologie supplémentaire de leur MSO en cas de fatigue, si la journée de travail se prolonge.

Dans ma pratique, je n'encourage pas *a priori* le fractionnement de la posologie de méthadone, mais ce sont mes patients qui me parlent de leur mode de prise. En revanche, je leur conseille la bi-prise quotidienne dès qu'ils présentent des effets secondaires importants et désagréables comme un pic de somnolence après la prise associé ou non à un effet de manque en fin de cycle de 24 heures. Par ailleurs je vérifie avec eux que le traitement s'intègre de façon optimale dans le déroulement de leur journée, en fonction de leur mode de prise et de leur rythme de vie.

Dr Luc DE MASSÉ
Médecin généraliste
Paris

Infos brèves

L'incitation financière efficace pour l'arrêt du tabac

Une étude intéressante vient d'être publiée dans le New England Journal of Medicine. Les auteurs ont souhaité évaluer l'impact que pourrait avoir une incitation financière sur l'arrêt du tabac. 878 patients ont été randomisés en deux groupes. Dans le premier, les individus recevaient une information sur les programmes d'arrêt du tabac et dans le second, la même information était donnée et accompagnée d'incitations financières. La première était une somme de 100\$ pour être allé au bout d'un traitement de sevrage tabagique, la seconde était de 250\$ récompensant l'abstinence à 6 mois (confirmée par un test biologique – cotinémie) et la troisième, 400\$ pour une abstinence, confirmée par le même test, 6 mois plus tard.

9 ou 12 mois après le début de l'étude, les taux d'abstinence sont trois fois plus élevés dans le groupe d'individus stimulés financièrement (14,7% vs. 5,0%, p<0.001) que dans le groupe ayant reçu seulement l'information sur les programmes d'arrêt du tabac.

Dans le groupe recevant une incitation financière, les taux d'individus accédant à un traitement du tabagisme (15,4% vs. 5,4%, p<0.001) et allant jusqu'à son terme (10,8 % vs. 2,5%, p<0.001) étaient également significativement plus élevés.

Dans le domaine des addictions, la pratique d'incitation financière ou sous la forme de 'voucher' existe déjà outre-atlantique. Elle a largement été évaluée, notamment pour des patients consommateurs de cocaïne suivi médicalement pour un traitement de substitution opiacée. C'est le contingency management (CM) parfois couplé avec des thérapies cognitivo-comportementales (TCC ou CBT – Cognitive Behavioral Therapy). Si les résultats sont indiscutables, il est à parier que de telles pratiques, malgré leur rapport coût-efficacité, soient très discutées, sinon d'emblée rejetées, de ce côté-ci de l'Atlantique.

La rédaction du Flyer

Y21295, avril 2009



ASUD met à disposition des usagers et des professionnels du soin et de la réduction des risques, un outil d'information et de prévention concernant spécifiquement l'hépatite C.

Ce document est disponible auprès d'ASUD, en téléphonant au :
01 71 93 16 48

Elles peuvent également être commandées sur le site Internet :
www.asud.org/publications/

Par ailleurs, l'association a sorti des presses, un best-of des articles publiés dans la revue depuis ses débuts. Au menu : réduction des risques, traitements de substitution, politique, légalisation. Cette anthologie d'ASUD est disponible également en téléphonant à ASUD Paris.

ASUD Journal
HIVER 2008
N° 38 1,50 €

Juin 1992
« CHAQUE DES PAGES CHAQUE DES LIGNES DE CE JOURNAL EST LÀ POUR TÉMOIGNER, POUR SE FAIRE L'ÉCHO DE NOS PREMIERS PAS D'USAGERS-CITOYENS RESPONSABLES À PART ENTIÈRE... »

ASUD Best of

Politique (97)
FAUT-IL LÉGALISER LES DROGUES ?

Substitution (94)
LA MÉTHADONE VUE PAR SES UTILISATEURS

Et nos rubriques
RdR, DÉCROCHE, CANNABIS, VIE ASSOCIATIVE, RÉGIIONS...

Auto support et réduction des risques parmi les usagers de drogues