

**RESEAU TOXICOMANIE DE
L'ARRONDISSEMENT DE THANN
(68 – HAUT RHIN)**

Résultats du suivi par les médecins généralistes de la population de patients toxicomanes substitués par la buprénorphine haut dosage



Billing Francine,
Service de Psychiatrie, Secteur 7,
Centre Hospitalier de Mulhouse,
87 avenue d'Altkirch B.P. 1070,
F-68051 Mulhouse Cedex.
Téléphone : 03 89 64 75 28
Télécopie : 03 89 64 75 24



Aballe Xavier,
Service des Etudes et Applications
de l'Information Médicale,
Centre Hospitalier de Mulhouse,
87 avenue d'Altkirch
B.P. 1070,
F-68051 Mulhouse Cedex.
Téléphone : 03 89 64 67 53
Télécopie : 03 89 64 79 71
Courriel : abballex@club-internet.fr



Lévêque Michel,
Département
de Médecine Générale,
Université Louis Pasteur,
Faculté de Médecine
de Strasbourg
43, Rue Kléber 68 800 Thann.
Téléphone : 03 89 37 30 74
Courriel : leveque.m@wanadoo

La délivrance autorisée officiellement d'opiacés de substitution à des toxicomanes dépendants à l'héroïne, a et continue de susciter de nombreux débats en France, pays où le modèle de l'abstinence a longtemps été l'approche dominante dans la prise en charge de l'addiction aux drogues dures. Un traitement de substitution consiste à remplacer l'usage d'un stupéfiant à haut risque (la plupart du temps l'héroïne intraveineuse) par un médicament prescrit per os au long cours durant des mois, voire des années, afin de prévenir le syndrome de manque, de supprimer le désir obsédant de drogue, d'interrompre durablement la consommation d'héroïne, de diminuer les risques liés aux injections intraveineuses (infections à VIH, hépatites B et C) et de favoriser l'insertion socioprofessionnelle des toxicomanes.

Apravant, les toxicomanes recouraient massivement à une autosubstitution à l'aide de dérivés codéinés, en vente libre dans les pharmacies, situation spécifique à la France ; les médecins généralistes prescrivaient des médicaments (agonistes opiacés faibles (dextropropoxyphène), agoniste fort (sulfate de morphine) ou agoniste-antagoniste (buprénorphine). L'observation d'un détournement de l'usage de la buprénorphine par les toxicomanes a entraîné un contrôle plus sévère des conditions de prescription. La fin des années 1980 est marquée par une augmentation du nombre d'usagers de drogue confrontés à l'épidémie VIH, favorisant la détérioration de leur état sanitaire et social particulièrement dans les grands centres urbains. L'émergence de l'infection VIH a suscité une nouvelle stratégie dans la prise en charge : celui de la « réduction des risques ». En mai 1987, le Ministre de la Santé suspend pour un an le décret de 1972 rendant obligatoire la présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues. La suspension du décret sera reconduite les années suivantes et les seringues seront mises en vente libre aux majeurs par le décret du 11 août 1989.

Au cours des années 1990, les orientations en matière de lutte contre la toxicomanie connaissent des changements importants. L'épidémie du Sida a été à l'origine d'un regain d'intérêt pour les traitements de substitution. Elle est un des facteurs qui a modifié profondément la politique de Santé Publique dans le domaine des soins aux toxicomanes. Le virage a été pris pour l'essentiel en 1993 en France, la plupart des orientations prises seront confirmées et développées par la suite. La circulaire n°72 du 9 novembre 1993 rappelle que la « réduction des risques » est un axe essentiel de la politique de lutte contre la drogue. Elle souhaite l'amélioration et la diversification des modes de prise en charge avec notamment le recours à la prescription de méthadone et la création de réseaux toxicomanie ville - hôpital, la prise en charge multidisciplinaire recommandée étant difficilement réalisable en médecine de ville, les pouvoirs publics ont étendu le modèle du réseau dans le champ du VIH à la toxicomanie. La circulaire du 31 mars 1995 DGS/893-95 n°29 autorise la prescription de médicaments de substitution "volet essentiel de la

Addictions et toxicomanies

politique de Santé Publique". La méthadone dispose d'une AMM le 31 mars 1995. La buprénorphine haut dosage l'obtiendra en juillet 1995, et sera disponible dans les officines en février 1996. Ainsi la situation française à l'égard des traitements de substitution est originale avec comme caractéristiques principales :

- Un changement tardif, mais très brutal, de l'offre de substitution
- Le choix de la buprénorphine haut dosage sous forme de comprimés sublinguaux.
- Le rôle majeur de la médecine de ville

Depuis la création du réseau toxicomanie de l'arrondissement de Thann, la prise en charge des patients et la prescription de la buprénorphine haut dosage n'a pas cessé de se développer.

Il nous paraît pertinent, plusieurs années après la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage, de fournir des données descriptives sur ce mode de prise en charge en soulignant les pratiques déviantes : l'injection de la buprénorphine haut dosage, dont l'excipient comporte des composés non solubles, la polytoxicomanie et la revente au marché noir.

Le but de ce travail est de fournir une description de la population de patients substitués par buprénorphine haut dosage suivis dans le réseau de médecine générale de Thann. Nous nous sommes intéressés :

- aux caractéristiques de la toxicomanie : l'âge de début, la durée avant l'instauration du traitement, le produit principal utilisé et son mode d'administration, les produits associés au produit principal et le nombre de tentatives de sevrage de l'héroïne effectuées par le patient.
- aux caractéristiques de la substitution : doses lors de l'instauration du traitement et au moment de l'enquête c'est-à-dire trois ans environ après la mise sur le marché de buprénorphine haut dosage, existence d'une voie d'utilisation détournée du produit (injection), existence d'une prise de produits associés pendant la prise de buprénorphine haut dosage et la durée de la prise en charge.
- aux caractéristiques de la prise en charge médicale : existence ou non d'un suivi psychiatrique, connaissance du statut sérologique vis-à-vis des virus du Sida et des hépatites B et C.

6 médecins, 54 questionnaires renvoyés

Notre étude est une enquête descriptive longitudinale prospective. Les données sont recueillies à l'aide de questionnaires adressés aux médecins généralistes de l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin - France) ayant participé aux réunions du réseau. La mise au point des questionnaires s'est faite à la suite d'une réunion de travail avec plusieurs médecins appartenant au réseau, et complétée après lecture de la littérature sur les enquêtes de suivi de patients en médecine de ville.

Les variables utilisées sont décrites dans les objectifs ci-dessus. Nous précisons que le logement précaire correspond à un hébergement du patient en foyer, à l'hôtel, chez des amis ou encore sans domicile fixe.

Le questionnaire a été adressé à 14 médecins : parmi eux huit ont répondu qu'ils ne voyaient pas ou ne voyaient plus de patients usagers de drogue, six médecins suivant ces patients et prescri-

vant de la buprénorphine haut dosage nous ont renvoyé 54 questionnaires. Trois questionnaires ont été éliminés, correspondant à des patients consultant deux médecins. Les questionnaires ont été testés en décembre 1998. L'enquête s'est déroulée de janvier à avril 1999 (quatre mois). 51 patients ont été vus en consultation, correspondant à la file active de ces médecins en avril 1999. Nous avons adressé les questionnaires aux médecins ayant participé aux réunions du réseau. Ils les ont remplis par interrogatoire lors des consultations.

L'analyse des données a été réalisée selon 2 axes : une description du fichier de données complétée d'une recherche de liaison entre différentes variables par analyse univariée. Des tests statistiques ont été utilisés pour comparer : deux variables quantitatives (test de Student pour variables appariées et non appariées, modèle de régression linéaire multiple), deux variables qualitatives non appariées (test du Khi de Pearson, de Yates et test de Fischer), comparaison des paires discordantes (test de McNemar) pour les variables appariées et enfin une variable quantitative avec une variable qualitative par analyse de variance. Tous les tests et les estimations ont été réalisés au seuil de première espèce alpha égal à 0,05. Le codage des variables a été réalisé par le Service de Santé Publique du Centre Hospitalier de Mulhouse. La saisie des données a été faite par le Service des Etudes et Applications de l'Information Médicale (SEAIM) du Centre Hospitalier de Mulhouse. L'analyse des données a été réalisée sous les logiciels EPI-INFO version 6 (CDC d'Atlanta) et MINITAB 12.2, par le Service d'Etude et d'Analyse de l'Information Médicale (SEAIM).

Les conditions de travail ne varient pas statistiquement après l'instauration du traitement substitutif

Parmi les six médecins ayant rempli les questionnaires, un médecin (Thann) exerçant en cabinet seul suit vingt patients, deux associés (Thann) en suivent onze et trois médecins (Masevaux) exerçant en cabinet de groupe suivent également vingt patients. Il est important de mentionner que ces médecins étaient impliqués dans la prise en charge de patients usagers de drogue, et « substituaient » avant 1996. Le rythme des consultations est mensuel à Thann et bimensuel à Masevaux.

L'âge moyen des patients est de 32 ans et demi. L'étendue va de 21 à 48 ans. L'âge moyen des femmes est identique à celui des hommes. Près de 70 % des patients ont plus de 30 ans. 41 patients sont des hommes et 10 sont des femmes.

Les résultats montrent que même si les tests ne remplissent pas les conditions d'application statistique strictes, l'instauration d'un traitement de substitution n'a pas entraîné de modification dans les conditions de logement. Nous notons que pour 42 patients, elles sont demeurées inchangées, 3 personnes passent d'un logement personnel à un logement dans leur famille, 4 patients d'un logement dans leur famille à un logement personnel et un patient passe d'un logement précaire à un logement personnel. (tableau I) Pour ce qui concerne l'activité professionnelle, la situation est

TABEAU 1 : Evolution des conditions de logement et de l'activité professionnelle (n = 50)

	Conditions	Avant substitution	Après substitution	p
Logement	Logement personnel	44,0 %	49,0 %	NS*
	Logement dans la famille	44,0 %	41,2 %	NS
	Logement précaire	12,0 %	9,8 %	NA†
Travail	Travail régulier	34,0 %	39,2 %	NA†
	Travail irrégulier	26,0 %	45,1 %	NS*
	Pas de travail	40,0 %	15,7 %	NS

(NS * : non significatif - NA† : non applicable)

inchangée, nous notons une stabilité pour 30 patients après l'instauration d'un traitement par buprénorphine haut dosage, 12 patients sans travail retrouvent un travail irrégulier et 3 patients sans travail retrouvent un travail régulier. Les conditions de travail ne varient pas statistiquement après l'instauration du traitement substitutif. (tableau I)

Dans notre population, aucun patient n'est séropositif pour le VIH. La moitié des patients dont la sérologie VHC est connue (n = 49) a une sérologie positive, parmi eux 10 patients sont traités. 8 patients ont une sérologie VHB positive parmi les 44 patients dont le statut sérologique est connu. Sur les patients ayant eu une sérologie VHB négative, 14 sont vaccinés.

L'âge moyen de début de la toxicomanie à l'héroïne est de 21 ans et demi - IC 95 : [19,94 - 23,09], avec des extrêmes variant de 13 à 38 ans. La durée moyenne est de 9 ans et demi - IC 95 % = [7,59 - 11,53] avant la substitution. Les deux tiers des patients sont toxicomanes depuis 5 ans et plus. C'est l'héroïne dans 98 % des cas (n = 50), injectée dans 80 % des cas (n = 40), « sniffée » dans les autres cas. Le nombre de sevrages de l'héroïne est en moyenne de 2,2 par patient (extrêmes de 0 à 15). Seul un patient était dépendant de la codéine. Quatre patients déclarent ne pas consommer de produits associés. Si douze patients avouent avoir consommé un produit associé, neuf avouent

en avoir consommé deux, et plus de la moitié des patients (n = 26) en consommaient et plus de trois. La répartition par produit est rapportée dans le tableau II.

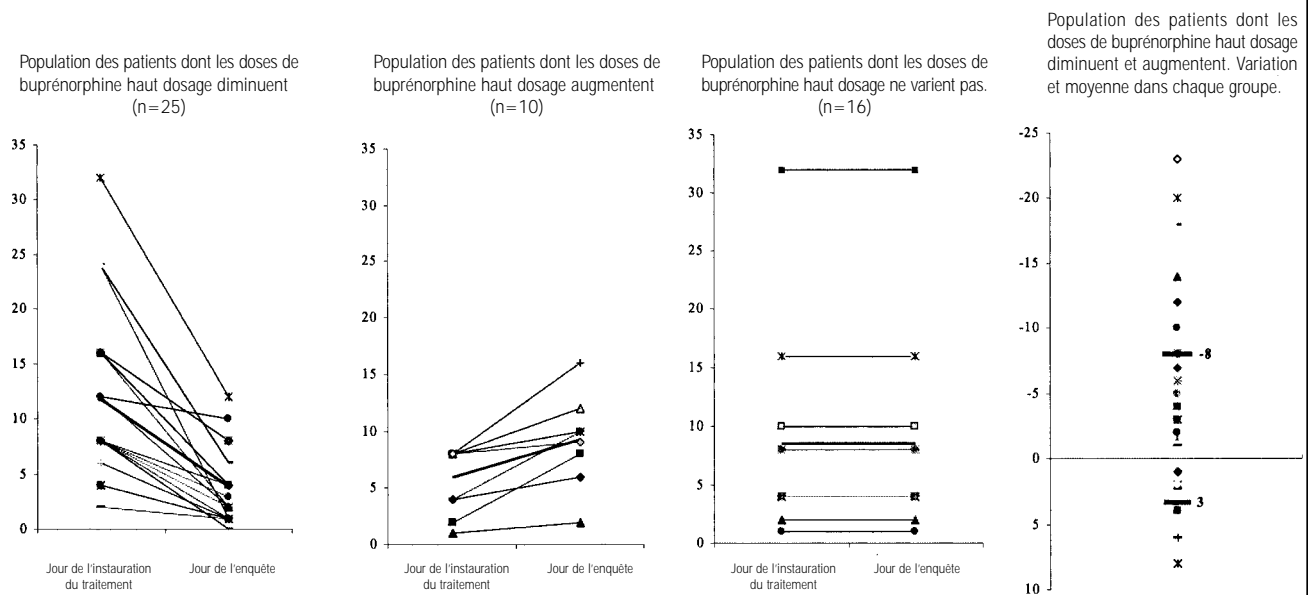
Buprénorphine haut dosage : dose moyenne de 6,4 mg au moment de l'enquête

La dose de buprénorphine haut dosage à l'instauration du traitement est de 9,6 mg en moyenne, IC 95 % [7,7 - 11,6]. La présentation la plus prescrite est de 8 mg (18 patients), correspondant à la forme galénique la plus élevée. Neuf patients ont une dose de 16 mg et quatre patients ont des doses dépassant les limites recommandées, c'est-à-dire 24 mg ou 32 mg. La dose moyenne au moment de l'enquête est de 6,4 mg IC 95 % [4,86 - 7,96]. La durée moyenne du suivi est de 24 mois, IC 95 % [21,13 - 27,18], les extrêmes allant de 3 à 38 mois. 19 patients (37%) sont suivis depuis environ 3 ans (34 à 38 mois).

D'après les données de notre étude, trois sous-groupes de patients peuvent être différenciés (figure 1) :

- Chez la moitié des patients (n = 25), nous constatons une diminution des doses de buprénorphine haut dosage. Dans ce groupe, la dose moyenne à l'inclusion était de 11,8 mg. Les varia-

Figure 1 : Evolution des doses de buprénorphine haut dosage dans les trois groupes étudiés)



Addictions et toxicomanies

tions de doses, entre l'instauration du traitement et le moment de l'enquête, sont de - 7,9 mg en moyenne ($p < 0,05$).

- Pour un cinquième des patients ($n = 10$), les doses de buprénorphine haut dosage augmentent avec une dose moyenne de départ plus faible à 5,9 mg. La variation moyenne de dose est de + 3,8 mg ($p < 0,05$).

- 16 patients ont des doses qui ne varient pas. La dose moyenne est de 8,5 mg. A noter qu'un patient garde une dose invariée de 32 mg.

Consommation des produits associés à la buprénorphine haut dosage

Nous notons que 37 % des patients déclarent toujours consommer de l'héroïne (tableau II). L'évolution de la proportion des consommateurs usant d'un produit associé après mise sous buprénorphine haut dosage indique que les patients ont un risque huit

haut dosage. 80% des patients consomment au moins une «molécule» en supplément du produit de substitution. Sur les quatre héroïnomanes sans produit associé, aucun n'évolue sur un mode de polytoxicomanie sous buprénorphine haut dosage. Seuls trois héroïnomanes sur douze absorbant un produit associé unique n'en utilisent plus tandis que neuf maintiennent cette consommation ou en ajoutent. Huit patients utilisant de manière complémentaire deux produits ou plus sur 35 réduisent le nombre de produits associés à la buprénorphine haut dosage. Au total et compte tenu de la diminution du nombre des produits additionnels après mise sous buprénorphine haut dosage, ce sont 23 % des patients seulement (11/47) qui tirent un effet bénéfique de la substitution.

Nous avons reproduit l'analyse des différentes variables en comparant le groupe des personnes qui ont diminué leur dose avec celles qui ne l'ont pas modifiée ou qui l'ont augmentée. Seule la quantité de buprénorphine haut dosage de départ (11,8 mg par

TABLEAU II : Fréquence de consommation des produits associés au produit principal respectivement à l'Héroïne et à la buprénorphine haut dosage ($n = 51$ patients)

Produits	Héroïne	buprénorphine	OR‡	p
Cannabis	76,5 %	63 %	8	< 0,02
Alcool	57 %	55 %	2	NS*
Benzodiazépines	20 %	22 %	0,5	NS
Cocaïne	25,5 %	18 %	5	NS
Codéine	33,3 %	8 %	14	< 10 ⁻³
Ectasy	17,6 %	2 %	+∞	< 10 ⁻²
LSD	10 %	0 %	-	< 0,05
Amphétamine	2 %	0 %	-	NA†
Héroïne	-	37 %	-	-

(NS * : non significatif - NA† : non applicable - OR‡ : rapport des paires discordantes)

TABLEAU III : Nombre de produits associés avant et après mise sous buprénorphine haut dosage

		Sous buprénorphine haut dosage			
		Associé à aucun produit	Associé à un produit	Associé à deux produits ou plus	Total
Avant buprénorphine haut dosage	Associée à aucun produit	4	0	0	4
	Associée à un produit	3	7	2	12
	Associée à deux produits ou plus	3	5	27	35
Total		10	12	29	51

fois moindre de consommer du cannabis sous buprénorphine haut dosage que lorsqu'ils n'en recevaient pas ($p < 0,02$). La diminution du risque est de 14 fois pour la codéine ($p < 10^{-3}$). La baisse est également significative pour l'ectasy et le LSD ($p < 0,05$). Pour les autres produits la variation n'est pas aussi nette. Le tableau III rapporte le nombre de produits associés sans distinction qualitative avant puis après mise sous buprénorphine

patient dans le groupe qui diminue contre 7,53 mg par patient dans le groupe qui ne diminue pas la dose - $p = 0,029$) et la différence du nombre de produits associés avant et après par patient diffère significativement entre les deux groupes (différence de 0,72 produits par patient dans le groupe qui diminue contre 0,04 produits par patient dans le groupe qui ne diminue pas la dose - $p = 0,022$). La recherche d'un lien entre l'évolution du degré de substitution

Addictions et toxicomanies

et celle de la polytoxicomanie retrouve une diminution du nombre déclaré de produits associés corrélée à l'augmentation de la dose de buprénorphine haut dosage sur la période considérée ($r = -0,318 - p = 0,023$) ce qui était attendu (figure II). En revanche, cette même variation du nombre de produits associés n'est pas statistiquement liée à la quantité initiale de buprénorphine haut dosage ($p = 0,175$). Lorsque les deux variables sont prises en compte dans un modèle de régression linéaire multiple l'effet inverse de la variation des doses sur la variation du nombre de produit persiste avec une tendance ($p = 0,077$).

Sous-groupe des plus de 30 mois de suivi

Le risque d'un effet lié au recul concernant la substitution nous a conduit à mener une analyse en sous-groupe sur les patients suivis depuis plus de 30 mois en comparant leurs caractéristiques à ceux suivis depuis moins de 30 mois. Il ressort une superposition des niveaux pour les variables étudiées, comme la dose de départ ou encore la prise de la buprénorphine haut dosage par voie intraveineuse, hormis pour l'âge (36 ans +/- 5,9 vs 30 ans +/- 5,3 respectivement) et la durée de toxicomanie (12,7 ans +/- 5,4 vs 6,8 ans +/- 5,4) compte tenu du fait que les âges moyens d'entrée sont superposables pour les deux populations.

Discussion

Notre population est proche de la population générale des toxicomanes pour la répartition par sexe, elle est un peu plus âgée. Elle ne diffère pas de celle des autres enquêtes. Concernant l'insertion professionnelle des personnes prises en charge en novembre 1997 dans le système sanitaire et social, près de 70 % étaient inactives (catégorie regroupant les chômeurs, les étudiants et autres inactifs) seuls 11,7 % avaient un emploi stable. Dans les enquêtes, la population de patients suivis en ville ($n = 20$), on note environ 50 % d'inactifs, et une proportion non négligeable de mal logés (15 %). Il semble que cette situation soit meilleure chez les patients suivis en médecine de ville que dans la population des centres spécialisés ($n = 5$), données retrouvées dans les enquêtes. Notre population est donc plutôt bien insérée socialement dès l'instauration du traitement, et nous notons une tendance à l'amélioration surtout en terme de réinsertion professionnelle, retrouvée dans d'autres enquêtes. Beaucoup de patients vivent dans leur famille, une des explications pourrait être qu'il existe beaucoup de maghrébins dans notre échantillon, avec une forte cohésion familiale. Il n'est pas noté d'amélioration significative du logement et du travail concernant les patients suivis depuis environ 3 ans, mais comme nous l'avons déjà mentionné, la faible puissance des tests en raison d'un échantillon trop réduit ($n = 19$) ne nous permet pas de conclure. On estime au niveau national que la population des usagers de drogue injectée par voie intraveineuse représente 3,5 pour mille de la population de 15 à 44 ans. Les estimations attribuent au département du Haut-Rhin une population de 1000 à 1600 usagers de drogue injectable. Les indicateurs de suivi de la toxicomanie attestent que le département présente une prévalence

élevée du phénomène et que la population de toxicomanes par rapport à la population des 20/39 ans est très élevée dans la région Alsace. L'âge de début ainsi que la durée moyenne de la toxicomanie sont semblables à ceux des autres enquêtes. Près du quart de notre population est suivie au niveau psychiatrique ou psychologique, ce qui confirme les données retrouvées dans d'autres enquêtes. Parmi le nombre de patients ne bénéficiant pas d'une prise en charge spécialisée, le tiers des patients l'avait refusé : mauvais souvenir pour certains patients des sevrages de l'héroïne en milieu spécialisé ? Certains patients ont refusé de voir un psychiatre car ils estimaient que leur médecin traitant était capable de leur apporter cette aide. Un suivi psychiatrique n'a pas été proposé aux deux tiers de la population, certains médecins évoquant le manque d'accessibilité géographique des compétences spécialisées, qui expliquerait en partie ces données. Un nombre important de patients « bénéficient » des prescriptions de psychotropes associées à la buprénorphine haut dosage et il peut sembler en effet étonnant que cette pratique soit aussi importante, compte tenu des risques connus et classiques inhérents à cette association. Aucun patient n'est séropositif pour le VIH. Les études nationales montrent une prévalence du VIH pour les usagers ayant eu recours au système sanitaire et social entre 12,1 % et 15,8 %, valeurs entre 15 et 18 % chez les usagers de drogue intra veineuse. 17 % des patients vus par des médecins généralistes sont séropositifs pour le VIH. Les études montrent une très grande hétérogénéité des données de prévalence au niveau local. Ainsi la prévalence du VIH est faible dans le Nord-Est, avec 5% des patients usagers de drogue séropositifs, s'expliquant en partie par le développement tardif de l'épidémie dans la région. La prévalence déclarée du VHC chez les usagers pris en charge par les CSST en novembre 1997 est comprise entre 52 et 66 %. En 1997, 31% des toxicomanes vus par des médecins généralistes étaient positifs pour le VHC. Ces chiffres sont étonnement bas, comparés aux données des enquêtes (environ 50 % des patients). Dans notre étude, ainsi que dans la plupart des autres enquêtes, la prévalence du VHC est d'environ 50 %. Elle est plus importante chez les patients plus âgés, en raison de la prédominance de la toxicomanie IV dans ce groupe de patients, et d'une durée d'exposition plus longue. La région Alsace compte parmi les régions à forte prévalence pour le VHC (58 %).

Plus de la moitié des patients consommait trois produits ou plus associés à l'héroïne

Le produit utilisé est toujours principalement l'héroïne, injectée dans 80 % des cas, valeur retrouvée dans notre population. Concernant les niveaux de polytoxicomanie, les résultats fournis par notre étude sont plus importants par rapport aux travaux du même type. Plus de la moitié des patients consommait trois produits ou plus associés à l'héroïne, et cela suggère que le remplacement de l'héroïne (opiacé illégal) par la buprénorphine haut dosage (opiacé légal) ne modifie pas les habitudes et les pratiques, ce qui n'a pas beaucoup été évalué dans les autres études.

Addictions et toxicomanies

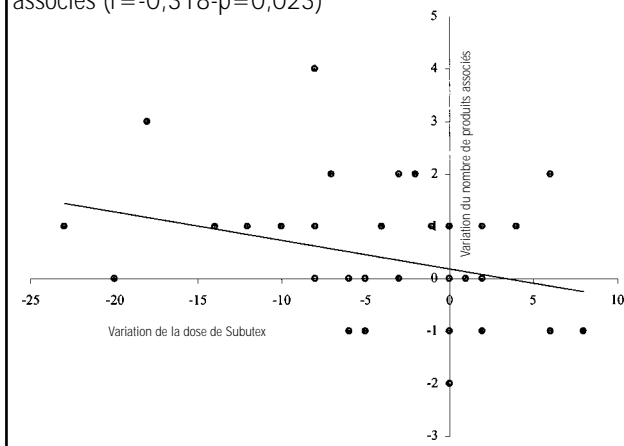
D'après les données de l'OFDT, la consommation de plus d'un produit est mentionnée dans 35 % des cas seulement mais les questionnaires sont souvent remplis de façon rétrospective et non pas en présence du patient, l'importance des non-réponses sur les consommations du deuxième ou troisième produit peut aussi bien refléter l'absence de consommation que l'absence d'informations sur les consommations associées. En 1997 (absence de données plus récentes), l'alcool est le produit le plus souvent cité en deuxième ou troisième produit associé, suivi par le cannabis, les benzodiazépines ou la cocaïne. Ces résultats se superposent aux nôtres compte tenu la proximité des taux de consommation additionnelle pour l'alcool et le cannabis ($p = 0,42$) (tableau II).

Certaines études mentionnent que le traitement substitutif entraîne une "baisse sensible" de la consommation d'héroïne et de drogues licites ou illicites. Notons que ces études ont été réalisées en 1996, en période d'espérance suivant la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Dans le Haut-Rhin, le total des personnes substituées par buprénorphine haut dosage était de 1044 en mars 1997, et de 102 à la même date dans l'arrondissement d'Altkirch-Thann. Pour ce qui concerne notre étude des produits additionnels, la description singulière produit par produit (tableau II) ne prend pas en compte le caractère associé qui concerne certains patients dans le cadre d'une consommation de deux produits ou plus. Ainsi on ne peut prétendre que la modification apparemment bénéfique sur un plan médical et formalisée ici par une diminution du pourcentage de consommateur pour la dite molécule n'est pas dans le même temps compensée par la prise d'un autre produit qui aurait un effet pharmacologique équivalent mais médicalement parlant plus délétère, voire le passage d'une association « inoffensive » de trois produits à deux produits dont l'usage additionnel se révèle de facto dangereux. Cette hypothèse est contre dite d'une part par une baisse que chacun des taux enregistré par produit en dehors des benzodiazépines même si cette variation est sans significativité ($p = 0,88$) et par l'examen des données par patient (données non rapportées). Les benzodiazépines sont soit prescrites par le médecin soit fournies par le patient lui-même. Avec la mise sous buprénorphine haut dosage, il existe plus de patients déclarant ne pas consommer de produits associés (effet « bon patient » et/ou effet « blouse blanche ») ; malgré cela 21 patients consomment toujours plus de 3 produits et le bénéfice est estimé seulement pour moins d'un quart des patients. Ces données se retrouvent dans d'autres enquêtes, mais pas dans les travaux financés par le laboratoire. De plus, il existe un effet dose dépendant dans le bénéfice mesuré par la diminution du nombre de molécules additionnelles. La figure II nous indique qu'il ne suffit pas au patient d'être sous buprénorphine haut dosage pour atténuer la polytoxicomanie mais qu'une augmentation relative des doses du produit de substitution est nécessaire pour observer une diminution et ce malgré la dose de buprénorphine haut dosage au départ, ce qui ne fait que déplacer le problème.

Près du quart de notre population est suivie au niveau psychiatrique ou psychologique, données retrouvées dans d'autres enquêtes. Après dépouillement des données et entretiens avec les patients, nous nous sommes aperçus des limites de notre questionnaire,

dans le sens où certains points n'ont pas été suffisamment explorés, à savoir : le suivi par un travailleur social n'a pas été abordé, les questions sur la prise en charge psychiatrique sont trop succinctes. Il aurait été intéressant de savoir si les patients suivis en milieu spécialisé l'étaient déjà avant la substitution en raison d'une pathologie psychiatrique ou si le suivi a débuté lors de l'instauration du traitement de substitutio. Au sujet du phénomène d'injection, nous n'avons pas demandé si elle était systématique ou s'il existait une alternance des modes d'administration. Le recueil des données semble moins valide pour certaines variables : la prise de produit associé et le recours à l'injection sont probablement sous-estimés du fait que les questions sont posées par

Figure II : Corrélation entre les variations de dose de buprénorphine haut dosage et du nombre de produits associés ($r = -0,318$ - $p = 0,023$)



le médecin prescripteur ; de plus, la nature des réponses dépend de la relation du toxicomane avec son médecin et de la représentation que le praticien se fait du traitement substitutif. Ce biais de déclaration augmente avec la nécessité pour le patient de consulter le médecin pour obtenir de la buprénorphine haut dosage (biais du « bon patient ») de plus certains patients voient un médecin pour la prescription de buprénorphine haut dosage et un autre pour la prescription de psychotropes.

Les patients suivis depuis 30 mois sont tous d'anciens toxicomanes par voie intraveineuse et, décrivant une durée de toxicomanie plus longue, permettent de vérifier les résultats avec un recul de prise en charge plus important. Ces patients ont souhaité se "substituer" dès la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Ils sont plus âgés et ce sont des toxicomanes "plus lourds" en majorité mais, paradoxalement ils n'incitent pas les praticiens à prescrire des doses plus élevées.

Remerciements

Aux médecins du réseau : Dr Lévêque M. (Thann), Dr Lévêque M.-J. (Thann), Dr Fuchs P. (Thann), Dr Cordier C. (Masevaux), Dr Bouverot B. (Masevaux), Dr Muller J.-P. (Masevaux). Au Docteur Weibel (Psychiatrie, Secteur 7, Ch-Mulhouse) pour la relecture du texte et les conseils avisés. A Madame Catherine Hug (SEAIM) pour la réalisation de la saisie.

Bibliographie disponible chez les auteurs