

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

Février 2007

N° 27

- **Editorial** : page 3
Le Comité de rédaction
- **Une comorbidité psychiatrique affecte-t-elle les résultats d'un
d'un traitement de substitution par la méthadone** page 4
Dr Marc GELKOPF, Jerusalem, ISRAEL
- **Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des
usagers de drogues en France. Etude Coquelicot, 2004** page 16
Marie-Jauffrey ROUSTIDE et al, InVS, Saint-Maurice (94)
- **Prise en charge de l'hépatite C dans un CSST hospitalier** page 25
Dr Béatrice BADIN DE MONTJOYE, Paris
- **Brèves bibliographiques** : page 29
Taux de mortalité des patients traités par méthadone ou buprénorphine
Dr Michael SOYKA et al., Munich, Allemagne
- **Les infos brèves du Flyer** page 30
- ***Et, la création d'une nouvelle association de pharmaciens d'officine
Impliqués dans la prise en charge de patients avec des comportements addictifs*** page 31

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE NOVA DONA PARIS

Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL	Sce d'addictologie	LIMEIL BREVANNES
Dr Béatrice CHERRIH	E.L.T.	CHARLEVILLE MEZIERES
Stéphane ROBINET	Pharmacien	STRASBOURG
Dr Pierre BODENEZ	C.H.U.	BREST
Christine CALDERON	AIDES	PANTIN
Dr Yves CAER	Hôpital CAREMEAU	NIMES

Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ	Réseau VISA	CHAMPIGNY-S/MARNE
Dr Pierre LAUZON	C.R.A.N.	MONTREAL CANADA
Dr Didier BRY	E.L.S.A.	AVIGNON
François LAFRAGETTE	Pharmacien	PARIS
Dr Béatrice GOSPODINOV		SARREBRUCK ALLEMAGNE
Dr Nelson FELDMAN	D.A.S.	GENEVE SUISSE
Dr Karine BARTOLO	Protex	MARSEILLE
Dr Xavier AKNINE	CSST Gainville	AULNAY-S/BOIS
Fabrice OLIVET	A.S.U.D.	PARIS
Dr Antoine GERARD	Service d'addictologie	LE PUY-EN-VELAY
Dr Brigitte REILLER	C.E.I.D.	BORDEAUX
Dr Jean-Pierre JACQUES		BRUXELLES BELGIQUE
Dr Olivier POUCKET	Centre Baudelaire	METZ
Dr Thierry LEDENT	Service d'addictologie	CARVIN
Dr Catherine PEQUART	La Boutique	PARIS
Dr Colette GERBAUD	C.H.U. St-Roch	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

Le premier février 2007, plus personne ne fume dans les locaux de soins, qu'il s'agisse des patients ou du personnel : êtes-vous prêts ?

Les fumoirs et les aires fumeurs devront disparaître de tous les locaux des services de soins. Aucune exception n'est prévue pour les services de psychiatrie. On ne pourra fumer que dehors. Ce qui motive la législation est la protection contre le tabagisme passif (dont les conséquences sont maintenant bien connues) dans le monde du travail, qu'il s'agisse ici de protéger les soignants ou les patients.

Divers pays européens appliquent déjà ce type de législation à des degrés divers et aucun ne souhaite revenir en arrière.

Comment les choses vont-elles se passer dans les services d'addictologie, dans les services de psychiatrie, en particulier fermés, et dans les lieux de soins externalisés ?

Certains pays ont déjà une expérience de l'interdiction complète du tabac et en tirent un bilan positif. Dans les services de psychiatrie, les posologies d'antipsychotiques ont baissé d'au moins 20%, les agitations redoutées ne sont pas survenues. Rappelons que le tabagisme représente la première cause d'excès de mortalité naturelle des patients schizophrènes et que ceux-ci ont une mortalité de cause évitable 5 fois supérieure à la population générale.

Néanmoins, le constat est que les choses doivent être préparées :

- Information préalable des patients et des équipes
- Campagne d'information par affichage (dans un mois, ces locaux seront totalement non-fumeurs...)
- Formation à l'accompagnement au sevrage tabagique
- Intégration du bilan tabacologique et de l'aide au sevrage dans les soins courants, en particulier dans les services de psychiatrie
- Mise à disposition de traitements adaptés
- Aménagement d'espaces couverts au dehors pour les fumeurs.

Quelques sources d'information utiles, toutes accessibles par internet :

- D'Irlande : *Practical guidelines and obligation towards a smoke free mental health service* (mai 2006).
- De Suède : *Recommandations : tobacco cessation and policy recommendations for psychiatric care*
- Du Royaume-Uni, une excellente revue de la littérature du Dr Ann McNeill : *Smoking and mental Health, a review of the literature* (2001)
- Et le Réseau Hôpital Sans Tabac, dans sa dimension européenne, avec de nombreuses informations utiles en ligne : <http://ensh.aphp.fr>

Un remboursement forfaitaire, malheureusement à priori peu important (50 euros par an et par personne), devrait permettre d'accompagner la mesure. La nécessité de formation et d'accompagnement des équipes est considérable et devrait constituer un préalable à l'application de la législation. Il reste peu de temps !

La rédaction

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/

Une comorbidité psychiatrique affecte-t-elle le résultat de la prise en charge des usagers de drogues ?

Une évaluation prospective de l'usage de drogue, de la rétention en traitement et des maladies infectieuses dans une Clinique Méthadone israélienne.

Marc Gelkopf (1,2), Tal Weizman (3), Yuval Melamed (1,4), Miriam Adelson (5) et Avraham Bleich (1,4).

1. Centre Médical de Santé Mentale Lev Hasharon, Pardessia, Netanya, Israël

2. Centre Méthadone de Jérusalem, Jérusalem, Israël

3. Département de Psychiatrie, Centre Médical Sourasky, Tel Aviv, Israël

4. Faculté de Médecine Sackler, Université de Tel Aviv, Ramat Aviv, Israël

5. Clinique Sheldon G. Adelson de traitement et de recherche sur l'usage de drogues, Tel Aviv, Israël

Résumé : Objectif : L'influence de la comorbidité psychiatrique de patients toxicomanes sur l'efficacité de leur traitement est une question importante et encore non résolue. Nous avons étudié les liens entre les types de comorbidité psychiatrique et de détresse psychologique, et les variables évaluant l'efficacité du traitement. Méthode : 151 patients traités par la méthadone ont été évalués lors d'un entretien clinique structuré, par des analyses d'urine bi-hebdomadaires, ainsi que par des questionnaires relatifs aux comportements à risques et à la détresse psychologique pendant une période de 3 ans. La rétention en traitement, les données démographiques et le statut d'hépatite C ont été enregistrés. **Résultats** : Les taux élevés de comorbidité psychiatrique Axe I sur la vie entière (82,8%) et actuellement (66,2%) correspondaient principalement à des troubles anxieux et affectifs, dont beaucoup étaient induits par la prise de drogues. Les patients atteints d'une comorbidité psychiatrique actuelle présentaient davantage de troubles liés aux drogues, bien qu'ils n'aient pas consommé plus de drogue ni ne soient restés moins longtemps en traitement que les patients ne présentant pas de comorbidité psychiatrique. Les patients présentant un trouble sur la vie entière de l'Axe I sont restés plus longtemps en traitement. La sévérité de la détresse psychologique était corrélée avec l'existence d'un diagnostic actuel lié à l'usage de drogues, à l'usage de benzodiazépine, à une posologie plus élevée de méthadone, aux comportements à risque et à la présence de l'hépatite C. **Conclusions** : La sévérité de la détresse psychologique, mais pas les troubles psychiatriques comorbides, a une influence négative majeure sur l'évolution de la prise en charge de patients traités par la méthadone. Étonnamment, les patients atteints d'une maladie mentale comorbide semblent rester sous traitement plus longtemps que les autres. Les efforts thérapeutiques doivent également se concentrer sur le traitement du sentiment subjectif de détresse et sur son influence potentielle sur les comportements vis-à-vis de l'usage de drogue.

Introduction

L'abus et la dépendance aux drogues ont des conséquences sociales, médicales, psychologiques et économiques majeures. Leur prise en charge est complexe, longue et coûteuse et requiert des interventions multidisciplinaires. Les troubles psychiatriques concomitants et les profonds sentiments de détresse psychologique identifiés chez de nombreux toxicomanes constituent un défi thérapeutique majeur (1).

Le lien entre les différents types de comorbidité et le statut médical (2,3), psychologique (4) et comportemental (3) (notamment les comportements à risque) et les variables au cours du traitement telles que la persistance d'un abus de drogues (5,6), la posologie de méthadone (7) et la rétention en traitement (8) doivent encore être clarifiés.

Les questions auxquelles nous souhaitons pouvoir répondre étaient les suivantes : Quelle est :

- 1) La prévalence des troubles psychiatriques de l'Axe I liés ou non à une substance parmi des patients israéliens substitués par la méthadone ?

- 2) L'association entre l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la situation de famille, le niveau éducatif, le passé carcéral et une éventuelle comorbidité psychiatrique ?
- 3) Le lien entre l'âge de début de l'abus de drogue ou d'héroïne et la chronologie de prise en charge du trouble psychiatrique comorbide ?
- 4) L'influence de l'association d'un diagnostic de comorbidité psychiatrique à celui de trouble lié aux drogues sur les résultats du traitement ?
- 5) L'influence de l'existence d'une détresse psychologique sur la rétention en traitement, la persistance d'un abus de substance, la posologie de méthadone, l'hépatite C et les comportements à risque vis-à-vis du VIH/VHC ?

Nous avons étudié la prévalence de la comorbidité psychiatrique sur l'Axe I et de la détresse psychologique chez des patients substitués par méthadone. Les données relatives aux antécédents d'usage de drogues, d'usage de drogues au cours du traitement, à la rétention en traitement, à la détresse psychologique, au statut de l'hépatite C et au comportement à risque vis-à-vis du VIH/VHC ont été enregistrées.

Méthodes

Population et programme thérapeutique

L'échantillon comprenait 151 hommes et femmes dépendants aux opiacés admis au cours d'une période de trois ans dans notre clinique méthadone ambulatoire affiliée à l'hôpital universitaire de Tel Aviv (Israël). Le traitement par méthadone était administré conjointement à tout autre traitement médical requis (9,10). Tous les patients assistaient à des séances hebdomadaires d'aide psychologique. Un psychiatre rencontrait les patients de manière programmée ou à la demande de l'équipe. Le programme de la clinique et les modalités d'admission des patients étaient conformes aux recommandations du Centre (11). Les patients pouvaient être exclus du programme s'ils présentaient des comportements violents dans l'enceinte de la clinique mais pas en cas de mauvaise compliance au traitement ou d'abus de drogues.

Les 151 admissions correspondent à 85,8 % (151/176) de l'ensemble des patients admis au sein de la clinique. Sur les 25 patients exclus de l'étude, 18 ont interrompu le traitement avant la fin de l'évaluation initiale, cinq étaient indisponibles pour cause d'hospitalisation et deux d'entre eux étaient analphabètes. Les statuts sérologiques pour l'hépatite C, le VIH et pour la tuberculose sont déterminés, chez respectivement 139, 145 et 151 patients. Les données relatives à l'abus de drogues au cours du traitement ont été collectées après une, deux et trois années (pour 120, 105 et 94 patients, respectivement). La case 1 présente le nombre de sujets pour chacune des variables mesurées et le tableau 1 - les données démographiques et médicales.

Box 1. Interviews, questionnaires and medical tests performed

Questionnaire, interview or test used	N
SCID 1	151
SCL-90-R	151
HIV/HCV risk behavior	151
ASI	151
Drug abuse after 1 year of treatment	120
Drug abuse after 2 years of treatment	105
Drug abuse after 3 years of treatment	94
Hepatitis C	139
HIV	145
TB	151

Tous les sujets ayant participé ont signé un consentement éclairé relatif à leur participation, après une explication complète des procédures de l'étude. Ils n'ont pas été rémunérés ni rétribués de quelque manière que ce soit. L'étude a été approuvée par le Comité Consultatif Institutionnel.

Méthodologie

L'étude consistait en une évaluation prospective des résultats du traitement sur les plans psychologiques, du statut médical et de l'usage de drogues. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires appropriés.

Les données de l'évaluation ont été collectées un ou deux mois après l'admission dans l'étude et après stabilisation de la posologie de méthadone (de 20 à 180 mg). Avant l'entretien et la remise des questionnaires, les patients ont été examinés afin de déterminer s'ils présentaient des signes d'intoxication ou de manque.

Afin de garantir une représentativité exploitable de l'échantillon et d'éviter que l'évaluation ne se limite qu'à ceux restant en traitement, nous avons analysé l'intégralité de la série de données, malgré le nombre important d'abandons avant la fin de la période de trois ans. Les taux de rétention à un ou deux ans au sein de notre échantillon étaient respectivement de 79,5 % et de 69,5 %. Nos conclusions ne reflètent que ce qui relève du cadre du programme de substitution par la méthadone, pour des patients en primo-admission, ceux ayant quitté le programme ne pouvant être réadmis dans l'étude. Les différences entre les patients qui ont interrompu le traitement et ceux qui l'ont poursuivi ont été évaluées séparément, à l'aide d'analyses de régression distinctes. Le taux d'abandon du traitement été considéré comme une variante majeure.

Evaluations

Les diagnostics ont été réalisés à l'aide de l'échelle SCID d'Entretien Clinique Structuré pour DSM-IV (SCID (Structural Clinical Interview for DSM-IV) 1 ; 12 ;13).

- **La sévérité de la détresse psychologique** a été évaluée à l'aide du questionnaire SCL 90-R (Symptom Checklist 90-Revised). Le SCL 90-R est un questionnaire présentant 90 items permettant d'évaluer la détresse psychologique selon neuf dimensions : dépression, anxiété, anxiété phobique, sensibilité interpersonnelle, psychose, idéation paranoïde, hostilité, somatisation et comportement obsessionnel-compulsif. On a demandé aux patients d'évaluer leurs symptômes sur une échelle de Likert à 5 niveaux, graduée de 0 « absolument pas » à 4 « extrêmement ». Le coefficient alpha se situe entre 0,77 et 0,90 et les valeurs test re-test – de 0,78 à 0,90.

- **L'usage de stupéfiants lors du traitement** a été évalué à l'aide d'analyses urinaires. Les patients ont été soumis à deux tests urinaires randomisés (par ordinateur) et sous observation (afin de s'assurer que les échantillons remis étaient bien « de réels » échantillons). Ces échantillons ont été analysés afin d'y déceler l'éventuelle présence de morphine/codéine, benzodiazépine (BZD), cannabis, amphétamines et de cocaïne, à l'aide de la méthode EMIT (15) dans un laboratoire extérieur.

- **Taux de rétention.** Le taux de rétention a été calculé en nombre de jours pendant lesquels le patient a suivi le traitement. Les dossiers des patients, ayant interrompu celui-ci sans aucune justification depuis plus de 14 jours, étaient clos.

- **Les données démographiques et portant sur les antécédents d'usage de drogues** ont été extraites de l'Addiction Severity Index (ASI, 16), généralement soumise au patient lors des deux ou trois premières semaines de traitement. Les scores de sévérité n'ont pas été pris en compte. L'ASI possède des normes psychométriques acceptables (17).

- **Les comportements à risque vis à vis du VIH/VHC** ont été évalués après environ deux mois de traitement. Les patients ont été interrogés à l'aide de notre questionnaire clinique standard, élaboré lors d'une étude préalable (18) : 1. Vous êtes-vous injecté des drogues au cours des six derniers mois ? 2. Avez-vous partagé des seringues au cours des six derniers mois ? 3. Avez-vous eu des relations sexuelles dans le but d'obtenir de la drogue ou de l'argent pour en acheter au cours des six derniers mois ? 4. Votre partenaire sexuel (ou l'un de vos partenaires sexuels) se drogue-t-il ? 5. Avez-vous toujours des relations sexuelles protégées ? 6. Avez-vous un partenaire sexuel régulier ? L'intégralité des réponses a été enregistrée.

- Les patients ont été testés pour d'éventuelles **maladies infectieuses** (hépatite B, hépatite C, VIH/SIDA et tuberculose) lors des deux premiers mois du traitement.

Table 1. *Demographic, drug abuse history and medical data at treatment intake*

	Mean (Sd; range) or N (%)
Age	37.0 (Sd=7.6; range 21-62)
Female gender	N=34 (22.5%)
Ashkenazic descent	N=46 (30.5%)
Sephardic descent	N=89 (58.9%)
Mixed descent	N=12 (7.9%)
Arabic	4 (2.6%)
Married or living with partner	N=74 (49%)
Years of education	9.7 (Sd=2.9; range 2-18)
Unemployed	N=118 (78.1%)
Age at onset of use of any substance	19.2 (Sd=6.2; range 9-54)
Age at onset of use of opiates	24.2 (Sd=7.8; range 13-53)
Declared use of more than one substance at intake	N=99 (65.6%)
Served prison time	N=78 (51.7%)
Hepatitis C	N=82/139 (59%)
HIV	N=3/145 (2.1%)
TB	N=0/151 (0%)

Entraînement des personnes réalisant les entretiens

Trois psychiatres formés à l'entretien clinique structuré (19) ont réalisé les entretiens des patients. Lorsque des interrogations ou des incertitudes ont surgi, les patients ont été à nouveau interviewés par un autre psychiatre et leur cas a été discuté jusqu'à obtention d'un consensus. Un psychologue expérimenté a administré le SCL-90-R. Les thérapeutes personnels des patients, qui avaient tous suivi une formation adaptée, se sont chargés de l'ASI. Le questionnaire HIV/VHC a été administré par un psychologue clinicien spécialisé dans le HIV/sida. Conscients de la difficulté à distinguer un diagnostic induit par la prise de drogue d'un diagnostic courant, un soin tout particulier a été apporté à s'assurer que les personnes chargées des entretiens analysent en détail l'éventuelle relation causale entre l'usage de drogues et l'apparition de symptômes liés au diagnostic.

Analyses statistiques

Les caractéristiques cliniques et démographiques des sujets atteints ou non de comorbidités psychiatriques ont été évaluées en répartissant les patients par groupes mutuellement exclusifs, en fonction de leur profil diagnostic psychiatrique. Les régressions logistiques (uni- ou multivariées) et les analyses de survie (Cox regression) ont été utilisées. L'entrée des variables dans les modèles se sont faites pas à pas ou de façon conditionnelle. Des tests-T pour les variables continues et des tests du Chi-2 pour les variables catégorielles ont également été utilisés lorsque nécessaire. Les résultats des analyses d'urine sont présentés en pourcentage de tests positifs pour chacune des substances toxiques recherchées pour le mois évalué. Le logiciel SPSS 11,5 pour PC a été utilisé pour toutes les analyses.

Résultats

Diagnostiques autres que liés à un usage de substances psychoactives

Troubles vie entière

Plus de 4/5 des participants à cette étude présentaient un diagnostic psychiatrique vie entière autre qu'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives (troubles de l'humeur 70,2 %, troubles anxieux 50,3 % et troubles psychotiques 26,5 %). Parmi ces troubles, 70,8 % des troubles de l'humeur, 60,5 % des troubles de l'anxiété et 77,5% des troubles psychotiques étaient secondaires à l'usage de substances psychoactives.

Troubles actuels

Les deux tiers de l'échantillon avaient un diagnostic psychiatrique actuel autre qu'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives : troubles de l'humeur 37,8%, troubles de l'anxiété 33,8%, troubles psychotiques 8,6% et troubles de l'adaptation 17,2%.

Parmi ces troubles, 63,2% du total des troubles de l'humeur, 45,1% des troubles anxieux et 30,8% des troubles psychotiques étaient secondaires à l'usage de substances psychoactives. Les taux de prévalence sont présentés dans le tableau 2.

Table 2. Prevalence of Axis 1 nonsubstance use disorders

Diagnostic Category	Current rate %		Lifetime rate (%)	
	N	%	N	%
Any Axis 1 disorder	100/151	66.2	125/151	82.8
Any mood disorder	57/151	37.8	106/151	70.2
Bipolar	1/57	1.8	2/106	1.9
Major depressive	10/57	17.5	21/106	19.8
Dysthymic	9/57	15.8	8/106	7.5
Substance induced	36/57	63.2	75/106	70.8
Any anxiety disorder	51/151	33.8	76/151	50.3
Panic disorder	3/51	5.9	3/76	3.9
Social phobia	1/51	2.0	2/76	2.6
Specific phobia	2/51	3.9	2/76	2.6
Obsessive-compulsive	2/51	3.9	2/76	2.6
General anxiety	1/51	2.0	1/76	1.3
Posttraumatic stress	11/51	21.6	11/76	14.5
Due to General medical condition	3/51	5.9	5/76	6.6
Not specified	5/51	9.8	4/76	5.3
Substance induced	23/51	45.1	46/76	60.5
Any psychotic disorder	13/151	8.6	40/151	26.5
Schizophrenia	7/13	53.9	7/40	17.5
Delusional disorder	2/13	15.4	2/40	5.0
Substance induced	4/13	30.8	31/40	77.5
Adjustment disorders	26/151	17.2		
Somatoform pain disorder	1/151	0.7		

Diagnostiques d'usage de substances psychoactives

Outre la dépendance à l'héroïne, les patients présentaient en moyenne 0,49 (SD=0,84) dépendance actuelle, 1,83 (SD=1,42) dépendances vie entière, 0,70 (SD=0,76) abus actuel et 1,07 (SD=0,91) abus vie entière. Les patients présentaient un total de 1,19 (SD=1,27) diagnostics d'abus ou dépendance actuels et 2,90 (SD=1,59) diagnostics d'abus ou de dépendance vie entière. Outre la dépendance à l'héroïne, 69% (n=92) avaient au moins un diagnostic d'abus ou de dépendance actuels et 92,1% (n=139) au moins un diagnostic d'abus ou de dépendance vie entière. Les taux de prévalence sont présentés dans le tableau 3.

Le rapport de la comorbidité psychiatrique actuelle avec les données démographiques ainsi que les antécédents d'usage de substances psychoactives ont été analysés en comparant les patients atteints de comorbidité psychiatrique actuelle non-induite par les substances (n=100) avec ceux qui n'en étaient pas atteints (n=51).

Aucune différence démographique majeure n'a été décelée entre les groupes atteints et ceux non-atteints de comorbidités en termes d'âge (37,5 contre 38,5 ans, $t=0,77$; $df : 149$, $P=44$), de sexe (75% d'hommes contre 82,4% de femmes, $X^2=1,05$, $df=1$, $P=0,30$), d'ethnie (33% contre 25,5% d'origine Ashkénaze, 53% contre 70% d'origine séfarade, 11% contre 2% d'origine mixte, 3% contre 2% d'origine arabe, $X^2=0,6$, $df=3$, $P=0,11$), d'années d'études (9,7 contre 9,6, $t=0,15$, $df= 149$, $P=0,88$), de pourcentage de patients divorcés ou séparés (49% contre 54,9%, $X^2=0,47$, $df=1$, $P=0,50$), de pourcentage de patients actifs (23% contre 19,6%, $X^2=0,22$, $df=1$, $P=0,63$) et d'éventuelle incarcération préalable du patient (47% contre 60,8%, $X^2=2,6$, $df=1$, $P=10$).

Table 3. *Prevalence of Axis I substance use diagnoses*

Substance of dependence and abuse	Current (n)	Current (%)	Lifetime (n)	Lifetime (%)
Methadone dependence	151	100	151	100
Sedative dependence	77	51.0	96	63.6
Sedative abuse	3	2.0	17	11.3
Cocaine dependence	11	7.3	18	11.9
Cocaine abuse	17	11.3	65	43.0
Amphetamines dependence	7	4.6	15	9.9
Amphetamines abuse	12	7.9	48	31.8
Cannabis dependence	8	5.3	16	10.6
Cannabis abuse	34	22.5	95	62.9
Alcohol dependence	3	2.0	16	10.6
Alcohol abuse	4	2.6	12	7.9
Hallucinogens dependence	0	0	0	0
Hallucinogens abuse	4	2.6	41	27.2
Polydrug dependence	8	5.3	16	10.6
Polydrug abuse	10	6.6	49	32.5

Un diagnostic vie entière de l'Axe I était significativement corrélé à l'âge de début de l'usage d'une drogue quelle qu'elle soit (17,69 contre 21,79 ans, $t=-3,22$, $df=149$, $P=0,002$) mais pas à celui de début d'usage d'opiacés (24,87 contre 23,92 ans, $t=57$, $df=149$, $P=0,57$). Le nombre de mois de traitement par la méthadone était marginalement associé à la présence d'une comorbidité vie entière (6,1 contre 1,3, $t=1,87$, $df=149$, $P=0,06$).

L'usage actuel de substances psychoactives était significativement plus élevé chez les patients atteints de comorbidité psychiatrique que chez ceux qui n'en étaient pas atteints (1,39 contre 0,80, $t=2,90$, $df=149$, $P=0,004$). Ceci était associé au diagnostic d'abus de substance (0,62 contre 0,23, $t=3,06$, $df=149$, $P=0,003$) et pas à celui de dépendance à une substance (0,77 contre 0,57, $t=1,56$, $P=0,12$). Une analyse de régression a permis de démontrer que les troubles psychotiques actuels ($T=1,95$, $P=0,05$) et les troubles de l'humeur actuels ($T=2,5$, $P=0,01$) étaient significativement associés au nombre de diagnostics d'abus actuel de substances. Les troubles actuels induits par la prise de drogues étaient significativement liés aux diagnostics actuels d'usage de ceux-ci (1,83 contre 0,99 des diagnostics d'usage de substances psychoactives, $P=0,000$).

Adhésion au traitement

L'analyse de survie (Cox regression) pour la rétention en traitement suggérait que les patients présentant un trouble vie entière de l'Axe I restaient sous traitement environ deux fois plus longtemps que ceux n'en présentant pas. ($B=-0,65$, $S.E.=0,32$, $Wald=4,3$, $P<0,04$, $Exp.(B)=0,52$). Ni le diagnostic actuel de comorbidité psychiatrique ni une catégorie spécifique de diagnostic actuel ou vie entière ne se sont avérés associés avec la rétention en traitement.

Bien qu'aucune association entre le score global de la SCL-90-R et la rétention en traitement n'ait été relevée, le facteur « dépression » de la SCL-90-R était prédictif d'une moins bonne rétention.

Usage de drogues et posologie de méthadone

Les analyses de régression concernant l'ensemble des drogues prises en début de traitement et après une, deux et trois années de traitement n'ont pas permis de déceler la moindre relation entre la présence d'une maladie psychiatrique actuelle ou vie entière et l'usage de drogues ou la posologie de méthadone. Les résultats après une année de traitement sont présentés au sein du tableau 4.

Table 4. Percentage of urinalyses positive for heroin, benzodiazepines, amphetamines, cannabis and cocaine after one year of treatment for patients with and those without a lifetime and current psychiatric disorder

	% of positive urine tests for patients with a current disorder		% of positive urine tests for patients without a current disorder	
Heroin	21.3	(SD=32.0)	15.1	(SD=30.0)
Benzodiazepines	31.7	(SD=40.8)	24.7	(SD=38.0)
Amphetamines	4.4	(SD=17.4)	8.7	(SD=21.6)
Cannabis	11.6	(SD=25.5)	9.6	(SD=26.8)
Cocaine	3.9	(SD=13.5)	2.2	(SD=11.2)

	% of positive urine tests for patients with a lifetime disorder		% of positive urine tests for patients without a lifetime disorder	
Heroin	19.8	(SD=30.9)	16.6	(SD=35.3)
Benzodiazepines	31.1	(SD=40.8)	18.3	(SD=32.2)
Amphetamines	5.4	(SD=17.8)	8.3	(SD=25.7)
Cannabis	11.5	(SD=25.9)	7.4	(SD=25.8)
Cocaine	3.7	(SD=13.8)	0.8	(SD=3.2)

Usage de drogues au cours du traitement

Bien que l'analyse de régression n'ait pas montré de relation significative entre l'usage de drogues au cours du traitement et la présence ou l'absence d'un trouble vie entière ou actuel, les analyses de régression prenant les principaux diagnostics comme variables dépendantes, et le pourcentage d'analyse d'urine positives pour l'héroïne, les benzodiazépines et la cocaïne après une année de traitement comme variables indépendantes, a permis de mettre en évidence une corrélation entre l'existence d'un trouble psychotique vie entière et l'abus de benzodiazépines après respectivement une, deux et trois années de traitement (analyse de régression, $T=1,96$, $P=0,05$; $T=2,5$, $P=0,01$; $T=3,5$, $P=0,001$). Cette corrélation n'est pas retrouvée pour les troubles psychotiques actuels.

L'état de détresse psychologique était significativement associé à un usage prolongé de benzodiazépine après un, deux et trois années de traitement, respectivement (analyse de régression avec toutes les drogues utilisées comme variables indépendantes ; $T=3,8$, $P=0,000$; $T=2,0$, $P=0,05$; $T=3,7$, $P=0,000$), mais pas avec l'usage d'autres drogues. L'analyse de régression a également permis de mettre en évidence un lien significatif entre l'état de détresse psychologique et la posologie de méthadone ($T=4,13$, $P=0,001$).

Détresse psychologique

La détresse psychologique était à la fois corrélée à la présence d'un diagnostic actuel non-lié aux drogues ($T=2,1$, $P=0,36$) et à des diagnostics liés à l'usage de drogues ($T=5,4$; $P=0,2$).

Comportement à risque vis-à-vis du VIH/VHC et hépatite C

Aucun cas de tuberculose et seuls trois cas de VIH ont été décelés ; ainsi aucune analyse statistique n'a pu être réalisée sur ces variables.

Aucun lien n'a été mis en évidence entre la présence d'un diagnostic psychiatrique de l'Axe I vie entière ou actuel et la présence, ou l'absence d'une hépatite C ou de comportements à risque. Les patients atteints d'hépatite C présentaient des scores de détresse psychologique plus élevés que les autres patients (patients atteints d'hépatite : $C=1,34$, patients non atteints d'hépatite : $C=0,95$; $T=-2,6$, $P=0,22$). L'existence d'une hépatite C était significativement corrélée aux comportements à risque vis à vis du VIH/VHC. Un modèle de régression multiple a montré un lien significatif entre détresse psychologique, comportement à risque

vis-à-vis du VIH/VHC et hépatite C (F=3, 7, P=0.027). Une telle corrélation n'est pas retrouvée avec un diagnostic de l'axe I.

Discussion

Comorbidité psychiatrique

La prévalence des troubles psychiatriques comorbides de l'axe I chez les patients dans un programme méthadone varie considérablement selon les études. Les taux de prévalence actuels (66,2%) et vie entière (82,8%) de notre étude sont en accord avec ceux élevés retrouvés dans d'autres études (8,19,20). Comme dans la plupart des autres études, les troubles affectifs actuels (37,8%) et anxieux actuels (33,8%) sont ceux les plus fréquemment diagnostiqués (2,6). Notre étude est unique en ce sens qu'elle différencie les troubles induits par la prise de drogues des autres troubles. Nous avons mis en évidence que 63,2% des troubles affectifs actuels et 45,1% des troubles anxieux actuels ont été induits par la prise de drogues, suggérant que de nombreux symptômes psychiatriques relevés chez des toxicomanes sont, en réalité, induits par la prise de drogues et probablement de durée limitée.

Nous avons trouvé plus de troubles psychotiques actuels que Brooner et al (2) (8,5 % et 0,1 % respectivement). Ceci peut être lié à la disponibilité d'une prise en charge psychiatrique à la clinique et à l'accueil de patients atteints de troubles psychiatriques graves. Bien que 26,5 % des participants à notre étude aient été diagnostiqués comme présentant un trouble psychotique vie entière, il apparaît que 20,5 % d'entre eux étaient induits par la prise de drogues. Notre expérience clinique suggère que seul un nombre limité de patients présentent une crise psychotique au cours du traitement par méthadone et que celles-ci semblent être dues à la persistance d'un usage de drogues, principalement de la cocaïne et des amphétamines ou un mélange de « uppers » et de « downers ».

Contrairement aux attentes, nous n'avons trouvé « que » 11 patients (7,3 %) présentant un stress post traumatique (PTSD). Etant donné que parmi nos patients, nombreux sont ceux qui ont vécu des expériences extrêmement pénibles, particulièrement dangereuses, et doivent souvent faire face à des situations stressantes, ce constat permet de supposer qu'un processus de désensibilisation intervient, au cours duquel les traumatismes et symptômes qui y sont associés deviennent des événements « de routine » entraînant une réduction du nombre de diagnostics de PTSD. De même, étant donné que les combattants israéliens présentant un PTSD sont diagnostiqués précocement et pris en charge par les services de santé mentale des armées, ils auraient moins tendance à être admis dans notre clinique.

Nous avons également mis en évidence un trouble de l'adaptation chez environ 17% de nos patients. Cette fréquence relativement élevée reflète l'intense génération de stress du mode de vie de ces patients. La rareté de ce diagnostic dans les études antérieures peut être liée à l'utilisation de versions précédentes du DSM qui n'incluent pas le diagnostic de trouble de l'adaptation.

Diagnostiques liés aux drogues et usage de substances psychoactives

Outre leur dépendance à l'héroïne, la plupart des patients étaient atteints d'un trouble actuel lié aux drogues. L'abus/dépendance aux sédatifs était le diagnostic le plus fréquent, qu'il soit actuel (53%) ou vie entière (74,9%). L'une de nos études précédentes a montré que les BZD étaient le second produit le plus utilisé dans notre clinique, à l'image d'autres cliniques MMT en Israël. Le niveau relativement bas d'abus/dépendance actuelle à l'alcool et la quasi-absence de dépendance actuelle aux hallucinogènes sont également intéressants. Ce schéma semble avoir changé depuis 1992 avec une vague massive d'immigrants Russes qui ont introduit des modes différents de consommation d'alcool et d'usage de drogues dans le pays.

La définition restrictive du diagnostic DSM-IV d'abus/dépendance à des drogues multiples explique une prévalence relativement basse dans cette catégorie. Nos résultats montrent que beaucoup de patients utilisent de nombreuses drogues différentes mais pas sans distinction, et que l'héroïne est habituellement la drogue d'abus/dépendance dominante.

L'existence d'un trouble psychiatrique actuel était associée à une prévalence plus élevée de dépendance aux substances psychoactives. Ceci peut sembler contradictoire avec nos résultats

précédents qui n'indiquaient aucun lien entre comorbidité psychiatrique et usage actuel de drogues au cours du traitement (analyses d'urine). La différence évidente entre relevé « objectif » et « subjectif » d'usage de drogue - comme l'indique la différence entre les résultats basés sur les analyses d'urine et ceux basés sur les entretiens - suggère que les deux mesures explorent différents aspects de l'usage de drogues et que, bien que les patients ayant un diagnostic psychiatrique associé ne consomment pas nécessairement davantage de drogues que les autres patients, ils se perçoivent comme abusant plus ou plus dépendants. Ceci se vérifie pour pratiquement tous les types de drogues et de tous les diagnostics psychiatriques.

Age de la première utilisation

L'âge de première utilisation d'une drogue était significativement corrélé à la présence d'un diagnostic psychiatrique vie entière, ce qui suggère que les patients présentant une psychopathologie expérimentent plus tôt et davantage de drogues, peut-être comme automédication d'une détresse psychologique. L'hypothèse selon laquelle un premier usage précoce d'héroïne favoriserait l'émergence d'une psychopathologie n'a pas été confirmée par nos données, aucun lien entre le diagnostic et le moment du début de l'usage de l'héroïne n'étant retrouvé.

L'une des raisons pour lesquelles les jeunes atteints d'un trouble psychopathologique ne consomment pas plus d'héroïne, quel que soit leur tendance à l'automédication, peut être due à la relative faible disponibilité de cette dernière, et au fait que le cannabis et/ou les sédatifs sont plus facilement accessibles.

Rétention en traitement

Contrairement aux études qui ont suggéré que les patients en MMT atteints de comorbidité psychiatrique présentaient une évolution moins favorable sous traitement que les patients sans comorbidité, les patients atteints de comorbidités psychiatriques de notre étude ne présentaient pas une évolution plus défavorable. De plus, les patients atteints de comorbidités psychiatriques vie entière avaient tendance à rester plus longtemps en traitement que les autres patients. Une explication possible de cette différence est que les patients de notre étude étaient traités selon des posologies de méthadone adaptées (102,3 mg) et ont bénéficié de soins psychiatriques et psychothérapeutiques suivis. Il est plausible que les personnes présentant des antécédents psychopathologiques aient pu bénéficier davantage que les autres du cadre thérapeutique, la composante addictive et les troubles psychiatriques étant pris en charge simultanément. Une analyse post hoc du nombre moyen de séances mensuelles de psychothérapie au cours de la première année de traitement suggère que les patients possédant un diagnostic vie entière ont bénéficié de davantage de séances thérapeutiques mensuelles que les autres patients (patients présentant un diagnostic=3,78, SD=1,07, patients sans diagnostic=2,89, SD=1,26, T=3,74, P=0,000). Ceci supporte l'idée que les patients présentant un diagnostic Axe I ont demandé et bénéficié de davantage d'aide et de soutien que ceux n'en possédant pas. Ces résultats sont conformes à ceux de Maremmani et al.

Usage de drogues et posologie de méthadone

Aucun diagnostic actuel de l'Axe I n'était corrélé à un usage persistant de substances psychoactives (héroïne, BZD, cannabis, cocaïne, amphétamines). La seule exception correspondait au trouble psychotique vie entière, corrélé à un usage persistant de BZD. Cependant, la sévérité de l'état de détresse psychologique, mesurée par l'échelle SCL-90-R, était corrélée à un mésusage persistant de BZD. Ces résultats sont conformes à ceux de McLellan et al et de Rounsaville et al, selon lesquels la sévérité du tableau psychiatrique évaluée par le nombre, l'intensité et la durée des symptômes recensés était davantage corrélée au caractère défavorable de l'évolution que le diagnostic psychiatrique en lui-même.

Nos données supportent l'hypothèse de l'automédication, l'état de détresse psychologique étant largement plus prédictif de la sévérité de l'addiction que la psychopathologie en elle-même, bien que la détresse psychologique soit clairement liée au trouble psychopathologique. Contrairement aux données émanant d'autres études, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre la posologie de méthadone et l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

Nous avons cependant trouvé une relation significative entre la posologie de méthadone et l'état de détresse psychologique (mesuré par l'échelle SCL-90-R). Ceci soulève la question de l'éventuel effet psychotrope de la méthadone et du recours éventuel des patients à l'automédication afin de soulager leur détresse psychologique à l'aide de méthadone ou d'un mélange de drogues et de méthadone.

Le décalage majeur retrouvé entre le diagnostic psychiatrique établi par le SCID et le niveau de détresse psychologique mesuré par le SCL repose sur la différence de périodes d'évaluation de ces échelles. Le SCL-90-R se rapporte aux expériences des deux semaines précédentes, alors que le SCID se rapporte à des cadres temporels plus longs variables selon le diagnostic. Ainsi, le SCL-90-R paraît plus ciblé sur la mesure de la détresse actuelle. En outre, étant donné qu'il s'agit d'un instrument gradué, il peut s'avérer plus sensible que des instruments utilisant des critères oui/non.

Comportements à risque et hépatite

Nos résultats suggèrent que la détresse psychologique, mais pas un diagnostic psychiatrique, est associée à la présence de l'hépatite C. Les patients présentant une plus forte détresse psychologique ont tendance à prendre davantage de risques et, en conséquence, à contracter plus fréquemment l'hépatite C. Ainsi, bien qu'un diagnostic psychiatrique soit lié à la détresse psychologique, ce n'est pas la présence de ce trouble qui est susceptible d'affecter le comportement à risque, mais davantage celle de la détresse psychologique. Ceci peut également permettre d'expliquer les résultats d'études précédentes, liant l'usage de BZD et la présence de l'hépatite C. L'usage de BZD peut résulter de la détresse psychologique et ne pas être nécessairement impliqué dans le comportement à risque.

Conclusions

La prévalence élevée de troubles psychiatriques concomitants dans notre étude suggère que les patients dépendant aux opiacés traités dans un programme méthadone requièrent fréquemment une prise en charge psychiatrique et psychologique, en plus de la pharmacothérapie. Etant donné que les troubles psychiatriques, chez pratiquement la moitié des patients possédant un diagnostic Axe I, semblent avoir été induits par la prise de drogues, le traitement qui leur est destiné doit être différent de celui des patients présentant un diagnostic Axe I non induit par les drogues. Des recommandations claires permettant de différencier les prises en charges selon les patients concernés sont indispensables.

Bien que les traitements par méthadone ciblent la dépendance aux opiacés, la majorité des patients consomment au minimum une drogue supplémentaire. Le programme thérapeutique doit prendre ceci en compte et proposer différentes approches médicales ou/et psychologiques adaptées aux différentes drogues. Les centres méthadone doivent pouvoir proposer différentes options thérapeutiques pour ces patients. De plus, les patients atteints de comorbidité psychiatrique ne consomment pas nécessairement davantage de drogues que les autres patients, mais ont plutôt tendance à se considérer comme plus vulnérables vis à vis de l'abus/dépendance aux drogues, plus impulsifs, perdant plus facilement leur contrôle et percevant un impact plus important de l'usage des drogues sur leur vie. Ainsi, même lorsque les consommations de ces patients paraissent modérées, leur fragilité doit être prise en compte.

Enfin, nos résultats apportent de solides arguments indiquant que la détresse psychologique peut être considérée comme un facteur de risque dans la contamination par les maladies infectieuses.

Limitations

1. Nos conclusions sont exclusivement pertinentes dans le cadre de programmes méthadone, aucun programme de soutien n'ayant été mis en place et les patients ayant repris le traitement n'ayant pas été réincorporés dans l'étude.
2. Afin de s'assurer de disposer d'un échantillon représentatif et d'éviter d'évaluer uniquement les patients restant en traitement, nous avons analysé l'intégralité de la série de données malgré le nombre important d'abandons avant la fin de la période de trois ans (les taux de rétention pour la première et la seconde année, dans notre échantillon, atteignaient 79,5% et 69,5% respectivement).

Implications cliniques

1. La fréquence élevée de troubles psychiatriques concomitants dans la cohorte étudiée suggère que les patients dépendants aux opiacés traités par méthadone ont souvent besoin d'une prise en charge psychiatrique et psychologique en plus de la pharmacothérapie.
2. Dans la mesure où chez pratiquement la moitié des patients ayant un diagnostic Axe I, les troubles psychiatriques semblent être induits par la prise de substances psychoactives, le traitement de ceux-ci devrait être différent de celui pour les patients présentant un diagnostic n'étant pas induit par les drogues.
3. Bien que les traitements par méthadone ciblent la dépendance aux opiacés, la majorité des patients consomment au minimum une drogue supplémentaire. Le programme thérapeutique devrait prendre ceci en compte et proposer différentes approches médicales ou/et psychologiques adaptées aux différentes drogues

Remerciements

Nous tenons à remercier le Docteur Rachel Hamburger, responsable scientifique de l'Agence Anti-drogues israélienne, de nous avoir accordé une bourse en vue de cette étude. Nous remercions Helen Rappaport et Rachel Hayward pour leur aide lors des entretiens et la passation des questionnaires.

La rédaction du Flyer remercie chaleureusement le Dr Marc GELKOPF qui nous a permis de publier ici une traduction de l'étude qu'il a publié dans « Israeli Journal of Psychiatry and Sciences Related » en 2006, ainsi que le Dr David GREENBERG, responsable de la publication de cette revue qui nous a accordé ce droit.

Référence de l'article original : Gelkopf M, Weizman T, Melamed Y, Adelson M, Bleich A., Does psychiatric comorbidity affect drug abuse treatment outcome? A prospective assessment of drug abuse, treatment tenure and infectious diseases in an Israeli methadone maintenance clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006;43(2):126-36.

Références

1. Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: A case for specialist services ? *Br J Psychiatry* 1997;171:205-208.
2. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:71-80.
3. Metzger D, Woody G, De Philippis D, McLellan AT, O'Brien CP, Platt JJ. Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients. *Am J Psychiatry* 1991;148:636-640.
4. Taylor G, Parker J, Bagby M. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990;147:1228-1230.
5. Rada E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. *J Subst Abuse Treat* 1998;15:135-142.
6. Charney DA, Paraherakis AM, Negrete JC, Gill KJ. The impact of depression on the outcome of addictions treatment. *J Subst Abuse Treat* 1998;15:123-130.
7. Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, Marini G, Tagliamonte A, Shinderman M, Maxwell S. Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity. *J Addict Dis* 2000;19:29-41.
8. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:271-280.
9. Adelson M, Hayward R, Bodner G, Gelkopf M, Bleich A, Kreek MJ. Replication of an effective opiate addiction pharmacotherapeutic treatment model: Minimal need for modification to a different country. *J Maintenance Addictions* 2001;1:5-13.
10. Dolde VP, Nyswander ME, Kreek MJ. Narcotic blockade. *Arch Intern Med* 1966;118:304-309.
11. CSAT, Center for Substance Abuse Treatment. State methadone treatment guidelines. Treatment Improvement Protocol series I. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1993.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.
13. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D; Dolan R; Sanislow C; Schaefer E et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Personal Disord* 2000;14:291-299.
14. Derogatis L. SCL-90-R: Administration, scoring and procedures: Manual I. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research. 1977.
15. Hawks RL. Analytical methodology. In: Hawks RL, Chiang CN, editors. Urine testing for drugs of abuse. NIDA Research Monograph 1986;73:30-42.
16. Cacciola J, Griffith J, McLellan TA. ASI: Instruction Manual, 4th ed. Washington, DC: Veterans Administration, 1983.
17. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CP, New data form the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:412-423.
18. Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A I-year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999;94:1533-1540.
19. Shalev A, Abramovitz M., Kaplan-de-Nour A. Structured clinical interview for axis I DSM-IV disorders. Patient edition (Hebrew version). Center for Traumatic Stress, Dept.of Psychiatry, Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel, 1994.

Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Etude InVS-ANRS Coquelicot, 2004

Marie Jauffret-Roustide¹, Elisabeth Couturier¹, Yann Le Strat¹, Francis Barin², Julien Emmanuelli¹,
Caroline Semaille¹, Martine Quaglia³, Nicolas Razafindratsima³, Géraldine Vivier³, Lila
Oudaya¹, Cécile Lefevre³, Jean-Claude Desenclos¹

1. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice
2. Centre National de Référence du VIH, Tours
3. Institut d'Etudes Démographiques, Paris

Résumé

Introduction

En France, une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues a été mise en place en 1993. Jusqu'à présent, les données françaises de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (UD) étaient issues de données déclaratives. En 2004, l'InVS a mis en place une enquête de séroprévalence auprès d'UD afin de décrire les profils et pratiques des UD, d'estimer la séroprévalence du VIH et du VHC et d'évaluer la politique de réduction des risques.

Méthode

Une enquête transversale multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) a été menée chez les UD ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Une stratégie d'échantillonnage a été mise en œuvre à deux degrés (services recevant les UD et UD). Un questionnaire sociocomportemental était administré par un enquêteur à l'UD et un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard était réalisé par l'UD. La recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée à l'aide de tests Elisa. Les résultats présentent des estimations qui prennent en compte le plan de sondage.

Résultats

Au total, 1462 (61%) UD ont accepté de participer. La séroprévalence du VHC était de 59,8% [IC95% : 50,7-68,3] et de 28% chez les moins de 30 ans. Au total, 27% des UD croyaient être négatifs à tort pour le VHC. La séroprévalence du VIH était de 10,8% [IC95% : 6,8-16,6] et de 0,3% chez les moins de 30 ans. La coinfection VIH/VHC était de 10,2% [95% CI : 6,3-15,9]. Durant le dernier mois, 13% des UD ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel, et 25% la paille de sniff.

Discussion

La prévalence élevée du VHC chez les jeunes UD laisse supposer des contaminations dès l'initiation. Les pratiques à risque persistent, ce qui constitue des conditions favorables à la poursuite de la transmission du VHC, mais aussi du VIH.

Mots-clés : séroprévalence, usagers de drogues, VHC, VIH, comportements à risque, perception des risques

CONTEXTE

En France, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies estime entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues (UD), dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs. Afin de minimiser le risque d'infections en lien avec l'usage de drogues, une politique de réduction des risques a été mise en place en France, il y a une dizaine d'années. La réduction des risques est une politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des risques sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. Le premier outil de la réduction des risques est la libéralisation de la

vente des seringues en pharmacie en 1987, suivie au début des années 90 des programmes d'échange de seringues, de la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le Subutex® en 1994 et la méthadone en 1995), et de l'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas-seuil¹ à partir de 1993 [1]. Sur un plan international, de nombreux articles et études ont montré que la réduction des risques avait eu un impact important sur la transmission du VIH chez les UD, mais que cet impact était plus limité pour le VHC [2, 3].

Jusqu'à présent, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD en France étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons non aléatoires [4, 5, 6]. Aucune estimation de la prévalence du VIH et du VHC portant sur un échantillon aléatoire d'UD et s'appuyant sur des données biologiques n'était disponible en France. Il était donc difficile d'évaluer précisément l'importance de ces deux infections chez les UD et l'impact de la politique de réduction des risques.

En 2004, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a mis en place, après une phase pilote [7], une enquête de séroprévalence auprès d'UD (enquête Coquelicot), soutenue par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales (ANRS) et réalisée en collaboration avec l'Institut National d'études Démographiques (INED) et le Centre National de Référence (CNR) du VIH de Tours. Les objectifs de cette étude étaient d'estimer les prévalences du VIH et du VHC chez les UD à partir de données biologiques, de décrire les caractéristiques de la population UD, leurs consommations de produits psychoactifs et leurs modalités et d'identifier leurs pratiques à risque. Il s'agissait également de contribuer à l'évaluation de la politique de réduction des risques et notamment son impact différentiel sur le VIH et le VHC chez les UD. Dans cet article, les principaux résultats de l'étude sont présentés, mais des analyses plus détaillées seront disponibles ultérieurement dans un rapport d'étude.

MATERIEL ET METHODES

Population d'étude

Les sujets inclus sont des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé « au moins une fois dans leur vie ». Cette enquête est multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et le recrutement des UD s'est effectué, entre septembre et décembre 2004, dans l'ensemble des services issus de la chaîne thérapeutique spécifique aux UD (Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, Centres de Post-Cure, Appartements thérapeutiques, Sleep-in, Boutiques, Programmes d'Echange de Seringues, Equipes de rue) et dans des cabinets de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés.

Echantillonnage

Un plan de sondage stratifié (villes et services/médecins) a été mis en œuvre. Concernant les services, pour chaque ville, une base de sondage des services par demi-journée d'ouverture a été constituée. Des couples (services-demi-journée) basés sur les files actives déclarées par les services ont été tirés au sort par un sondage aléatoire simple sans remise, permettant de constituer un calendrier des visites au cours de la période d'enquête. Au sein de chaque service, les UD étaient tirés au sort de manière aléatoire, à l'exception des hébergements où tous les UD étaient interrogés. Concernant les médecins, un sondage en grappe a été appliqué dans chaque ville. Un sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs, avec stratification sur le volume de prescription de traitements de substitution (gros/moyens prescripteurs) a été mis en place. Puis tous les UD ont été enquêtés chez les médecins tirés au sort.

Données recueillies

Les données socio-comportementales ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire administré à l'UD par un enquêteur professionnel. Un auto-prélèvement de sang au doigt déposé sur buvard a été effectué et la recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée par le Centre National de Référence VIH de Tours à partir de tests Elisa.

¹ Abaisser le seuil d'exigence revient à ne plus imposer le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge et de soins. La notion de bas-seuil correspond donc à des dispositifs où le seuil d'exigence vis-à-vis de l'UD est minimal, celle de haut-seuil renvoie à l'inverse à des dispositifs où le sevrage peut être envisagé à plus ou moins long terme.

Aspects éthiques

Pour obtenir des données de séroprévalence, des échantillons biologiques ont été recueillis auprès des UD interrogés au moyen de l'auto-prélèvement de sang au doigt sans restitution individuelle des résultats. Les investigateurs se sont donc engagés à fournir des informations aux UD, par le biais de brochures et d'affiches, sur l'intérêt de se faire dépister et prendre en charge. Les enquêteurs ont orienté les UD qui le souhaitent vers les intervenants spécialisés afin de favoriser la démarche de dépistage. Le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans le cadre de la Recherche Biomédicale (CCPPRB) de Créteil a émis un avis favorable avec « Bénéfice Individuel Direct ».

Analyse

Tous les résultats présentés dans cet article sont des estimations qui prennent en compte la stratégie d'échantillonnage (stratifications, degrés, poids de sondage) et portent sur la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes dans les cinq villes. Un poids de sondage a été affecté à chaque UD en utilisant la méthode généralisée du partage des poids [8,9] prenant en compte les fréquentations des UD au cours de l'enquête dans tous les services participants.

L'analyse a considéré globalement l'ensemble des répondants. Des comparaisons ont ensuite été systématiquement effectuées en fonction de l'âge. Une comparaison a été effectuée selon la ville de recrutement uniquement pour les prévalences du VIH et du VHC. Ont été définis comme « jeunes UD », les individus âgés de moins de 30 ans. Ce critère de définition a scindé les UD en deux classes, ceux nés avant et après 1974. Le choix de cette délimitation est tout d'abord lié au fait qu'il est généralement établi qu'un UD entame une démarche de soins 10 années après son initiation et que l'âge moyen de l'initiation au sniff et à l'injection se situant en moyenne vers 20 ans, les premières démarches de soins s'effectuent le plus souvent à partir de 30 ans. Ensuite, ce choix s'appuie sur le fait que les UD nés après 1974 ont commencé à consommer des produits psychoactifs après la mise en place de l'ensemble des mesures de réduction des risques, soit après 1994. Cette scission en deux classes peut ainsi nous permettre de contribuer à l'évaluation de l'impact de la réduction des risques sur les prévalences du VIH et du VHC chez les UD.

Les estimations de prévalence sont présentées accompagnées de leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) et les comparaisons ont été effectuées avec le test du chi², avec un seuil à 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata V.8.2.

RESULTATS

Sur 2389 UD à qui il a été proposé de participer, 1462 UD ont accepté, soit un taux de participation de 61%. Parmi eux, 79% ont accepté le prélèvement de sang au doigt. Notre population a été recrutée pour 58% dans les dispositifs bas-seuil, 31% dans les dispositifs haut-seuil et 11% chez les médecins généralistes. Parmi les non-répondants, 93% ont été contactés dans les dispositifs spécialisés et 7% chez les médecins. Il n'existe pas de différences significatives entre répondants et non-répondants concernant l'âge et le sexe.

Profil sociodémographique

La population des UD est essentiellement masculine (74% d'hommes), l'âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes.

Au moment de l'enquête, 65% d'entre eux ne travaillent pas. La majorité des UD (79%) déclare un niveau d'études secondaire, 1% dit n'avoir jamais été scolarisé, 7% s'être arrêtés en primaire et seuls 12% sont allés au-delà du baccalauréat.

Seuls 45% des UD ont un logement stable. Ainsi, 55% d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Et parmi ceux-ci, 19% sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue.

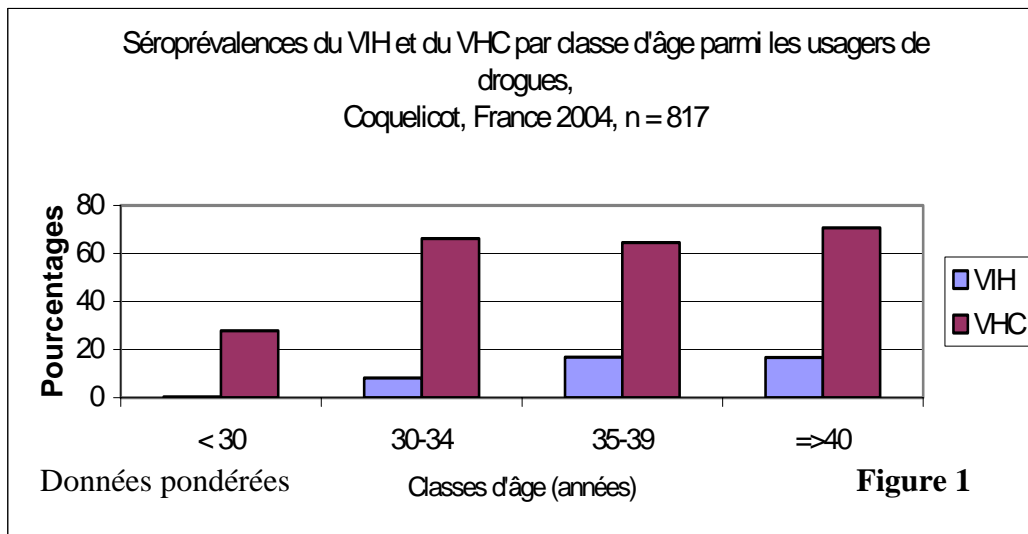
La majorité des UD (61%) ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Concernant le profil sociodémographique, la seule spécificité des moins de 30 ans par rapport aux plus de 30 ans est d'avoir un niveau d'études plus élevé. Les autres marqueurs d'exclusion (précarité de l'emploi et du logement) sont similaires au reste de la population des UD.

Séroprévalences du VIH et du VHC

La séroprévalence globale du VIH est de 10,8% [IC95% : 6,8-16,6]. La séroprévalence du VHC est de 59,8% [IC95% : 50,7-68,3]. La co-infection VIH/VHC est de 10,2% [IC95% : 6,3-15,9]. La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC.

La séroprévalence du VIH croît régulièrement avec l'âge : elle est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0,3%) et atteint 17% chez les UD âgés de 35-39 ans ainsi que chez les plus de 40 ans (**figure 1**). La séroprévalence du VHC croît également avec l'âge : elle est déjà élevée chez les moins de 30 ans (28%) et, à 40 ans et plus, 71% des UD ont été contaminés par le VHC (**figure 1**).



Les données de séroprévalence portent uniquement sur les prélèvements interprétables (taille suffisamment importante de la goutte de sang prélevée).

Une analyse par année de naissance montre clairement que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de 10 années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans) (**tableau 1**).

Année de naissance	VIH + % [IC95 %]	VHC + % [IC95 %]
≤1959 n=68	17,3 [8,6-31,9]	65,9 [43,9-82,7]
1960-1964 n=142	16,4 [8,5-29,1]	72,1 [56,1-83,9]
1965-1969 n=206	16,7 [10,4-25,8]	64,5 [53,9-73,7]
1970-1974 n=207	8,2 [1,7-31,1]	66,2 [46,8-81,3]
1975-1979 n=124	0	35,1 [20,3-53,5]
1980-1984 n=60	1,1 [0,2-5,9]	11,1 [4,4-25,1]
1985-1989 n=6	0	0
Global n=817	10,8 [6,8-16,6]	59,8 [50,7-68,3]

* Données pondérées

La séroprévalence du VIH diffère significativement selon la ville, variant de 1% à Lille à 32% à Marseille ($p < 10^{-4}$) (**tableau 2**). En revanche, il n'existe pas de différence statistiquement significative pour le VHC, la séroprévalence variant de 44% à Lille à 66% à Marseille ($p = 0,19$).

Le niveau de dépistage des UD est élevé. Plus de 95% des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91% pour le VHC. Les moins de 30 ans déclarent un niveau de dépistage moins élevé pour le VIH que les UD plus âgés (89% versus 97%, $p < 10^{-3}$), mais la probabilité d'être dépisté au cours de la vie augmente naturellement avec l'âge. Toutefois, il n'existe pas de différence significative selon l'âge pour le dépistage du VHC.

La comparaison entre les données biologiques et déclaratives montre que 27% des UD se déclarent séronégatifs pour le VHC à tort. Pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants, 2% des UD se déclarent négatifs à tort.

Ville	VIH + % [IC95 %]	VHC + % [IC95 %]
Lille n=100	1 [0,2-5,7]	43,7 [30,4-57,9]
Strasbourg n=130	4,3 [1,8-10,2]	54,4 [40,6-67,6]
Paris n=335	10,9 [5,9-18,9]	62 [49,9-72,7]
Bordeaux n=123	3,4 [0,9-11,4]	47,2 [30,4-64,7]
Marseille n=129	31,5 [20,6-44,8]	65,9 [55,1-75,4]
Total n=817	10,8 [6,8-16,6]	59,8 [50,7-68,3]

* Données pondérées

Traitement de substitution

Dans les 6 derniers mois, la majorité des UD (71%) reçoivent un traitement de substitution aux opiacés, dont 57% le Subutex® et 36% de la méthadone. Le traitement est prescrit dans le cadre d'un centre spécialisé pour 48% des cas et par un médecin de ville pour 37%. Une minorité d'UD (10%) se procurent leur traitement hors cadre médical. Les moins de 30 ans se procurent plus souvent leur traitement hors cadre médical (22% versus 7%, $p = 0,01$).

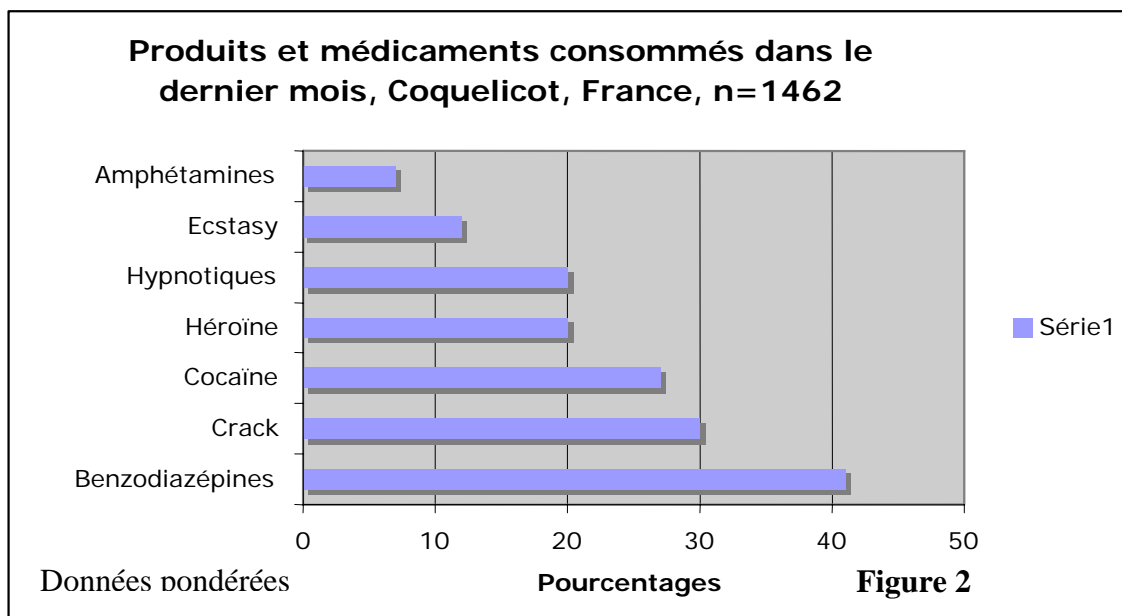
Consommation de produits psychoactifs et de médicaments

Dans le dernier mois, les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les UD sont le crack (30% des UD), la cocaïne (27%), l'héroïne (20%) et l'ecstasy (12%) (**figure 2**). Les principaux médicaments consommés sont les benzodiazépines (40% des UD), les hypnotiques (20%) et les amphétamines (7%). Même si les moins de 30 ans consomment moins fréquemment du crack que les plus de 30 ans (18% versus 33%, $p = 0,01$), ils se distinguent par une consommation plus fréquente de produits stimulants et hallucinogènes. Ils consomment, en effet, plus souvent de la cocaïne (40% versus 23%, $p < 10^{-4}$), de l'ecstasy (26% versus 8%, $p < 10^{-4}$), des amphétamines (14% versus 5%, $p < 10^{-3}$), du LSD (12% versus 1%, $p < 10^{-4}$) et des hallucinogènes autres que le LSD (11% versus 1%, $p < 10^{-4}$).

Modalités de consommation

L'injection a été pratiquée par 70% des UD au moins une fois dans leur vie. Lors de la première injection, l'âge moyen est de 20,4 ans et la première injection est réalisée par un autre UD dans 83% des cas.

Dans le dernier mois, 40% des UD ont eu recours à l'injection. Parmi eux, 39% ont injecté tous les jours, 30% au moins une fois par semaine et 31% au moins une fois dans le mois. Les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64%), la cocaïne (37%) et l'héroïne (29%). Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux que les plus de 30 ans à avoir pratiqué l'injection dans le dernier mois (58% versus 35%, $p = 0,007$).



La quasi-totalité des UD (98%) ont sniffé au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen au premier sniff est de 20,1 ans. Dans le dernier mois, 37% ont eu recours au sniff. Parmi eux, 32% ont sniffé tous les jours, 42% au moins une fois dans la semaine et 26% au moins une fois dans le mois. Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux (50% versus 34%, $p=0,03$) à avoir sniffé un produit dans le dernier mois.

Pratiques à risque vis-à-vis du VIH et du VHC

Dans le dernier mois, les pratiques à risque sont largement déclarées puisque 13% des UD déclarent avoir partagé la seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) et 74% déclarent avoir réutilisé leur seringue (ce qui peut être considéré comme une pratique à risque si un élément relatif à la préparation du produit est mis en commun). Le partage de la pipe à crack est une pratique très répandue car 73% des UD déclarent y avoir eu recours dans le dernier mois. Les pratiques à risque liées à l'injection ou au fait de fumer du crack ne varient pas en fonction de l'âge (plus ou moins de 30 ans).

Dans le dernier mois, 25% des UD ont partagé la paille de sniff et cette pratique est plus fréquente chez les moins de 30 ans (37% versus 20%, $p=0,03$).

Le moment de l'incarcération favorise l'exposition au risque en raison de la pénurie de matériel d'injection stérile en prison. Parmi les UD ayant été incarcérés au moins une fois dans leur vie (61%), 12% ont eu recours à l'injection en prison dont 30% ont partagé la seringue au cours d'une période d'incarcération.

Connaissance des risques d'exposition au VIH et au VHC

Le niveau de connaissance des UD vis-à-vis des principaux modes de transmission du VIH et du VHC est globalement élevé. En effet, les principaux modes de contamination du VIH (partage de la seringue, relations sexuelles non protégées) sont connus par 90% des UD et ceux du VHC (partage de la seringue) sont connus par 84% des UD. En revanche, concernant le partage du petit matériel, le niveau de connaissance diminue à 71% pour le risque VIH et à 65% pour le risque VHC. De plus, les moins de 30 ans ont une moins bonne connaissance des risques de transmission du VIH en lien avec le tatouage (63% versus 75%, $p=0,02$) et le piercing (63% versus 76%, $p=0,004$) que les plus de 30 ans.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Une des forces de l'étude Coquelicot est qu'elle repose sur une stratégie d'échantillonnage permettant de fournir des estimations dans la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez des médecins généralistes dans 5 villes en France. Une de ses faiblesses est de mal nous renseigner sur les populations d'UD dites « cachées » c'est-à-dire ne fréquentant pas les dispositifs de soins ou de prévention. Un volet qualitatif de l'étude Coquelicot en cours actuellement [10] s'efforcera de fournir des éléments sur les profils et les pratiques de ces populations dites « cachées ».

Ainsi, globalement, les profils des UD (qui fréquentent les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes) sont très fortement marqués par la précarité sociale. Les UD sont fréquemment sous traitement de substitution. Les produits illicites les plus couramment consommés sont des stimulants (crack et cocaïne) et la pratique d'injection est fréquente. Malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation. Les plus jeunes UD se caractérisent par une consommation plus importante de produits illicites et en particulier de stimulants et d'hallucinogènes et ils ont également plus souvent recours à l'injection.

Pour la première fois en France, une estimation nationale des prévalences des anticorps anti-VIH et anti-VHC chez les UD (qui fréquentent les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes) est disponible. Elle est élevée pour le VHC (59,8%) en comparaison à celle du VIH (10,8%). Une analyse par année de naissance montre clairement l'impact différentiel de la politique de réduction des risques sur le VIH et le VHC entre les UD âgés de moins de 30 ans (qui ont pu bénéficier de l'ensemble des mesures de réduction des risques) et les UD plus âgés.

Dans l'étude Coquelicot, la quasi-absence de contamination par le VIH chez les moins de trente ans (0,3%) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques qui ont pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les UD. Le discours de la réduction des risques a certainement été progressivement intériorisé et les comportements ont pu se normaliser au moins sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent les 13% de partage dans le dernier mois et le bon niveau de connaissance des UD concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique (plus de 90% des UD en sont conscients). De plus, on peut supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation.

Toutefois, l'importance de la séroprévalence du VHC (28%) chez les moins de 30 ans est particulièrement préoccupante. Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale beaucoup plus élevée (59,8%) dans la population UD et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues chez les UD. Néanmoins, le VHC se transmet plus facilement que le VIH [11]. Le virus de l'hépatite C est plus résistant à la dessiccation que le VIH. Plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues [12]. De ce fait, la transmission du VHC peut se produire pour un nombre d'injections et de partage plus faible que pour le VIH et peut concerner des UD n'ayant injecté qu'une seule fois dans leur vie. Au-delà du partage de seringue, la transmission du VHC est également fortement liée au partage du petit matériel (eau, cuillère, coton). Ainsi, dans la cohorte d'UD recrutés dans le Nord et l'Est de la France [13], après ajustement sur le partage de la seringue, le partage du coton utilisé pour la préparation de l'injection restait fortement associé à la séroconversion au VHC. Dans l'étude Coquelicot, le niveau de partage du petit matériel reste très élevé (38%). De plus, il ressort que 35% des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC alors qu'il est confirmé que cette pratique est un vecteur de contamination du VHC [14].

L'importance de la séroprévalence du VHC chez les moins de 30 ans indique des contaminations rapides après le début de l'usage. Le moment de l'initiation constitue un moment particulièrement à risque pour la transmission du VHC car les jeunes UD sont souvent initiés à l'injection par des pairs plus âgés et donc probablement infectés par le VHC. La contamination par le VHC se produit souvent au début du recours à la voie intraveineuse [15]. Dans l'étude Coquelicot, l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83% des cas. Etant donné la prévalence très élevée du VHC (59,8%) dans la population UD, l'initiateur peut potentiellement être contaminé par le VHC, ne pas être conscient de sa contamination (27% pensent être négatifs pour le VHC à tort) et constituer un vecteur de transmission par le VHC pour l'initié.

La fréquence de l'initiation à l'injection par des tiers plus âgés et la persistance des comportements à risque constituent des conditions favorables à la persistance de la transmission du VHC mais aussi du VIH, en particulier chez les plus jeunes UD. Il semble donc important de repenser les messages de prévention à destination des UD en ciblant les évolutions de pratiques et les nouveaux publics et en prenant en compte le contexte de consommation, en insistant plus particulièrement sur la prévention du passage à l'injection, le partage du petit matériel et l'initiation à la pratique d'injection tant du côté de l'initié que de l'initiateur.

REMERCIEMENTS

A tous les usagers de drogues, les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé à l'enquête dans les 5 villes

Paris : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues Jeunesses, Moreau de Tours, Murger, Cassini, Emergence, EGO, MDM, AIDES, La Terrasse, Marmottan, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour

Lille : Boris Vian, CITD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, AIDES, Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageollet

Strasbourg : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam

Bordeaux : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas

Marseille : AMPTA, MDM, AIDES, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

Enquêteurs :

Paris : A. Aberkane, I. Alet, P. Boudet, B. Burnel, C. Flament, S. Golenishev, E. Guillais, C. Hamelin, H. Léon, L. Quaglia, J. Quenet-Vincent, M. Roussier, M. Tiloy, B. Schuh

Lille : P. Legroux, A. Luyckx, M. Makouala, C. Sarazin

Strasbourg : M. Duwig, N. Olivier-Martin, J. Oswald,

Bordeaux : F. Bordes, P. Chambreau, E. Lion, E. Martinheira, E. Rappeneau

Marseille : C. Coquillat, J. Denoyer, H. Habert, C. Latard, M. Mounition, H. Sigaud

Suivi des enquêteurs : K. Guenfoud, A-M. Noel

Comité scientifique : F. Beck, V. Doré, A. Ehrenberg, JM. Firdion, I. Grémy, F. Lert

La rédaction du Flyer remercie Marie Jauffret-Roustide et l'InVS qui nous autorise ici la reproduction de cette étude déjà publiée dans le BEH n° 33 du 5 septembre 2006

REFERENCES

- [1] Jauffret-Roustide M. 2004. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. La Documentation française, Paris
- [2] Murray J, Law M, Gao Z, Kaldor J. The impact of behavioural changes on the prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C among injecting drug users. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32 : 708-714
- [3] Crofts N., Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers : why hepatitis C is spreading among Australian drug users while HIV is not. *Med J Aust* 1999; 170 : 220-21
- [4] Institut pour la Recherche en épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP). Etude multicentrique sur les attitudes et les perceptions des usagers de drogues vis-à-vis du VIH et du VHC 1996
- [5] Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees). Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, enquête Novembre, Etudes et résultats ; n° 1 décembre 1998 et n°59 avril 2000
- [6] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2005. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND
- [7] Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Barin F, Quaglia M, Arduin P, Laporte A et al. Impact of a harm-reduction policy on HIV and HCV transmission among drug users. Recent French data – The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use & Misuse* 2006 (in press)
- [8] Lavallée P. 2002. Le sondage indirect ou la méthode généralisée du partage des poids. Editions de l'Université de Bruxelles. Ellipses.
- [9] Marpsat M., Firdion JM. 2000. La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990. Presses universitaires de France : Institut national d'études démographiques, Paris
- [10] Jauffret-Roustide M. Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues ; *BEH* 2006, n°2/3 : 21-23
- [11] CDC. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998. 47 : 6-7
- [12] Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance use & misuse* 2004; 39, 2, 211-224
- [13] Lucidarme D, Bruandet A, Ilef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A et al. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol. Infect.* 2004 Aug; 132 (4) : 699-708
- [14] Hagan H, et al. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001 ; 91 : 42-6
- [15] Novelli A et al. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviours in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; 77 : 303-309

Congrès THS 8 – Biarritz 2007

La 8^{ème} édition du congrès THS se tiendra du 23 au 26 Octobre 2007 à Biarritz, co-organisé par la SETHS (Société Européenne Toxicomanie Hépatites Sida) et l'association BIZIA. Ce congrès sera présidé par le Docteur Jean-Jacques DEGLON et le secrétariat général sera assuré par le Dr DAULOUEDE

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site internet qui vient d'être ouvert :

www.ths-biarritz.com

Prise en charge de l'hépatite C dans un CSST hospitalier

Interview du Dr Béatrice BADIN DE MONTJOYE, Paris

Depuis maintenant six ans, le centre Cassini à Paris a fait du dépistage et de la prise en charge du VHC une de ses priorités. Retour avec sa responsable, la psychiatre Béatrice Badin de Montjoye, sur une approche à la fois transversale et globale, où tous les rôles – ceux des médecins, psychiatres, hépatologues, infirmières, éducateurs et assistantes sociales – sont étroitement imbriqués.

« Je suis là depuis six ans, raconte Béatrice Badin de Montjoye, et la première chose que j'ai vérifiée à mon arrivée était le taux de dépistage des patients, qu'il s'agisse du VIH, du VHC et, depuis quelques mois, du VHB. » Dès la première entrevue, les patients sont donc « très vivement » encouragés à se faire dépister. Une proposition généralement bien acceptée, d'autant qu'ils peuvent le faire sur place et gratuitement, « un gros avantage, explique-t-elle, car certains tests, comme le génotypage, coûtent très cher ».

Les patients étant presque toujours d'accord, la responsable du centre n'a ainsi « pas souvenir d'avoir essuyé un seul refus », même si débiter le traitement peut ensuite prendre plusieurs mois.

Attendre le temps qu'il faudra

« Cela ne se décide pas forcément en quelques jours, reprend la psychiatre. Il faut attendre que les conditions soient réunies (voir tableau 1), parce que les personnes sont parfois dans de telles situations professionnelles, de logement, ou judiciaires qu'elles ont la tête trop prise' et ne sont pas disponibles pour pouvoir commencer». Avoir l'attention accaparée par la survie immédiate, comme trouver où dormir le soir, n'offre pas la disposition d'esprit nécessaire pour suivre un traitement long qui, malgré les améliorations, reste encore lourd.

« Il faut au moins avoir un logement stable et une prise en charge à 100% avant de démarrer », explique Béatrice Badin de Montjoye, qui souligne le rôle indispensable des éducateurs et assistantes sociales. « Tout ceci serait impossible sans l'aide des infirmières, bien sûr, mais aussi des travailleurs sociaux dont le rôle est très important pour démêler les imbroglios administratifs, trouver une mutuelle, un logement, permettre 3 jours d'hospitalisation si nécessaire... Ils sont toujours là et savent faire ce que, nous médecins, ne savons pas. » Ce qui permet également au patient de se sentir pris en charge dans sa globalité.

Critères évalués avant d'entamer un traitement

- La stabilité psychique ;
- L'existence d'épisodes dépressifs majeurs ;
- La présence d'autres dépendances physiques, psychiques et comportementales ;
- les réticences au traitement ;
- Le vécu de la substitution et la qualité de l'alliance avec le thérapeute ;
- L'amélioration des troubles de la temporalité ;
- La stabilité sociale ;
- Le logement.

Tableau 1

S'ils sont dépistés positifs, l'équipe propose donc aux patients de rencontrer l'hépatologue, Philippe Podevin, qui dépend du service d'hépatogastroentérologie de Cochin. Il consulte dans le centre une fois par semaine, mais peut voir aussi les patients à COCHIN durant ou au décours d'une hospitalisation pour sevrage ou bilan, ce qui offre une grande disponibilité.

Moins d'appréhensions, plus de facilités

Quand le traitement s'avère nécessaire, la prise en charge s'effectue dès l'accueil, puis avec les infirmières qui leur apprennent à se faire les injections d'interféron. *« Ils peuvent très bien faire faire les injections en ville par une infirmière libérale, ou eux-mêmes, à leur domicile, précise la praticienne, mais certains préfèrent cependant venir sur place se faire faire l'injection qu'ils ne veulent pas faire tout seul ».*

« On leur distribue beaucoup de brochures d'information fournies par les laboratoires, explique-t-elle, mais ils s'informent également pas mal sur Internet, et si nécessaire, on en reparle après. C'est très différent selon les patients, mais on leur demande toujours lors de l'entretien d'évaluation ce qu'ils savent sur le VHC. Et c'est souvent très intéressant : certains ont peur, d'autres sont, à l'inverse, complètement en confiance. Certaines peurs trouvent leur fondement dans ce qu'on a lu dans les médias, et méritent d'être dites avant de commencer le traitement. Cela permet de rassurer, et d'éviter les arrêts spontanés face aux complications psychiques comme l'irritabilité, l'agressivité, ou les troubles du sommeil. »

Une approche qui permet donc de dédramatiser, même si parallèlement, les choses ont également beaucoup évolué. *« Même si la biopsie reste parfois nécessaire, explique encore la psychiatre, l'arrivée des marqueurs non évectifs de fibrose a beaucoup simplifié les choses. De plus en plus de gens sont désormais traités, et les patients connaissent de plus en plus souvent quelqu'un qui l'a été, et pour lequel le traitement a marché. Il y a donc beaucoup moins d'appréhensions. Mais il y a aussi beaucoup plus de facilités, notamment pour obtenir un mi-temps thérapeutique quand on travaille. Le traitement n'est plus aussi stigmatisant qu'avant. »*

Traitement de Substitution Opiacée bien équilibré

Mais le fait que les patients reçoivent déjà un traitement de substitution facilite aussi beaucoup les choses (Ndlr : Des études faites à l'étranger nous montrent la voie. On a démontré, notamment avec la méthadone, un meilleur accès à la bi-thérapie et des résultats comparables en terme de compliance et de réponse virale soutenue que sur des populations non toxicomanes (1) (2) (3) (4)). *« On attend pour débiter un traitement que les patients soient complètement stabilisés au niveau du traitement de substitution, reprend Béatrice Badin de Montjoye. On attend, s'ils continuent à injecter leur Subutex® ou s'ils prennent encore beaucoup de cocaïne. »* Car meilleure sera la compliance au traitement de substitution, meilleure devrait être la compliance au traitement à la bi-thérapie du VHC. *« Ce qu'il faut avant tout, c'est la disponibilité d'esprit suffisante pour débiter un traitement de plusieurs mois ».* Mieux vaut donc parfois différer le traitement somatique de quelques semaines.

Persuadée que les choses se passent mieux s'ils n'ont pas vécu le manque, l'équipe a fait, par ailleurs, le choix de laisser ses patients aux mêmes posologies de traitements de substitution pendant la durée de traitement du VHC. Des posologies qui varient beaucoup d'un individu à l'autre, pour la méthadone comme pour le Subutex®.

Il ne leur est pas demandé une abstinence totale à l'égard de l'alcool (ou autre), mais simplement qu'ils fassent preuve de tempérance. « *Pendant la durée du traitement, ils n'ont généralement pas envie de boire*, indique la responsable du centre (Ndlr : la littérature nous apprend également que la connaissance du statut et la perspective d'un traitement ont un impact très favorable sur la consommation d'alcool elle-même (5). En outre, une étude multicentrique a récemment démontré des taux de réponse virologiques comparables chez les buveurs excessifs que chez les autres patients (6)).

Des réactions qui dépendent aussi beaucoup des gens et de la stabilité de leur entourage. « *On attend le meilleur moment pour commencer, et c'est toujours très individuel.* » Reste qu'avec des scores de fibrose de 0 ou 1, de nombreux patients ne relèvent pas non plus d'une indication au traitement, selon l'hépatologue.

À chacun sa spécialité

Encore plus entourés au centre méthadone (voir présentation des structures) où ils reçoivent en même temps leur méthadone et leur interféron, les patients parlent facilement à l'hépatologue qui adapte, si nécessaire la posologie d'interféron à la recherche de la meilleure tolérance.

« *S'il les trouve déprimés, il me les envoie* », explique Béatrice Badin de Montjoye. « *Si nécessaire, on rajoute un antidépresseur, mais toujours prescrit par le psychiatre, jamais par l'hépatologue – chacun sa spécialité. On essaye d'être rigoureux à ce niveau-là, et même pour un somnifère, c'est le psychiatre qui prescrit. C'est une prise en charge complexe, qui doit rester multidisciplinaire* ».

Un suivi conjoint avec l'hépatologue permet beaucoup : « *On se connaissait avant, et on s'entend bien. C'est comme ça que nous avons décidé de travailler ensemble. Grâce à l'infrastructure du CHU, il y a aussi toujours quelqu'un pour répondre aux questions ou recevoir les patients en urgence... Même si cela peut aussi avoir des inconvénients, notamment en ce qui concerne les démarches administratives, on bénéficie de ses gardes, de son plateau technique, etc.*, reconnaît la praticienne. *Et bien entendu, nous restons en lien, de façon étroite parfois, avec le médecin généraliste pendant toute la durée du traitement* ».

Mais ce type de lieu et de prise en charge peut convenir à une certaine population.

Et après ?

Si la durée du traitement dépend notamment du génotype (un an pour les génotypes 1 ou 4 et les patients co-infectés par le VIH), la réussite dépend, elle aussi, de nombreux facteurs, en particulier de la complémentarité des pratiques médicales (psy, hépato...). « *Après ? Ils sont surtout bien contents*, raconte la psychiatre. *Certains arrêtent, d'autres ne répondent pas, mais l'équipe n'a pour l'instant pas eu à déplorer d'arrêt en raison de troubles psychiques. Une fois guéri, on le reste, mais il faut encore attendre 6 mois après l'arrêt du traitement pour en être sûr.*

Les résultats diffèrent-ils en fonction des traitements de substitution ? « *On n'en sait rien pour l'instant, répond-elle, mais on envisage de lancer une étude sur le sujet. Dans l'échantillon suivi lors d'une précédente enquête (80 patients), les personnes sous méthadone étaient généralement plus précaires que celles sous Subutex®, donc plus déprimées, avec plus de difficultés sociales, etc. Malgré cela, elles ont aussi bien tenu que les autres* » précise, pour conclure, Béatrice Badin de Montjoye.

Présentation des structures

L'unité fonctionnelle d'addictologie :

L'unité fonctionnelle d'addictologie du service de psychiatrie de l'hôpital Cochin comporte :

- Le centre Cassini : centre d'accueil, d'information, d'orientation, de soins et de suivi pour les personnes et les familles en difficulté avec un produit (drogues, alcool, médicaments). Une équipe pluridisciplinaire (soignants, infirmières, éducateurs, et assistantes sociales) offrant une prise en charge psychothérapeutique et des traitements en ambulatoire, un suivi social et éducatif, des consultations médicales (psychiatrie, alcoologie, médecine interne, hépato-gastro-entérologie) et des orientations spécialisées).
8 bis, rue Cassini, 75014 Paris (01 58 41 16 78 ; consult.toxico@cch.aphp.fr; centre.cassini@cch.aphp.fr);
- Le centre méthadone : traitements de substitution avec prise en charge psychosociale.
27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris (01 58 41 16 81 ; centre.methadone@cch.aphp.fr)
- Et une équipe mobile d'addictologie (EMA) intervenant auprès des patients usagers de drogues et/ou en difficulté avec l'alcool, admis dans les différents services de l'hôpital. Sont également concernées les femmes enceintes toxicomanes dont le suivi est assuré par une sage-femme de l'équipe à la maternité de Port-Royal.

Trois structures dont la file active est d'environ 950 patients par an (une centaine sous méthadone). **En 2005, une vingtaine de traitements pour l'hépatite C ont été menés à terme chez des patients mono ou coinfectés.**

Bibliographie :

1. Mauss et al. A Prospective Controlled Study of Interferon-Based Therapy of Chronic Hepatitis C in Patients on Methadone Maintenance. HEPATOLOGY, Vol. 40, No. 1, 2004
2. Walley et al. Knowledge of and interest in hepatitis C treatment at a methadone clinic. J Subst Abuse Treat, 2005, 28, 181-187
3. Edlin et al. Overcoming Barriers to Prevention, Care, and Treatment of Hepatitis C in Illicit Drug Users. Clin Infect Dis. 2005 April 15; 40(Suppl 5): S276-S285.
4. Geert Robaey, Hans Van Vlierberghe, Catharina Mathei, Marc Van Ranst, Liesbeth Bruckers, and Frank Buntinx on behalf of the members of the BASL Steering Committee and the Benelux Study Group. Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes. Eur J Gast. Hepatol, Feb. 2006
5. McCusker et al. Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment. Addiction 2001. 96
6. Anand et al., Alcohol use and treatment of hepatitis C virus : results of a national multicenter study. Gastroenterology 2006, 130:1607-1616

Interview réalisée par Isabelle CELERIER en novembre 2006

One-year Mortality Rates of Patients Receiving Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy.

A National Representative Cohort Study in 2694 Patients

Michael SOYKA et al. Munich, GERMANY

Dans cette étude prospective, les auteurs ont établi le taux de mortalité d'une cohorte de patients, qui au départ de l'étude, recevaient un traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage.

Ils rappellent en préambule que la mortalité d'usagers en traitement de substitution fait toujours débat, bien que de nombreuses études aient établi l'impact extrêmement positif de la méthadone sur la baisse de la mortalité des héroïnomanes (études de Dolan, Fugelsatdt, Capelhorn ...)

Population étudiée : 2694 patients suivis pendant un an dans le cadre de l'étude COBRA (Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments) :

2013 (≈ 75%) patients recevaient un traitement par la méthadone,

662 (≈ 25%) patients recevaient un traitement par la buprénorphine.

A noter que 19 patients recevaient un autre traitement, principalement de la codéine.

Résultats :

- le nombre total de décès dans l'étude a été de 28, ce qui donne **une mortalité globale, toutes causes confondues de 1,04 %** ;
- le nombre de décès dans les deux groupes est de 7 patients pour la buprénorphine et 20 pour la méthadone, toutes causes confondues, ce qui, rapporté à la population suivie, donne **un taux de mortalité comparable dans les deux groupes, autour de 1%** ;
- **près de la moitié des patients décédés n'étaient plus sous traitement de substitution** depuis longtemps au moment de leur décès ;
- sur les 28 patients décédés, 11 l'étaient par suite d'une overdose ou d'une poly-intoxication ;
- sur les 11 patients décédés d'une overdose, 7 étaient sous traitement de substitution, 3 sous buprénorphine, 4 sous méthadone, 1 sous codéine.

Discussion :

Avec un total de 7 overdoses ou poly-intoxications auprès de patients toujours en traitement de substitution, les auteurs concluent à un taux de mortalité très faible qui pourraient être imputé aux deux médicaments. Ils notent par ailleurs un taux de mortalité comparable dans les deux groupes au cours de cette étude.

Ce taux de mortalité nettement inférieur à celui d'une population non traitée par un médicament de substitution opiacée rappelle, s'il en était besoin, l'effet protecteur de ces médicaments sur la mortalité globale des héroïnomanes, et notamment sur le risque de décès par overdose ou poly-intoxication.

Comme le suggère les auteurs dans leur introduction, la publication d'études rétrospectives toxicologiques ou médico-légales, ne doit pas faire oublier les résultats globaux obtenus en matière de 'vies sauvées' par la mise en œuvre des traitements de substitution. Il n'y qu'à regarder du côté des pays où ces traitements n'ont pas droit de cité !

Info brèves :

Baisse des prix de la cocaïne et de l'héroïne !

Le dernier rapport de l'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) fait part d'une inquiétante baisse du prix de l'héroïne (de 45%) et de la cocaïne (22 %) au cours des cinq dernières années, nous indique une dépêche de l'agence Reuters Santé de Lisbonne fin novembre 2006.

Concernant l'héroïne, cette baisse spectaculaire est la conséquence de records de production en Afghanistan ces dernières années, ce pays fournissant près de 90% de l'héroïne mondiale. Le rapport indique que dans certains pays la chute du prix est de plus de 50%, largement de quoi inquiéter les experts de l'EMCDDA, qui estiment qu'une telle baisse du prix de l'héroïne sur le marché pourrait avoir une influence sur le visage de la toxicomanie en Europe dans les années à venir.

Les bêta-bloquants réduisent le risque d'infarctus ou de décès chez les cocaïnomanes !

Lors du dernier congrès de l'AHA (American Heart Association) à Chicago en Novembre 2006, une équipe du Jacobi Medical Center dans le Bronx à New York a présenté une étude intéressante qui montre que l'administration d'un bêta-bloquant aux patients admis aux urgences, suite à une consommation de cocaïne, réduit de façon très significative le risque de décès ou d'infarctus lié à cette consommation.

Les médecins de cette équipe ont suivi pendant 5 ans une cohorte de 348 patients admis dans leur hôpital pour des complications liées à la prise de cocaïne. 60 d'entre eux ont reçu un bêta-bloquant qui leur a permis d'être 4 fois moins exposés à un infarctus que dans le groupe des patients non traités par le bêta-bloquant (6% versus 26%). Il y a eu 1 décès dans le groupe bêta-bloquant (1,7%) contre 16 (5,6%) dans le groupe sans bêta-bloquant.

2007, l'année de l'étude « Méthaville », pas celle de la primo-prescription de méthadone par les médecins généralistes en ville !

Le protocole ANRS - Inserm appelé Méthaville a été officiellement approuvé par l'ANRS (contenu scientifique et budget). C'est un essai d'intervention visant à évaluer la faisabilité de la primoprescription de méthadone en ville et son impact sur la réduction des comportements à risque de transmission de l'hépatite C. Ce protocole fait suite à une 'commande' du Ministre de la Santé dans le cadre d'une des recommandations du Plan national Hépatites virales, visant à améliorer l'accès à la méthadone. La première vague de l'essai démarrera en 2007. Elle aura lieu sur 4 ou 5 sites non encore complètement déterminés (CSST + médecins de ville habilités à la primo-prescription à travers une formation). Pendant la première vague, 300 patients demandeurs d'un traitement par la méthadone seront randomisés pour être inclus soit dans un bras CSST, soit dans un bras ville.

La mise en place de cette étude ne modifie en rien les conditions actuelles de prescription de méthadone, dont la primo-prescription est toujours restreinte aux médecins des CSST et exerçant en établissement de santé.

Il y a une confusion qui règne actuellement, conséquence de l'information donnée autour de cette étude. On entend parler ici et là de la prescription de la méthadone par les médecins de ville possible dès cette année, alors qu'il ne s'agit que d'une étude sur 300 patients. Les conditions de prescription de la méthadone, notamment d'initiation du traitement ne sont pas prêtes de changer. Aujourd'hui, et encore pour quelques années probablement, le seul moyen, pour un médecin généraliste, de mettre un patient qu'il suit sous méthadone, est de l'adresser à un CSST, ou un service hospitalier correspondant, qui initiera le traitement et pourra ré-adresser ensuite le patient au médecin généraliste dans des délais qui devraient dépendre de la situation du patient.

La rédaction du Flyer

Naissance d'une association de pharmaciens d'officine impliqués dans le suivi de patients présentant des comportements addictifs



Il y a quelques semaines, à l'occasion d'un dîner informel entre confrères ayant pour point commun d'être investis dans la délivrance de MSO (Médicaments de Substitution Opiacée), nous avons jeté les bases d'un projet de constitution d'une association.

Cette association représenterait les **pharmaciens d'officine**, titulaires et collaborateurs, et ceux notamment intéressés, au **sens large du terme**, par les **addictions** et la prise en charge des comportements addictifs dans nos officines. Cela inclut la délivrance des MSO (Subutex®, buprénorphine et méthadone), mais s'étend tout naturellement à la substitution nicotinique et médicaments anti-craving (Zyban®, Aotal®, Revia® et autres à venir), aux abus d'alcool ainsi qu'aux troubles du comportement considérés aujourd'hui comme des conduites addictives (jeu pathologique, anorexie, boulimie etc...).

Elle aurait pour vocation d'être représentative de beaucoup d'entre nous, investis dans ces prises en charge mais insuffisamment représentés aujourd'hui dans différentes instances (ANAES, HAS, AFFSAPS, DGS, MILDT et toute autorité de santé intervenant dans le domaine des addictions). Sur certains points, nos problématiques nous sont propres et non prises en compte. Ce fut le cas récemment lors des discussions sur le statut "stupéfiant" de la buprénorphine ou lors de la suppression de l'honoraire de responsabilité pour la délivrance des "médicaments à statut particulier" ou encore lors des discussions sur la réforme de la réglementation sur les stupéfiants (à venir...). C'est en substance ce qui nous a conduit à ce projet de création d'association.

Cette association pourrait aussi avoir comme vocation de former et d'informer tout ceux qui aujourd'hui se sentent concernés, impliqués ou intéressés par la prise en charge des Conduites Addictives, et notamment, elle pourrait organiser des actions de formation vers l'ensemble des acteurs de la Pharmacie d'Officine.

Elle pourrait ainsi contribuer à promouvoir nos pratiques auprès de l'ensemble de notre profession, et dans certains domaines, cela nous paraît indispensable.

Le nouveau plan addiction 2007 – 2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions fixe plusieurs objectifs :

"articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social"
objectif 5 ; "mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge des addictions"

"développer la prévention"
objectif 10 : "renforcer le rôle des associations"

"renforcer la formation des professionnels en addictologie"
objectif 12 : "intégrer l'addictologie à la formation continue"

Il nous paraît évident que le pharmacien d'officine est un professionnel incontournable dans le cadre de ces objectifs. Il existe actuellement dans chaque département, de nombreux pharmaciens déjà très impliqués, isolés ou travaillant dans des réseaux addictions.

Il existe dans chaque département de nombreux pharmaciens intéressés par ces sujets mais qui ne se sentent pas encore très à l'aise.

L'association "pharm'addict" a été créée le 17 novembre 2006. Le siège de l'association est à Montreuil, 26, rue de Paris.

L'assemblée constitutive présente a élu le bureau national suivant :

Président :	Stéphane Robinet st.robinet@wanadoo.fr	Strasbourg
Vice-Président :	Elisabeth Kennedy ekennedy@wanadoo.fr	Versailles
Secrétaire :	René Maarek rene_maarek@hotmail.com	Montreuil
Trésorier :	Alain Gaubert gaubert.alain@wanadoo.fr	Paris
Trésorier adjoint :	Marie-Josée Augé-Caumon auge-caumon@wanadoo.fr	Montpellier

Pour adhérer à l'association "Pharm'addict", il faut être pharmacien, exercer en officine et remplir le bulletin d'adhésion, ci-dessous en l'envoyant avec un chèque de 10 € à l'adresse suivante :

Pharm'Addict
26, rue de Paris
93100 Montreuil

Nom : Prénom :

exerçant à la Pharmacie :

adresse :

tel : fax :

e : mail :



souhaite adhérer à l'association " pharm'addict " et adresse ci-joint un chèque de 10 € à l'ordre de Pharm'addict, en règlement de ma cotisation pour l'année 2007

Signature :