

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

Septembre 2009

N° 37

- **Editorial** : page 3
- **Programme d'échange de seringues pour usagers de drogues par voie intra-veineuse dans une prison préventive à Genève** page 4
J-P Rieder, H. Wolff H. et al., Genève, Suisse
- **Jeunes de moins de 25 ans inclus dans un traitement par la méthadone** page 11
Dr Sophie ALLESSANDRI, Créteil (94)
- **Une pratique de TSO en médecine générale et libérale** page 16
Dr Philippe VENTROU, La Rochelle (17)
- **Brèves bibliographiques** : page 22
 - *Que pensent les patients de leur TSO ?*
Australian Injecting and Illicit Drug Users' League (AIVL), Canberra, ACT, Australia
 - *Relations entre âge, durée de traitement, posologie et résultats du traitement par la méthadone*
Kritz et al., Bronx, New-York

Commentaires de lecture et infos brèves

page 25

Comité scientifique du Flyer

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

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

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

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

Mustapha BENSLIMANE
Centre NOVA DONA
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14

E-mail : novamb@club-internet.fr

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

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

www.rvh-synergie.org/



télécharger les bulletins
"Flyer"

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

L'article du Dr TENORE de New-York publié dans le Flyer 34 sur les bénéfices de la méthadone a suscité deux réactions de cliniciens que nous publions page 26. Elles évoquent, comme l'article, les propriétés psychotropes de la méthadone et abordent ainsi plus ou moins directement la question des indications préférentielles entre la méthadone et la buprénorphine.

Force est de constater que la réflexion sur les indications préférentielles des deux modalités de traitement ne peut pas s'appuyer sur des éléments bibliographiques, quasiment inexistantes. Les conférences de consensus dans les pays où les deux traitements sont utilisés n'abordent pas le sujet, y compris en France.

La seule publication officielle qui aborde clairement le sujet est l'avis de la Commission de Transparence du 16 avril 2008 à propos de Suboxone®. Au chapitre « Place dans la stratégie thérapeutique », on peut lire :

Actuellement, les différences de règles de prescription et les disparités dans l'offre de soins influent encore beaucoup sur le choix du médicament de substitution aux opiacés par les patients et les prescripteurs. Cependant, la méthadone serait plus particulièrement adaptée en cas de :

- *dépendance sévère,*
- *difficultés à renoncer à l'injection,*
- *comorbidité psychiatrique,*
- *polyconsommation (alcool, BZD, cocaïne, etc.),*
- *situation de grande précarité sociale,*
- *patients pour lesquels un traitement antalgique morphinique est nécessaire.*

Comme cela est évoqué dans ce paragraphe, les disparités dans l'offre de soins conditionnent encore la possibilité d'avoir un des deux traitements et cela est surtout vrai pour la méthadone. Pour autant, le nombre croissant de patients bénéficiant de la méthadone, dépassant les 35 000 à ce jour, semble plaider en faveur d'un accès amélioré, même si il existe de très fortes disparités régionales (cf. Flyer 33).

Par ailleurs, la France a adopté un modèle qui positionne d'emblée la buprénorphine comme un traitement de première intention (accès large et rapide) et, par voie de conséquence, la méthadone comme un traitement de seconde intention (passage obligatoire plus ou moins long dans une structure spécialisée). Ce modèle n'a jamais vraiment été discuté alors que bon nombre de pays, notamment parmi nos proches voisins (suisses, belges, espagnols, hollandais...) ont plutôt adopté la buprénorphine haut dosage comme un traitement de seconde intention. Ce positionnement d'emblée prive les uns et les autres d'une réflexion sur le sujet ! Elle ne sera possible que lorsque tous les cliniciens, médecins de ville et des structures spécialisées auront le choix de prescrire l'un ou l'autre des traitements à des primo-accédants à un TSO. Or, en caricaturant un peu le propos, les médecins de ville prescrivent la BHD à des primo-accédants à un TSO (pas d'autres choix) et les médecins des structures spécialisées prescrivent souvent la méthadone aux usagers en échec avec la BHD. Mais comme la période est à la satisfaction vis-à-vis du bilan des politiques de prise en charge des usagers de drogues, on peut parier sur un *statu quo* !

La Rédaction du Flyer

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

Article original :

Programme d'échange de seringues pour usagers de drogues par voie intra-veineuse dans une prison préventive à Genève

J.-P. Rieder, B. Broers, F. Pinault, C. Ritter, H. Wolff. Genève

Département de médecine communautaire et de premier recours, Unité de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

ABSTRACT

Introduction : A la fin des années 1980, la Suisse a développé une politique en matière de drogue dite des « quatre piliers » : prévention, thérapie, répression et réduction des risques. L'unité de médecine pénitentiaire des Hôpitaux Universitaires de Genève base sa prise en charge des patients toxicodépendants sur ce modèle. Depuis 1996, en cas de consommation de substances dans la prison, elle remet, sur demande et après entretien, un kit d'injection. Les objectifs du programme de remise de matériel d'injection sont de réduire les risques de transmission de maladies infectieuses et d'aborder la question de la consommation avec les usagers. L'objectif de notre étude est de décrire l'expérience de ce programme d'échange de matériel d'injection après 7 ans.

Méthode : Un protocole d'échange de matériel d'injection a été élaboré par des spécialistes en addiction et accepté par l'administration pénitentiaire. Ce protocole prévoit un entretien d'information dans les locaux du service médical, en confidentialité, avant la remise du matériel d'injection à la porte de la cellule du détenu, pour des questions de sécurité. Le personnel a reçu une formation spécifique pour l'application du protocole. Le nombre de seringues remises et rendues a été mesuré durant respectivement 7 et 8 ans, ainsi que le nombre d'incidents en relation avec ce matériel.

Résultats : De 2001 à 2008, 168 à 337 kits d'injection ont été remis chaque année à 24 à 53 usagers IV. Le taux moyen de retour des seringues, de 2002 à 2008, se situe entre 58 et 85%. Aucun incident (blessure, agression) n'a été rapporté.

Discussion : Le programme a été bien accepté par le personnel de surveillance et infirmier. De plus, au-delà de la réduction de risque elle-même, il permet de surpasser une certaine méfiance mutuelle et est considéré globalement comme satisfaisant, même s'il ne couvre probablement pas les besoins de tous les détenus par crainte de dénonciation. La littérature confirme la nécessité et l'utilité d'un tel programme qui permet effectivement une réduction des risques (abcès, overdose, échanges de seringues, nouveaux cas d'infections par le VIH/VHB/VHC), sans augmenter la consommation ni l'injection de substances chez ceux qui ne s'y adonnaient pas auparavant.

Conclusion : Notre expérience montre qu'un programme d'échange de seringues est implantable dans une prison, de manière sûre et acceptable pour le personnel et les usagers de drogue par voie IV. Un tel programme est prouvé efficace dans le contexte d'une politique claire de réduction des risques, un protocole explicite et du personnel formé pour l'application. Notre organisation peut être améliorée pour augmenter l'accès aux seringues et leur taux de retour. L'accès aux méthodes de réduction de risque devrait être universel, conformément aux principes des droits de l'homme, et devrait pour ceci être implanté dans tous les établissements de détention.

La politique suisse en matière de drogue, dite des « quatre piliers » :

A la fin des années 1980, afin de mettre fin au problème des scènes ouvertes de la drogue, la Suisse a développé une nouvelle politique en matière de drogue sous la forme du modèle dit des « quatre piliers » : prévention, thérapie, répression et réduction des risques.

La *prévention* primaire a pour but de diminuer le nombre de nouveaux consommateurs, la prévention secondaire s'attendant surtout au problème de la rechute ainsi qu'à éviter l'aggravation d'une situation, comme par exemple de passer d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière.

La *thérapie* a pour but de réduire la consommation et améliorer la santé des usagers selon un modèle interdisciplinaire bio-psycho-social, par des approches diversifiées, orientées vers l'abstinence ou des traitements de substitution. La prescription et la délivrance de ces traitements substitutifs sont soumises à autorisation par un organe officiel, le Service du médecin cantonal. La *répression* vise le contrôle du marché de la drogue et est surtout l'attribut des autorités policières.

La *réduction des risques* a pour but de diminuer les effets négatifs de la consommation sur les toxicomanes et sur la société. Elle revêt de multiples visages, par exemple : l'accès à des lieux de consommation, à du matériel d'injection à usage unique, la promotion de modes alternatifs de consommation, la prévention du surdosage en cas de rechute, l'analyse des produits circulants sur le marché afin de déterminer les indices de pureté. Le 30 novembre 2008, le peuple suisse a accepté la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup), ce qui permettra l'inscription de cette politique dans le texte légal¹.

L'unité de médecine pénitentiaire des Hôpitaux Universitaires de Genève :

L'unité de médecine pénitentiaire (UMP) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a le mandat de dispenser les soins aux détenus dans la prison de Champ-Dollon, établissement de détention préventive* du canton de Genève, en Suisse. Cette prison compte entre 440 et 500 détenus pour 270 places prévues (taux d'occupation : 165-185%), principalement de sexe masculin.

Les tableaux 1 et 2 donnent quelques informations permettant de se représenter sa population.

Caractéristiques du lieu :	
Type de détention	Principalement préventive
Nombre théorique de places :	270 personnes
Nombre effectif de détenus :	440-500 personnes
Taux d'occupation	165-185 %
Nombre d'incarcérations/an	2800 incarcérations/an
% séjour < 1 mois	50
% séjour < 1 semaine	33

Tableau 1 : caractéristiques de la prison de Champ-Dollon, Suisse

¹ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, modification du 20.03.2008.

* Période d'incarcération précédant le jugement. La personne en cause est « prévenue » des accusations faites contre elle et motivant une enquête durant laquelle elle est incarcérée en raison d'un risque significatif de fuite, de réitération, de collusion, ou de la gravité de la nature des actes dont elle est accusée. En ce sens, les prisons préventives de Suisse peuvent être assimilées aux maisons d'arrêt françaises.

Caractéristiques de la population carcérale	
% hommes/femmes détenus	94/6
Nationalités	
Suisse	11 %
Autres pays d'Europe	35 %
Afrique du Nord	19 %
Autres pays d'Afrique	19 %
Autres	16 %
Total	100 %
Sans papiers	63 %

Tableau 2 : caractéristiques socio-démographiques (2007).

Le mandat de soins porte également sur les mesures de prévention sanitaire. La dépendance² à différents produits, déterminée sur la base de statistiques effectuées sur les entretiens infirmiers d'évaluation sanitaire (cf. *infra*) est sur-représentée dans la population carcérale comparativement à la population générale, comme l'indique le tableau 3.

Produit	Population générale³	Population de Champ-Dollon⁴
Alcool	4.7%	20%
Tabac	30.5%	70%
Benzodiazépines	1.3-2.1%	25%
Héroïne	< 1%	15-20%
Cocaïne	< 1%	25-35%
Cannabis	9-31% selon l'âge	30-40%

Tableau 3 : dépendances dans la population générale et en prison.

L'équipe locale de l'UMP est composée de 18 infirmières et infirmiers assurant une présence 24h/24 et des consultations générales ou spécialisées (addictions, violence, psychiatrie, relaxation), ainsi que des médecins généralistes, psychiatres, dentistes, des psychologues un physiothérapeute et un technicien en radiologie. Des spécialistes (ophtalmologiste, ORL, chirurgien orthopédiste) interviennent à intervalle régulier et les soins non réalisables sur place sont effectués dans les différents sites des HUG. Chaque année, environ 14 500 consultations sont dispensées par cette équipe interdisciplinaire, avec une approche de type « structure de bas seuil ».

Conformément aux recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales⁵, du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe⁶ et du Comité Européen de Prévention de la Torture⁷, nous respectons les principes fondamentaux de la médecine pénitentiaire : accès à des soins de qualité, consentement et confidentialité, équivalence de soins⁸ par rapport à la population en liberté,

² Dépendance selon les critères définis dans la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision.

³ Rapport de méthodes : enquête suisse sur la santé 2007, Office Fédéral de la Statistique, 2005.

⁴ ICPC-coded health problems of detainees in Switzerland's largest remand prison, H. Wolff, 7th International Conference on Urban Health, Vancouver.

⁵ « Exercice de la médecine auprès de personnes détenues, directives médico-éthiques de l'ASSM », approuvées par le Sénat de l'ASSM le 28 novembre 2002.

⁶ Recommandation N° R (98) 7 (2) du Comité des Ministres aux Etats Membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le Comité des Ministres le 8 avril 1998 lors de la 627^e réunion des Délégués des Ministres.

⁷ « Quelques développements récents dans les normes du CPT en matière d'emprisonnement », in 11^e rapport général d'activités du CPT, 2001.

⁸ L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés: un champ d'application pour la politique drogue, C. Ritter, Dépendances, 2008 Sep, 35 : 7-9.

indépendance (les hiérarchies médicale et pénitentiaire sont séparées) et compétence des professionnels de la santé.

Le jour de son incarcération (en moyenne moins de 2 heures après), chaque prévenu bénéficie d'un entretien infirmier d'évaluation sanitaire durant lequel sont dépistés systématiquement par questionnaire les abus de substances, les problèmes infectieux (en particulier la tuberculose) et psychiatriques, la violence (prévenu en tant qu'auteur ou victime), ainsi que les autres problèmes de santé pour lesquels la personne est possiblement déjà traitée ou désire un traitement. En cas de problème de santé, l'infirmière oriente le prévenu vers une consultation de médecine générale. Chaque prévenu est informé qu'il peut faire appel à l'équipe médico-soignante en leur adressant un courrier interne. Il reçoit également un document présentant le service médical, disponible dans les 10 langues les plus représentées dans l'établissement.

Etant donné le principe d'équivalence de soins, la prise en charge des toxicodépendants⁹ repose également sur la politique des quatre piliers. Nous délivrons des messages de prévention primaire et secondaire ainsi que de réduction de risques (promotion de modes de consommation alternatifs) dans le contexte de consultations médicales ou infirmières. Nous effectuons un travail thérapeutique avec les usagers et avons, en cas de besoin, la possibilité de prescription et de délivrance facilitées des traitements substitutifs. Depuis 1996, en cas de consommation de drogue dans la prison, les prévenus ont la possibilité de d'obtenir auprès de notre unité un kit d'injection à usage unique, appelé « boîte Flash ».

Le but de notre étude est de décrire l'acceptabilité, l'acceptation et l'utilisation de ce programme d'échange de seringues entre 2001 et 2008.

Boîte Flash : description et mode de délivrance

La boîte Flash est un véritable kit de prévention. Son contenu (figure 1a) est le suivant : 2 seringues stériles de 1 ml avec filtre, 2 aiguilles stériles (disponibles en deux calibres différents, sous la dénomination « Flash orange » ou « Flash marron »), 2 tampons de désinfection alcoolique, 2 tampons secs, 2 ampoules de 1,5 ml. de NaCl 0,9% et 2 sachets d'acide ascorbique 0,5 g.



Figure 1 : Boîte Flash orange : (a) contenu ; (b) tube d'échange de seringue

La littérature^{10,11} décrit plusieurs modes de délivrance possibles pour ces kits d'injection, du système main à main par un professionnel de la santé de l'établissement ou indépendant, des tiers intervenants, des organismes non gouvernementaux jusqu'au distributeur automatique.

⁹ « Approche des addictions en milieu carcéral », C. Ritter, in « Médecine Santé et Prison », D. Bertrand, G. Niveau, Ed. Médecine & Hygiène, 2006, ISBN 2-88049-230-0

¹⁰ Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development, Dolan K, Rutter S, Wodak AD, Addiction, 2003 Feb;98(2):153-8.

Tous ces systèmes ont en commun d'assurer la confidentialité et la confiance, l'accès adéquat aux seringues et l'échange de seringues dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits. Les prises de décisions pour l'évaluation de projets pilotes sont toujours fondées sur des données mesurées.

Dans le cadre de la prison de Champ-Dollon, les infirmiers, avec l'aide de spécialistes en addiction de l'UMP et du Service de Médecine de Premier Recours des HUG, ont élaboré un protocole d'échange de seringues qui a été accepté par l'administration pénitentiaire. En 2004, ce protocole a été retravaillé en collaboration avec les autorités pénitentiaires afin d'améliorer sa sécurité et répondre ainsi aux craintes du personnel concernant les accidents éventuels. Ce protocole prévoit un entretien entre le prévenu demandeur et un membre de l'équipe infirmière dans les locaux du service médical, en confidentialité, avant la remise du matériel d'injection à la porte de la cellule du prévenu, pour des questions de sécurité. La consommation en dehors de la cellule peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire qui relève des autorités de la prison.

Concrètement, la possibilité d'obtenir des boîtes Flash est décrite dans le document remis à chaque prévenu après l'entretien infirmier. Chacun peut demander oralement ou par écrit une boîte à tout membre de l'UMP. Le jour-même, le demandeur est reçu en entretien infirmier pour déclarer le produit consommé et recevoir une information (contenu : lavage des mains, risque d'overdose, discrétion de consommation, nécessité de rendre son matériel usagé par protection des gardiens et des co-détenus). Lors de la tournée infirmière suivante, une boîte Flash lui est remise à la porte de sa cellule, avec un tube qui lui servira à rendre son matériel usagé (figure 1b). Le tube est transparent, à la demande des autorités de la prison. Par la suite, en cas de nouvelle demande par la même personne, le principe de l'échange « un pour un » est prévu mais appliqué avec une certaine souplesse. L'ensemble du personnel de la prison a reçu une formation, spécifique pour l'application du protocole et avec des généralités sur la maladie addictive, les risques de transmission du VIH et des hépatites.

METHODE

Le nombre de kits de prévention distribués a été comptabilisé durant 7 ans à partir de 2001, et le nombre de seringues rendues comptabilisé durant 6 ans, à partir de 2002. Nous avons également relevé les incidents liés à la présence de ces kits au sein des unités cellulaires (blessures, agressions). Enfin, nous avons effectué une revue de la littérature pour comparer nos taux de retour de matériel usagé avec ceux d'autres pays. Enfin, nous avons décidé de comptabiliser tous les incidents impliquant du matériel d'injection signalés par la direction de la prison au moyen des rapports produits qui nous sont transmis systématiquement.

RESULTATS

De 2001 à 2008, chaque année, de 168 à 337 seringues ont été remises à 24 à 53 détenus. Le taux de retour des seringues, mesuré de 2002 à 2008, va de 58 à 85%. La figure 2 représente les résultats annuels de distribution de kits ou de seringues individuelles et, dès 2002, le nombre et le taux de retour de seringues et le nombre de personnes qui a effectué des demandes.

¹¹ L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales, Réseau juridique canadien VIH/sida, ISBN 1-896735-52-5, 2006, et www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm

Echange de seringues à la Prison de Champ-Dollon 2001-2008

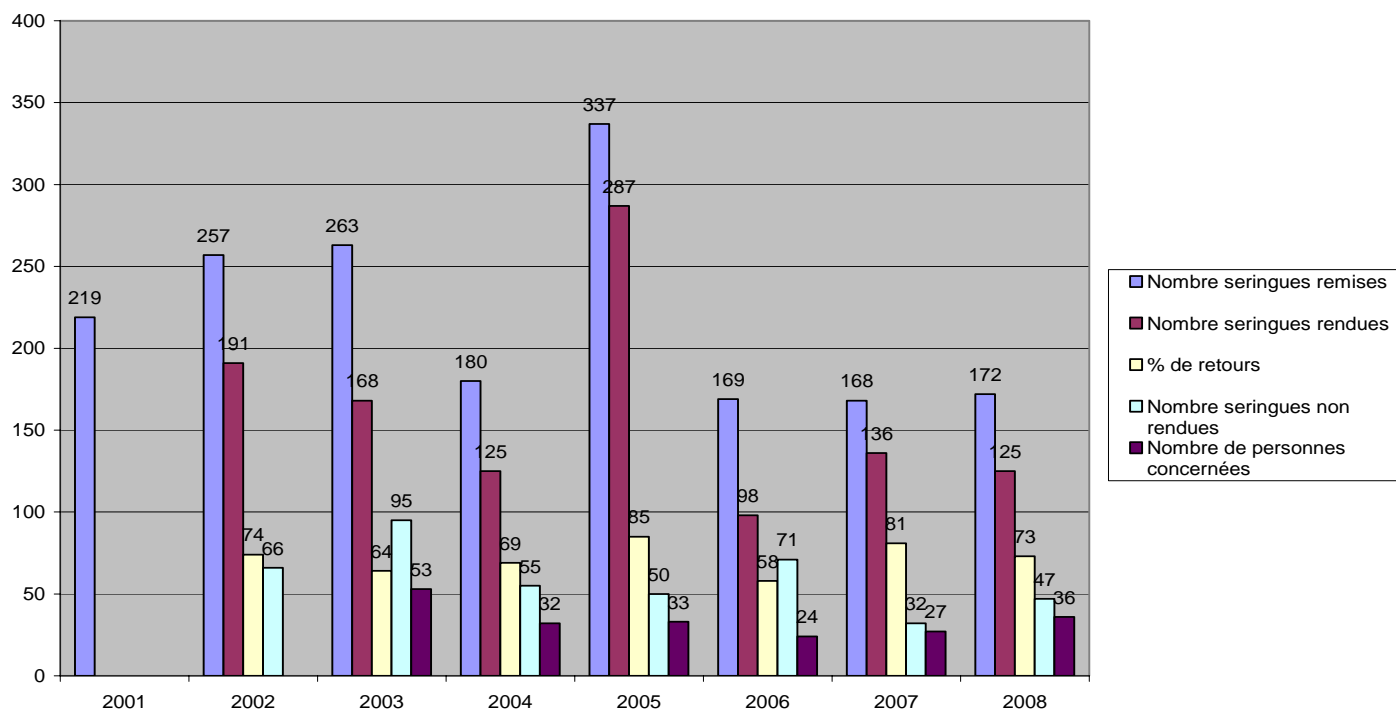


Figure 2 : Echanges de seringues, prison de Champ-Dollon, 2001-2008.

Toutes les demandes, hormis une, provenaient d'usagers qui s'injectaient des substances déjà avant leur incarcération. Le seul détenu pour lequel ce n'était pas le cas avait l'habitude de fumer la cocaïne base et ignorait qu'il était possible d'obtenir par la même voie que les boîtes Flash du bicarbonate de sodium. Après avoir reçu cette dernière information, il n'a plus consommé par voie IV durant son séjour carcéral, mais uniquement en fumant.

Aucune agression ou autre incident impliquant le contenu des kits de prévention (par .ex : menaces, blessure par une seringue laissée dans une poubelle, ...) n'a été rapporté, ni par l'administration pénitentiaire, ni par le personnel médico-soignant.

DISCUSSION

Initialement, ce programme a induit beaucoup de méfiance au sein du personnel de surveillance de la prison, par crainte du détournement des seringues en armes potentielles ou d'incitation à la consommation de substances. De fréquents échanges avec l'équipe médico-soignante et l'absence d'incident ont permis de gagner la confiance du personnel. Le mode de remise des boîtes Flash, qui prévoit que leur transport dans la prison se fasse dans les mains des soignants, a également grandement sécurisé le processus. Ainsi, le programme a été bien accepté par le personnel de surveillance et médico-infirmier.

Le constat est similaire dans les différents lieux de détention bénéficiant d'un programme d'échange de seringues mentionnés dans la littérature médicale^{6,7,12,13,14} : bonne acceptation et absence d'accident ou d'agression lié au matériel d'injection.

¹² Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison, Jürgens R, Ball A, Verster A., Lancet Infect Dis, 2009 Jan; 9(1):57-66.

¹³ Drug use in prisons in Kyrgyzstan: a study about the effect of health promotion among prisoners. Moller LF, van den Bergh BJ, Karymbaeva S, Esenamanova A, Muratalieva R., Int J Prison Health, 2008 Sep;4(3):124-33.

Les éléments mis en avant pour expliquer ceci sont la possibilité de surpasser une méfiance mutuelle dans le trio soignant – patient/prévenu – surveillant au profit du développement d’une confiance, permettant entre autres de ne plus cacher les aiguilles et seringues. Ceci évite bien des accidents, et rend les messages de prévention plus acceptables et mieux écoutés. De plus, ce programme a permis d’intensifier les échanges dans un climat de clarté entre les gardiens et la direction de l’établissement d’un côté, et l’équipe médico-soignante de l’autre, stimulant une collaboration constructive.

Un tel programme est donc considéré comme globalement satisfaisant, même s’il ne couvre probablement pas les besoins de tous les détenus usagers de drogues par injection. A l’origine de cette « sous-réponse » aux besoins, deux hypothèses principales sont : d’une part, les difficultés linguistiques qui peuvent entraver l’accès au matériel d’injection et, d’autre part, la crainte de dénonciation par l’équipe de santé aux autorités, puisque l’indépendance des services de médecine pénitentiaire n’est pas garantie dans plusieurs pays d’où sont ressortissants bon nombre de nos patients. Ainsi, il s’agirait surtout, dans cette hypothèse, d’une « sous-utilisation » de la ressource offerte.

Notre étude observationnelle confirme les résultats des nombreux articles traitant de l’utilité des programmes d’échanges de seringues. Ces programmes permettent effectivement une réduction des risques (abcès, overdose, échanges de seringues entre usagers et autres comportements à risque induisant de nouveaux cas d’infection par le VIH/VHB/VHC), sans augmenter la consommation ni l’injection de substances chez ceux qui ne s’y adonnaient pas auparavant, également en milieu pénitentiaire.

La littérature nous apporte également quelques données concernant les taux de retour de seringues, qui varient entre 82 et 98,6% selon les établissements. Un taux de retour de 80% est considéré comme acceptable (Espagne⁷). Dans notre cas, nous sommes le plus souvent en-dessous de cette valeur. Là encore, la barrière linguistique souvent présente pourrait constituer un facteur limitant, tout comme le contexte de la prison préventive plutôt que d’une exécution de peine compte tenu de la haute entropie du milieu. Des efforts doivent être faits pour améliorer le taux de retour dans notre établissement. Toutefois, il est fort probable qu’une partie des seringues soit demandée par les détenus juste avant leur sortie de prison en anticipant les consommations futures.

CONCLUSION

Notre expérience montre qu’un programme d’échange de seringues est implantable dans une prison, de manière sûre et acceptable pour le personnel de santé et de surveillance ainsi que pour les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse, sous condition d’un protocole d’échange clair et d’un travail de formation et d’accompagnement du personnel. Notre organisation peut être améliorée pour augmenter l’accès aux seringues et leur taux de reddition. L’accès aux méthodes de réduction de risque devrait être universel, conformément aux principes des droits de l’homme, et devrait pour ceci être implanté dans tous les établissements de détention.

¹⁴ Another review of prison-based needle exchange programs published, Jürgens R., Can HIV AIDS Policy Law Rev. 2004 Apr; 9(1):46.

Jeunes de moins de 25 ans inclus dans un traitement par la méthadone

Dr Sophie ALESSANDRI, CSST de Créteil (94)

Depuis fin 2006, le CSST de Créteil a décidé de s'intéresser à un petit groupe de patients sur l'ensemble de la file active du Programme Méthadone de « Drogues et Société » (204 patients recevant un traitement par la méthadone et 14 par la BHD : celui des jeunes de moins de 25 ans).

En effet, l'augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes est un véritable problème de santé publique contre lequel tous les intervenants en toxicomanie sont mobilisés.

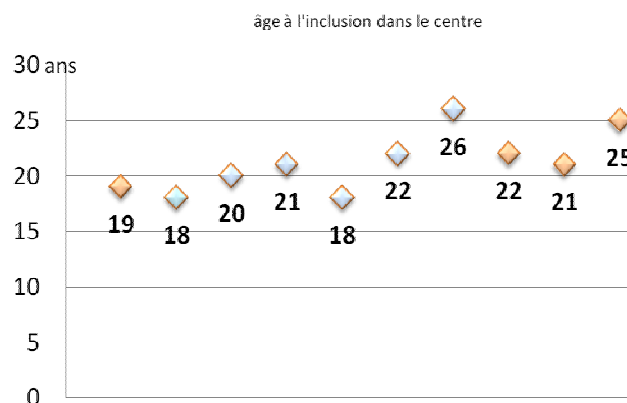
L'inclusion de ces jeunes dans les programmes de substitution reste controversée. Et c'est dans cet état d'esprit, qu'initialement, nous étions peu rassurés de mêler et de confronter nos jeunes patients aux « anciens ». Cette idée était plus dérangeante pour nous que pour nos jeunes usagers. De plus, il semble même que dans un contexte et des conditions déterminées, leur évolution soit des plus favorables. Tant à court terme en ce qui concerne leurs modes de consommations et la réduction des risques, qu'à long terme en limitant l'exclusion sociale et parfois familiale.

Dans cette optique les jeunes dépendants aux opiacés et demandeurs d'un traitement de substitution à la Méthadone avaient la possibilité d'intégrer rapidement le programme du CSST. Ainsi, 10 jeunes de moins de 25 ans ont pu être suivis et bénéficier de la méthadone au cours des deux dernières années. Comme pour les autres patients du CSST, nous avons privilégié, avec ces jeunes patients, le suivi individuel, le soutien et l'écoute. Nous avons adapté notre discours et notre prise en charge, afin de renforcer la relation de confiance entre l'équipe et le jeune usager afin qu'il n'y ait aucune pression, et que ces jeunes usagers aient la motivation et la volonté de revenir de lui-même au CSST régulièrement.

A. Bilan à l'inclusion des 10 jeunes usagers de drogues

1) Age moyen.

L'âge moyen à l'arrivée au centre est de **21,2 ans**. Parmi les jeunes usagers qui sont entrés dans le programme depuis fin 2006, il y eu 5 « vraies » inclusions et 5 relais (patient venant du bus Méthadone, ou d'autres CSST). En considérant que les patients en relais étaient déjà quotidiennement et de façon régulière traités par Méthadone depuis environ 2 ans, l'âge moyen de l'inclusion pour cette population de 10 jeunes était de **19 ans**.

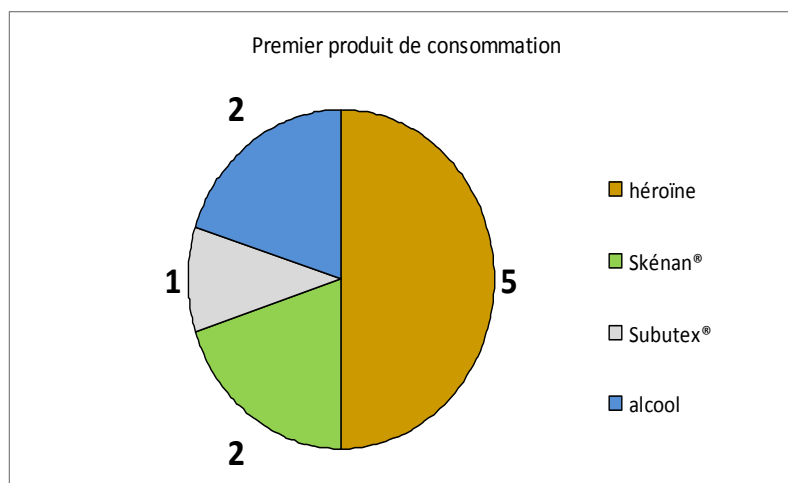


2) Bilan médical.

A leur arrivée au CSST, les jeunes usagers étaient **tous injecteurs** et **dépendants aux opiacés** depuis leur adolescence, avec pour la moitié d'entre eux, l'héroïne comme premier produit de dépendance. Quant à l'autre moitié, la quête de défonce représentait l'effet le plus recherché avec une polyconsommation massive, quelle que soit la substance.

Dans ce contexte, les premiers produits de dépendance consommés sont ceux les moins onéreux comme l'alcool (alcoolisations massives aux alcools forts, bières à haut degré d'alcool type 8/6) ou les médicaments issus des trafics de rue (morphine, buprénorphine haut dosage). Le plus souvent, plusieurs produits étaient absorbés en même temps afin de potentialiser les effets des substances. Ces jeunes patients consomment alcool, ecstasy, cocaïne, buprénorphine, kétamine... et, par la force des choses, deviennent physiquement dépendants, entre autres, aux opiacés... ce qui les amène à nous rencontrer.

Nous avons également observé que la moitié de ces jeunes usagers s'injectaient régulièrement de la cocaïne (au moins 2 fois par mois) en plus de leur consommation d'opiacés.



Concernant les sérologies VIH/VHC/VHB, ce n'est bien sûr pas l'âge qui compte dans ce domaine, mais la durée de l'usage de drogue par voie intraveineuse, ou plus exactement le moment (l'année) où cet usage a commencé. Dans la population de jeunes usagers de moins de 25 ans que nous avons suivi au CSST, seuls 2 patients à l'inclusion, avaient réalisé récemment leurs sérologies VIH et VHC (négatifs). Les autres n'en avaient jamais fait.

B. Contexte social

Les CSST sont généralement composés d'équipes pluridisciplinaires qui proposent de nombreux services accessibles aux usagers en situation de précarité ou marginalisés. Ainsi, l'entrée en CSST représente donc un point crucial dans la vie d'un usager de drogues. Cependant, le retour à une vie « normale », sinon « active », semble poser un certain nombre de problèmes. En effet, de nombreux usagers sont peu qualifiés, et ils peuvent donc éprouver de réelles difficultés à réintégrer le marché de l'emploi.

Ainsi, sur les 10 jeunes que nous suivons : 6 étaient sans activités (dont 3 sans domicile fixe), et 3 étaient scolarisés mais en échec. 1 seul travaillait depuis plus d'un an en CDI après un bac technique.

L'ennui et l'inactivité sont fréquemment une des raisons de rechute d'anciens dépendants, c'est la raison pour laquelle nous avons axé nos objectifs sur la réalisation de projets (professionnels) afin d'éviter l'isolement et à plus long terme l'exclusion.



C. Objectifs

Evidemment nous présagions que le problème des consommations de psychotropes prendrait du temps et l'exigence n'était pas dans l'arrêt immédiat des consommations de produits. Mais compte tenu du jeune âge de ce groupe, les urgences étaient avant tout sociales et sanitaires, parfois familiales.

Pour ceux (3 jeunes) qui étaient scolarisés et dont les parents avaient des possibilités financières, l'important était de maintenir les études engagées en favorisant le retour et l'investissement au lycée. L'objectif principal était de les aider à reconstruire des projets professionnels et à trouver de nouvelles motivations. Concernant les patients ayant un niveau bac mais sans emploi, nous favorisons les formations professionnelles afin d'obtenir un diplôme qualifiant, leur permettant de retrouver un emploi et pour certains un hébergement.

De manière régulière, nous avons tenu à les informer sur les produits qu'ils consommaient afin de leur expliquer les possibles répercussions somatiques. Nous leur avons également distribué du matériel et des documentations afin de diminuer certains comportements à risque, et des dépistages VIH et VHC ont été prescrits.

D. Suivi

Les usagers de moins de 25 ans que nous suivons au CSST, du fait de leur jeunesse, ont tendance à refuser tout type d'autorité, et à fuir la réalité sociale et ses contraintes. Nous pensions donc, que pour mieux répondre à la demande de chacun des jeunes usagers de drogues, la prise en charge devait être renforcée afin d'être perçue comme un soutien et non comme une autorité abusive.

Il nous fallait donc être particulièrement disponible pour pouvoir être directifs mais pas « tyranniques ». J'ai fait ainsi le choix de laisser mes coordonnées téléphoniques personnelles aux jeunes usagers afin qu'ils puissent téléphoner en cas d'urgence, pour être rassurés ou pour poser des questions. Ce qu'ils font raisonnablement.

Toujours pour privilégier le lien avec l'équipe et maintenir une vie extérieure, l'inclusion au traitement à la méthadone avec passage quotidien et prise sur place était volontairement limitée au temps de stabilisation d'environ **2 semaines**. Pendant ces 2 semaines, les jeunes usagers passaient chaque jour, sans rendez-vous, de préférence le matin afin de fixer un horaire de prise. Les posologies étaient adaptées en fonction de leur état clinique et des réponses données. Une « vraie » consultation était obligatoire au moins 2 fois dans la semaine, les autres jours, les patients pouvaient consulter à la demande ou ne faire que passer.

Nous envisagions dès que possible des délivrances avec prise sur place bi-hebdomadaires puis hebdomadaires. Toujours dans cette idée de ne pas être trop « emprisonnant ». Les consultations restaient en outre fréquentes et à la demande.

Concernant les analyses urinaires, la première a été effectuée avant l'inclusion, ensuite, pour favoriser le dialogue, nous ne faisons qu'une analyse au cours des 2 premières semaines.

Par la suite, les analyses urinaires furent limitées, souvent programmées. Dans ce cas, les usagers sont prévenus de la durée de positivité des produits dans les urines et du jour de réalisation de l'analyse. Dans la mesure où ils sont informés et qu'ils sont en traitement, les jeunes usagers sont désireux d'être négatifs, cela leur permet de prendre conscience de leur capacité ou non à gérer leurs consommations. Les analyses urinaires sont donc peu fréquentes et ne conditionnent pas la prise en charge.

E. Bilan à 2 ans

1) Taux de rétention dans le CSST.

Sur 10 patients inclus : 8 sont encore au centre, 1 est parti cet été dans le sud et a été relayé dans un autre CSST (nous sommes encore régulièrement en contact), 1 a été relayé en ville chez son médecin de famille.

2) Traitement par la méthadone et impact sur les consommations

Quelques mois après leur inclusion, tous avaient cessé les injections quotidiennes d'opiacés.

Aujourd'hui, **sur 10 patients, 7 ont totalement arrêté de consommer des opiacés illicites**. 2 ont continué à consommer dans un contexte festif ; au commencement 1 à 2 fois par mois en moyenne, actuellement moins d'une fois par mois. 1 est toujours dans les produits mais l'héroïne reste occasionnelle.

8 jeunes sont stabilisés à la même posologie de méthadone depuis plusieurs mois, et **2** sont en protocole dégressif ; l'une est à 5 mg/j et n'a plus de consommations parallèles, l'autre est sous gélule de méthadone (2 mg /j) afin de diminuer progressivement. Tous les patients font toujours l'objet d'un suivi 2 ans après le début du traitement.

La mise en place d'un traitement par la méthadone a entraîné l'arrêt de l'injection chez les jeunes usagers (sauf prise exceptionnelle). Avec l'arrêt de l'injection et l'espacement des prises occasionnelles, les consommations de cocaïne se sont également espacées pour devenir exceptionnelles.

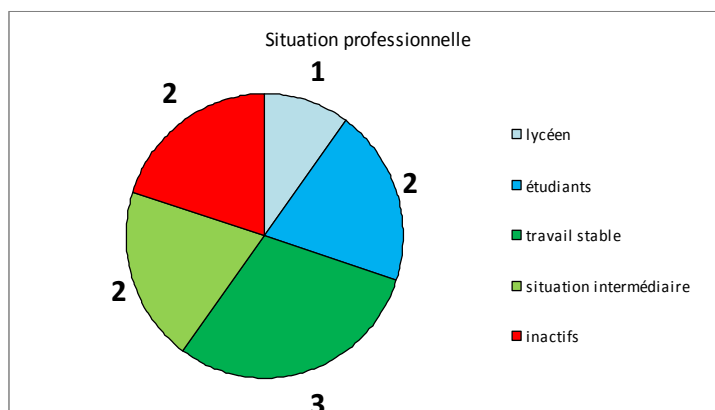
Concernant la consommation excessive et problématique d'alcool chez 1 des jeunes patients, un sevrage ambulatoire a été entamé et les consommations d'alcool ont considérablement diminué. Celles-ci sont passées d'une bouteille de vodka par jour mélangée à du vin mousseux et autres bières, à 1 demi-bouteille de rosé le soir, avec une tendance à la diminution de la consommation (occasionnelle).

Certains ont encore à l'occasion des envies de cocaïne. Ils en parlent et sont tenus par la volonté de ne pas réinjecter.

3) Situation professionnelle

Concernant les 3 lycéens : les 2 qui redoublaient leur terminale ont obtenu leur baccalauréat. L'un a poursuivi ses études et l'autre a fait une formation en informatique et a obtenu son diplôme en juin 2008. Il recherche actuellement un emploi.

Pour les 6 patients « inactifs » : 1 a finalement repris ses études et est reparti dans de bonnes conditions cette année, 2 autres ont retrouvé un travail et 1 a obtenu un diplôme de fleuriste et recherche un emploi



F. Conclusion

Cette démarche de soins chez ces jeunes usagers, aura finalement permis de trouver **des réponses adaptées pour favoriser leur réinsertion sociale et éviter une possible marginalisation**. Ils ont finalement appris à nous faire confiance et à respecter l'autorité que nous représentions.

Evidemment, tous restent vulnérables et n'ont pas résolu le « pourquoi » de leurs consommations. Ils étaient d'ailleurs en majorité peu enthousiastes à s'engager dans un suivi psychologique. La plupart ne se sentaient pas prêts, et nous n'avons pas instauré de suivi psychologique obligatoire. Nous avons préféré privilégier la relation de confiance en leur laissant la possibilité de consulter un thérapeute s'ils en ressentaient le besoin.

L'instauration d'un traitement par la méthadone et le suivi rapproché ont eu **des répercussions positives sur la diminution et l'arrêt des consommations de produits**, les comportements induits, les répercussions diverses sociales et sanitaires. La mise en place d'un traitement par la méthadone les a notamment aidés à se prendre en charge et à se responsabiliser. Ils ont ainsi appris à limiter les comportements à risques et leurs conséquences sanitaires et sociales.

Une pratique de TSO en médecine générale et libérale

Dr Philippe VENTROU, La Rochelle (17)

Je côtoie les usagers de drogue de manière habituelle depuis 18 ans et de manière intensive depuis 13 ans. Le résultat est une file active actuelle de 150 personnes recevant un TSO dont un tiers par la méthadone. Le fait que je m'épanouisse dans cette pratique me donne envie de la partager et, pourquoi pas, de donner un coup de main à mes collègues qui sont en difficulté par rapport à la toxicomanie ou avec leurs clients usagers de drogue.

Alors que je me suis en quelque sorte spécialisé dans ce domaine, je me pose aussi la question du caractère «généraliste» de ma pratique (les 2/3 de mon temps de consultation sont consacrés à l'accueil des usagers de drogue). Suis-je le mieux placé pour aider des confrères qui n'ont pas ou qui ont peu de clients recevant un TSO ? Ma conviction est que je suis bien resté un médecin généraliste, avec des préoccupations et des problèmes quotidiens de généraliste libéral ; tout comme celui ou celle qui a une activité professionnelle centrée sur les personnes âgées, enfants, femmes ou personnes en fin de vie. Je pense que mon fonctionnement est compatible avec un exercice de médecine générale... même si la médecine générale n'est pas simple à définir !

Afin d'éviter de me mettre dans une position d'expert auto-déclaré, je me contenterai donc de décrire les fondements philosophiques de ma pratique qui se sont progressivement imposés à moi et qui s'inspirent intimement de ceux de **Jean Carpentier** - médecin généraliste précurseur de la substitution opiacée, anticonformiste et humaniste - et de l'**Approche Centrée sur la Personne (ACP)**, philosophie humaniste de l'Aide, développée par **Carls Rogers**. Je tente d'être fidèle à ces principes auxquels je crois profondément ... mais n'allez surtout pas croire que j'y arrive totalement ! Même encore maintenant, il m'arrive parfois de les évacuer et de m'en sentir systématiquement victime avec, plus grave, la personne que j'accompagne dans son cheminement.

Pourquoi ai-je cette affinité pour les personnes dépendantes et plus particulièrement pour les usagers de drogue ? Voilà une question essentielle et personnelle à laquelle je ne répondrai pas ici mais qui, je l'espère, invitera le lecteur à faire de même pour lui, sous forme d'une question plus générale : quelles sont mes raisons personnelles de me comporter comme je le fais avec les usagers de drogue ? Sans réponse précise à cette interrogation, je crois qu'il y a beaucoup de risque d'accumuler des mésaventures avec des personnes dont la situation bouscule particulièrement notre éthique, notre morale et notre déontologie.

1. L'usage de drogue représente une version d'une maladie aux caractéristiques sémiologiques précises, aux causes imprécises et aux traitements peu codifiés.

Le constat que, fondamentalement, un usager de drogue se comporte comme un alcoolique, un tabagique, un drogué du sexe, du travail, du sport, des achats ou du jeu me permet de banaliser le contact avec lui. Lorsque j'arrive à éliminer le fait que son comportement est jugé comme un délit ou une perversion, c'est comme si je me retrouvais devant un alcoolique ou un tabagique «standard», pour qui il n'y a vraiment pas de quoi fouetter un chat ! La grande différence étant que ces deux dépendances légales tuent annuellement 100 000 personnes en France ; voilà aussi un constat qui m'aide beaucoup à relativiser. Je pense aussi avec beaucoup de tristesse à toutes ces femmes et tous ces hommes, martyrs de l'ordre moral, qui sont morts de n'avoir pu se procurer des seringues propres ou des médicaments de substitution. Je pense à tous ces débats dogmatiques qui ont agité le microcosme médical à partir de mars 1996. Alors je me satisfais de me focaliser sur mon métier qui est de soulager la Souffrance, car il n'y en a pas cinquante différentes.

Le déni (belle formule pour parler du mensonge) et la rechute font partie de la sémiologie de la dépendance et je les accepte donc comme des caractéristiques cliniques hautement probables de la relation thérapeutique dans ses débuts et parfois à distance. Les reconnaître, c'est les accepter ; les accepter sereinement, c'est oser avoir un **regard inconditionnellement positif** sur la personne. Cela me permet aussi d'être en paix avec moi et avec la personne, en évitant d'éprouver des sentiments de déception ou de trahison. Finalement, je m'aide aussi en faisant cela... et je m'économise peut-être aussi car le chemin est long (5, 10, 15 ans voire plus) ! Et c'est ainsi que je considère aussi le nomadisme médical, le mésusage des TSO et tous ces incidents qui ponctuent la relation thérapeutique et qui doivent bien sûr être solutionnés dans le cadre d'un vrai travail thérapeutique.

La zone d'incertitude et d'imprécision étiologique et thérapeutique étant énorme, je me méfie des discours péremptaires et je préfère ne pas ignorer mon ignorance. Elle offre pour moi la possibilité de revenir à la clinique, d'accepter le ressenti de la personne comme une composante essentielle du travail, de l'écouter tout simplement avec le plus d'**empathie** possible. Donner à la parole de la personne une très haute valeur ajoutée, voilà mon désir.

2. La définition de la guérison n'est pas consensuelle

L'abstinence (ou retour à l'état antérieur) est-elle la seule modalité de guérison ? La consommation à vie d'un TSO peut-elle être assimilable à une modalité de guérison ? Devons-nous réduire notre avis concernant la trajectoire dans le soin d'une personne à la présence ou non de consommation de psychotropes illégaux ? **De manière plus générale, quelle est la définition de la guérison en matière d'addiction et, plus loin, de maladie psychique chronique ?** Y-a-t'il d'ailleurs une définition univoque de la guérison dans ces domaines de pathologie et de manière plus générale ? Même si ces questions demandent une réflexion attentive qui dégage et examine toutes les réponses possibles, je crois que le choix appartient fondamentalement à la personne et je ne raisonne donc plus en termes d'objectif de soin mais de **processus de soin**. Je considère que mon rôle est d'offrir à la personne des attitudes qui lui permettent de se développer elle-même, de faire ses propres choix. En ce sens, **j'ai confiance en elle et dans ses capacités à devenir**.

3. L'usager de drogue en manque est une personne qui manifeste une souffrance aiguë physique et psychologique

Je pense que l'alliance thérapeutique -liée à une certaine gratitude- naît de la reconnaissance absolue de cette souffrance et de l'évidence à proposer une première aide **instantanée** sous forme d'un TSO, **sans conditions**. Ceci évite aussi une situation qui me met très mal à l'aise : regarder une personne en train de se « vendre » et la laisser faire.

De cette éventuelle gratitude naît la possibilité de ce que je souhaite vivre comme une **négociation permanente**, une confrontation pacifique et respectueuse de deux (in)compétences, deux (in)expériences, deux (in)humanités, deux (ir)responsabilités qui se cherchent, se parlent, se frôlent en évitant de trop s'entrechoquer (même si, comme dans dans tous les couples, cela peut arriver et c'est même sain... comme on dit !). Je pense que ce rapport **démocratique** est pourvoyeur de cheminement pour moi comme pour l'autre car il est le symbole de mon **renoncement à mon propre pouvoir** et il donne donc la possibilité à la personne aidée de vivre pleinement toutes ses expériences (positives ou négatives), les partager avec moi et ainsi explorer pleinement son monde intérieur, seule vraie propriété que chacun détient, pour découvrir ses potentialités.

4. Je n'ai pas peur et je ne suis pas séduit par moi et par l'autre

En renonçant au pouvoir, je pense avoir définitivement tordu le cou à ces deux grands avatars (peur et séduction) que je trouve être deux grands dangers de la relation. Il n'y a donc pas de logique (ou loi ?) de soin rigide, de délai d'attente, d'évaluation préalable, de regard moralisateur, de tutoiement et/ou d'appellation par le prénom décidés et utilisés de manière unilatérale, d'utilisation du langage de la toxicomanie (plan, came, shoot, sniff, etc.) de ma part. Sans accord de la personne, pas de contrôle des veines, de bilans urinaires, de délivrance trop longuement fractionnée, de restitution des flacons de méthadone à la pharmacie, de prise de traitement devant un tiers.

En renonçant au pouvoir, je pense avoir réduit au maximum la soumission, ce comble de dépendance appelé aussi... compliance ! Je refuse que mes clients soient compliants, je souhaite qu'ils soient engagés et responsables.

A mon avis, il manque en médecine générale des espaces où l'on aurait le droit de dire que l'on a peur, que l'on méprise, que l'on est en colère, que l'on y comprend rien, que l'on se sent incompetent et impuissant. La présence de ces groupes Balint (psychanalyse) ou de rencontre (approche centrée sur la personne, dite rogerienne) ou autres devrait être obligatoire dans tout réseau de soin. Dans ces endroits là (où il n'y a pas d'experts autodéclarés), pourrait être expérimentée, outre l'empathie et le regard positif, une attitude appelée **authenticité** ; manière d'être en relation avec soi et avec l'autre qui comble ce vide inquiétant laissé par le pouvoir détroné, qui permet de retrouver un espace de sécurité et de paix en soi et avec l'autre. Mon expérience est que lorsque je suis conscient de ce qui se passe en moi, que je peux le symboliser et si besoin le communiquer à l'autre de manière verbale ou non-verbale, alors je n'ai plus besoin de me protéger avec le pouvoir. Je n'ai plus peur.

5. Je trouve qu'il n'est pas difficile d'accompagner une personne en TSO

Lorsque la personne ne présente aucun co-morbidité psychiatrique (ce qui est le cas le plus fréquent), le déroulement du soin me paraît assez simple ; la personne va mieux rapidement et de manière significative. Je trouve qu'il me suffit juste d'être disponible pour elle et ouvert à elle. Parfois, la consultation est ultra-rapide et je répète souvent à mes clients que je suis comme le chat, je ne dors que d'un oeil et qu'il suffit d'un infime courant d'émotion pour me réveiller. Ils veulent plus de temps ? Qu'ils me le disent. Je souhaite être avec eux plus longtemps ? Mon organisation me le permet car je ne reçois que sur rendez-vous. Une fois de plus, je suis engagé dans un marathon, je m'économise et apprends à me hâter lentement.

Prend-il son traitement par voie nasale ou en plusieurs prises ? Nous en parlons librement et parfois nous tentons de comprendre, si le client est d'accord. Prend-il son traitement en IV ? Mon attitude est identique à ceci près qu'elle est plus active. Je m'assure qu'il a une bonne technique d'injection et qu'il dispose de tout le matériel adéquat. A sa demande, nous regardons les veines ; je le fais toujours avec beaucoup de pudeur et mes propos sont doux car c'est toujours un moment difficile pour la personne. Est-il prêt à prendre un traitement de méthadone dont je ne cesse de lui vanter l'intérêt dans ce cas comme dans celui du sniff ou du sentiment d'efficacité partielle de la buprénorphine qui semble apparaître avec le temps ? Souhaite-t-il prendre son traitement devant un tiers (pharmacien, infirmier, ami, famille, etc.) ? De manière générale, toute difficulté me donne l'occasion de rappeler aussi l'utilité d'une psychothérapie, cette inquiétante et libératrice exploration de son monde intérieur.

Lorsque la personne présente une co-morbidité psychiatrique caractérisée, les choses se compliquent car mes connaissances en clinique et thérapeutique psychiatrique sont limitées. Je pense que c'est là que le tryptique du soin médico-psycho-social prend toute sa valeur. Je prie alors que le client soit d'accord avec une prise en charge multi-disciplinaire ! Et dans tous les cas je nous mets en position de sécurité (cf. plus bas) si c'est nécessaire.

Je serai heureux le jour où nous pourrions disposer d'équipes mobiles de «psy» qui puissent être invités à venir partager une consultation avec le médecin et le client et aider ainsi deux personnes en difficulté.

6. J'apporte de la sécurité

Négocier, partager... mais alors, suis-je responsable de quelque chose ? D'accueillir la personne dans un **climat de sécurité** technique et psychologique. Sur le plan psychologique, le fait que mes attitudes ne mettent pas le client en difficulté voire en danger psychique est pour moi synonyme de sécurité ; j'en ai suffisamment parlé. Sur le plan technique et en tant que prescripteurs de médicaments, j'ai pour devoir de :

- ne pas entraîner de sur- et sous-dosage de MSO,
- être attentif aux associations médicamenteuses risquées,
- m'enquérir régulièrement d'une pratique de mésusage afin de faire de la réduction des risques et de proposer des solutions,
- nous mettre en position de sécurité toutes les fois où je pense que la personne et/ou moi-même sommes en danger : retour à une délivrance fractionnée, prise devant un tiers, refus de décision sans un avis spécialisé, etc. Ma décision est alors non négociée mais argumentée et longuement expliquée,
- ne pas pousser la personne à la rupture de soin en acceptant son statut de spécialiste de la prise de médicaments.

7. Soin et contrôle social

En matière de TSO, je trouve que l'ordre moral accouche de lois de contrôle social qui entravent la liberté de soigner. Aucun syndicat de médecin, pourtant pointilleux en matière de liberté, n'a pointé le caractère intrusif de la loi dans le colloque singulier que représente la relation thérapeutique. **De toute façon, en matière de toxicomanie, j'ai l'impression que tout est affaire de lois d'exception qui poussent le soignant à se représenter le toxicomane comme un terroriste social, un enfant qui ne grandira jamais, un pervers polymorphe, un petit Satan.** Propos peut-être grandiloquants mais qui illustrent cette paranoïa et ce mépris à peine voilé que j'observe chez un nombre significativement élevé de soignants. A côté de cela, je reste songeur en considérant la difficulté qu'a l'ordre moral de sanctionner les vrais délinquants que sont ceux qui opèrent un trafic organisé des TSO. Si j'estime qu'il est une plaie, je ne peux toutefois m'empêcher de penser qu'il est le résultat d'une inadéquation entre offre de soin et demande des usagers de drogue qui cherchent (et trouvent) des solutions quant elles ne leur sont pas offertes dans le circuit normal de soin. Supprimez la demande par une offre de soin diversifiée et il n'y aura plus qu'un trafic marginal.

Peut-on être à la fois dans le soin et dans le contrôle social ? Je suis certain que non. La loi nous demande d'être en même temps des soignants et des protecteurs de l'ordre social. Sur cette base de travail, je crois qu'on finit par n'être ni l'un ni l'autre tant ces deux aspects me paraissent inconciliables dans une relation thérapeutique. Pour ma part, j'ai décidé de n'être jamais dans le contrôle et de laisser le soin et la responsabilité aux médecins contrôleurs, aux forces de sécurité publique et aux juges de faire leur travail.

8. La prise en charge de l'usager de drogue est identique à celle de tout malade psychique chronique

La synthèse de ce qui a été énoncé auparavant est qu'il n'y a pas de différence fondamentale à accompagner dans le soin un usager de drogue, d'un dépressif, d'un TOC ou d'un psychotique. La corollaire est que si l'on se déclare incompetent pour suivre un usager de drogue, il est possible qu'on le soit aussi pour toutes les malades psychiques qui ont une souffrance s'inscrivant dans le temps...

9. Et si on faisait de la recherche ?

Voilà quelques réflexions, questions et propositions qui pourraient alimenter un débat animé ! Le problème est que, pour l'alimenter de manière scientifiquement rigoureuse, nous possédons peu de données pertinentes concernant l'évolution des personnes sous TSO. Nous souffrons d'une absence de suivi réel de cohorte lié au cloisonnement des trajectoires de soin (et l'on voit bien que le parcours de la personne est marqué par une succession de ruptures, de lieux de soin et de thérapeutes qui s'ignorent souvent dans les deux sens du terme) et absence d'une évaluation standardisée des situations.

Tous ces problèmes qui s'agitent en moi depuis plusieurs années m'ont poussé à imaginer et formaliser, dans un deuxième temps avec l'aide extrêmement fructueuse d'un groupe de médecins généralistes composé de Bernard **BATEJAT** (Ile d'Oléron), Nathalie et Régis **AUDIER** (La Rochelle) et Gérard **SEYEUX** (La Rochelle), un questionnaire appelé questionnaire du **SEEBE** - **Score d'Evaluation de l'Etat de Bien-Etre**- qui puisse permettre d'observer l'évolution des personnes sous TSO et d'alimenter de manière très empirique le contenu de la relation. Il a donc :

- un intérêt épidémiologique en médecine générale et permettrait donc de participer à la réflexion sur la guérison, la durée de la prise en charge, les types de prise en charge, etc. ;
- un intérêt thérapeutique en fournissant des éléments de discussion au médecin et à la personne.

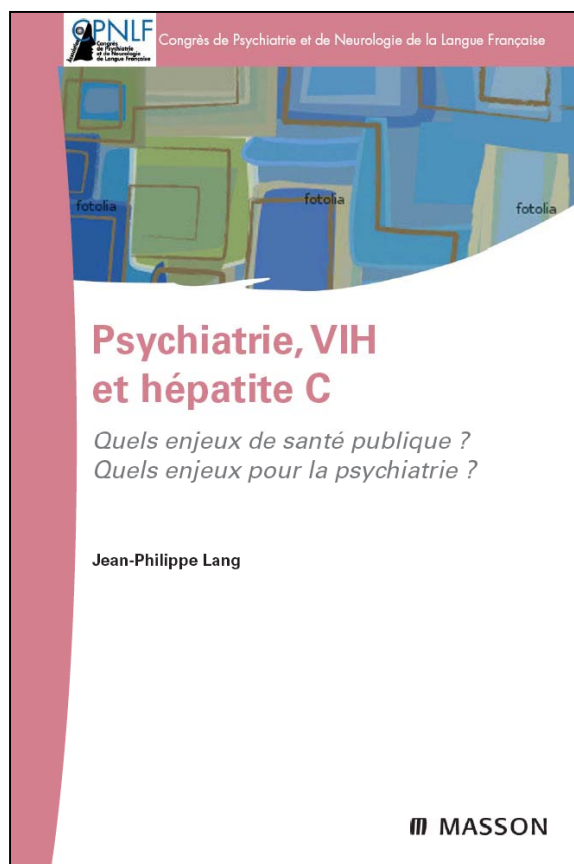
Il est basé sur une certaine définition du bien-être et l'utilisation de la technique des scores qui permet de la mathématiser.

Le temps de passation est compatible avec l'exercice de la médecine générale ; la technique d'analyse statistique est simple. Le questionnaire a été amélioré au cours de nombreux pré-tests passés auprès de clients de mon cabinet.

A notre avis, le questionnaire du **SEEBE** n'est pas encore suffisamment valide pour être proposé officiellement. Notre groupe étant informel, nous pensons qu'il nous est impossible de mener la tâche plus loin. Il faudrait, en effet, un réseau de médecins généralistes, une équipe pluridisciplinaire et des moyens pour achever ce travail puis coordonner, avec l'aide des médecins de sécurité sociale, une enquête de grande envergure. Aussi sommes-nous tout à fait disposés à céder le résultat de nos recherches à qui le souhaite.

Les personnes intéressées par le détail concernant le SEEBE peuvent donc demander le document complet à l'adresse mël indiquée dans le titre de cet article.

ventrou@hotmail.fr



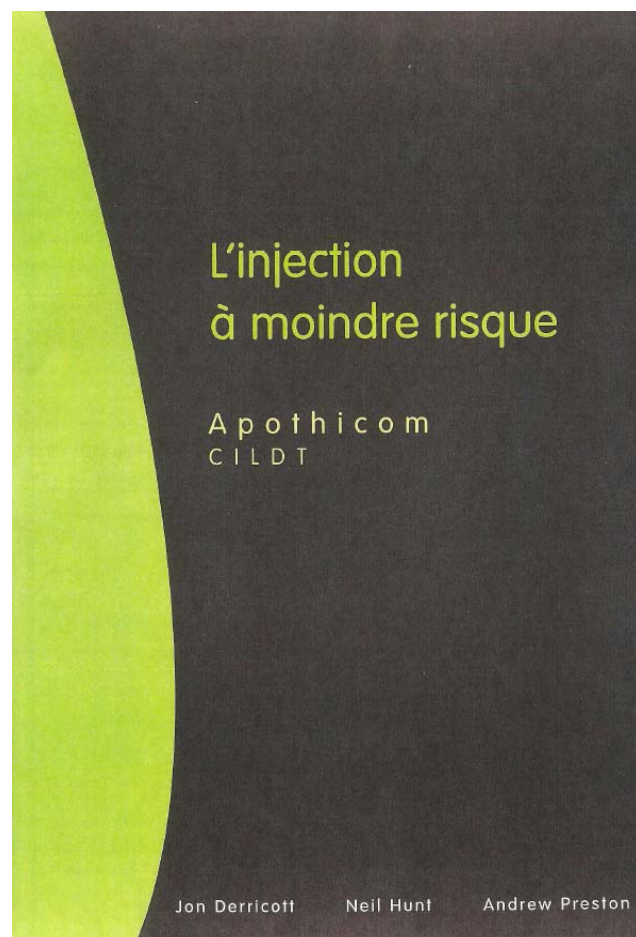
Reflet des conférences tenues lors du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française d'Aix-en-Provence, en juin 2009, l'ouvrage s'adresse aux psychiatres, psychologues, médecins somaticiens et aux praticiens et soignants intervenant auprès de patients VIH positif, atteints d'hépatite C, ou souffrant de troubles addictifs ou psychiatriques.

L'hépatite C, maladie transmissible mais curable, est devenue une cause majeure de décès chez les patients VIH positif. Elle est également une cause croissante de décès parmi les patients souffrant de troubles psychiatriques et addictifs. L'ouvrage dresse un panorama exhaustif de la situation actuelle, des troubles neuropsychiatriques associés au VIH, des implications des conduites addictives sur les deux pathologies, des possibilités et préconisations de prise en charge thérapeutique et du rôle à jouer par la psychiatrie et par l'ensemble des structures médico-sociales pour sensibiliser la communauté médicale française aux enjeux en présence.

Le besoin d'une information rigoureuse, scientifique se faisait sentir depuis longtemps dans le champ de la réduction des risques liés à l'usage de drogues injectables. Un travail important avait été réalisé en Grande-Bretagne à la fin des années 1990 et avait été publié sous le titre **The Safer Injecting Briefing**. Après l'intérêt international suscité par sa publication, une équipe a décidé de travailler à la publication d'une version française. Elle est publiée aujourd'hui et mise gratuitement à la disposition des acteurs francophones de la Réduction des Risques sous le titre « **L'injection à moindre risque** ».

« **L'injection à moindre risque** » est mis gratuitement à disposition des acteurs de la Réduction des Risques, des usagers de drogue et des professionnels de santé.

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire, contactez APOTIHCAM par e-mail : infos@apothicom.org
par téléphone : 01 53 61 18 41
ou rendez-vous sur : www.apothicom.org.



Satisfaction guaranteed ? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment ?

Annie Madden, Toby Lea, Nicky Bath, & Adam R. Winstock

Drug and Alcohol Review (2008)

Introduction et objectifs : Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de patients recevant un traitement par méthadone ou buprénorphine haut dosage. Cette étude visait à évaluer les perceptions des patients à travers un certain nombre de critères comme l'environnement du centre de soins, les services proposés, les relations avec les équipes soignantes, les médicaments prescrits et les résultats des traitements.

Méthodologie : Les participants étaient au nombre de 432 et bénéficiaient d'un traitement de substitution dans neuf dispensaires publics de Nouvelles-Galles du Sud, en Australie. Le questionnaire utilisé a été développé par les chercheurs de cette étude en collaboration avec les associations d'usagers de drogues. Les patients évaluaient sur une échelle de satisfaction les caractéristiques du traitement et du centre, et répondaient également à des questions ouvertes et fermées. La participation était volontaire et anonyme. Tous les patients de cette étude ont reçu 10 \$ de rémunération pour leur participation.

Résultats : 78% des participants étaient en traitement par méthadone versus 22 % sous buprénorphine. La satisfaction globale liée au traitement est élevée (une moyenne de 3,8 a été observée sur une échelle de 1 = très insatisfait à 5= très satisfait). Les participants étaient principalement satisfaits des services proposés par le centre (respect des besoins des usagers, confidentialité, etc...). Cependant, certaines faiblesses ont pu être mises en évidence comme la rigidité des programmes de traitement, impliquant la fréquentation des centres, le contrôle des prises et la délivrance obligatoire du traitement sur place. En effet, selon les participants, vivre une vie normale n'est pas compatible avec le fait de devoir se rendre au centre tous les jours ou tous les deux jours. Des participants ont également rapporté une stigmatisation associée au traitement. Ainsi, certains patients du fait qu'ils soient sous méthadone se sentent perçus comme des criminels, des voleurs, de mauvais parents et comme des personnes indignes de confiance. Alors que les relations avec les prescripteurs et les équipes soignantes ont été évaluées positivement, respectivement 16% et 21% des participants souhaiteraient voir leur prescripteur et leur responsable plus souvent. Concernant l'aide apportée aux patients par les équipes soignantes dans la gestion de certains problèmes (usage de drogues, santé physique et mentale, soutien psycho-social) la note moyenne était de 5,2 (excellent = 10).

Discussion et conclusions : Si les participants ont déclaré être satisfaits par leur traitement, les résultats doivent être considérés selon le contexte, c'est-à-dire en fonction de ce que le patient peut s'attendre à recevoir d'un service. Le concept « d'attente » et « d'expérience relative » est crucial pour mesurer la satisfaction des patients en pharmacothérapie. Selon les auteurs, si les usagers ont de faibles attentes et qu'ils reçoivent des soins qui y répondent, ils sont alors susceptibles d'évaluer le service comme acceptable. De nombreuses études ont mis en évidence que les patients sous TSO se perçoivent souvent comme indignes d'obtenir des services de santé de qualité. Ceci peut s'expliquer par la stigmatisation de la consommation de drogues et des traitements de substitution aux opiacés. Les auteurs soulignent également le fait que quelque soit le traitement, celui-ci améliore la qualité de vie des usagers, de ce fait il pourra toujours obtenir une certaine adhésion de la part des usagers de drogues.

Opioid dependence as a chronic disease: the interrelationships between length of stay, methadone dose, and age on treatment outcome at an urban opioid treatment program

Steven KRITZ et al.

J Addict Dis. 2009;28(1):53-6.

Dans cet article publié dans le *Journal of Addictive Diseases*, l'équipe new-yorkaise du Dr Kritz rappelle en préambule que de nombreuses études ont déjà évalué séparément l'impact de la durée de traitement, de la posologie de méthadone et de l'âge dans le résultat du traitement de la dépendance opiacée. Selon les auteurs, ces variables sont d'ailleurs fortement corrélées avec des résultats d'analyses toxicologiques négatives aux opiacés. Cependant, peu d'études ont examiné les trois variables ensemble afin d'observer leurs interactions et de déterminer l'importance relative de chacune d'entre elles.

Cette étude rétrospective a été réalisée auprès de 7 centres méthadone (ARTC) localisés à Brooklyn, à Manhattan et à New York. Les échantillons toxicologiques ont été obtenus auprès de 2914 patients en traitement depuis plus de 30 jours (du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2006). La posologie moyenne de méthadone dans cette cohorte de patients était de 90,23 mg. Des analyses statistiques de régression concernant la durée du traitement, la posologie de méthadone et l'âge ont été réalisées afin de déterminer l'effet relatif de chaque variable sur les résultats toxicologiques aux opiacés (critère principal d'évaluation). **L'analyse de régression a montré un effet statistiquement significatif de la durée de traitement ($p < 0,001$) et de la posologie de méthadone ($p < 0,05$).** Pour la variable « âge », l'effet fut non significatif. La comparaison de ces différentes variables indique que **le facteur le plus important est la durée du traitement.**

Selon les auteurs, ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans des stratégies de traitement couramment utilisées dans d'autres maladies chroniques comme l'hypertension, le diabète sucré, l'hypercholestérolémie. De ce fait, pour les auteurs, ces résultats encouragent fortement l'utilisation dans la dépendance aux opiacés du même modèle de traitement employé dans ces maladies chroniques où la prise en charge est aussi longue que nécessaire (parfois à vie).



Commentaires de lecture adressés à la rédaction

Concernant l'article du Flyer 36 : « Méthadone, au-delà de l'effet agoniste opiacé : Bénéfice sur les troubles de l'humeur » .

L'article du Dr Peter L. TENORE ne m'a pas étonné mais plutôt conforté par rapport à ce que j'ai pu observer dans ma pratique. En effet, je travaille depuis environ 11 ans dans un CSST et mes premières expériences de suivi d'usagers de drogue m'ont permis d'observer **les propriétés pharmacologiques de la méthadone comme antidépresseur et anxiolytique.**

A l'époque j'ai pu suivre certains patients qui étaient en traitement par BHD et qui avaient rechuté. Lors de l'entretien, j'ai diagnostiqué chez ces quelques patients (3-4) une anxiété importante et une dépression sous-jacente. J'ai donc décidé de changer leur traitement en leur prescrivant de la méthadone. J'ai pu alors remarquer que le syndrome dépressif avait complètement disparu et nous avons même pu progressivement diminuer les posologies de MSO, ce qui était inconcevable auparavant. Depuis j'ai constaté des résultats similaires chez une vingtaine de patients qui présentaient un état dépressif avant la mise en place du traitement par la méthadone.

De ce fait lorsqu'un usager de drogue dépendant aux opiacés se présente au centre, qu'il soit ou non déjà en traitement par BHD, s'il présente des troubles anxieux et/ou un syndrome dépressif, j'instaure immédiatement un traitement par la méthadone. Je considère que cela est une indication préférentielle à la prescription de méthadone. Mais prescrire de la méthadone à un patient présentant une pathologie psychiatrique ne suffit pas et c'est ce que rappelle cet article. Il est primordial que la posologie soit adaptée. En augmentant les posologies, j'ai pu observer que les patients répondaient bien au traitement, avec une diminution des consommations excessives de drogue ou/et de benzodiazépines.

Ainsi, au lieu de prescrire automatiquement un IRS alors que le syndrome dépressif est modéré, et comme la méthadone possède des propriétés

comparables, je préfère augmenter dans un premier temps la posologie de méthadone.

Dr Catherine HERBERT
CSST CAEN

A propos du même article :

Dans notre pratique quotidienne, nous avons remarqué l'importance des propriétés pharmacologiques de la méthadone chez les patients dépendants aux opiacés. Sur des patients présentant des **troubles anxieux majeurs**, l'augmentation de la posologie de la méthadone a permis de diminuer cette anxiété de façon importante. Chez des patients présentant **une consommation importante d'alcool**, la majoration de la posologie de méthadone a permis également une diminution importante de cette consommation, voire un arrêt. Ces effets thérapeutiques de la méthadone (sur l'anxiété et la consommation d'alcool) ont été observés sur une trentaine de patients sur une période de six mois.

De façon plus générale, la prise en charge de ces patients présentant des troubles d'allure psychiatrique nécessite la mise en place d'un traitement adapté par la méthadone avec suivi régulier du patient, en parallèle d'une psychothérapie. Dans les cas où l'anxiété est persistante, malgré l'augmentation de la posologie de méthadone, il s'avère parfois judicieux de compléter le traitement par un IRS et/ou une BZD.

Par ailleurs, médecin à l'UCSA de Chauconin au centre pénitencier de Meaux (77), j'ai constaté dans ma pratique en milieu carcéral une anxiété encore plus importante, évidemment largement expliquée par le contexte. C'est pour cela que nous évitons de baisser trop rapidement la posologie de méthadone, étant donné le risque d'émergence d'un trouble anxieux sévère.

En conclusion, il est important de rappeler que le suivi à moyen et à long terme est indispensable pour apprécier l'état clinique du patient, analyser ses difficultés et donc donner une réponse thérapeutique adaptée aux différents symptômes cliniques (ici, en l'occurrence, des troubles anxieux).

En effet, l'évaluation clinique permet de déterminer la réalité, la nature, l'origine de l'anxiété, et donc d'adapter de façon adéquate :

- mise en place d'un traitement de substitution
- adaptation des posologies (à la hausse le plus souvent)

- mise en oeuvre d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique
- suivi psychothérapeutique

Ces commentaires cliniques et pratiques concordent avec l'article du Dr Peter L. TENORE (Flyer 34).

Dr Abdelhamid SMAIL
CSST HEVEA, Meaux (77)

<p>Mise au point</p> <p>Médicaments et conduite automobile</p> <p>Actualisation – Mars 2009</p>	 <p>Indispensable : disponible sur le site de l' Afssaps</p>
---	---

Infos brèves

De faibles doses d'alcool induisent la sécrétion d'endorphines dans le cerveau. Ce phénomène explique la sensation de bien-être ressentie après avoir bu un verre de vin.

Des travaux menés chez le rat et publiés cette semaine sur le site Internet de la revue « Alcoholism : clinical and experimental research » viennent de révéler qu'une consommation faible ou modérée d'alcool accroît la production par le cerveau des endorphines, ces précieux médiateurs chimiques - sorte de morphine endogène - sécrétés par certains neurones. Ces substances seraient à l'origine de la sensation d'euphorie induite par un verre ou deux de vin (ou d'autres alcools). Si ce phénomène est expérimenté régulièrement par l'homme, depuis la nuit des temps ou presque, ces recherches en analysent, pour la première fois, la genèse et les mécanismes.

Christina Gianoulakis et son équipe de l'université de Mac Gill au Canada se sont intéressées à des rats à qui elles ont administré par injection, soit du sérum physiologique, soit des doses croissantes

d'alcool. Elles ont mesuré ensuite, grâce à une technique sophistiquée, le taux d'endorphines et d'autres médiateurs chimiques présents dans le cerveau. « Nous avons pu observer que les quantités faibles ou modérées d'alcool, mais pas les fortes doses, augmentent la sécrétion d'endorphines dans le cerveau et plus particulièrement dans l'aire tegmentaire ventrale, une des régions du cerveau les plus importantes pour la médiation des effets de l'alcool », explique le Dr Christina Gianoulakis. Ce travail révèle par ailleurs que les autres neuromédiateurs de la famille des opioïdes endogènes, comme les enképhalines et les dynorphines, ne sont pas modifiés par l'alcool. C'est sans doute cette augmentation d'endorphines qui explique la légère euphorie, la baisse de l'anxiété et le sentiment général de bien-être produit par l'absorption d'une petite quantité d'alcool. « Les fortes doses entraînent un effet hypnotique et augmentent plutôt l'anxiété », soutient Christina Gianoulakis. Le caractère addictif de l'alcool tient d'ailleurs sans doute à cet effet sur les endorphines. « Ce travail confirme expérimentalement ce que l'on savait déjà intuitivement, affirme pour sa part le professeur Michel Reynaud (service d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, Villejuif).

Ainsi, un des médicaments utilisés chez les patients pour traiter leur dépendance, la naltrexone, vise à bloquer certains récepteurs aux opiacés de manière à inhiber les effets de l'alcool sur les endorphines et couper ainsi la voie du plaisir ».

Hépatite C : premier résultat encourageant pour une bithérapie avec deux molécules à prise orale

Selon une dépêche APM du 27 avril 2009, en provenance de COPENHAGUE, 27 (APM), une bithérapie contre l'hépatite C comprenant uniquement des médicaments à prise orale a donné des résultats préliminaires encourageants dans une étude de phase I présentée samedi au congrès de l'European Association for the Study of the Liver (EASL) à Copenhague.

L'étude INFORM-1 est "la première à évaluer l'association de deux médicaments oraux en absence d'injections quotidiennes d'interféron", et également en absence de ribavirine, affirme le laboratoire Roche dans un communiqué. Les deux médicaments évalués sont R7227, inhibiteur de la protéase NS3/4A du VHC (codéveloppé avec InterMune) et R7128, inhibiteur de l'ARN polymérase du virus (codéveloppé avec Pharmasset).

L'étude a été conduite chez 57 patients. Certains ont reçu une monothérapie par l'un ou l'autre des agents durant trois jours puis une bithérapie jusqu'à 14 jours, les autres ont reçu 14 jours de bithérapie à différentes doses. Après trois jours, le R7227 a entraîné une réduction de $1,84 \log^{10}$ de la charge virale et R7128 une réduction de $0,46 \log^{10}$, alors que l'association a abaissé la virémie de $2,9 \log^{10}$, soit plus qu'un effet additif des deux produits. Après 14 jours, aux plus hautes doses la charge virale a été diminuée de 4,8 à $5,2 \log^{10}$ par la bithérapie. De plus, 63% des patients présentaient une charge virale inférieure au seuil de détection des tests de diagnostic (40 IU/ml) et 25% étaient en-dessous de la limite de détection du virus dans le sang à 15 IU/ml.

Dans le résumé de la communication, Edward Gane de l'université d'Auckland en Nouvelle-Zélande indique qu'il n'y a pas eu d'effet secondaire grave, ni de modification de dose ou d'arrêt de traitement. Roche indique dans son

communiqué que des dosages plus élevés sont maintenant testés. D'autre part, cette bithérapie orale va être évaluée chez des patients ayant déjà reçu d'autres traitements.

Les deux molécules continuent également à être testées, séparément, dans des études où elles sont associées à la bithérapie classique interféron pégylé-ribavirine, avec des études de phase IIb qui débutent pour R7128 et sont prévues pour débuter à l'été 2009 pour R7227, indique le laboratoire.

Réduction des Risques : salles de consommation et programmes d'échanges de seringues en prison, les associations toujours actives dans un contexte peu favorable

Sidaction a organisé le jeudi 25 juin 2009 une journée d'information et de sensibilisation sur l'échange de seringues en milieu carcéral. Cette journée a permis une réflexion sur une pratique largement évaluée, notamment en Suisse. Le médecin-chef de la prison de Champ-Dollon à Genève, le Dr Hans WOLFF et le directeur de cette même prison, Mr Constantion FRANZISKAKIS, ont confirmé la parfaite faisabilité du programme d'échange de seringues mis en place dans leur établissement ainsi que son acceptation par les personnels médicaux et pénitentiaires (cette expérience est décrite avec précision dans ce numéro du Flyer).

De son côté, un collectif d'associations (Asud, Anitea, ActUp Paris, Sos Hépatites Paris, Safe...) a installé à plusieurs reprises ces dernières semaines **une SCMR (Salle de Consommation à Moindre Risque)**. L'objectif, semble-t-il, est de militer pour un maintien voire une expansion de la politique dite de RDR (Réductions des Risques). En écho, l'OFDT vient de rendre disponible une synthèse de la littérature internationale sur le sujet. Celle-ci est accessible sur le site de l'OFDT : www.ofdt.fr.

Dans les deux cas, SCMR et PES en prison, on espère que des décisions pragmatiques et non idéologiques seront prises afin de lutter efficacement contre les séroconversions à l'hépatite C. **Si l'argument de la santé des usagers drogues et celui de la santé publique (épidémie non contenue) ne devaient pas suffire (!), peut-être que l'argument**

économique pourrait intervenir. Le coût du traitement de l'hépatite C est considérable. D'ores et déjà la majorité des traitements de l'hépatite C concerne des usagers de drogue ainsi que les transplantations hépatiques. Pour exemple, si on utilise le coût moyen, les 217 transplantations du foie effectuées à cause de l'hépatite C au Canada en 1998 ont coûté l'équivalent de 16 millions d'euros à la société. **Sur les décennies à venir, c'est probablement plusieurs centaines de millions d'euros** que l'on pourrait économiser en France, en mettant en œuvre une politique agressive en matière de réductions des risques. Le coût dérisoire des mesures à mettre en œuvre pour réaliser une telle économie permettra peut-être de surmonter les réticences idéologiques ou politiques.

Mise à disposition d'une plaquette de prévention des risques d'overdose opiacée

Trois associations (Asud Nîmes, Aruda Abbeville et Nova Dona Paris) impliquées dans la réduction des risques et soutenues par Bouchara-Recordati ont élaboré un outil de prévention du risque d'overdose opiacée. Les thèmes déclinés sont : connaître les facteurs de risque, reconnaître les signes d'overdose et savoir régir en cas d'overdose. Elles espèrent ainsi limiter le nombre de décès par overdose, qu'il s'agisse d'overdoses à l'héroïne ou avec des médicaments de substitution. Dans le département de la Meuse, une opération conjointe a été menée entre les services médicaux, policiers et judiciaires. Ainsi, sous la houlette du procureur de la république, Monsieur Yves LE CLAIR, du cabinet du Préfet et du médecin responsable des centres de soins spécialisés meusiens, le Dr GUIRLET, ces plaquettes seront remises à tous les usagers au contact des intervenants sanitaires (médecins, pharmaciens, structures spécialisées...) mais aussi des forces de police et des intervenants judiciaires (SPIP notamment).

Cette opération fera l'objet d'une évaluation visant à mesurer la connaissance des usagers vis-à-vis du risque d'overdose et le changement suite à la diffusion de cette plaquette. A suivre...

Elle est disponible auprès de l'association NOVA DONA à Paris ou au 01 45 19 10 59.



Pas de diminution du risque d'injection de la buprénorphine après l'introduction de l'association Buprénorphine/Naloxone sur le marché malaisien.

D'après le commentaires du Dr Andrew BYRNE, Australie, disponible en anglais sur www.redfernclinic.com

Dans une étude publiée récemment (Lack of Reduction in Buprenorphine Injection After Introduction of Co-Formulated Buprenorphine/Naloxone to the Malaysian Market. Bruce RD et al., Am J Drug Alcohol Abuse 2009 Feb), le Dr Bruce de l'Université de Yale, a démontré qu'il n'existait pas de diminution des quantités injectées lorsque la buprénorphine seule était remplacée par la forme combinée (Suboxone).

Plus inquiétant encore, le partage des aiguilles d'injection augmenterait chez une proportion élevée de patients qui avaient rapporté des symptômes de manque à la suite du changement de médicament.

La totalité du contenu du commentaire d'Andrew BYRNE est disponible son site (adresse ci-dessus), sous le titre « Does adding an antagonist reduce injecting ? »