



do do ré mi fa
sol sol sol

La danse et la musique

Dressée sur ses pointes, la danseuse est là, presque en lévitation. Elle est la certitude même, avec ses bras étendus. D'un geste souverain, Elle fait naître une spirale, image de fossile venu du fond des âges et qui aurait prêté sa structure, ce serait quelque ammonite géante, nimbée d'une aurore boréale dont les ardeurs retomberaient autour d'Elle, en longues nuées touchées de mauve et de bleu de Prusse.

Elle est la maîtresse suprême, Celle qui joue avec le cosmos. Est-ce Atikté, le remède absolu au terrible ennui de vivre, celui des philosophes existentiels ? Après l'éveil de la conscience, et ses palliatifs douteux : les petits délires, les ivresses qu'offrent le vin, l'amour, la haine, oui ce serait la solution hélas éphémère trouvée par le poète Paul Valéry (l'Amour et la Danse) qui cherchait si désespérément une solution à ce monde, se sentant tellement impuissant qu'il renonça à la poésie ?

"Elle est rythme et musique". D'ailleurs une portée monumentale se trouve au-dessus d'Elle, ouverte par une majestueuse clef de sol - ne cherchez surtout pas l'orthodoxie de cette calligraphie musicale, où les notes sont jetées comme des pâtés d'encre. On pense aussi à des oiseaux posés sur des fils télégraphiques: et trois bémols à la clé annoncent une fausse tonalité mineure :

do do ré mi fa sol sol sol

Faite de pure blancheur et entourée de son aura aux couleurs si rares, la danseuse mène son monde, mène le monde.

Est-ce Elle qui engendre ces curieux petits personnages ? Ils sont deux, échappés d'une poterie grecque antique, peints en noir et suspendus dans l'éther : l'un est assis dans le vide - serait-ce quelque (Edipe se reposant avant d'affronter le Sphinx ? Un dieu ailé lui fait face, non pas un de ces grands Olympiens, mais un de ces petits dieux malins et farceurs.

Et quelle est cette silhouette digne d'Halloween, qui tend un emblème mystérieux, une sorte de baguette magique. Serait-ce le grand prêtre ? ou la grande prêtresse d'un culte inconnu ?

Oui, un culte. Ici, chacun est porteur d'un objet mystérieux. Et l'univers explose en gerbes et en étincelles, tout en dynamique : il est parcouru d'accents noirs, de secousses, de taches qui évoquent des notes, des traînées d'encre, des lignes diagonales, fines comme un fil d'acier.

Et on distingue à peine un idéogramme et une date.

Cette danseuse, l'ai-je rêvée ? l'ai-je vue en songe ?

Sur ses pointes, elle existait de toute éternité, beauté platonicienne qui existait déjà au ciel, et qu'humblement son père putatif fit naître sur une toile déjà signée ?

L'art n'est que mensonge.

Ou vérité suprême ?

Jacqueline Merlin

Dali, une signature en or

A la folie authentique de Vincent, si pauvre, si pure, s'oppose la *paranoïa-de-Dali*, mots qu'il martelait avec l'accent catalan et qui nous donne à croire que celle-ci est jouée, mise en scène, avec les accessoires, en son château de Pubol.

Cette comédie qui dura quelque cinquante ans, savamment orchestrée par *Avida Dollars*, occulte le personnage. Connaitrons-nous jamais les coulisses de ce théâtre permanent ? les secrets de sa psyché ? de son âme, s'il en avait une ?

Avida Dollars, oui ... mais, fils de notaire nanti, Dali tira le diable par la queue quand il vécut ses premières années à Paris, si pauvre que des jeunes gens formèrent à l'initiative d'Aubrey Janion *le Zodiaque*, un cercle informel ayant pour seul objet de verser à l'artiste une rente modique mais salvatrice (ils étaient douze et fort opportunément dans une année il y a douze mois). En échange, une de ses œuvres était tirée au sort chaque mois et donnée à un de ces modestes mécènes par ce petit jeune homme timide - qui l'eût cru ? - qui peignait des aquelles dans des tonalités grises et qui s'appelait ... Dali.

Est-ce de cette indigence que naquit Avida Dollars, comme il se baptisa lui-même ? Aujourd'hui, le mystère du Dali tapageur, exhibitionniste demeure entier.

EDITORIAL

- De la faible quantité d'usagers de drogues dépistés et traités pour leur infection VHC..... **1141**
Jean Marie GUFFENS

SOCIETE

- Du cannabis en famille : "Sans sa drogue, nous serions si heureux"..... **1142**
Serge HEFEZ
- Les 4 saisons de la RDR ou histoire de la légalisation de la réduction des risques liés à l'usage des drogues. 2002 - 2004. **1147**
Vincent BOURSEUL

SIDA

- Sida et hépatite C aux Etats-Unis en 2004 **1152**
Charles P. O'BRIEN

HEPATITES

- Etre un hépatologue de bas seuil ou le bilan de 5 années d'activité d'une consultation d'hépatologie à la prison de Perpignan **1153**
André Jean REMY
- Marqueurs non invasifs de fibrose hépatique. L'exemple du FibroTest **1156**
Thierry POYNARD - Vlad RATZIU
- Situation des hépatites en Afrique : études récentes menées au Burkina Faso **1158**
Philippe VAN DE PERRE

TABAC

- Revue de presse Tabac Actualités **1160**

DROGUES ILLICITES

- Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » **1163**
Saadia YAKOUB
- Les traitements de substitution, comment en améliorer la pédagogie ? **1165**
Lionel GIBIER
- Amélioration des soins aux patients dépendants des opiacés : une réponse par la pratique en réseau **1170**
Dominique DEPINOY
- Apport de la pharmacogénétique dans la prise en charge médicamenteuse des addictions **1173**
Chin B. EAP

LIVRES

- "Je n'ai jamais connu Amsterdam au printemps" , Jean-Luc ROMERO **1176**

LES BREVES

- **1179**

SETHS

- Premier appel à communication THS7 Arles - 13/17 octobre 2005 **1181**

ACTES DU COLLOQUE THS6 **3e de Couverture**

THS La Revue des Addictions

Publication trimestrielle au service
de la Société Européenne
Toxicomanies, Hépatites, Sida.

Rédacteur en chef,
Directeur de la publication
Jean-Marie GUFFENS
Rédacteur en chef adjoint
Philippe CHOSSEGROS
Secrétariat de Rédaction,
Conception graphique
ATP Communication

THS La Revue est éditée par
SETHS

Le Vieux Mûrier
route de Tahiti
83990 Saint Tropez

Association Loi 1901
Siret 400 462 024 00011
Code APE : 913E
ISSN : 1624-0898

Tirage : 4.250 exemplaires
Dépot légal à parution
Septembre 2004
Volume VI - n° 23

■ THS La Revue a pour objectif de combler un vide au sein de la presse médicale francophone. Aucune revue généraliste ne s'adresse spécifiquement aux problèmes de la consommation des drogues licites et illicites ainsi qu'à l'évolution des pratiques médicales. Pour avoir accès aux informations nécessaires, des articles disséminés doivent être recherchés au sein de revues dont la majorité sont étrangères.

■ La revue a pour objectif de fournir à un public de médecins, soit généralistes, soit spécialistes pour des sujets situés en dehors du cadre de leur spécialité, les informations qui leur permettront de s'investir efficacement dans la prise en charge des différentes dépendances et de toutes leurs complications (drogues illicites, alcool, tabac, médicaments, hépatites virales, sida, cancers, etc.). Elle s'inscrit dans le cadre de la santé publique

■ Les articles sont des articles originaux et des synthèses rédigées par des spécialistes français ou internationaux dont la compétence est reconnue. La qualité des membres du comité scientifique et du comité éditorial garantit celle des articles retenus.

■ Dans la logique des colloques THS, les sujets traités ne se limitent pas au domaine du soin ; ils abordent aussi des débats de société et peuvent s'étendre au domaine philosophique et culturel et atteindre ainsi la dimension humaniste qu'ils imposent.

■ **Public concerné**
Destinée au monde médical public et privé, aux

professionnels de santé et au monde institutionnel, plus généralement, aux membres d'associations ou à des particuliers intéressés, elle a une diffusion francophone (France, Belgique, Suisse, Canada, pays africains francophones). Editée par la SETHS, membre de l'AFOR. SPE (association de formation des spécialistes) elle a vocation de formation continue et bénéficie d'un numéro d'organisme de formation : 93830246883.

■ Administration et abonnements

SETHS
Le Vieux Mûrier
83990 Saint Tropez
Tél : 04.94.97.09.56 - 06.09.21.11.15
Fax : 04.94.97.75.80
e-mail : seths2@wanadoo. fr
Web : http ://www.seths.org

■ Régie publicitaire

TESTA Communication
33 rue Poncelet - 75017 PARIS
Tél : 01.56.66.58.58
Fax : 01.56.66.57.67
e-mail : alain.trebucq@egora.fr

■ Imprimerie : Imprimerie Toscane

17 rue Sorgentino - 06000 Nice
Tel : 04.92.00.74.74 - Fax : 04.92.00.74.80
e-mail : contact@latoscane.fr

■ Routage : AD'HOC

20, av. du Train des Pignes - 06670 Colomars
Tel : 04.92.08.42.00 - Fax : 04.92.08.42.01
e-mail : adhoc.routage@fr.oleane.com

BULLETIN d'ABONNEMENT/SUBSCRIPTION

Nom *Name* Prénom *First name*

Adresse *Address*

Tel Fax e-mail

Je m'inscris à la SETHS : (cotisation année 2004/2005 et abonnement THS La Revue 2005)

Quadrimestriel à partir du 01 janvier 2005 **77 €**

Supplément pour versement étranger **13 €**

• Prix réduit pour les étudiants, les internes, les Chefs de clinique et les membres de AIDES, **40 €**
members, students, residential medical students, Hospital Clinical (joindre justificatif)

• Prix réduit pour les membres d'AIDES, d'ASUD et d'ACT UP **25 €**

• Supplément pour versement étranger **13 €**

à verser par chèque à la : SETHS, Le Vieux Mûrier, route de Tahiti, 83990 SAINT-TROPEZ

ou par virement à la : BANQUE NATIONALE DE PARIS, 59 rue Allard, F - 83990 SAINT - TROPEZ

Code Banque : 30004 - Code Guichet : 01003 - N° Compte : 00010013644 - Clé RIB : 12 - SWIFT : BNPAFRPPCAN

Siret 400 462 024 00011 - Code APE : 913E

De la faible quantité d'usagers de drogues dépistés et traités pour leur infection VHC



Jean Marie GUFFENS
Rédacteur en Chef

Vous allez finir par croire que je deviens gâteux, voire atteint par la maladie d'Alzheimer, mais je veux revenir encore une fois sur le problème du dépistage et du traitement de l'hépatite virale C.

Pourtant, on connaît depuis longtemps l'importante prévalence des hépatites virales C chez les usagers de drogues (UD) ; et 60 à 80 % des porteurs du VHC développent une maladie hépatique chronique dont 3 à 20 % vont évoluer vers une maladie du foie terminale (cirrhose, hépatocarcinome).

Pourtant, on sait, depuis moins longtemps peut-être, que la bithérapie, interféron pégylé – ribavirine est efficace dans 80 % des hépatites C génotypes 2 et 3. Ces génotypes sont les plus fréquents chez les U.D.

On sait aussi que le dépistage et le traitement des infections VHC sont, en général, peu fréquents et même rares chez les usagers de drogues.

Pourquoi ?

De nombreuses études se sont penchées sur le problème : j'ai participé à l'une d'entre elles, avec Philippe Le Gall et de nombreux praticiens dans le Sud Est (publiée dans le numéro 22), Denis Ouzan en a fait de même dans la région niçoise, Hélène Delaquaize et Vlad Ratzu ont présenté le sujet lors de THS6.

Beaucoup concluent à un manque d'information du personnel soignant et à une insouciance des patients et de la population en général, les facteurs de risque étant généralement peu ou mal connus. On peut aussi incriminer le monde psychiatrique qui, parfois, semble réticent à « somatiser » son patient.

L'OEDT a ouvert une autre piste et a demandé à une équipe d'experts sur la dépendance basée au Centre de recherche interdisciplinaire de l'Université de Hambourg de déterminer si les directives européennes concernant le traitement de l'hépatite C limitent ou encouragent l'accès des usagers de drogue à la thérapeutique.

Les premiers résultats montrent une grande variation en ce qui concerne les conditions de traitement entre les pays ou, même, dans les pays : pour certains, les usagers doivent s'abstenir totalement de drogues pendant un an ou deux avant d'initier la bithérapie, pour d'autres, ceci n'est pas interdit chez les usagers occasionnels.

L'enquête OEDT doit donc déterminer dans quelle mesure l'accès des UD au traitement est influencé par de telles directives, permissives ou restrictives, et quelles autres variables peuvent jouer un rôle. Réponse fin 2004.

Que faire ? Je suis de plus en plus perplexe ! De nombreux efforts dans le domaine de l'information, de la part du secteur public et du secteur privé, ont été réalisés, sans résultats notables, des campagnes de dépistage individuel sont organisées chaque année, les prises en charge thérapeutique sont de plus en plus humanisées et de plus en plus efficaces.

Alors, si de fait, il s'agit d'un problème de non-information ou de désintérêt du monde médical et de la population, il faut le confirmer par une grande enquête nationale, répercutée par les médias, enquête qui permettrait de préciser les causes de cette catastrophe intellectuelle et de santé publique, y remédier, certainement en insistant sur l'obligation de formation des médecins et d'information des patients potentiels, mais aussi d'émettre des propositions en ayant devant soi des valeurs validées des obstacles au dépistage et au traitement des infections par le VHC.

Ce serait peut-être plus utile que d'annoncer, brutalement et sans proposition, une augmentation de 20 % du nombre estimé de porteurs du virus en France, ce qui, avouons-le, ne fait pas très sérieux aux yeux d'un public peu ou non intéressé !

Du cannabis en famille : "Sans sa drogue, nous serions si heureux"...



Dr Serge HEFEZ
 Département de Thérapie familiale.
 Service du Pr. MAZET.
 Pavillon de l'enfant et de l'adolescent.
 Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Parmi la masse d'adolescents consommateurs de cannabis, on sait qu'un certain nombre, estimé entre 10 et 15%, va développer un abus ou une dépendance. D'où l'importance de cerner les facteurs de vulnérabilité associés à l'usage de toute substance psychoactive.

Il semblerait à cet égard que les éléments qui influencent l'initiation à la consommation diffèrent de ceux qui favorisent l'installation d'une dépendance. En effet, si les facteurs socioculturels, situationnels et environnementaux sont déterminants dans l'expérimentation et l'initiation à l'usage de substances psychoactives, les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant dans l'installation d'un abus ou d'une dépendance¹. Mais de très nombreux chemins peuvent y conduire, et il est impossible d'isoler chez un sujet donné un seul facteur de risque qui aurait une valeur prédictive.

Comment se fait-il que certaines personnes exposées à un même produit deviennent dépendantes et d'autres pas ? La caution scientifique qui distingue dépendance physique et psychique ne suffit pas : un produit "accroche" ou pas à un moment donné d'une trajectoire dans un environnement particulier. Les consommateurs de tabac ont tous expérimenté qu'il existe des conjonctures durant lesquelles il est facile de décrocher, d'autres où ceci s'apparente à un combat surhumain. Toute pratique addictive est une forme de centration sur un objet, un produit, ou une activité particulière qui permet de faire le vide, de ne penser à rien d'autre, surtout pas au temps qui passe ou à soi-même.

Ces pratiques s'installent au-delà du plaisir et de l'émotion, dans un apaisement existentiel lié au refuge dans une habitude prévisible, et au soulagement de la répétition. Le désir s'efface, le besoin devient tout puissant. Certains sujets deviennent davantage dépendants d'une expérience que d'une substance ; c'est la répétition de cette expérience initiale (qui n'est parfois même pas agréable comme les vomissements chez les boulimiques ou l'effraction corporelle par une seringue chez les injecteurs de drogues) qui va avoir pour fonction d'éviter les situations nouvelles, sources d'anxiété. Mieux vaut répéter indéfiniment un comportement prévisible et sans surprise que s'exposer à l'incertitude des relations humaines ou à l'exposition au risque de la nouveauté et du changement.

La complexité de la dépendance

La consommation abusive de cannabis montre bien que les effets d'accroche du produit ne suffisent pas seuls à expliquer le mystérieux phénomène de la dépendance, qu'il serait erroné de prétendre que c'est le produit qui, par ses effets chimiques, génère ce phénomène.

Evoquer la dépendance, c'est mettre tout à la fois dans un même panier : les mystères de la biologie du cerveau humain, les empreintes psychiques précoces du premier amour, la pharmacologie d'une substance inerte, la disparition progressive de la plupart des rites sociaux, la curiosité adolescente, la violence indifférenciée, la misère des banlieues, l'exclusion sociale, bref, tout ce qui de près ou de loin participe aux prises de produits et à la pérennisation de cette conduite. Seule la prise en compte simultanée de tous ces niveaux permet d'en saisir la complexité. Comment un comportement qui procure une sensation de plaisir et/ou le soulagement d'un malaise ou d'une angoisse va peu à peu s'organiser autour d'une perte de contrôle, puis de la poursuite du comportement malgré une prise de conscience de ses effets négatifs ?

C'est ici qu'intervient toute une série de circonstances qui jouent à différents niveaux et s'agencent entre elles. Les failles relationnelles de l'enfance qui ont contribué à la constitution d'une personnalité fragile, les tourments de l'adolescence trouvent un apaisement dans les effets d'un produit comme dans les formes marginales du fonctionnement social qui accompagnent sa consommation, en une spirale qui tend à se refermer sur elle-même.

¹: Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé, expertise collective; INSERM, novembre 2001

L'abus de produits psychotropes renverse les cercles de causalité : "du fait de ma dépendance à l'héroïne", me confiait un patient, "je ne peux avoir aucune activité sexuelle"... "la consommation d'alcool de mon mari détruit notre couple" dira cette femme ; et tous les parents de constater "avec son cannabis, il ne s'intéresse plus à rien, il traîne toute la journée, il se met en danger..."

Les thérapeutes qui recueillent ces plaintes ne peuvent s'empêcher de penser : n'est-ce pas une inhibition dans sa vie sexuelle qui a conduit ce jeune homme à avoir recours aux opiacés ? Ou bien : jusqu'à quel point les difficultés conjugales de cet homme n'expliquent-elles pas son alcoolisme ? ou encore : si cette famille ne présentait pas de si graves problèmes de séparation, cet adolescent n'aurait-il pas évité cette dépendance au cannabis ?

Ces assertions ne sont que les fragments d'une même spirale d'interactions. La complexité de la dépendance ne peut se résoudre dans de simplistes relations de cause à effet qui feraient porter à la nature du produit, aux mauvaises fréquentations, aux faiblesses des parents ou à la personnalité de l'adolescent le chapeau des difficultés présentes.

Il en est des facteurs de risque comme des facteurs de vulnérabilité : ils s'interpellent, s'inhibent ou se potentialisent selon des cheminements mystérieux.

La démarche qui nous anime n'est donc en aucun cas de rechercher dans la famille les raisons de l'enlèvement d'un adolescent dans sa consommation cannabique, mais de trouver un levier de changement pour désamorcer cette spirale et resituer les conflits inhérents à l'adolescence dans une plus juste place.

Sans son cannabis, nous serions si heureux...

Depuis de nombreuses années, notre travail avec des familles malmenées par la dépendance au cannabis d'un ou plusieurs adolescents nous confrontent en effet à des conflits mal posés. La lutte pour l'autonomie du jeune se déplace au profit d'escalades symétriques incessantes autour de la consommation du produit².

Par effet de cristallisation, le cannabis devient la cause ultime de tous les maux, résumant à lui seul l'hostilité ou la dépression de l'enfant, la violence ou le manque d'autorité du parent, les disputes conjugales, le désarroi de la fratrie.

À première vue pourtant, le scénario paraît immuable: des parents affolés traînent chez le psy un gamin, jusque-là sans problème, jusque-là si parfait, qui commence à fumer de plus en plus, ne sort plus de sa chambre et ne travaille plus à l'école. « *Le cannabis nous a pris notre enfant* », s'écrient-ils, autre variante du traditionnel : « *Avec son cannabis, il nous rendra malades* ».

Dans la famille, le cannabis est devenu l'unique sujet de discussion et le cœur de toutes les disputes. On fouille les affaires de l'adolescent, on guette ses moindres gestes, on traque son aspect,

ses yeux et ses pupilles, on le harcèle pour savoir s'il a encore fumé, où il cache son produit, et où il s'en est procuré. À quoi le jeune répond qu'on n'a pas le droit de fouiller ses affaires, et qu'il sait très bien ce qu'il fait. Et les parents de déclarer : « Tu n'es pas majeur, nous sommes responsables, le cannabis est interdit et on ne peut pas couvrir ça. »

« Docteur, vous devez lui dire que c'est mal », supplient les parents à bout de nerfs, sommant le médecin ou le psychothérapeute de prendre en charge cet encombrant colis dont ils ne savent que faire.

Bref, surgissent toute une suite de conflits majeurs autour de la confiance qu'on accorde à son enfant et du rapport à la loi : des conflits bien sûr inhérents à l'adolescence, qui tournent autour de l'espace accordé au jeune et trouvent dans le cannabis un bouc émissaire, inquiétant mais commode. Car il peut devenir plus simple, pour les parents, de se focaliser sur le cannabis et pour l'adolescent, de s'y embrumer, que d'emprunter le chemin sinueux et complexe qui mène aux vérités qui font mal et à l'autonomie.

Le cannabis est la réponse à cette impossible révolte

Monsieur et Madame A³. sont tous deux profs, parents jusque-là heureux d'un fils modèle, David, très beau garçon, excellent élève et grand sportif. Avant, il y a deux ans, Monsieur A. et son fils partaient bras dessus – bras dessous, escaladant les montagnes, dévalant les pentes à skis. Mais aujourd'hui, le fils a seize ans, il est en première, et le rayon de soleil de papa est devenu une épée plantée en plein ventre : l'ancien prix d'excellence s'est transformé en cancre, il consomme du cannabis à tour de bras, se fiche de l'école et du sport. Bref, le fils idéal, l'enfant adoré est devenu un monstre et toute la vie de la famille tourne autour du cannabis, désigné par les parents comme le diable.

Très rapidement au cours du premier entretien en présence des parents, de David et de son jeune frère Thomas, le conflit entre père et fils, un conflit massif, à la mesure de la connivence passée, vire au conflit conjugal :

« *Tu es trop rigide* » se plaint Madame A. « *Tu ne l'as jamais laissé s'exprimer, jamais laissé dire réellement ce qu'il pensait. Il a toujours tellement voulu te faire plaisir qu'il n'a jamais existé par lui-même, et je suis sûre que c'est pour pouvoir se détacher de cette relation, qu'il s'est mis à faire toutes ces bêtises.* »

De ces quelques phrases, Monsieur A. a très bien compris que sa femme lui reproche son autoritarisme, non seulement en tant que père, mais aussi dans le couple. C'est comme un second coup de poignard – dans le dos, cette fois - et sa réaction est violente : « *Puisque tout est de ma faute, je pars.* »

Puis Monsieur se ravise et commence à se livrer. Il parle de son propre père, un homme violent, intransigeant, inaccessible et insatisfait, qui surveillait tout et l'empêchait de vivre. Un homme

2 : E. KAMMERER. "Avec son cannabis, ils nous rendra malades" in XV^{ème} colloque national La Rochelle. G. et T 2002.

3 : Les exemples cliniques qui suivent sont développés dans l'ouvrage B. BANTMAN, S. HEFEZ, *Cannabis*, Hachette Littératures, à paraître, 2004

auquel il s'était juré de ne pas ressembler et dont il était convaincu d'être différent : « *Voyez comme je suis proche de mon fils, voyez comme on est copains, voyez comme on faisait du sport et plein de choses ensemble.* ».

Nous voyons surtout combien cette complicité affichée est lourde de réparations pour Monsieur A., qui cherche à tout prix à compenser la relation qu'il n'a pas eue avec son père, et pesante pour son fils qui doit supporter tout le poids de ce conflit non réglé.

Au cours d'un entretien ultérieur, Madame A. se confie à David : avant de rencontrer son mari, elle était très amoureuse d'un homme qui ne pouvait pas avoir d'enfants. Si amoureuse qu'elle s'était résignée à ne jamais en avoir. Un été, alors que son amant était absent, elle a une petite aventure avec Monsieur A. et se retrouve enceinte. Surgit alors un intense conflit intérieur. Gardera-t-elle cet enfant, l'élèvera-t-elle avec son amoureux qui saura inévitablement qu'il n'est pas son père ? Finalement, après des semaines de grande tension et une demande en mariage de Monsieur A., très épris, elle se résout à oublier son grand amour et à avoir ce bébé.

Devant nous, le fils apprend cette histoire qu'il ne connaissait pas et qui le propulse au rang pas forcément enviable de créateur – et de ciment – du couple de ses parents ; un poids supplémentaire, encore plus lourd pour ses épaules de seize ans. Le voilà non seulement baume sur les souffrances passées de son père, mais garant du couple de ses parents.

Cette famille, comme tant d'autres, recèle son lot de difficultés : une relation ratée entre Monsieur A. et son père, et une histoire pour le moins complexe entre les parents, qui ne semble pas fondée sur l'amour mais sur la naissance d'un enfant. Ce passé trop présent génère forcément de grandes tensions et le fils, qui supporte tout le poids du roman familial, les perçoit sans pouvoir les nommer.

À l'âge des révoltes adolescentes, il ressent aussi l'extrême fragilité de ses parents. Comment s'opposer à eux ? se demande ce gentil garçon, qui perçoit intuitivement qu'il peut briser son père et mettre en danger le couple de ses parents.

Le cannabis est la réponse à cette impossible révolte. Une réponse qui a le double avantage de calmer ses angoisses et de souder ses parents contre lui. Contre le cannabis, Monsieur et Madame A. sont toujours d'accord ; d'accord pour fouiller la chambre, d'accord pour crier, pour le forcer à ouvrir sa porte... Le couple qui, voici seize ans, s'est formé sur l'enfant peut encore se cristalliser sur l'enfant et, en l'occurrence, contre le cannabis.

Un père qui est resté un petit garçon

Une autre famille, encore plus parfaite, se présente de la même façon : père enseignant et fils modèle, affectueux, poli et très brillant. « *On était si heureux, si unis, on a toujours beaucoup parlé* », affirment les parents, nostalgiques de leur bonheur perdu. Mais voilà, depuis quelques mois, Mathieu s'est mis à fumer ;

dans des fêtes, avec les copains, puis seul dans sa chambre. Aux parents, terrassés par l'inquiétude, il répond que, oui, il fume, mais pas tant que ça. Et jamais avec ceux qui ont l'habitude de trop fumer.

Devant nous, la mère dit que c'est la faute du père qui n'a aucune autorité : « *Tu n'as jamais su donner un cadre ou des limites.* ». Comme dans la famille précédente, une phrase vient de déplacer la question du cannabis, vers un conflit parental autour de l'autorité (trop dans un cas, pas assez dans celui-ci), vers une interrogation sur ce qu'est un bon père, un bon couple.

Le fils, pour sa part, commence à accepter que ce n'est pas aussi simple qu'il l'a prétendu jusque-là, et qu'il fume parce qu'il a le blues. Le consensus est donc exceptionnellement rapide et l'entretien évite l'habituel couplet d'explication médicale sur les dangers du cannabis. Cette fois, c'est le garçon qui parle, après un long silence : « *De toute façon, ce n'est pas la première fois que je vois un psy. Entre huit et treize ans, j'ai été en psychothérapie, et j'ai même pris des médicaments, tellement j'étais anxieux.* » Et de reprendre, en se tournant vers son père : « *Et je ne suis pas le seul à être anxieux...* »

Du coup, les mots et les souffrances se libèrent. Le père a eu une adolescence très difficile, et n'a jamais fait le deuil de son père, très longtemps malade, mort lorsqu'il avait dix-neuf ans ; malgré une longue psychanalyse, cette mort est toujours aussi douloureuse, une plaie encore ouverte, et le père s'accuse et culpabilise : « *C'est vrai, je manque d'autorité, je suis incapable d'être un bon père car je ne sais même pas ce qu'est un père.* ».

Quant à la mère, elle ne va pas très fort non plus : dépressive, elle prend régulièrement des tranquillisants, dont elle a de plus en plus de mal à se passer.

Tout à coup, ce n'est plus du cannabis mais de l'anxiété qu'il est question, à tel point que le fils constate avec un grand sourire : « *Finalement, l'anxiété, c'est le ciment de la famille.* ». Toute la complexité de la fidélité aux relations familiales peut se résumer dans cette phrase.

Voilà comment cette famille, très intellectuelle, mais incapable d'aborder des sujets émotionnels trop douloureux, commence à s'unir autour d'une histoire tragique commune. Dans cette tragédie, le cannabis jette comme un voile sur des conflits incapables de s'exprimer ; parce que l'angoisse est si profonde qu'on ne peut en parler sans souffrir, parce que chacun ne peut que la vivre seul dans son coin. Et parce que les conflits semblent impossibles à évoquer, et encore plus à résoudre : conflit entre un père et un fils, qui n'ose pas s'opposer sous peine de le casser en mille morceaux ; et conflit entre la mère et le père, qui est aussi un homme à qui elle reproche d'être resté un petit garçon, conflit entre un adolescent et une mère dont il ne peut supporter l'intrusion.

En thérapie, ils apprennent aujourd'hui à communiquer autrement qu'en évacuant l'angoisse. Et le garçon est arrivé à se dégager de cette angoisse flottante qui sourd de l'atmosphère familiale et à s'approprier l'angoisse normale et somme toute ordinaire d'un adolescent : bref, il s'est détaché du conflit entre les parents et à l'intérieur de lui-même pour vivre son jeune destin.

Dans ces deux familles, le cannabis n'a donc pas surgi un beau

matin comme un trouble-fête dans un ciel serein : s'il vient se mettre en travers de la vie familiale confrontée à l'inévitable processus d'autonomisation de l'adolescence, c'est que d'autres problématiques sont en jeu qui rendent la prise d'autonomie trop compliquée pour l'aborder frontalement.

Comment parvenir, à partir du conflit autour du cannabis, à déplacer les enjeux pour que d'autres conflits familiaux puissent s'exprimer ? C'est toute la question qui se pose à nous et que pose l'adolescent à travers son cannabis.

Car plus la famille se cristallise autour du cannabis, plus l'adolescent se l'approprié, pour poser une question ouverte à sa famille ; une question qu'il ne peut poser autrement et qui aggrave encore les conflits. Le cannabis entraîne donc la famille dans un cul de sac : il cristallise les conflits, mais en même temps, il les bloque, condamnant parents et adolescents à un immobilisme où on ne parle plus de rien d'autre que de la consommation. C'est toute la dimension de l'adolescence qui se joue au fond de ce cul de sac.

Famille et adolescence

On sait que le terme addiction se réfère à une coutume ancienne par laquelle un individu était donné en esclavage⁴. Cette terminologie accentue le fait que l'individu est devenu l'esclave d'une seule solution pour échapper à la souffrance psychique.

La démarche toxicomane de relève pas du désir de s'empoisonner, comme la dénomination française le laisserait entendre, mais de l'espoir de rendre supportables les difficultés ressenties comme insupportables dans la vie quotidienne.

La dimension la plus urgente de l'économie psychique qui sous-tend la conduite addictive est le besoin de se débarrasser aussi rapidement que possible de tout sentiment d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse qui fait souffrir, voire même des sentiments en apparence agréables ou excitants mais qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux. Disons qu'il s'agit de remplacer une sensation qui vient du dedans par une autre sensation qui peut être attribuée au dehors.

À partir de la découverte de la solution addictive, il devient compulsif de chercher à la retrouver face à toute souffrance psychique. Cette solution comporte toujours ainsi un mélange de douleur et de plaisir.

En tant que réponse à une souffrance, l'addiction relève d'une tentative enfantine de se soigner.

Le processus d'adolescence précipite toujours les parents dans une régression à leur propre adolescence et remet en circulation les conflits qui n'avaient pu être dépassés à cette époque. Cette régression active l'indifférenciation entre parents et enfants, réplique douloureuse de la période fusionnelle avec l'enfant nourrisson.

Parents et enfants peuvent vivre une expérience de dévoration réciproque, source de terreur ou de rage, mais aussi de satisfaction mégalomane pour l'enfant : *"sans moi, mon père ou ma mère tomberait en morceaux"*.

Une sensation commune indifférenciée menace d'envahir le grou-

pe : cette anxiété, *"ciment de la famille"* qu'évoque Mathieu ou la colère qui se propage dans la famille de David.

La consommation abusive de cannabis, traitement de l'anxiété ou de la colère pour ces adolescents, bloque paradoxalement la circulation émotionnelle familiale autour de ces affects. Le cannabis devient réellement un "problème de famille".

L'inquiétude crée du lien. L'angoisse est parfois une manière de relier les uns aux autres. « Je suis inquiet pour toi, j'ai peur de te perdre » signifie, en effet « Je tiens à toi ». Il est parfois difficile de se rejoindre autour de sentiments plus calmes et plus sereins.

Dans une famille, on n'est pas toujours en prise directe sur les sentiments et les émotions des autres. Heureusement, d'ailleurs ! Quand on est trop proche, on peut se sentir menacé d'étouffement ou d'envahissement. À l'inverse, quand on est très autonome, on peut vivre pour soi, dans son petit monde, sans tenir compte des autres. Il y a une tension permanente entre ces deux extrêmes. D'où la nécessité que l'on éprouve parfois de mettre les liens à l'épreuve en faisant circuler des émotions, qu'elles soient positives (amour, joie, bien-être) ou négatives (colère, inquiétude, tristesse). Cette « circulation » d'affects est assez démocratique dans une famille dans la mesure où tout le monde se retrouve alors sur le même plan. Encore faut-il que chacun fasse la part entre ce qu'il éprouve et qui lui appartient en propre, ce que l'autre ressent, ce qui est suscité par l'autre, etc. Il faut pouvoir donner un sens à toutes ces émotions sans pour autant entrer dans celles des autres membres de la famille - bref, encore faut-il pouvoir se différencier.

De toute évidence, Mathieu met l'amour de ses parents à l'épreuve. Il s'est quand même arrangé pour que son père s'aperçoive qu'il fumait des joints et la baisse de ses résultats scolaires ne risquait pas de passer inaperçue. Mais la question qui se pose est ailleurs : à qui appartient l'angoisse qui circule dans cette famille, qui nourrit, pénètre et relie les différents protagonistes ? Elle leur pèse mais en même temps, puisqu'elle existe, on peut imaginer qu'ils en ont besoin. André et son fils viennent consulter parce qu'ils aimeraient s'en débarrasser, mais qui dit qu'ils ne redoutent pas que sa disparition dévitalise la famille et qu'il n'y ait plus de liens ? Mieux vaut de l'angoisse que rien du tout !

Ce n'est certainement pas "parce que" le père de Mathieu n'a pas pu dépasser le deuil de son propre père, "parce que" sa mère ne peut aborder la séparation avec son fils ou "parce que" les parents de David sont en conflit que ces adolescents dérapent dans leur consommation. Des facteurs de vulnérabilité, jouant à différents niveaux, rigidifient la situation jusqu'à la rendre irrespirable.

Pour ces jeunes le comportement s'automatise, la répétition des actes court-circuite l'économie pulsionnelle et réduit l'activité fantasmatique. Dans la famille, on s'organise rituellement de la même façon autour du "patient désigné".

La famille devient pour tous un phénomène sauvage qui détruit l'individualité psychique. Elle perd sa compétence de famille.

Une répétition générale qui préfigure le départ du jeune hors du cercle de la famille

Notre travail ne consiste aucunement à résoudre des problèmes

4 : M. VALLEUR, J.C. MATYSIAK, *Les Addictions*, Armand Colin, 2002

ou à corriger des erreurs, à trouver des recettes pour traiter une famille dysfonctionnelle.

La recherche qui nous anime n'est pas tant celle de la causalité, c'est-à-dire de désigner, dans la famille, qui sont les responsables et les coupables de la symptomatologie actuelle, que de resituer les symptômes de l'adolescent dans une logique qui le dépasse et qui déborde également la famille. Cette logique appartient à une histoire, à des relations, à des liens dont chacun n'est détenteur que d'une partie. L'adolescent doit en quelque sorte être dépossédé de son symptôme, afin que ce symptôme trouve une logique dans une dynamique plus large qui est celle de la famille.

Si ce symptôme est né dans ce groupe familial, ce groupe peut, peut-être, lui-même le résoudre. Il ne s'agit pas de stigmatiser une famille, d'accuser les parents d'être trop intrusifs ou distants, mais de retrouver, avec la famille, les possibilités d'une compétence perdue. Elle doit pouvoir contenir les angoisses ou les difficultés exprimées par cet adolescent. Nous partons du principe que la consommation excessive a une signification, qu'elle s'adresse à une famille, et trouve un sens global dans l'économie familiale.

La famille est considérée comme un système de liens, dans lequel existe toujours une tension, pour chacun, entre la possibilité d'accéder à une certaine autonomie psychique, de développer une personnalité, et la nécessité de faire survivre le groupe, de maintenir cet ensemble de relations pour que la famille continue d'exister.

Une famille peut devenir pesante, étouffante pour un adolescent, aussi bien parce que les facteurs de dislocation, de rupture, d'attaque des liens ont été si importants que le jeune se retrouve sans repères, que parce que les liens vitaux de survie créent une enveloppe familiale trop rigide. C'est le cas des familles qui se sont repliées sur elles-mêmes à la suite de traumatismes liés par exemple à des deuils ou des transplantations. L'autonomie de l'a-

dolescent est alors autant menacée que si la famille a des liens trop disloqués. Les adolescents, dans leur cadre familial, sont donc pris entre deux pôles : soit leur famille ne les soutient pas, auquel cas ils ont du mal à construire leur personnalité, soit elle les étouffe parce qu'elle est trop rigide, auquel cas l'adolescent est menacé dans la possibilité de se construire une trajectoire personnelle.

D'une certaine façon, la dépendance au produit est la métaphore de l'autonomie vécue comme une menace de séparation de la famille d'origine, une répétition générale qui préfigure le départ du jeune hors du cercle de la famille. Et bien souvent dans ces familles, l'individuation n'est pas ressentie comme la possibilité de s'affilier à d'autres groupes et de se relier à d'autres projets, mais plutôt en termes de menace de rupture, de séparation définitive, d'abandon.

Il est évidemment très difficile, entre ces deux pôles, de définir un équilibre qui marquerait le bon fonctionnement familial. Freud disait volontiers aux parents : « Faites ce que vous voulez, de toute façon, vous ferez mal ». Nous tentons donc de situer quels sont les points de compétence sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour que la famille chemine mieux.

Dans certaines familles, les individuations ne sont pas vécues comme liées à une évolution normale de leur cycle vital, mais comme des menaces. Les symptômes de l'adolescent sont intégrés au cours de la thérapie dans une crise familiale, mettant en jeu les possibilités d'autonomie de tous les membres de la famille par rapport à leur histoire et à la façon dont, sur plusieurs générations, des éléments bloquent ces possibilités d'autonomisation. La famille est devenue un lieu de survie de groupe, et non pas un lieu d'épanouissement individuel. Notre vision de la famille, comme un système, fait que chaque membre est à la fois agent et victime de cette dynamique mortifère tout au long d'une histoire singulière qu'il s'agit de rendre intelligible.

7^{ème} COLLOQUE INTERNATIONAL

TOXICOMANIES, HEPATITES, SIDA

THS7 ARLES - Palais des Congrès - 13-17 octobre 2005



Photo Ville d'Arles

Premier Appel à Communication

Envoyez vos propositions à la **SETHS**

Inscription et réservation transport hébergement :

Anne MASSA

HELI AIR INCOMING SERVICE

AEROPORT NICE - COTE d'AZUR

TERMINAL 1

F-06282 NICE CEDEX 3

Tél : 00 33 (0)4 89 98 50 18 / (0)6 17 91 68 91

Fax : 00 33 (0)4 89 98 50 19

helincom@monaco.net

Les 4 saisons de la RDR ou histoire de la légalisation de la réduction des risques liés à l'usage des drogues. 2002 - 2004



Vincent BOURSEUIL
Éducateur spécialisé, Paris
Membre du C.A. de l'A.F.R.
v.bourseuil@free.fr

La politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues (RdR) connaît à l'heure actuelle une étape importante de son développement. Après plusieurs années de mise en place et d'expérimentation, elle entre aujourd'hui dans le code de la santé publique. Bien plus qu'une consécration idéologique ou même politique, la "légalisation" de la RdR confirme les efforts réalisés en près de 20 ans, offre des perspectives d'avenir. Cependant, nombre d'interrogations sur la volonté politique de notre pays dans son effort d'accompagnement et de prise en charge des usages de drogues demeurent. Qu'en est-il réellement de l'implication et de la détermination de l'état pour nos actions de santé publique. Qu'en sera-t-il au moment de confirmer les moyens et les outils de notre développement.

L'Association Française de Réduction Des Risques (AFR), l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), SAFE et AIDES ont participé de près ou de loin au travail de lobby législatif à l'origine de l'inscription de la réduction des risques dans le code de la santé publique. Alors que la loi d'orientation de santé publique (LOSP) a achevé son parcours parlementaire, il paraît nécessaire de présenter une rétrospective des deux années passées, durant lesquelles cette réforme a émergé, pour la compréhension générale et parce que plusieurs questions se posent sur la mise en oeuvre de ces modifications législatives.

2002 : changement de gouvernement.

En 2002, chacun s'en souvient, la France a changé de gouvernement. De nombreux remaniement institutionnels ont eu lieu, le départ de Mme Nicole Maestracci et l'arrivée de M. Didier Jayle à la tête de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), celle de M. Mattei au ministère de la santé. A cette même période, les acteurs de la prise en charge des usagers de drogues en Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) et les acteurs de la RdR commencent à investir une plate-forme "RdR & Soins" sur l'initiative de l'ANIT Ile de France. Fin d'année 2002, je suis contraint de mettre un terme à l'activité de l'association que je dirige (C3R 93), après de nombreux mois de difficultés insurmontables. Une fois la liquidation prononcée, nous commençons à nous inquiéter de l'avenir des structures de RdR dont la précarité financière semble atteindre son apogée, grâce aux désagréments provoqués notamment par le gel républicain (appliqué lors de la campagne électorale présidentielle et législative) et des promesses de soutien du ministre laissées lettre morte (malgré ses engagements prononcés en juillet 2002 lors de la conférence internationale VIH-sida de Barcelone). Catherine Duplessy (Directrice de SAFE) me contacte pour que l'on prenne le pouls du dispositif RdR français que nous sentons en difficulté. Plusieurs associations contactent SAFE ou la commission Drogues & Usage d'Act Up-paris dont j'ai la responsabilité à l'époque. Les appels s'enchaînent, on a l'impression que tout le monde rencontre de graves problèmes. Des licenciements ont lieu. Des structures ferment leurs portes. Des programmes d'échange de seringues ne peuvent plus assurer leurs missions. Pas une région n'est épargnée. Toutes connaissent une baisse d'activité faute de moyens. En janvier 2003, nous démarrons un état des lieux du dispositif sur tout le pays. Il y a un intérêt à long terme, développer notre évaluation, mais aussi à court terme, anticiper les projets de lois en cours sur la santé publique et une possible réforme de la loi de 1970. Le projet est vaste et nous n'avons que notre temps à investir. Les bureaux de SAFE nous servent de quartier général, en particulier à Catherine Duplessy. Moi je m'installe dans ma chambre avec mon téléphone, profitant des premiers jours de vacances forcées par le chômage.

Etat des lieux du dispositif de rdr : où se cache l'information, où en sommes nous réellement ?

Quand nous en parlons pour la première fois, notre première idée est que l'information, sous toute ses formes, doit bien exister quelque part, et qu'il nous suffit de la compiler pour l'analyser tranquillement. C'est sans compter que le secteur de la RdR n'a pas suffisamment d'importance pour fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics. Les rares enquêtes que nous trouvons dans les données officielles de la DGS comportent des erreurs, aucun répertoire mis à jour, des classements par catégories d'actions pas suffisamment adaptés à la réalité ; un gouffre! Le nouvel interlocuteur de la RdR à la Direction Générale de la Santé (DGS) est le Docteur Gérard Chevallier. Nos échanges ont démarré à ce moment de notre recherche. Un premier questionnaire est rapidement mis en place pour interroger les associations les plus en difficultés. Le but est d'intervenir sur les situations les plus urgentes. La collaboration des structures de terrain n'est pas très satisfaisante et rares sont celles à collaborer pleinement. En mars, nous élaborons un double questionnaire d'enquête, à l'intention des associations et services de RdR (RdR seule/ou associée à un programme de soins spécialisé) par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques, et vers les DDASS par un questionnaire de recensement des actions financées (désignation, répertoire). Ce travail est bientôt rejoint par une seconde initiative, de l'AFR, en août 2003. Les deux travaux sont désignés respectivement par "l'enquête de l'AFR" et "l'état des lieux de SAFE". Ce premier travail nous a mené à la conférence latine de RdR de Perpignan en mai 2003, où nous avons présenté des résultats partiels de notre travail qui se sont avérés erronés pas la suite. Sur la base des premières structures interrogées nous avons identifié une forte proportion de services de RdR rattachés à des centre de soins (+ de 80%). Il nous a fallu quelques mois de plus pour recenser un nombre bien plus important de services et associations de RdR en France, dont alors une minorité (- de 25%), étaient en lien structurel avec des centres de soins. Le dispositif s'est alors révélé bien plus divers et nombreux que nous le pensions. La variété des professionnels inscrits dans des actions de RdR, la disparition des usagers au sein des équipes. Nous ne sommes pas au bout de nos surprises. Pour la suite de ce travail, nous abandonnons le questionnaire aux structures par téléphone, long et fastidieux, pour ne maintenir que l'état des lieux par l'intermédiaire des DDASS. Les derniers résultats disponibles ont été présentés lors des journées de l'ANIT à Narbonne en juin 2004 (Etat des lieux et Enquête). D'autres compte rendus vont suivre prochainement.

Automne 2003, loi d'orientation de santé publique : acte 1, première lecture de l'assemblée nationale.

A la rentrée parlementaire 2003, la LOSP soutenue par M. Jean

François Mattei doit arriver en première discussion à l'assemblée nationale vers le mois d'octobre. Dans le même temps, une question importante se pose autour du futur statut de la RdR, plus précisément sur le choix que les pouvoirs publiques sont amenés à faire pour tenter de consacrer et encadrer le dispositif par la loi. Comme nous l'imaginons, les solutions sont multiples. Toutes n'obtiennent pas notre satisfaction et nous décidons de poursuivre notre recherche pour une meilleure connaissance de la RdR Française. L'état des lieux devient un enjeu de connaissances en vue de nos échanges avec la DGS et nos interlocuteurs politiques, pour peser le plus possible dans les discussions législatives à venir, pour maîtriser la teneur de certains débats avec les pouvoirs publics et le réseau associatif.

C'est à cette même période que l'ANIT Ile de France, à l'initiative de Mme Martine Lacoste et de Mme Catherine Pequard, lance une commission de travail "RdR" destinée à faire collaborer quelques personnes de l'ANIT avec des acteurs de la RdR. L'objectif du groupe est de poursuivre les plate-formes précédemment amorcées entre les acteurs du soins et les acteurs de la RdR en région Ile de France en 2002. Compte tenu de l'actualité législative à venir dans le secteur de la santé, nous nous mettons rapidement à débattre. La LOSP s'impose comme le levier du futur encadrement des actions de RdR. Sa discussion programmée en octobre devient notre premier tour de piste. Peu avant l'ouverture des débats par les parlementaires sur le texte de loi du ministre de la santé, nous comprenons le retard et l'incompréhension qui règne du côté des pouvoirs publics dans la connaissance du dispositif. Nous prenons également la mesure du développement encore expérimental de la politique de RdR en France, loin de présenter les qualités d'une politique approuvée, évaluée, définie, uniforme, et même cohérente à certains égards. De ce fait, la première solution envisagée par l'Etat est de favoriser l'élargissement du décret d'application des CSST, dans lequel il est fait mention de la RdR parmi l'ensemble des actions menées par ces derniers. Cette modification réglementaire vise à englober le plus possible d'associations ou de services de RdR dans le cadre de loi 2002-2 qui bénéficie aux CSST. Cette solution ne nous plaît pas. Si elle est adoptée, elle condamne un grand nombre des actions de RdR non liées sur un plan structurel aux dispositifs de soins (rattachement associatif, conventionnement, contrat). La mise en réseau et la création de lien qui deviendrait "obligé" entre des équipes de RdR et des équipes des centres de soins nous semble être l'inverse du partenariat auquel nous aspirons. D'abord parce que difficile à mettre en place dans de nombreux endroits du pays, et simplement contraire à notre idée de la collaboration entre les acteurs RdR et les acteurs du soins, nécessairement motivée par une volonté réciproque et des valeurs communes. Nous en discutons au sein de la commission "RdR-ANIT" qui se réunit maintenant toutes les 3 à 4 semaines dans la bibliothèque du centre Marmottan. Fort de notre conviction nous encourageons le ministère à déposer un amendement visant à créer un article supplémentaire au texte de loi pour inscrire la RdR aux compétences d'état (dans le Chapitre dispositions générales du titre II "infection par le virus de l'immunodéficience humaine" du Livre Ier "lutte contre les maladies transmissibles" de la Troisième partie "Lutte contre les maladies et

les dépendances" du Code de la Santé Publique). Nous pensons sincèrement que le ministre le présentera. Au moment où la discussion s'ouvre à l'assemblée, nous constatons que J-F Mattei n'en a rien fait. Nous décidons alors de préparer nous même le dépôt d'un amendement lors du passage en première lecture au Sénat de ce texte prévu pour le mois de janvier 2004.

Hiver 2004, loi d'orientation de santé publique : acte 2, première lecture du sénat.

Le passage au Sénat est programmé pour les 13, 14 et 15 janvier 2004. Nous voulons mettre toutes nos chances de notre côté et lançons simultanément plusieurs pistes vers différents sénateurs et députés pour être certains que notre amendement soit déposé dans les temps et dans les formes. Ainsi, le texte est déposé trois fois. Le ministre le dépose lui aussi au nom du gouvernement, ainsi que le sénateur Plasait (co-responsable de la commission d'enquête à l'origine du rapport "Drogue : l'autre cancer") qui sera quelques mois plus tard signataire d'un projet de loi de réforme de la loi de 1970 avec le député Dell'Agnola déjà connu pour avoir milité en faveur de dispositions répressives à l'égard de l'usage de drogues au volant. Le mercredi 14 janvier, la discussion a pris du retard mais l'article 7 est finalement discuté aux alentours de 23 heures. Il est tard, et après 7 heures de débats, les bancs prévus pour le public ne sont pas confortables. Voilà déjà deux fois que l'on m'interpelle pour que je me redresse sur ma planche, séance oblige. J'ai bien essayé de me détendre discrètement, mais le personnel à l'œil. L'amendement n°247 est mis en discussion, et adopté après quelques échanges entre le ministre, le parti socialiste et le sénateur Plasait. Surprenant. Ses arguments sont dithyrambiques, il ne tarit pas d'éloge pour la RdR, je le vois de loin et j'écoute quelques échanges d'amabilité entre lui et le ministre, je suis médusé... Les débats durent environ trente minutes pour cet article additionnel. Tout le monde range son cartable et la petite dizaine de sénateurs présents regagnent la sortie. Moi aussi.

Le texte est satisfaisant mais comporte quelques défauts que nous souhaitons pouvoir rectifier avant la fin des discussions parlementaires sur ce projet de loi. Nous nous remettons donc au travail pour le passage en seconde lecture à l'Assemblée nationale prévue au début du mois d'avril.

Printemps 2004, loi d'orientation de santé publique : acte 3, deuxième lecture de l'assemblée nationale.

L'hiver ayant été fructueux, nous préparons plusieurs amendements. Nos propositions visent plusieurs niveaux du texte. Il est question de définir plus largement le cadre d'intervention au delà des seules dépendances et consommations des produits illéga-

les, anticiper les difficultés liées à l'encadrement de certains dispositifs aux contours fluctuants tels que les programmes d'intervention en milieu festif, évoquer un futur passage des financements de la RdR à l'assurance maladie, demander la suspension des sanctions pour facilitation et provocation aux acteurs et collaborateurs de la RdR et lutte contre le sida d'une manière générale... Bref, beaucoup d'ambitions.

Toutes ces propositions ne vont pas être menées jusque dans l'hémicycle mais la plupart. Suite à quelques cafouillages de boîte mail, nous doublons l'envoi des textes, avec deux versions différentes. Cet impair nous coûte l'abandon de certains textes, et une nouvelle rédaction d'autres que nous ne maîtrisons pas. Nous nous en mordons les doigts dans un premier temps. A charge de revanche, le lobby est un travail minutieux.

Les 7 et 8 avril, la discussion des députés ressemble vite à une course, tout va vite, ils semblent manquer de temps. Cette machinerie commence à vraiment m'amuser. Je passe dès que possible au Palais Bourbon pour suivre les séances et regarde sur la chaîne parlementaire les rediffusions du soir. Ce texte nous aura fait vivre à l'heure parlementaire pendant quelques mois. Aujourd'hui, tout le monde à l'air de manquer de temps. Les députés présents étalent sur deux ou trois places leurs tas de papier. Les feuilles volent dans tous les sens, ils ont des liasses d'amendements sous le coude et un crayon de bois dans la main droite pour cocher au fur et à mesure. Peu de personnes sont présentes, les députés désignés pour suivre la discussion votent pour leur groupe.

Vient enfin le tour de notre article désormais baptisé l'article 7bis, le 8 avril après la reprise de séance de 15 heures. Cette fois, six amendements différents sont en discussion. Trois sont soutenus pas M. Le Guen (parti socialiste), les n° 234, n°235 et n°236. M. Dubernard, rapporteur du projet de loi soutient un amendement, le n° 366. Les deux autres sont soutenus par le gouvernement, les n° 370 et n° 368. Les débats sont rapides mais denses, les six amendements sont discutés, adoptés ou évacués en moins de vingt cinq minutes. Au final, un bilan mitigé pour nos propositions. Certaines leçons aussi, car les amendements gouvernementaux ont visiblement repris des éléments proposés par le parti socialiste (notre porte voix pour l'occasion) en corrigeant judicieusement certaine formules. Nous n'obtenons pas la mise en cohérence de la première phrase pour harmoniser les textes de loi relatifs aux CSST avec celui de la RdR (n°234).

Par contre, à notre étonnement, la suspension des dispositions prévues à l'article "ex-L630" et assimilés de l'amendement n°233 (Annexe 5) est acceptée (Annexe 6). Il est nommé l'article 7 ter. Cette modification du code pénal est un aménagement de la loi de 70 par laquelle nous voulons suspendre les dispositions relatives à la facilitation ou à la provocation à l'usage dans le cadre des actions de santé publique de la lutte contre le sida et de réduction des risques et annuler les sanctions prévues par loi. Cette réforme peut avoir des conséquences extrêmement importantes. Les acteurs et les collaborateurs de la RdR et de la lutte contre le sida peuvent espérer travailler dans un cadre plus clément. Plus question d'entretenir l'hypocrisie de notre loi. C'est une sorte de victoire. Nous demandons notamment à l'avocat de Jean Marc Priez, en procès, d'étudier l'intérêt de ce changement

législatif. Il y a aussi le procès en cours des volontaires de AIDES, mis en cause dans le cadre de leurs actions de prévention "Sainte Capote". Nous nous posons beaucoup de questions sur la motivation du gouvernement. On ose même une question : ont-ils bien lu ? La fin du mois d'avril nous éclaire. Le ministre Douste-Blazy profite d'une séance supplémentaire le 28 avril avant le renvoi du texte au Sénat pour faire annuler notre "petite réforme de la loi de 70". Les propos motivant ce retour en arrière sont éloquentes. Ils entendent lutter contre la permissivité et le laxisme. La discussion ressemble à un feed-back des débats qui ont eu lieu dans ce même endroit, trente ans auparavant. Nous sommes tristes. Je pars quand même pour le Teknival du 1er mai. Demain il fera beau.

Eté 2004, loi d'orientation de santé publique : acte 4, deuxième lecture du sénat.

Le texte de loi est renvoyé devant le Sénat en séance extraordinaire pour le 9 juillet. L'actualité de ce début d'été est chargée. Le sénat examine de nouveau la LOSP. L'assemblée nationale vote de son côté le projet de réforme de l'assurance maladie dont certaines dispositions nous amènent du travail imprévu, notamment pour réagir aux propositions de création d'un statut spécifique à la délivrance de certains médicaments susceptibles de faire l'objet d'un détournement. Nous voulons proposer à nouveau nos amendements déçus pour cette discussion. Par principe, et pour avancer plus loin dans les débats. Les arguments évoqués lors de la seconde lecture à l'assemblée nationale obligent à rectifier notre exposé des motifs, notamment pour la réforme de la loi de 70 que nous maintenons, en développant quelques points en réponse au ministre de la santé, faute d'avoir pu en échanger avec lui de vive voix. Le nouvel amendement n°233 est donc adressé à plusieurs sénateurs des groupes socialistes, communistes et verts. Aucun d'eux ne prend en charge le dépôt de l'amendement qui restera désormais dans nos tiroirs. Les discussions en seconde lecture du texte de loi ne s'arrêtent pas davantage sur l'article 7bis consacré à la RdR. Fin de l'histoire. *(Pendant ce temps, l'Assemblée nationale adopte dans son projet de réforme de l'assurance maladie l'obligation d'établir un contrat entre chaque personne désireuse de bénéficier d'un traitement de substitution avec le médecin généraliste, un pharmacien qui sera le seul habilité à la délivrance, le tout sous le contrôle des services de l'Etat. Début d'une autre histoire).*

Analyses & critiques.

Alors que nous sommes arrivés au terme de la procédure législative qui arrête le texte de loi d'orientation de santé publique, il n'en reste pas moins un travail conséquent à accomplir. La légalisation de la RdR telle qu'exposée ici ne doit pas faire oublier toutes les difficultés qui demeurent. En outre, cette réforme comporte en

elle même des imperfections qui auront très prochainement des conséquences sur la vie des associations et le déroulement des actions de RdR. La loi va être suivie de sa mise en application par voie réglementaire : un décret et un référentiel national. Pour l'heure, ces deux textes ne sont pas attendus rapidement mais leur élaboration a débuté. Nous sommes sollicités par les pouvoirs publics pour participer aux travaux préparatoires. La DGS organise depuis le mois de mai des réunions où sont conviés quelques acteurs de la RdR, du soin et des représentants institutionnels. Le pourtour définitif de ces textes fera l'objet pour toute ou partie d'un arbitrage inter-ministériel. En attendant, nos interlocuteurs sont la DGS et la MILDT, chargés respectivement de travailler sur le décret d'application et le référentiel national. La nouvelle rédaction du chapitre des dispositions générales du titre sida du code de la santé publique pose un cadre général à l'encadrement de la RdR. Le décret d'application, lui, doit préciser les modalités de mise en oeuvre. C'est une explication du cadre. Pourtant, il ne peut que déterminer à son tour des objectifs de travail confiés à la RdR et préciser les modes d'actions concernés par la nouvelle disposition législative. Le référentiel, de son côté, doit exposer une base critique définissant ce qui relève de la RdR. Il va sans dire que ces deux documents vont parler plus ou moins de la même chose sans pouvoir être confondus. Le référentiel doit avoir pour qualité d'être comme son nom l'indique la référence : une définition du contenu de la RdR pouvant servir à un arbitrage, à une évaluation de ce qui est et ce qui n'est pas du ressort de la RdR. Le décret expose pour sa part les objectifs en terme de santé publique qui sont attendus de la RdR : population, lutte contre les épidémies, modes d'action générale, buts, et quelques précisions des outils. La description des outils, justement, est bien ce qui pose problème à l'heure actuelle. Le code de la santé publique crée les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD). Il mentionne que ces CARRUD, "avec les autres dispositifs, contribuent à la politique" de RdR.

Encore quatre questions

Une première question se pose : qui et quoi relèvent du titre de CAARUD ? Cette question est importante car ces nouveaux centres vont relever de l'article 9 du code de la famille et de l'action sociale, entrant ainsi parmi les services et établissements à caractère sanitaire et social. Actuellement, nous percevons une possibilité d'étayer la définition et la description des CAARUD de telle manière que la plus grande partie des différentes catégories d'actions entrent dans le giron de cette appellation : automates, boutique, équipe mobile, intervention festive, etc...). L'ensemble de ces actions entreront-elles dans ce cadre ? La question doit être posée d'un point de vue technique ; est-ce possible par exemple d'introniser comme établissement et services du médico-social des automates, et d'un point de vue politique et idéologique, est-ce pertinent de vouloir encadrer de cette manière certains dispositifs bien loin de concrétiser ce que les députés ont choisi de dénommer "centres", tels que les équipes d'intervention en milieu

festif. Quid de notre souhait commun à tous de privilégier l'innovation, et le caractère nécessairement souple de la RdR qui doit, comme par le passé, conserver toute latitude utile à l'expérimentation et à l'initiative ?

Le financement des actions est la deuxième question. Si les CAARUD, grâce à leur statut d'établissements médico-sociaux, bénéficient à moyen ou long terme d'un financement de l'assurance maladie, qu'en est-il alors des actions labellisées ou non en tant que CAARUD telles que les automates, les associations de prévention par les pairs en milieu techno, vis-à-vis d'une improbable tutelle comme l'assurance maladie ? Et quoi prévoir pour le financement des dits "autres dispositifs" ? Est-ce à craindre vraiment de maintenir une partie du dispositif de RdR avec des moyens non pérennisés (en conservant plus longtemps des crédits d'intervention) ou le prix à payer d'une relative liberté d'intervention ? Que sera dès l'année prochaine la teneur des financements accordés aux actions de prévention dans la nouvelle nomenclature budgétaire ?

La parole de "l'usage de drogue à la première personne" est la troisième question. Depuis les lois récentes, initiées par Bernard Kouchner, les établissements médico-sociaux doivent satisfaire à un certain nombre de qualités du point de vue de la participation des usagers des services, de l'accès à l'information des patients... Cette nouvelle situation offerte par les CAARUD peut être considérée comme la possibilité d'améliorer et d'approfondir la vie des structures de RdR en faisant évoluer ses fondements institutionnels par l'officialisation et la structuration des instances démocratiques qui les gèrent (conseil d'usagers, participation au conseil d'administration...).

Aurions nous pu "légaliser" la RdR autrement qu'au sein du titre sida du code de la santé publique ? C'est la quatrième question. Cette interrogation renvoie au démarrage de ce travail d'encadrement de la politique de RdR. Le code de la santé publique est composé de nombreux livres, découpés en titres et en chapitres. La lutte contre le sida depuis les années 80 constitue un titre à part entière du code. Cette disposition tend à faire face depuis cette époque à la gravité de l'épidémie. La RdR existe depuis le début de son développement sur la base d'un cadre légal non cohérent, promu par des circulaires et des décrets, sans relever d'un cadre légal général. L'inscription d'une politique de santé au code répond à un certain nombre de règles dont celle de pouvoir trouver une place logique et légitime au sein de l'arborescence du code de la santé récemment modifié. La RdR pèse moins de 15 millions d'euros par an. Ce budget mineur ne permet pas d'envisager la création d'un chapitre particulier sauf à bénéficier d'une volonté politique particulière. La lutte contre la toxicomanie, elle, est déterminée par un chapitre spécifique. La politique de RdR, pour être consacrée dans la loi, doit faire le choix de son affiliation soit à la loi de 1970, soit au titre de la lutte contre le sida comme nouvelle compétence d'Etat. Nous avons milité pour son rattachement à la lutte contre le sida, source historique par ailleurs de son existence financière.

Voilà la chronologie de la réforme de la loi de santé publique achevée, pour la partie concernant la RdR au moins. Reste à envisager les travaux à venir pour la mise en application de ce nouveau cadre légal. Nous ne devons pas perdre de vue l'intégralité des points de revendications qui nous ont amenés à réaliser ce premier travail de lobby. Si l'avenir des CAARUD, en attendant de connaître précisément leurs contours, peut nous rassurer, il reste à imaginer celui que nous souhaitons obtenir pour l'ensemble des actions de prévention et des "autres dispositifs".

La SETHS la revue En Ligne

Connectez-vous à

<http://www.seths.org>



Sida et hépatite C aux Etats-Unis en 2004



Charles P. O'BRIEN, MD, PhD
David METZGER PhD
Université de Pennsylvanie, USA

Depuis le commencement de l'épidémie de SIDA en Amérique du nord, en 1980, plus de 800 000 cas de SIDA ont été diagnostiqués selon le Centre pour les maladies infectieuses à Atlanta (CDC). Pendant la première décennie, la majorité des cas sont survenus parmi les hommes homosexuels. Puis, dans les années 90, la moitié des cas était diagnostiquée parmi les toxicomanes prenant des drogues par voie intraveineuse ; et dans les grandes villes, les toxicomanes constituaient la plupart des séropositifs. Récemment, la proportion a changé une nouvelle fois et maintenant, les hétérosexuels dépassent les autres catégories. Depuis 2002, à Philadelphie, les hétérosexuels composent la majorité des nouveaux cas de SIDA.

Les efforts éducatifs pour la prévention de la transmission du SIDA a eu de bons résultats ; le nombre de nouveaux cas s'est réduit mais l'épidémie touche désormais surtout les minorités, les noirs et les hispaniques, et en particulier, les femmes. Dans les dernières années, 39% des cas du SIDA ont été déclarés parmi les Afro-Américains et 19% parmi les Hispaniques. Pour tout le pays, le nombre de nouveaux cas dépasse 40 000 cas annuellement. Ce chiffre est maintenant stable depuis cinq ans, indiquant qu'il est nécessaire de diriger nos efforts de prévention vers les minorités, les populations exposées au plus grand risque.

Les infections par le virus de l'hépatite C (VHC) sont la plus commune parmi les infections chroniques du sang en Amérique. Plus de 4 millions d'Américains sont infectés, ces chiffres étant vérifiés par les anticorps anti-VHC. Environ 80% des personnes infectées vont progresser vers la chronicité. Après 20 ans d'infection, 10 à 20% auront une cirrhose et, éventuellement, une évolution terminale vers un cancer du foie. L'infection à VHC est désormais la première cause de greffe du foie aux Etats-Unis.

Parmi les toxicomanes qui prennent des drogues par voie intraveineuse, le risque d'infection par le VHC est très élevé. Les études sur les populations sous traitement de substitution montrent un taux de séropositivité compris entre 70% et 90%.

Après l'infection primaire, les toxicomanes ont des facteurs qui peuvent favoriser la progression de la maladie vers la cirrhose, par exemple une co-infection à VHB ou à VIH, l'abus d'alcool, etc. Malheureusement, la grande majorité des toxicomanes ne sont pas conscients de leur infection à VHC et ils ne reçoivent que rarement le traitement adéquat permettant d'empêcher la progression de la maladie.

En réalité, la prise en charge globale associée aux traitements de substitution (méthadone, buprénorphine) contribue à la résolution des problèmes psychosociaux et permet l'instauration d'une relation entre le toxicomane et les soignants, facilitant la prise en charge des pathologies infectieuses évoquées ici.

En conclusion, SIDA et hépatite C restent de grands défis de santé publique aux Etats-Unis, dont la meilleure approche reste la prévention. Mais les programmes de prise en charge globale de la toxicomanie ont démontré leur efficacité. Le but est actuellement de trouver les fonds pour établir ces programmes dans l'ensemble du pays.

Etre un hépatologue de bas seuil ou le bilan de 5 années d'activité d'hépatologie à la prison de Perpignan



André-Jean REMY

Coordonnateur médical, UCSA de Perpignan
Praticien Hospitalier, Service d'Hépatogastroentérologie
et de Cancérologie Digestive
Hôpital Saint-Jean, 20 avenue du Languedoc,
66046 Perpignan cedex

Lassé de voir passer (trop) peu souvent des détenus venir à la consultation d'hépatologie au sein du Centre Hospitalier, notre équipe a mis en place dès janvier 1999 une consultation hebdomadaire d'hépatologie au sein de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) (1), sur les moyens propres du service. En alternance avec un hépatologue libéral vacataire du service, nous nous sommes rendus « intra-muros ». Tout de suite, nous avons constaté que nous répondions à un besoin important. Alors que 12 consultations avaient été assurées à l'hôpital en 1998, 187 consultations furent faites en 1999, 290 en 2000, 320 en 2000, 444 en 2002 et 492 en 2003!

La prise en charge des hépatites virales en milieu carcéral se déroule en deux phases successives, comme en « milieu libre », diagnostique et thérapeutique. A ces deux phases classiques s'ajoute la fonction de dépistage, systématiquement assurée par les UCSA. En effet, une circulaire de décembre 1996 délègue aux UCSA une fonction de Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) du sida et par extension, des hépatites virales. En pratique, le maintien de l'anonymat est illusoire en milieu pénitentiaire ; des efforts quotidiens sont indispensables pour assurer le secret des résultats sérologiques. De plus, le diagnostic sérologique de la syphilis fait partie du bilan d'entrée systématique et obligatoire, comme la radiographie pulmonaire à la recherche de lésions de tuberculose active. Le refus de ces deux examens est passible de sanctions disciplinaires. Ce qui aboutit en pratique que la prise de sang, « obligatoire » pour la syphilis, devient l'occasion d'y ajouter, après information et accord du patient, les sérologies VIH, hépatite B et hépatite C.

Dans notre pratique quotidienne, le schéma adopté est le suivant :

- 1/ lors de l'examen médical d'entrée (systématique là aussi), recueil des antécédents, notamment les facteurs de risque viraux, l'usage de drogues et l'existence de sérologies antérieures ;
- 2/ programmation des sérologies, envoyées à un laboratoire extérieur à l'hôpital, par convention avec l'organisme financeur, le Conseil Général des Pyrénées-Orientales ;
- 3/ retour des résultats sérologiques et consultation de rendu des résultats, positifs ou négatifs, programmée 2 semaines après le prélèvement ;
- 4/ en cas de sérologie positive confirmée, bilan biologique complémentaire (enzymes hépatiques, coagulation, génotype et charge viraux) et consultation spécialisée (dont le rythme est hebdomadaire depuis 5 ans) ;
- 5/ pour l'hépatite B, si le détenu n'est pas protégé, proposition et réalisation de la première injection de vaccin par le médecin généraliste lors de la consultation après accord du détenu et élimination d'une éventuelle contre-indication ; les rappels vaccinaux sont effectués par un infirmier. L'ensemble de la démarche de dépistage, de suivi des résultats et de vaccination est reportée sur une fiche de suivi type. Cette pratique, si elle n'est pas spécifique à l'UCSA de Perpignan, reste une pratique rare en France. Il existe seulement 36 consultations avancées d'hépatologie, selon une enquête récente portant sur 87 des 172 établissements pénitentiaires français (Revue Prat). Le monde carcéral fut une découverte pour un hépatologue hospitalier, mais pourtant déjà très impliqué dans les *Réseaux Hépatites* du département et de la région.

La détention préventive ne doit pas faire différer la prise en charge

La première constatation fut l'obstacle majeur que constituait l'accès à la ponction biopsie hépatique, préliminaire indispensable en 1999 à un traitement antiviral C. Deuxième constatation, l'absence de problèmes liés à la consultation de malades identiques

à ceux de la consultation hospitalière, où, dès cette période, les personnes contaminées par usage de drogue étaient majoritaires ! Troisième constatation, le suivi et la tolérance globalement très acceptables des traitements antiviraux, sitôt que quelques relais solides ont été mis en place : formation du personnel infirmier, partenariat actif avec l'équipe de psychiatrie du SMPR.

A la consultation d'hépatologie se présentent des patients ayant un bilan biologique complet, ce qui permet d'emblée de séparer facilement plusieurs situations cliniques : d'un côté, les patients guéris (transaminases normales et ARN viral C négatif), de l'autre, les patients ayant une charge virale positive. La discussion thérapeutique concernera entre la réalisation ou non d'une biopsie selon les recommandations de la conférence de consensus de 2002, l'existence d'une biopsie hépatique antérieure, éventualité de plus en plus fréquente, le temps prévisible d'incarcération, et surtout la volonté du patient de « rentabiliser » son temps de détention pour guérir du virus C ! Le fait d'être en détention préventive n'est plus pour nous, et depuis longtemps, un frein à l'accès au traitement, cette préventive pouvant s'écouler sur plusieurs années, avant le procès, les procédures d'appel, etc.. Toutefois la prison pourrait correspondre à un temps « idéal » de diagnostic et de traitement de l'hépatite C, particulièrement pour les sujets usagers de drogue : rupture avec le milieu de vie habituel, accès aux soins, bilan biologique et morphologique accessible (avec les réserves habituelles d'organisation). Il nous semble nécessaire d'éviter une perte de temps et de chances pour le patient, selon une logique trop souvent entendue de « ce n'est pas le moment » qui devient vite « ce n'est jamais le moment ». Ces données préoccupantes le sont d'autant plus pour cette population d'actuels ou d'anciens usagers de drogue qui sont, selon les critères classiques de la littérature et la dernière conférence de consensus, des patients « bons répondeurs au traitement antiviral » (âge jeune, contami-

nation souvent récente, fréquence élevée du génotype 3a, ceci bien qu'une proportion de plus en plus importante soient porteurs d'un génotype viral moins bon répondeur).

Forte augmentation du nombre de patients traités

- De fait, différentes situations se présentent en milieu carcéral :
- 1/ première sérologie positive, situation de plus en plus rare ; un bilan biologique complet peut être réalisé très rapidement. En cas de génotype 2 ou 3, un traitement antiviral de 24 semaines peut être mis en place, dans un délai de 6 semaines environ après l'incarcération, en l'absence de contre-indications somatiques ou psychiatriques.
 - 2/ malade déjà connu comme ayant une sérologie C positive, jusqu'alors négligée ; l'incarcération actuelle peut être l'occasion d'une prise en charge spécialisée, voire d'un traitement ;
 - 3/ malade déjà biopsié en milieu libre ou lors d'une précédente incarcération (cas d'un patient sur trois dans notre série perpignanaise) ; le « plus dur » étant fait, un (re)traitement est envisageable quasi-immédiatement.
 - 4/ malade de génotype 1 ou 4 jamais biopsié : la discussion de l'intérêt pour le patient d'une évaluation histologique est engagée directement. En cas de refus de la biopsie hépatique et de souhait de traitement, l'effet d'une bithérapie antivirale peut être évaluée sur 3 mois, avec l'accord et l'information éclairée et loyale du patient. En cas de réponse virologique précoce, le traitement peut être poursuivi pour un total de 48 semaines, sous réserve d'une tolérance clinique et biologique satisfaisante. Dans le cas inverse, le traitement est interrompu et la biopsie rediscutée.

Ce n'est pas seul l'esprit qui fait les opinions c'est l'humanisme...

THS la revue l'organe écrit de la SETHS

Expliquer, Témoigner, Confronter, Comprendre

Bulletin d'abonnement - Bulletin d'inscription à SETHS page 1060



Dans notre expérience, l'implication de deux hépatologues a permis, avec le soutien logistique de l'observatoire POPHEC (Premier Observatoire Prison Hépatite C), de traiter largement les personnes atteintes par le virus C, environ 40 patients par an depuis 4 ans, alors que dans certains établissements de même capacité (700 détenus en moyenne), moins de 10 détenus ont pu être traités en 2003 ! Pourquoi ces différences très significatives ? En raison de l'absence de consultation d'hépatologie « intramuros », de médicaments antiviraux C inclus, à la différence des médicaments anti-VIH, dans le budget global hospitalier et donc pesant fortement sur le « panier moyen » médicamenteux journalier. C'est pourquoi notre équipe, avec l'appui d'autres médecins motivés des UCSA, poursuit ses efforts en matière de recherche clinique appliquée sur les hépatites en milieu pénitentiaire : observatoire épidémiologique inter-catalan (CATHAR), observatoire d'utilisation du FIBROTEST* (ORION).

(1) depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus a été transférée du Ministère de la Justice vers le Ministère de la Santé ; les UCSA sont rattachées au Centre Hospitalier de proximité et fonctionnent avec du personnel hospitalier.

Bibliographie

1. Conférence de consensus sur l'hépatite C. Hépatogastro 2002 ; 9 : 297-307.
2. REMY AJ, PICARD H, Groupe Investigateurs, GAZEILLES L. Traiter l'hépatite C en prison en France est possible quand les acteurs de soins se mobilisent : résultats préliminaires du premier observatoire prison hépatite C (POPHEC). Gastroentérologie Clinique et Biologique 2003, 27 : A112.
3. REMY AJ, GALINIER A, GOSSET E, WAGNER-KERDRANVAT P, LEGUHENEC E, DIAZ E et al. Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable d successful: preliminary data of national french study. Journal of Hepatology 2003, 38, suppl 2: 567
4. REMY AJ, BENHAIM S, KHEMISSA F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. Revue du Praticien 2003, 17 : 1325-1327
5. REMY AJ, KHEMISSA F, OLLIVIER S, HERAN B. Hépatite C et prison: le dépistage et le traitement s'améliorent. Résultats comparatifs de 2 enquêtes nationales de pratiques 2000-2003. Gastroentérologie Clinique et Biologique 2004, 28 (à paraître)
6. CAPRON D, HERMAN A, BABANY G. L'infection par le virus de l'hépatite C en milieu carcéral : dépistage, information, prévention et prise en charge. Gastroenterol Clin Biol 2000, 24(2bis):A111.
7. HEDOUIN V, GOSSET D. Infection par le virus de l'hépatite C en milieu carcéral. Gastroenterol Clin Biol 1998, 22:55-58.
8. CLAUDON-CHARPENTIER A, HOIBIAN M, GLASSER P, LALANNE H, PASQUALI JL. La population toxicomane incarcérée : séroprévalence du virus d'immunodéficience humaine et des virus des hépatites B et C peu après la mise sur le marché de la buprénorphine. Rev Méd Interne 2000, 21 : 505-509



CRITIQUE

Cent questions sur les drogues, la toxicomanie et les hépatites virales associées

Jean-Marie Guffens
Editions Frison-Roche

Ce livre est, avant tout, pratique et rapidement consultable par ceux qui connaissent peu ou pas le domaine des drogues et de la toxicomanie.

Il est rédigé sous forme de questions-réponses. Celles-ci sont claires et bien référencées dans la table des matières, avec un objectif précis : comprendre la toxicomanie, pouvoir en sortir et être informé concrètement sur l'infection par le virus de l'hépatite C.

Le public auquel s'adresse l'auteur peut être aussi bien le corps médical - car les informations sont scientifiquement validées - que le grand public désireux de s'informer.

En effet, l'auteur aborde des questions tenant à la pratique quotidienne d'un médecin, par exemple, en présentant le score TMSP qui vas l'aider dans sa démarche thérapeutique. Il traite avec simplicité des interrogations que peuvent se poser les usagers de drogues, ou leurs familles : « comment traite-t-on la toxicomanie ? ... Mon médecin généraliste peut-il suivre son hépatite C ? ... »

Ce livre de Jean-Marie Guffens est lisible par le plus grand nombre et doit servir à réagir et à agir de manière pertinente dans le cadre défini de la toxicomanie et de l'hépatite virale C. C'est un ouvrage pertinent et utile qu'il faut avoir à portée de main.

D.C.

Marqueurs non invasifs de fibrose hépatique. L'exemple du FibroTest



Vlad RATZIU

Thierry POYNARD, Vlad RATZIU
Service d'hépatogastroentérologie,
Hôpital Pitié Salpêtrière Paris

FibroTest-ActiTest, alternative non invasive à la biopsie du foie, est le résultat de plus de quinze ans de recherche par l'équipe du Professeur Thierry Poynard (service d'Hépatogastroentérologie, de Biochimie et de Pathologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique Hôpitaux de Paris AP-HP, Université Paris 6, Laboratoire de Physiopathologie Hépatique UMR 8067 CNRS, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques Université Paris 5). Le brevet international appartient à l'AP-HP. La licence est exploitée par BioPredictive SAS, start-up de l'Université Paris 5 dans le cadre de l'incubateur Paris-Biotech. Depuis 2001, 18 travaux originaux, incluant plus de 4000 sujets, ont validé ce test. Depuis la commercialisation française en septembre 2002, 30.000 tests ont été prescrits dans le monde (Allemagne, Belgique, Portugal, Suisse, Maroc, Mexique, et sous le nom de FibroSURE aux USA), la moitié dans le secteur privé, 30% dans le secteur public et 20% dans des protocoles de recherche.

La biopsie n'est plus qu'en seconde intention, si nécessaire

FibroTest-ActiTest sont deux combinaisons de marqueurs qui permettent de proposer en première ligne, une prise de sang et de ne réserver la biopsie du foie qu'en deuxième intention, si nécessaire. Le Fibrotest permet d'estimer le degré de fibrose (cicatrices dont le stade ultime est la cirrhose), et l'Actitest le degré d'activité (nécrose et inflammation). Validé chez les sujets contaminés par le virus de l'hépatite C (VHC), la validation est en cours pour les autres sujets à risque de cirrhose : infectés par le virus de l'hépatite B, consommateurs excessifs d'alcool, et les sujets avec syndrome métabolique (diabétiques, obèses, hyperlipémiques)

Il s'agit d'une prestation de services fournie aux laboratoires publics ou privés. A partir de 6 tests biologiques, inscrits à la nomenclature de la biologie médicale, et effectués par les laboratoires, un algorithme-système expert tenant compte de l'âge et du sexe du sujet, génère par liaison Internet, sécurisée et anonyme, deux estimateurs quantitatifs du stade de fibrose (FibroTest) et d'activité nécrotico-inflammatoire (ActiTest), ainsi que des précautions d'emploi. L'index de fibrose (FibroTest) combine le dosage dans le sang de 5 marqueurs indirects de fibrose, (Alpha 2 Macroglobuline, Haptoglobine, Apolipoprotéine A1, Bilirubine Totale, Gamma Glutamyl Transpeptidase) avec un ajustement selon l'âge et le sexe de la personne. L'index d'activité (ActiTest) combine les mêmes marqueurs avec le dosage de la transaminase ALAT.

Moins de 5% d'erreurs

Un travail prospectif a estimé le pourcentage d'erreurs du FibroTest-ActiTest à moins de 5% (essentiellement dues aux hémolyses, aux inflammations aiguës, à la maladie de Gilbert et justifiant des précautions d'emploi), alors que le pourcentage d'erreurs de la biopsie du foie est estimé à 18% (essentiellement dues aux biopsies de petite taille). Plusieurs travaux prospectifs ont démontré que les variabilités intra- et inter-laboratoires étaient très acceptables quand les recommandations analytiques étaient suivies. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun pour pratiquer le test.

La simplification de l'estimation de la gravité des principales maladies chroniques du foie par ces marqueurs biochimiques devrait améliorer leur prise en charge, permettre des traitements plus précoces et prévenir les complications mortelles de la cirrhose.

Références bibliographiques

1. Imbert-Bismut F, Ratziu V, Pieroni L, Charlotte F, Benhamou Y, Poynard T. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: a prospective study. *Lancet* 2001; 357:1069-75.
2. Poynard T, Imbert-Bismut F, Ratziu V, Chevret S, Jardel C, Moussalli J, Messous D, Degos F. Biochemical markers of liver fibrosis in patients infected by Hepatitis C Virus: Longitudinal validation in a randomized trial. *J Viral Hepatitis* 2002; 9:128-33.

Deux marqueurs biochimiques d'atteinte du foie

F0 pas de fibrose, F1 fibrose portable, F2 quelques septa, F3 beaucoup de septa, F4 Cirrhose
A0 pas d'activité, A1 activité minime, A2 modérée, A3 sévère

Fibrotest	Estimation du stade de Fibrose	Actitest	Estimation du grade d'activité
0.75-1.00	F4		
0.73-0.74	F3-F4	0.62-1.00	A3
0.59-0.72	F3	0.61-0.61	A2-A23
0.49-0.58	F2	0.53-0.60	A2
0.32-0.48	F1-F2	0.37-0.52	A1-A2
0.28-0.31	F1	0.30-0.36	A1
0.22-0.27	F0-F1	0.18-0.29	A0-A1
0.00-0.21	F0	0.00-0.17	A0

3. Myers RP, Ratziu V, Charlotte F, Imbert-Bismut F, Poynard T. Biochemical markers of liver fibrosis: a comparison with historical features in patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2419-25.

4. Halfon P, Imbert-Bismut F, Messous D, Antoniotti G, Benchetrit D, Cart-Lamy P, Delaporte G, Doutheau D, Klump T, Sala M, Thibaut D, Trepo E, Robert P, Myers RP, Poynard T. A prospective assessment of the inter-laboratory variability of biochemical markers of fibrosis (FibroTest) and activity (ActiTest) in patients with chronic liver disease. *Comparative Hepatology* 2002; 2:3-7.

5. Myers RP, de Torres M, Imbert-Bismut F, Ratziu V, Charlotte F, Poynard T. Biochemical markers of fibrosis in patients with chronic hepatitis C: a comparison with prothrombin time, platelet count and the age-platelet index. *Dig Dis Sci* 2003;48:146-53.

6. Rossi E, Adams L, Prins A, Bulsara M, De Boer B, Garas G, MacQuillan G, Speers D, Jeffrey G. Validation of the FibroTest Biochemical Markers Score in Assessing Liver Fibrosis in Hepatitis C Patients. *Clin Chem*. 2003;49:450-54.

7. Poynard T, Imbert-Bismut F, Ratziu V, Myers RP, Di Martino V, Thabut D, Moussalli J, Benhamou Y. Fibrotest even better than liver biopsy? *Clin Chem* 2003. Electronic letter <http://www.clinchem.org/cgi/eletters/49/3/450>. Response: (21 March 2003)

8. Myers RP, Benhamou Y, Imbert-Bismut F, Thibault V, Bochet M, Charlotte F, Ratziu V, Bricaire F, Katlama C, Poynard T. Serum biochemical markers accurately predict liver fibrosis in HIV and hepatitis C virus-coinfected patients. *AIDS* 2003;17:721-25.

9. Poynard T. Cost effectiveness of pegylated interferon alpha 2b and ribavirin combination in chronic hepatitis C (letter). *Gut*. 2003;52:1532.

10. Thabut D, Simon M, Myers RP, Messous D, Thibaut V, Imbert-Bismut F, Poynard T. Noninvasive prediction of fibrosis in patients with chronic hepatitis C. (letter) *Hepatology* 2003; 37:1220-1.

11. Poynard T, McHutchison J, Manns M, Myers RP, Albrecht J. Biochemical surrogate markers of liver fibrosis and activity in a randomized trial of peginterferon alfa-2b and ribavirin. *Hepatology*. 2003;38:481-92.

12. Myers RP, Tainturier MH, Ratziu V, Piton A, Thibault V, Imbert-Bismut F, Messous D, Charlotte F, Di Martino V, Benhamou Y, Poynard T. Prediction of liver histological lesions with biochemical markers in patients with chronic hepatitis B. *J Hepatol*. 2003;39:222-30.

13. Thabut D, Simon M, Myers RP, Messous D, Thibaut V, Imbert-Bismut F, Poynard T. Noninvasive prediction of fibrosis in patients with chronic hepatitis C. (letter) *Hepatology* 2003; 37:1220-1.

14. Le Calvez S, Thabut D, Messous D, Munteanu M, Ratziu V, Imbert-Bismut F, Poynard T. Fibrotest has higher Predictive values than APRI for fibrosis diagnosis in patients With chronic hepatitis C. (letter) *Hepatology* 2004;39:862-3.

15. Imbert-Bismut F, Messous D, Thibaut V, Myers RB, Piton A, Thabut D, Devers L, Hainque B, Mercadier A, Poynard T. Intralaboratory analytical variability of biochemical markers of fibrosis (Fibrotest) and activity (Actitest) and reference ranges in healthy blood donors. *Clin Chem Lab Med* 2004;42:323-33.

16. Callewaert N, Van Vlierberghe H, Van Hecke A, Laroy W, Delanghe J, Contre-ras R. Noninvasive diagnosis of liver cirrhosis using DNA sequencer-based total serum protein glycomics. *Nature Med* 2004;10:1-6.

17. Poynard T, Imbert-Bismut F, Ratziu V. Serum markers of liver fibrosis. *Hepatology Rev* 2004;1:23-31.

18. Poynard T, Munteanu M, Imbert-Bismut F, Charlotte F, Thabut D, Le Calvez S, Messous D, Thibault V, Benhamou Y, Moussalli J, Ratziu V. A prospective analysis of discordant results between biochemical markers and biopsy in patients with chronic hepatitis C. *Clin Chem* 2004; in press

Situation des hépatites en Afrique : études récentes menées au Burkina Faso



Philippe VAN DE PERRE
Laboratoire de Bactériologie-Virologie
CHRU Arnaud de Villeneuve et
Université de Montpellier I

Avec 300 millions de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) dans le monde et 170 millions par le virus de l'hépatite C (VHC), ces deux infections sont parmi les plus fréquentes. Les pays du Sud paient un lourd tribut à ces infections fréquemment chroniques et aux complications à long terme redoutables. Malgré ces constats, peu d'informations récentes sont disponibles sur la situation des hépatites dans les pays du sud et particulièrement en Afrique.

Les quelques lignes qui suivent synthétisent un programme de recherche conduit par une équipe franco-burkinabè composée entre autres de Dominique Jeannel, Takashi Zusuki et Yves Traoré, dans la région sud-ouest du Burkina Faso. Dès le milieu des années 1990, cette équipe avait montré l'extraordinaire diversité génétique des VHC circulant dans la région de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso (1). Alors que, à cette époque, le génotype 4 du VHC était suspecté majoritaire en Afrique, seuls des génotypes 1 et 2 étaient retrouvés, associés à une importante diversité : 18 sous-types, dont les 2c et 2d dont 16 nouveaux sous-types furent décrits à cette occasion.

VHC endémique dans le sud ouest du Burkina Faso

Le programme d'études menées de 1995 à 2002 (2, 3) avait pour objectif de préciser l'épidémiologie descriptive de l'infection par le VHC et le VHB dans deux villages proches de Bobo-Dioulasso, de décrire les modes de transmission et l'histoire naturelle de l'infection par le VHC et le VHB par un suivi prospectif des participants et par des enquêtes familiales et de décrypter les complications à long terme de ces infections en étudiant la pathologie hépatique durant une année dans l'hôpital de référence de cette région, le Centre Hospitalier National Sourô Sanou.

L'enquête initiale de prévalence a porté sur la population de deux villages ruraux, Laforiso et Samaghan. Le taux de participation était de l'ordre de 77% et la population totale testée de 2059 pour l'étude VHC et de 1974 pour l'étude des marqueurs VHB. Dans ces deux villages, la prévalence des anticorps VHC était de 2.5%, sans différence selon le sexe. Cette prévalence augmentait de manière significative avec l'âge, passant de 1.2% chez les 2 à 14 ans à 5.5% chez les plus de 45 ans ($p < 0.0001$). L'antigène HBs était plus souvent détecté chez les sujets masculins (11.2% IC95%: 9.2-13.5%) que chez les sujets féminins (7.2%, IC95%: 5.8-8.9%, $p < 0.01$). L'infection par le VHB semble être acquise précocement : entre l'âge de 2 et 4 ans, 13.3% des garçons et 6.7% des filles sont porteuses de l'antigène HBs. L'immense majorité des porteurs d'antigène HBs sont des porteurs chroniques, puisque lors du suivi effectué 9 à 15 mois après le dépistage, 92.5% des porteurs initiaux ($n = 107$) ont toujours un antigène HBs détectable. Parmi les sujets initialement non porteurs d'antigène HBs, l'incidence de l'AgHBs à 15 mois est de 2.7%. Parmi les porteurs chroniques de l'Ag HBs âgés de 2 à 14 ans ($n = 45$), 75.6% ont un Ag HBe détectable, pour 30.8% chez les plus de 15 ans ($n = 52$, $p < 0.0001$).

Des facteurs génétiques de susceptibilité au VHB

Les enquêtes familiales (études cas-témoins) ont montré par une analyse de régression logistique multiple, une association indépendante entre l'infection par le VHC et un niveau socio-économique modeste, des antécédents d'infections sexuellement

transmises, la circoncision ou l'excision, le rasage fréquent et la pratique de la douche vaginale.

Pour ce qui concerne le virus VHB, les analyses de fratries ont identifié une agrégation familiale du portage de l'Ag HBs (Smith&Pike close pairs test). Un excès de risque de portage chronique de 49% a été observé chez les frères et soeurs d'un porteur chronique, par rapport à la population générale. Le risque de portage de l'Ag HBs chez l'enfant le plus jeune d'une fratrie augmente avec le nombre d'enfants porteurs de la même fratrie mais pas avec le nombre d'adultes porteurs (?5.4). Ce risque est inférieur chez les demi-frères et demi-soeurs (23%, ?2.9). Dans l'étude hospitalière, 26 cas de carcinome hépatocellulaire et 40 cas de cirrhose hépatique ont pu être analysés. Vingt trois pour cent des patients atteints de carcinome hépatocellulaire étaient porteurs d'anticorps anti-VHC et 54% d'Ag HBs. Parmi les 40 cas de cirrhose, 20% étaient porteurs d'anticorps VHC et 62% d'Ag HBs. Le risque relatif estimé pour le carcinome hépatocellulaire et/ou la cirrhose est d'environ 8 pour les porteurs VHC et d'environ 13 pour les porteurs d'Ag HBs.

Ces études ont montré que l'infection par le VHC est endémique dans le sud ouest du Burkina Faso. La prévalence des anticorps anti-VHC augmente avec l'âge, suggérant une exposition continue au virus. Le VHC est associé causalement avec l'hépatocarcinome et la cirrhose. Dans ce contexte, l'infection à VHC peut être acquise par contact avec le sang et d'autres liquides biologiques, par des pratiques traditionnelles et possiblement par contact sexuel. L'histoire naturelle de cette infection et, en particulier la clairance virale, doivent encore être clarifiés. Pour ce qui concerne le virus de l'hépatite B, ces études suggèrent que l'agrégation familiale ne peut pas être expliquée par la seule exposition à un porteur chronique. L'analyse des demi-frères et soeurs suggère que des facteurs génétiques de susceptibilité peuvent être impliqués dans l'acquisition de l'infection. La transmission horizontale chez l'enfant africain mérite d'être plus étudiée de même que les disparités de risque selon le sexe. Dans le contexte de l'accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec les VIH en Afrique, il s'agit de réfléchir aux moyens à mettre en oeuvre pour favoriser la prévention des hépatites et l'accès aux soins des patients infectés par les virus des hépatites en Afrique, y compris par des médicaments antiviraux.

Références

1. Jeannel D, Fretz C, Traoré Y, Kohdjo N, Bigot A, Pe Gamy E, Jourdan G, Kourouma K, Maertens G, Fumoux F, Fournel JJ, Stuyver L. Evidence for high genetic diversity and long-term endemicity of hepatitis C virus genotypes 1 and 2 in West Africa. *J Med Virol* 1998; 55 : 92-7.
2. D. Jeannel, Y. Traore, C. Fretz, T. Suzuki, S. De Gendt, J. Ouedraogo, J.P. Durand, F. Fumoux, L. Stuyver, J.J. Fournel, G. Maertens, S Darby, P. Van de Perre, V Beral. Hepatitis C virus (HCV) in a rural population of Burkina Faso (West Africa): transmission, natural history and liver diseases. XIth International Symposium on Viral Hepatitis & Liver Diseases. Sydney, Australia, 6-10 April 2003.
3. D. Jeannel, C. Fretz, Y. Traore, T. Suzuki, C. Julier, J.J. Fournel, P. Van De Perre, F. Fumoux, V Beral. Hepatitis B virus (HBV) carriage in a rural population of Burkina Faso : familial aggregation and male predominance. XIth International Symposium on Viral Hepatitis & Liver Diseases. Sydney, Australia, 6-10 April 2003.

Les actes du colloque THS5 "Dans le secret des drogues et des virus" sous la direction de Jean-marie GUFFENS

toujours en vente



Le colloque THS5, Grasse 2001, a réuni les principaux intervenants francophones et des associations de malades et d'usagers dans le domaine des drogues et des maladies virales associées.

Des faits nouveaux ont permis une reconnaissance et des avancées très appréciables dans le domaine des hépatites avec de réels espoirs de guérison. Gardons-nous d'un optimisme démesuré concernant le sida mais nous disposons là aussi de médicaments efficaces. Quant aux toxicomanies, elles sont aujourd'hui perçues mais aussi généralement prises en charge différemment grâce notamment aux médicaments de substitution. Un bilan très positif s'esquisse, des questions demeurent.

Prenant du recul face aux évolutions de la société et des comportements, face aux nouveaux produits dopants non contrôlés, des ravages causés par le tabac et l'alcool en termes de santé publique, la notion nouvelle d'addiction – avec ses fondements neurobiologiques – tendrait à imposer une nouvelle approche, un nouveau classement des drogues, impliquant à la fois des modifications d'ordre thérapeutique et médical ou législatif et juridique.

Gageons que ces directions seront explorées et comprises par tous les intervenants dans le domaine des drogues et des virus (VIH, VHB, VHC). Ils ont avec ce colloque une matière première unique pour agir sur des phénomènes précis (mésusage de certains médicaments, nouvelles drogues, troubles sociétaux induits), et pour comprendre l'homme, son mystère et ses contradictions.

Volume broché de 714 pages - Format : 16 x 24 cm - Prix : 59 €

Le tabagisme passif accroît le taux d'hospitalisation au cours des 18 premiers mois de vie

Revue de Presse

Les effets délétères du tabagisme passif, longtemps niés par les industriels du tabac sont nombreux. *Tabac Actualités* a récemment fait état de travaux démontrant l'effet cancérigène du tabagisme passif, notamment pour le poumon (voir *Tabac actualités n839, juillet 2003*), l'accroissement du risque d'asthme à l'âge adulte pour les enfants exposés à la fumée des cigarettes de leurs parents (voir *Tabac actualités n846, février 2004*), au risque accru d'accident cardiaque chez les coronariens exposés au tabagisme passif (voir *Tabac actualités n850, juin 2004*)... A cette liste vient s'ajouter aujourd'hui un nouvel impact du tabagisme passif : le nombre d'hospitalisations des nourrissons.

L'étude citée en référence a été menée à HongKong où 8 327 enfants nés durant les mois d'avril et mai 1997 ont été suivis durant 18 mois. Parmi les éléments étudiés dans ce suivi de cohorte, le nombre d'hospitalisations par enfant et l'éventuelle corrélation entre le nombre de ces hospitalisations et une exposition des nourrissons au tabagisme passif, notamment parental.

Le tabagisme passif était essentiellement le fait du père ou de personnes de l'entourage de l'enfant ; en revanche, les mères en étaient rarement responsables puisqu'elles n'étaient que 2,8% à fumer après l'accouchement.

Selon que des précautions étaient prises (ne jamais fumer à moins de trois mètres de l'endroit où se tient l'enfant) ou non, le risque relatif d'hospitalisation chez des enfants soumis à un tabagisme passif n'était soit pas différent de celui des enfants vivant dans une maison sans tabac, soit multiplié par un facteur 1.8.

Les auteurs en concluent que les très jeunes enfants soumis à un tabagisme important ont donc pratiquement deux fois plus de risques d'être hospitalisés que des enfants qui ne sont pas exposés au tabagisme parental ou dont les parents fumeurs se tiennent à distance de leur enfant lorsqu'ils fument.

Référence bibliographique:

Leung GM et al. Secondhand smoke exposure, smoking hygiene and hospitalization in the first 18 months of life. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2004 ;158 : 687-93

Interdire la vente de tabac aux mineurs est une mesure appropriée sans qu'elle soit suffisante

Interdire la vente de tabac aux mineurs, notamment aux moins de 16 ans, est une recommandation apparaissant fréquemment dans les plans de lutte contre le tabagisme, ne serait-ce que parce que la plupart des personnes dépendantes à la nicotine le sont devenues au cours de leur adolescence. Cependant, ce n'est pas sur une telle mesure prise isolément que peut être conduite une politique de lutte contre le tabagisme auprès des jeunes ; l'exemple finlandais est là pour nous le rappeler.

Devant l'accroissement du tabagisme des jeunes, les lois finlandaises réglementant la vente de tabac avaient, dès 1977, interdit la vente aux mineurs « apparemment » de moins de 16 ans. On ne sera pas étonné de ce qu'une formulation aussi floue ait eu une portée nulle ! Si bien qu'en 1995, le gouvernement proposait une interdiction formelle aux moins de 16 ans que le débat parlementaire rectifia en la portant aux moins de 18 ans. Dans le même temps, tous les deux ans, un questionnaire était envoyé à des échantillons représentatifs de jeunes finlandais âgés de 12, 14, 16 ou 18 ans ; ces questionnaires avaient pour but d'évaluer leurs comportements vis-à-vis du tabac en termes notamment de consommation et d'approvisionnement. Les

non-répondeurs bénéficiaient de deux relances si bien qu'au final, le pourcentage de répondeurs était élevé, allant de 75 à plus de 90% mais avec une légère décroissance au fil des années et avec l'âge des répondeurs.

Après l'interdiction assez symbolique de vente de tabac aux mineurs apparemment de moins de 16 ans, on a assisté à une très légère baisse du pourcentage de fumeurs quotidiens parmi les 12 et 14 ans ; en revanche, la mesure n'aura aucun impact sur les 16 ans et plus.

En revanche, après l'interdiction formelle de vente de tabac aux moins de 18 ans, on assistait à une baisse très significative du tabagisme régulier des moins de 18 ans.

Bien sûr, l'interdiction de vente aux adolescents ne bloque pas pour autant leur accès aux cigarettes, l'approvisionnement pouvant se faire auprès d'amis ou de proches, eux-mêmes fumeurs ou en âge d'acheter des produits du tabac dans les points de vente. Et les auteurs de souligner que malgré l'interdiction, de nombreux jeunes de moins de 18 ans continuent de déclarer pouvoir acheter couramment des cigarettes dans les points de vente. Au final, l'enquête montre que seulement 2 à 3% des moins de 18 ans déclarant fumer quotidiennement achètent leurs cigarettes dans des points de vente autorisés. Ce qui signifie que les approvisionnements familiaux ou par le cercle d'amis prend largement le relais.

En conclusion, les auteurs insistent sur le fait qu'une interdiction de vente aux mineurs ne peut être qu'un élément du dispositif de lutte contre le tabagisme des jeunes.

Référence bibliographique:

AH Rimpelä, SU Rainio. The effectiveness of tobacco sales ban to minors : the case of Finland. Tobacco Control 2004 ; 13 : 167-174

97 gènes au moins perturbés par la fumée de cigarettes !

On le sait, les ex-fumeurs mettent de nombreuses années à réduire leur sur-risque de cancer bronchique induit par un tabagisme chronique (toutefois, il est toujours important de rappeler que ce sur-risque commence à diminuer dès l'arrêt complet de l'intoxication tabagique et que sa vitesse de décroissance est maximale durant les premières années du sevrage complet ; autrement dit, il y a toujours un bénéfice à arrêter de fumer !). Or, des chercheurs de l'université de Boston ont sans doute trouvé l'une des explications à la persistance d'une part plus ou moins importante de ce sur-risque durant un certain nombre d'années, comme si l'organisme gardait la trace, le souvenir, de l'intoxication tabagique.

Ces chercheurs viennent en effet de publier en juin, dans la prestigieuse revue américaine Proceedings of the national academy of sciences les résultats d'un travail portant sur l'étude des modi-

fications génétiques observées, sous l'influence du tabagisme, dans les cellules bronchiques. Pas moins de 97 gènes auraient une expression modifiée sous l'influence de la fumée de cigarette inhalée. Mais si la plupart de ces gènes ont une expression qui revient à la normale dans les deux années suivant le sevrage complet, certains conserveraient une expression modifiée sous l'influence de la fumée de cigarette encore 30 ans après le sevrage complet !

L'étude publiée par le Dr Avrum Spira (Ecole de médecine de l'université de Boston, Etats-Unis) a porté sur l'étude des gènes de cellules bronchiques recueillies sur 34 fumeurs réguliers, 18 ex-fumeurs et 23 personnes n'ayant jamais fumé.

Parmi les 97 gènes modifiés sous l'influence de la fumée de cigarette, certains sont connus comme ayant une forte influence sur le processus de cancérisation, soit en le facilitant, soit en le combattant. Or, les modifications dans l'expression de ces gènes peut se faire aussi bien dans un sens que dans un autre, favorable ou défavorable vis-à-vis du processus de cancérisation.

Outre une explication possible à la persistance d'un certain niveau de sur-risque de cancer bronchique après sevrage tabagique, ce travail ouvre la voie à des travaux sur l'identification des individus les plus exposés aux conséquences bronchiques du tabagisme, notamment au risque de cancer bronchique.

Référence bibliographique:

A.Spira et coll. Effects of cigarette smoke on the human airway epithelial cell transcriptome. Proceedings of the national academy of sciences. 2004 ; 101 : 10143-10148, repris dans NCI Cancer Bulletin 2004; 20 : 4

La Banque mondiale exhorte tous les gouvernements du monde à s'engager dans la lutte contre le tabagisme

La Banque mondiale, créée en 1944 et à laquelle adhèrent 184 pays, a pour principal objectif l'aide au développement des pays les plus fragiles, le combat contre la pauvreté. Compte tenu d'une telle mission, il n'est pas étonnant de la voir s'engager dans la lutte contre le tabagisme, un fléau qui envahit les pays en développement au point d'y annihiler toutes les conséquences favorables des progrès sanitaires que ces pays sont susceptibles de connaître (lire aussi *Tabac Actualités* n° 51 du mois dernier). Nous reprenons ci-dessous les deux principales recommandations formulées par la Banque Mondiale dans son rapport « **Endiguer l'épidémie ; les Etats et l'économie de la lutte antitabac** » :

1. **Les gouvernements qui décident d'intervenir énergiquement pour endiguer l'épidémie de tabagisme doivent agir sur plusieurs fronts dans le but de dissuader les enfants**

de fumer, de protéger les non fumeurs et d'informer pleinement tous les fumeurs sur les effets du tabac sur la santé. Une telle stratégie, adaptée aux besoins propres à chaque pays, engloberait 1) un relèvement des taxes sur la base des niveaux de taxation adoptés par les pays appliquant des politiques antitabac complètes; 2) la publication et la diffusion des résultats des recherches consacrées aux effets du tabac, avec en plus des mesures prévoyant des mises en garde bien visibles sur les paquets de cigarettes, interdisant la publicité pour le tabac et restreignant l'usage du tabac sur les lieux de travail et dans les endroits publics; et 3) l'accès à des thérapies de substitution de la nicotine et autres programmes de sevrage.

2. Les organisations internationales telles que les institutions de l'ONU devraient passer en revue leurs programmes et politiques pour s'assurer que toute l'attention voulue est donnée à la lutte contre le tabagisme; elles devraient parrainer des recherches sur les causes, les conséquences et les coûts du tabagisme ainsi que sur le rapport coût-efficacité des interventions au niveau local; elles devraient s'attaquer aussi aux problèmes internationaux liés au tabagisme et notamment travailler avec la nouvelle convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac. Il s'agirait entre autres de faciliter l'adoption d'accords internationaux pour la lutte contre la contrebande, d'organiser des discussions sur l'harmonisation des taxes pour réduire les incitations à la contrebande et de prévoir des interdictions de la publicité pour le tabac dans les médias internationaux.

La menace que le tabagisme fait peser sur la santé mondiale est sans précédent, comme le sont toutefois les possibilités qui s'offrent de réduire la mortalité liée au tabagisme au moyen de politiques d'un bon rapport coût-efficacité. Ce rapport donne une idée de ce qui pourrait être obtenu: une action relativement modérée pourrait se traduire pour le XXI^e siècle par des acquis sanitaires substantiels.

Référence bibliographique :

<http://www1.worldbank.org/tobacco/book/html/french-summary.htm>

La tabagisme des jeunes américains en très fort recul

Jamais le tabagisme des jeunes américains n'a atteint des niveaux aussi bas qu'en ce moment ! C'est ce que l'on apprend à la lecture des résultats d'une enquête nationale conduite par le CDC d'Atlanta (Centers of Disease Control), structure que l'on pourrait assimiler en France à notre Institut de veille sanitaire. Cet enquête sur les comportements à risque des jeunes américains a analysé trois critères relatifs au tabagisme :

- Ceux qui n'ont jamais fumé de cigarette ;
- Ceux qui déclarent fumer occasionnellement (1 fois au moins par mois) ;
- Ceux qui disent fumer très régulièrement (au moins 20 jours par mois).

Les fumeurs occasionnels ont régulièrement décliné au cours de ces dernières années pour n'être plus que 21,9% en 2003 alors qu'ils étaient encore 36,4% 7 années plus tôt (1997).

Les fumeurs réguliers ont fondu tout autant, passant dans le même temps de 16,8 à 9,7%.

La consommation régulière augmente avec l'âge ; elle touche 17,4% des collégiens (l'équivalent de notre classe de 3^e) et augmente ensuite chaque année : 21,8 % en seconde, 23,6% en première et 26,2% en terminale.

Selon le CDC, trois facteurs contribueraient à expliquer ce déclin progressif du tabagisme des adolescents :

- Une augmentation de 90% du prix des cigarettes entre décembre 1997 et mai 2003 ;
- Une amplification des programmes scolaires de sensibilisation des collégiens et lycéens aux dangers du tabagisme ;
- Une exposition beaucoup plus forte des jeunes, via les divers média, aux campagnes d'information contre le tabac.

Pour le CDC, les efforts ne doivent pourtant pas être relâchés si l'objectif de santé publique que se sont donnée les Etats-Unis en matière de lutte contre le tabagisme des jeunes doit être atteint : il s'agit de ramener avant 2010 le pourcentage de lycéens fumeurs réguliers sous la barre des 16% !

Référence bibliographique:

Teen smoking reaches record low. CDC report in "Cancer research highlights", NCI Cancer bulletin, 2004, 26 : 3-4

En vente



Editions Frison Roche,
18 rue Dauphine,
75006 Paris
Téléphone : 01 40 46 94 91
Fax : 01 46 34 70 51
infos@editions-frison-roche.com



Jean-Marie Guffens, lors d'une séance de dédicace

CONFERENCE DE CONSENSUS Lyon, 23 & 24 juin 2004 « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution »



Saâdia YAKOUB
Psychologue, Paris
SETHS

Organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA), avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et le soutien du Ministère de la Santé, la Première Conférence de Consensus sur les traitements de substitution en France réunissait près de 500 participants et 36 intervenants-experts autour d'un jury de 16 membres chargé d'élaborer des Recommandations « de consensus ». Une documentation volumineuse (un document de travail en deux tomes présentant la quasi-totalité des communications et un document de travail-Groupe bibliographique) complétait les travaux.

Après une communication introductive sur ses « enjeux et thématiques » et ses conclusions par le Dr Alain Morel (Président de la FFA), six thèmes regroupés en « questions » relatives aux deux traitements prescrits en France, la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD) ont été largement traités : 1/ Quels sont les finalités et les résultats attendus des traitements de substitution aux opiacés ? 2/ Quels sont les résultats obtenus par les traitements de substitution aux opiacés ? 3/ Quelles sont les indications des médicaments de substitution aux opiacés ? 4/ Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des traitements de substitution aux opiacés ? 5/ Quand et comment les modalités d'un traitement de substitution aux opiacés doivent-elles être adaptées en pratique ? 6/ Comment promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés ?

Des réponses à ces questions il apparaîtra, constat bien connu, que ces traitements s'inscrivent pleinement en tant que soin entraînant des bénéfices au plan médical et social.

L'évaluation de leurs indications communes et différentielles, leurs bénéfices thérapeutiques, leurs effets indésirables ont été bien développés au plan pharmacologique, de tolérance, de sous-dosage ou sur-dosage pouvant induire un risque de rechute, en lien également à des interactions médicamenteuses, ou encore au niveau de leurs complications létales éventuelles. Plus précisément, la méthadone restera considérée comme aussi bénéfique que la BHD, sous réserve toutefois d'une grande prudence quant à sa délivrance en ville, alors que la BHD présente un meilleur profil de sécurité, sous certaines conditions.

Les modalités d'évaluation des patients, préalablement à la prescription d'un traitement de substitution, et celles de leur suivi médical, clinique et biologique (monitoring urinaire) en cours de traitement, ont été définies à l'appui de divers paramètres. De même, celles de l'arrêt du traitement alors que celui-ci est efficace, la durée d'un traitement ne pouvant être fixée d'emblée. L'aspect temporel sera au demeurant évoqué : accompagnement ponctuel mais ciblé de certains usagers ou démarche au long cours pour d'autres, la subjectivité des patients et l'adaptation du praticien à leurs besoins (et non l'inverse) restant déterminantes.

Favoriser et faciliter le travail en réseau

L'adaptation en pratique d'un traitement de substitution a été explicitée à travers divers cas de figure : comorbidité somatique ; polyconsommation ; comorbidité psychiatrique ; mésusage et notamment abus de psychotropes (benzodiazépines) ; en prison et durant la garde à vue ; en milieu de travail face aux impératifs de sécurité et de sûreté (sécurité routière, poste de travail...) ; lors d'une grossesse ou en vue d'une grossesse ; à propos de populations précarisées et très désocialisées.

Par ailleurs, des difficultés de collaboration d'ordre personnel et d'ordre institutionnel entre les différents acteurs sanitaires sont

encore rencontrées, et il a été demandé que les Pouvoirs Publics facilitent le fonctionnement des réseaux selon certaines modalités de financement (impliquant médecins, mais aussi pharmaciens et travailleurs sociaux). Des critères de choix pour un suivi ambulatoire, en médecine de ville ou par un Centre Spécialisé restent peu satisfaisants et mériteraient d'être conceptualisés, d'autant que les recommandations officielles sont vagues, en dehors des impératifs techniques exigés pour une prise en charge en centre spécialisé (traitement par benzodiazépine associé prolongé ou à posologie hors autorisation de mise sur le marché).

Seront également soulignés la nécessaire amélioration des compétences des prescripteurs et d'une façon générale, l'exigence de formations indispensables aux professionnels impliqués par ces traitements (médecins, psychiatres, équipes hospitalières, équipes spécialisées, pharmaciens...), ainsi que le développement des réseaux de soins, de la recherche clinique, de travaux scientifiques.

Des bénéfices en santé publique mais économiques aussi

Les résultats obtenus, constat largement et régulièrement mis en évidence ailleurs, cela antérieurement à juin 2004, la « place de ces traitements » ne se posant pas pour de nombreux praticiens (dont les médecins pionniers en la matière qui feront l'objet de poursuites judiciaires, en leur temps, faute de cadre légal) ont été rappelés : réduction des risques sanitaires, diminution des overdoses, moindre recours à l'injection, plus grande demande de soins, plus grand recours au dépistage, à la vaccination contre l'hépatite B, aux traitements anti-rétroviraux, au traitement de l'hépatite C, réinsertion sociale, disparition des conduites délictueuses et en conséquence des réincarcérations (avec une baisse des comportements agressifs et une chute notable des demandes de prescription de psychotropes observées en milieu carcéral), amélioration de la qualité de vie... cela à la condition, en milieu libre comme en milieu fermé, d'une prise en charge pluridisciplinaire et en réseau, au plan médical, médico-psychologique et psychothérapeutique, social.

En contrepartie, les échecs thérapeutiques ont de même été exposés : pratiques d'injection de BHD ; sevrage efficace à une substance opiacée mais addiction à d'autres produits illicites, licites (alcool) ou détournés de leur usage (benzodiazépines) ; mésusage ; auto-substitution (dont la signification de détournement du traitement a été nuancée lorsqu'elle émane d'usagers fortement précarisés ou en situation d'immigration illégale) ; trafic... Du point de vue économique, ces traitements ont permis (ce qu'il importait de souligner, certains opposants à ces traitements arguant de leur coût élevé) en huit ans (de 1996 à 2003) l'éviction de 3 481 décès d'usagers et ont engendré une baisse considérable du coût social de la toxicomanie : du fait de l'efficacité de ces traitements, ce coût est passé de 383 à 231 millions d'euros ; elle a également provoqué une baisse des frais de fonctionnement de police et de justice (gestion pénitentiaire) du fait de la baisse des infractions liées aux stupéfiants et de celle des

incarcérations en résultant. Pour les experts en économie présents à la Conférence, l'existence des traitements de substitution a réduit d'un peu plus d'un quart (soit 595 millions d'euros) le coût social que générerait, auparavant, la drogue.

Les membres du jury ont beaucoup appris !

Enfin, les éléments incontournables permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation de ces traitements ont été exposés. Moyennant quoi, l'on retiendra que les interventions ont sans doute moins appris aux congressistes qu'aux membres du jury (dont la composition sera présentée en cours de Conférence), issus de la société civile (alors que le Jury de la « Conférence de Consensus sur le traitement de l'hépatite C » se composait de gastro-entérologues, infectiologues, virologues, médecins généralistes et de représentants d'associations de patients) et qu'il serait souhaitable que les Recommandations émanent de professionnels pluridisciplinaires, de terrain, impliqués dans la prise en charge des usagers de drogues -avec ou sans thérapeutique de substitution- ainsi que d'associations d'ex-usagers. A cet égard, ces derniers pourront s'exprimer, à la suite de leur vive protestation, et leur « plateforme de revendications des usagers de la substitution », élaborée lors de leurs premiers Etats Généraux à Paris début juin sera transmise au jury, revendications portant entre autres sur l'élargissement de la palette des produits de substitution et le développement des galéniques ; l'autorisation de primo-prescription en ville ; le développement de programmes d'éducation à la santé spécifiques aux traitements de substitution ; l'accès aux droits sociaux, à l'hébergement et la prise en compte de l'état de santé dans l'accès au RMI et autres allocations ; le développement de programmes de sevrage aux stupéfiants et l'élaboration de recommandations précises pour le sevrage des traitements de substitution ; le principe absolu de continuité du traitement de substitution en prison...

Enfin, reste à s'interroger sur l'impact et la finalité des Recommandations qui seront dégagées de ces travaux sachant que des recommandations ont été élaborées, bien antérieurement à la Conférence, à l'appui d'importants Rapports aisément accessibles tel que « L'accès à la Méthadone en France » (2001 : M-J. Augé-Caumon, J-F. Bloch-Lainé, W. Lowenstein, A. Morel) ; « L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral (avril 2003 : L. Michel et O. Maguet) ; ou encore les « **Recommandations pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés** » disponibles sur le site de l'ANAES depuis juin 2004 !

Les traitements de substitution, comment en améliorer la pédagogie ?



Lionel GIBIER
Psychiatre
CHRU de Tours

Un collègue généraliste, déçu de sa pratique des traitements de substitution, questionnait devant nous sa théorie : « *il est en manque donc il est toxicomane, il n'est plus en manque donc il n'est plus toxicomane* », théorie qu'il tenait d'un patient. L'un d'eux nous disait « un antidépresseur, un anti-infectieux, un tranquillisant, ça je comprends, mais votre substitution, c'est antiquoi ? ». C'est que prendre un traitement implique l'idée, consciente ou non, de « comment ça le fait (ou pas) ce traitement ? ». Prescrire un traitement implique une théorie de « comment ça marche, ce traitement ? ». Cette théorie, cette idée peuvent évidemment avoir des assises scientifiques complexes, mais aussi une causalité simple, visible dans la pratique, harmonieuse avec la clinique, compréhensible aussi par le patient et la société. Dans cet article nous nous proposons d'étudier « comment ça marche en pratique » un traitement de substitution, une tentative pédagogique à travers l'invention du concept, l'histoire de la substitution en France et la notion d'addiction.

Les Pionniers : la théorie métabolique et sa paradoxale réussite.

En 1962 Vincent P. Dole crée une unité de recherche chargée d'étudier la faisabilité d'un traitement par opiacés des héroïnomanes. Il est rejoint en 1964 par Marie Nyswander qu'il a remarquée pour son ouvrage « *The Heroin Addict as a Patient* », puis par Mary Jeanne Kreek. Après différents essais, Dole pose l'hypothèse métabolique de la toxicomanie que l'on peut simplifier ainsi (tableau 1) :

LA PERTE DE CONTRÔLE NE RÉSUME PAS L'ADDICTION

- ▶ Perte de contrôle
- ▶ Déné + Poursuite du comportement malgré les conséquences
- ▶ Centralisation (saillance) + identité
- ▶ Evolution temporelle : la trajectoire
- ▶ Action sur le chronos
- ▶ Réprouvé social ?
- ▶ Comorbidités psychiatriques

L'usage chronique d'héroïne provoque un déséquilibre métabolique,

Le sevrage aggrave ce déséquilibre,

Le traitement est donc, non le sevrage, mais le rééquilibrage, Ce rééquilibrage se fait avec un opiacé, au profil pharmacologique particulier (demi-vie longue, pas d'effet flash ou euphorisant, blocage de l'effet de l'héroïne), en l'occurrence à cette époque la méthadone.

Notons que si Dole présuppose que l'usage chronique d'héroïne a des conséquences biologiques, la théorisation ne précède pas les essais mais les suit : c'est après avoir utilisé des morphiniques de demi-vie variées et ayant des effets euphorisants variés que la théorie métabolique (et surtout le profil pharmacologique) est posée. Enfin dès 1967 les auteurs formulent l'hypothèse que l'héroïnomanie est une maladie métabolique chronique et que le traitement de maintien par la méthadone est correctif, non curatif, de durée indéfinie (d'où le terme de « maintenance », traitement d'entretien).

Par ailleurs, et pour « vendre » leur traitement, Dole et Nyswander insistent auprès des décideurs et des classes moyennes sur les vertus « sécuritaires » de leur découverte (en supprimant le manque, on supprime la petite délinquance très insécuritaire du manque). Le paradoxe est que leur théorie métabolique n'aura que peu de développement alors que leur « argument de vente » va passer au premier plan. C'est ce que Annie Mino nomme « la théorie du moindre mal » (formule qu'elle emprunte à L. Wurmser : c'est un moindre mal de laisser le toxicomane se droguer sans contrainte, et du moins de façon légale, que d'essayer en vain de le désintoxiquer). En conséquence, la substitution perd son statut de médicament et devient une drogue légale, le malade redevient un délinquant et le soin disparaît au profit du contrôle social.

La France, le Sida et la Substitution.

Si les discussions aboutissent en France en 74-75 à l'ouverture de deux programmes expérimentaux de méthadone (Sainte Anne et Fernand Widal), ce n'est qu'à partir de la prise de conscience de l'importance du drame du VIH chez les Toxicomanes (dans le contexte d'une loi qui interdit les seringues) que des professionnels, de nouveaux intervenants, des groupes de pressions se questionnent sur ce qui existe à l'étranger mais pas en France. Deux « nouvelles » techniques sont mises en avant : la réduction des risques (ou des dommages) déjà en place dans certains pays anglo-saxons pour lutter contre l'hépatite B, et la substitution. Ne détaillons pas ici la révolution conceptuelle et pratique qu'initiera la RDR dans la prise en charge, mais intéressons nous à la substitution ainsi introduite. Car la substitution ne se questionne alors que par rapport au sida. Par exemple dans le dossier « méthadone » de Toxibase de 1992, la théorie métabolique est évacuée en quelques lignes et on lit que « l'ouvrage de Deglon reste la référence en matière de traitement méthadone même s'il n'aborde pas le problème du sida en raison de la date de sa publication (1982) ».

Puisque le drame du sida est lié à la seringue, il faut une drogue non injectable. Sauf que cette « drogue » non injectable (la méthadone) ...n'est pas disponible en France (elle est illicite). La substitution commence dans ce contexte avec les médicaments à disposition (des antalgiques non adaptés aux bases théoriques de Dole et Nyswander, mais qui les a lues à l'époque ?) la Buprénorphine bas dosage, (sans parler des codéinés). La théorie sous jacente ne peut être la théorie métabolique, même pas celle du moindre mal puisque les traitements utilisés s'injectent et même plus fréquemment que l'héroïne, leur demi-vie étant très courte (à cause de la tolérance croisée, être tolérant à l'héroïne c'est être tolérant à la buprénorphine). Que se passerait-il sur le front du sida sans l'accès aux seringues ?

Si l'on veut véritablement mettre en place la théorie du moindre mal, il faut les molécules adaptées et une stratégie touchant un maximum d'usagers (ce qu'on appellera plus tard le bas seuil), or les protocoles « méthadone » qui voient le jour progressivement dans les années 90 sont des protocoles de haut seuil qui sélectionnent des patients plutôt dans un projet d'abstinence après une trajectoire durable. Ce ne sont pas des outils de gestion du manque, de bas seuil qui eux peuvent agir sur la contamination du VIH. Le symbole de cette confusion est probablement le journal Libération qui soulignait en 1996 que la méthadone avait fait baisser le sida de 50% alors qu'il y avait 1600 patients sous méthadone à cette époque et dans du haut seuil... C'est l'accès aux seringues et la réduction des dommages qui a obtenu ce résultat. Dès 1987, A. Mino conteste que la substitution sans l'accès aux seringues soit efficace sur l'infection : « l'espoir sous jacent étant que le passage à une toxicomanie orale aura un effet épidémiologique sur la propagation du virus du sida. Nul ne peut mesurer le bien-fondé d'une telle hypothèse ». Notons au passage le terme de « toxicomanie orale ».

Ainsi l'introduction des traitements de substitution en France est

marquée par la confusion. Quelle que soit la théorie (remplacer l'héroïne injectable par un substitut pas injectable, supprimer le manque qui facilite l'immédiateté laquelle gêne la prévention de la contamination), les outils de travail ne sont pas disponibles ou sont utilisés dans des stratégies de haut seuil. Par contre cette confusion a des conséquences sur les représentations de la substitution : c'est une drogue légale ; les substances disponibles mal adaptées confirment que c'est un traitement peu efficace et que les patients sont dans le mésusage fréquent ; comme c'est une drogue, la posologie minimale est la meilleure, la baisse doit être rapide et le sevrage de la substitution pensé sur du moyen terme ; enfin il n'est pas essentiel d'utiliser des règles minimales puisqu'on lutte contre une maladie mortelle (le VIH). La théorie métabolique de Dole et Nyswander est bien loin.

L'arrivée de la méthadone en mai 95 puis celle de la buprénorphine haut dosage en février 96 doit être comprise à travers le filtre de ces représentations. Finalement la substitution se met en place en deux temps : d'abord le système D puis les traitements de substitutions et elle se fait sans prise en compte des travaux de Dole et Nyswander. Cette prise en compte est impossible dans le premier temps (les molécules sont inadaptées), et difficile dans le second (les représentations sont inadaptées).

Cependant grâce à la BHD qui répond au profil pharmacologique de Dole, les progrès sont considérables, les pratiques s'améliorent, même si les recommandations associées à la prescription sont peu utilisées et même si les représentations persistent (par exemple sur la posologie ou encore sur le sevrage de la substitution).

Actuellement, après une dizaine d'années de pratique, les intervenants évoquent une triple déception (la durée du traitement, les comorbidités psychiatriques, le mésusage) qui ramène les représentations négatives dans le débat (les traitements de substitutions équivalents). Rappelons que la théorie métabolique reste méconnue (dont la demi-vie longue, comme l'atteste les sevrages de substitution programmés sur 7 jours comme avec l'héroïne, ou la recherche de symptômes juste après une baisse alors que ceux-ci apparaîtront dans les 3 semaines) et qu'elle éclairerait le questionnement sur la durée du traitement. De même les comorbidités doivent pouvoir être comprises autrement que comme un échec de la substitution. Cela nécessite aussi de revisiter cette technique à travers la notion d'addiction.

Modifier la théorie sur la substitution grâce à la clinique des addictions.

La perte de contrôle, une notion à utiliser. Le craving responsable de la perte de contrôle est présente dans la plupart des descriptions du phénomène « drogue » sous des termes divers : l'obsession (qui se nomme alors « manie » dans toxicomanie), la « compulsion ou pulsion » de la pharmacodépendance, la « faim de drogue » du sevrage, le besoin ou désir persistant de la

CIM 10 et du DSM-IV, enfin « l'impossibilité de résister à l'impulsion » (Addiction de Goodman, sortant du domaine des substances pour entrer dans celui des comportements). Jellinek s'y est également intéressé dans l'alcoolisme. Ainsi une addiction à une substance implique une perte de contrôle de cette substance.

Bien connu avec la cocaïne (et le tabac), le craving est probablement commun à toutes les addictions aux substances (peut être également aux addictions sans drogues). Le support neuro-anatomique et neuropharmacologique de ce craving met en avant le circuit de la récompense, système dopaminergique mésocorticolimbique (constitué de l'aire tegmentale ventrale, du noyau accumbens et du cortex préfrontal). Les opiacés activent ce système par le biais des récepteurs mu ; c'est par ce mécanisme que la substitution agit remarquablement sur cette composante de l'addiction. Sans connaître cette notion, Dole écrivait déjà que « le traitement élimine l'appétence que les toxicomanes décrivent comme un des principaux facteurs de rechute et de poursuite de l'usage illégal d'héroïne ».

Voilà donc comment revisiter la théorie métabolique de Dole et Nyswander (tableau 2) :

L'usage chronique d'héroïne provoque sa perte de contrôle
Le sevrage aggrave cette perte de contrôle

L'HYPOTHÈSE MÉTABOLIQUE DE HYSWANDER M., DOLE V., KREEK M.J. 1965

- ▶ L'usage chronique d'opiacé provoque un déséquilibre métabolique
- ▶ Ce déséquilibre est aggravé par le sevrage
- ▶ Il faut rééquilibrer avec un opiacé
- ▶ Un opiacé au profil particulier
demi vie longue
pas d'effet flash

Le traitement nécessite un opiacé contrôlable

Opiacé contrôlable grâce à son profil pharmacologique particulier (demi-vie longue, pas d'effet flash ou euphorisant).

Cette version ajoute un élément supplémentaire à la théorie première : le profil pharmacologique particulier est nécessaire, mais il n'est pas suffisant. La posologie idéale est celle qui supprime le craving sur 24 heures mais les sursauts de manque, les distorsions cognitives favorisent la perte de contrôle. Le contrôle de la dispensation devient ainsi un élément logique de la prise en charge, il ne cherche pas simplement à limiter le trafic, mais à obtenir l'autocontrôle du médicament (il allait de soi dans les programmes méthadone mais du fait de sa dangerosité, pas pour un intérêt clinique). Ce contrôle est évidemment évolutif allant dès que possible vers l'assouplissement. Le travail sur les autres éléments de la pratique addictive est à effectuer en même temps sous substitution, en particulier les multi usages (on peut faire des sevrages sous substitution) et les comorbidités psychiatriques, le sevrage de la substitution étant moins prioritaire que l'assouplissement de ces multi usages et comorbidités.

La perte de contrôle et la dépendance.

Pour mieux distinguer les notions de perte de contrôle et de dépendance, il est particulièrement fructueux de passer par les « addictions sans drogues ». Une addiction à un comportement renvoie à une perte de contrôle de ce comportement. Pour les addictions alimentaires, il y a une « perte de contrôle du comportement alimentaire » (tout soignant ayant suivi une boulimique connaît cette compulsion, ce « craving » à engloutir une grande quantité de nourriture en peu de temps). Or nous sommes dépendant du comportement alimentaire (et ce n'est pas pathologique, c'est le modèle du besoin type) et certains perdent le contrôle de leur comportement alimentaire (et c'est pathologique : l'anorexie, la boulimie). ! La perte de contrôle n'est pas la dépendance, cliniquement un médicament de substitution est « anti perte de contrôle », peu « anti dépendance » !

La conséquence majeure de cette distinction concerne la durée du traitement : elle sera très longue liée à la réversibilité progressive de la tolérance aux opiacés et toute baisse trop rapide peut faire réapparaître le craving et la perte de contrôle. A nouveau, c'est la « représentation drogue » qui semble s'opposer à cette notion de durée et imposer l'arrêt du substitut, car si l'on pense prescrire un médicament... (Envisage-t-on d'arrêter un anti hypertenseur une fois la tension stabilisée ?).

Autre conséquence, un patient qui contrôle son traitement de substitution n'est pas addictif au substitut même s'il en est dépendant ! Cette vision doit passer chez les usagers et la société (combien de patients stabilisés, parce qu'ils sont « encore » sous substitution, se font traiter de toxicomanes par des intervenants, par leur famille, par la justice ?). Là encore le signifiant « drogue » écrase la notion de médicament.

Mais si un médicament de substitution est « anti perte de contrôle », il n'est pas « anti addiction », car la perte de contrôle ne résume pas l'addiction.

La perte de contrôle ne résume pas l'addiction.

En effet, d'autres éléments participent à la conduite addictive (tableau 3). Nous ne pouvons les étudier en détail dans cet article centré sur la substitution. Soulignons simplement les interactions entre ces éléments et la substitution, interactions fréquentes qui soulignent l'importance du travail relationnel et pluridisciplinaire.

Le déni et la poursuite du comportement malgré les conséquences. Il s'agit souvent du même processus à des étapes différentes : le déni (je n'ai pas de conséquences) va au delà du mensonge, puis la prise de conscience d'abord sans effet (j'ai des conséquences mais cela ne m'empêche pas de continuer mon comportement). Cela se travaille souvent pendant la dispen-

SUBSTITUTION ET PERTE DE CONTROLE

- Remplacer l'opiacé incontrôlable par un opiacé contrôlable
- Contrôlable grâce à son profil pharmaco (cf)
- Profil nécessaire mais pas suffisant
=> rôle du contrôle et du tiers
- Objectifs :
 - autocontrôle de la substitution
 - P.E.C. des Comorbidités
 - Autres sevrage

sation (pharmacien, infirmiers) si oubliée des études, et concerne les usages tant illégaux que légaux, ainsi que le comportement et la délinquance. Par exemple, peuvent faire l'objet de déni un mésusage (la seringue), les BZD, le cannabis, le train de vie...
L'évolution temporelle : la trajectoire. L'addiction évolue en trois temps (lune de miel, gestion du manque, galère). La demande de substitution est donc elle-même évolutive (pour l'euphorie, la gestion du manque, un processus de changement ?). Les patients étant multi usagers, il est capital d'utiliser la RDR en permanence, car ils sont souvent dans l'arrêt d'une substance et pas des autres.

La Centration (Saillance) et l'identitaire. La centration représente la place que prend la conduite dans la vie du sujet, son quotidien et bien sûr sa vie psychique, son affectif, ses investissements. C'est là l'immense diversité de nos patients qui vont d'une centration quasiment en secteur (une partie de leur vie) à une centration telle qu'elle couvre tout, faisant même identité (« je suis toxicomane », revendication qui résume le sujet, une identité exclusive). La substitution peut là prolonger le statut du patient (celui qui dépannait en héroïne et dépanne en traitement de substitutions), ou encore s'intégrer à une dynamique de couple (le conjoint fournissait l'héroïne, il fournit le substitut).

L'action sur le chronos. Tout comportement addictif avec son aspect très répétitif fait disparaître le temps qui passe (le chronos), tant pour les usages (dont l'usage de la seringue, pas que les substances), que pour les addictions sans drogues. Et cela est d'autant plus net pendant les tentatives d'arrêt. La sensation du temps réapparaît et c'est un temps étiré, interminable, un temps de l'ennui, que l'on peut dissoudre dans la reprise, l'alcool, le cannabis, les BZD, la seringue, les « plans »... Ce temps est d'autant plus interminable que l'envie, le désir, le plaisir est émoussé. La substitution est alors volontiers accusée d'incomplétude (alors que les accompagnements vers des loisirs, des situations de plaisir sont là indispensables). Cette découverte implique volontiers des demandes d'arrêt ou de changement de substitut de la part des patients quand l'effet (et l'attente) de la substitution n'a pas été travaillé dès le début par le prescripteur.

Les addictions s'accompagnent de comorbidités psychiatriques. (tableau 4) En effet certains troubles psychiatriques prédisposent à l'addiction ; l'usage des substances et le mode de vie qu'il implique favorisent l'émergence de ces troubles ; enfin le processus de « changement » passe par un double renoncement : le substitut n'a absolument pas l'efficacité anesthésique de l'héroïne

COMORBIDITES

- Psychiatriques, médicales, éducationnelles
- Constatations descriptives : Add+Diag
- Conséquences et précédences (structure psychique)
- Profil addictif (Cloninger, Zuckerman)
- Renoncement et deuil : la substitution n'est pas l'héroïne
--> rôle du contrôle et du tiers

ne ni ne procure un plaisir équivalent. Tous ces éléments favorisent l'émergence de comorbidités variées qu'il faut prendre en charge sous substitution. Mais le déni cité ci dessus est aussi puissant sur la comorbidité psychiatrique : le toxicomane se précipite « toxico » à « psy ».

Ce sont tous ces éléments qu'il faut prendre en compte, pas simplement la perte de contrôle, ou plus naïvement encore le remplacement (le mot « substitution » se traduit par remplacement) d'une drogue par une drogue. Par exemple questionner le mésusage (injectable) de la BHD par un patient, c'est questionner s'il envisage ou non d'arrêter ce comportement (la trajectoire), s'il reconnaît ou non ce mésusage et ses conséquences (le déni), quel est son entourage et son environnement social (la centration), s'il a toujours injecté (le contrôle de la prise), s'il injecte en permanence (la perte de contrôle), ou seulement par moment et quand (le chronos et l'ennui, le plaisir du flash), s'il peut en parler à son pharmacien et médecin (le cadre et le réseau), s'il présente des comorbidités (dépression, anxiété, personnalité limite ou antisociale, psychose...), s'il utilise d'autres substances (cocaïne, ecstasy facilitant la perte de contrôle de la seringue...). Il ne s'agit pas simplement de changer de substitution, et si cela est nécessaire, il faut en profiter pour prendre en compte tous ces éléments.

Maladie métabolique : plutôt une cicatrice ?

Finalement, quand les problématiques individuelles, familiales, sociales se sont assouplies, que les conditionnements, les distorsions cognitives ont disparu, que les comorbidités se sont apaisées, il peut rester un élément biologique, une forme de cicatrice qui impose un traitement de rééquilibrage dans la durée, sans perte de contrôle. Tout se passe comme si Dole et Nyswander avait raison de façon paradoxale : en fin de prise en charge, le patient guéri garde ce besoin de rééquilibrage. Bref, c'est une chose de dire que l'addiction est une maladie métabolique, c'est autre chose de dire que l'addiction est un problème multifactoriel dans lequel il existe un facteur biologique.

Conclusion.

En France la substitution aux opiacés, avec son histoire particulière, s'est accompagnée de représentations éloignées de la théorie initiale de Dole et Nyswander mais aussi de la clinique des addictions. Afin de mieux utiliser ces traitements, il est nécessaire de modifier ces représentations, tant des professionnels, que des patients et de la société, en clarifiant l'action de la substitution. Utiliser de façon pédagogique les notions de perte de contrôle, de dépendance et d'addiction participe à cette clarification.

Bibliographie

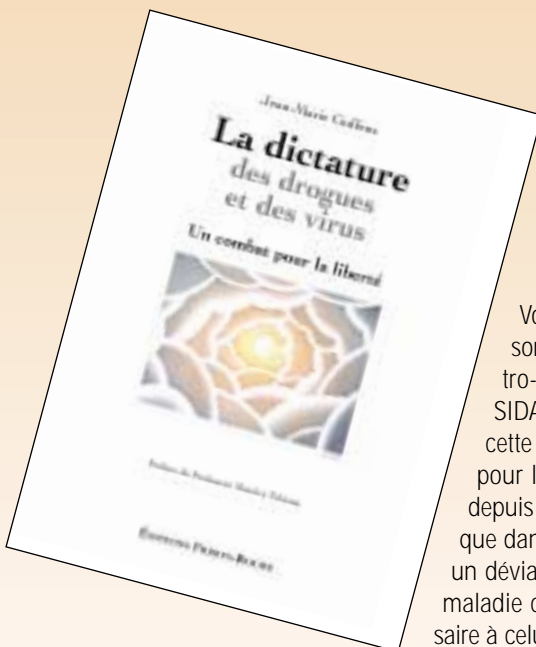
- 1-Ades J. le concept de dépendance et les classifications actuelles, séminaire de psychiatrie biologique, hôpital sainte-Anne, Rhône-Poulenc, 04/1998
- 2-Anonyme, dossier méthadone, Toxibase revue documentaire 4ème trimestre 1992
- 3-Auriacombe M., Franques P. Daulouède J.P., Brisseau-Gimenez S., Tignol J., traitement de substitution : le médicament est ...celui qui le donne. Courrier des Addictions 2002 ;4(3)
- 4-Deglon J.J., le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone, Genève, Med. Et Hyg. 1982
- 5-Dole V.P., Nyswander M.E., heroin addiction: metabolic disease, Archives of internal medicine 120, 1967
- 6-Dole V.P., Nyswander M.E., a medical treatment for diacetylmorphin addiction, Journal of the American Association, 193, 1965
- 7-Gibier L.G., prises en charge des usagers de drogues, Douin 1999
- 8-Mino A., la méthadone, in : Politiques des interventions, intervention du politique, 8ème journée nationale ANIT, Intervention n° hors série 1987
- 9-Parrino M. W., traitement à la méthadone, manuel américain, Med. Et Hyg. 1994
- 10-Touzeau D., Bouchez J., la méthadone, Toxibase revue documentaire 2ème trimestre 1998
- 11-Valleur M., Matysiak J.C., les addictions, dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique, Armand Colin, 2002
- 12-Wieviorka S., La réduction des risques, Toxibase revue documentaire 3ème trimestre 1996

CRITIQUE

La dictature des drogues et des virus

Jean-Marie Guffens

Editions Frison-Roche



Voici un ouvrage très important sur les addictions et les maladies virales qui en sont souvent la conséquence (SIDA et Hépatites). Écrit par un médecin gastro-entérologue fondateur de la Société Européenne Toxicomanie Hépatites SIDA (SETHS), et préfacé par le professeur Maurice Tubians actuel président de cette société, il veut représenter l'ouvrage de référence d'un véritable « combat pour la liberté » comme l'indique son sous-titre. Son auteur poursuit en effet depuis plus de vingt ans « un combat pour une simple obsession » : faire en sorte que dans notre société, le toxicomane ne soit plus considéré comme un marginal, un déviant, mais comme un simple patient souffrant, comme tant d'autres, d'une maladie chronique. Et il a réuni dans ce gros livre, toute la documentation nécessaire à celui qui poursuit ce combat, qu'ils oit médecin, infirmier, éducateur, travailleur social ou intervenant administratif ou associatif.

Le résultat est impressionnant : à travers la recension de nombreux colloques de la SETHS, il reprend toutes les données actuelles concernant le SIDA, les hépatites virales, les diverses formes d'addictions, les traitements de substitutions, les différents types de prise en charges, etc ... C'est une somme qui non seulement sera utile à tous les spécialistes et intervenants, mais intéressera aussi tout lecteur « honnête homme » pour qui le problème de la drogue et de ses conséquences morbides et sociales reste une réoccupation majeure de notre époque.

J. Postel

L'évolution Psychiatrique 69 (2004) 543-567 - Editions ELSEVIER

Amélioration des soins aux patients dépendants des opiacés : une réponse par la pratique en réseau



Dominique DEPINOY
médecin généraliste,
président du réseau ADDICA

L'ANAES a organisé, avec le concours de la FFA, une conférence de consensus traitant de la place des traitements de substitution dans les stratégies thérapeutiques pour les patients dépendants des opiacés. Elle a publié en juin 2003 des Recommandations pour la Pratique Clinique concernant les mésusages des traitements de substitution. Ces deux travaux abordent les avantages et les inconvénients des traitements de substitution. Cette question concerne tous les professionnels au sein des cabinets médicaux ou des centres de soins pour toxicomanes. La pratique en réseau de santé peut répondre au souci d'améliorer la prise en charge des toxicomanes et d'adapter les traitements de substitution en cas de mésusages. Le réseau ADDICA (Addictions Précarité Champagne-Ardenne) a mis en place des outils de travail communautaire et propose à ses membres, médecins et non médecins, une aide à la prise en charge des toxicomanes avec une remise à niveau permanente du savoir faire technique du maniement des médicaments de substitution, du savoir faire relationnel en consultation pour que le soignant puisse être aussi un médicament, et du savoir faire partenarial.

Les mésusages des médicaments de substitution sont sous les feux de l'actualité. S'ils ne résument pas la question des soins apportés aux patients dépendants des opiacés, ils nous forcent à réfléchir et à trouver des solutions pour continuer à soigner au mieux ces patients dans les cabinets, officines ou dans les centres de soins.

On peut agir efficacement pour améliorer la qualité des soins envers ces patients. Optimiser la formation initiale et continue, coordonner les différents professionnels du champ sanitaire et social sont des priorités reconnues par tous. Les réseaux de soins développent une nouvelle organisation des soins qui peut répondre à ces objectifs.

Les expériences de réseaux ont évolué et proposent de plus en plus d'organisations formalisées sous l'impulsion des politiques et des financeurs. Travailler en réseau c'est accepter le partage, la collaboration, la coordination des soins. Un médecin et un pharmacien ne suffisent pas pour créer un réseau autour d'un patient toxicomane, il faut des outils de partage, des espaces de formation, une coordination professionnelle.

Accompagnement contre mésusage

Beaucoup de professionnels de santé sont en difficulté avec leurs patients sous traitements de substitution. L'isolement des praticiens, le cloisonnement des interventions, la longueur des suivis et les mésusages des médicaments de substitution compliquent l'accompagnement de ces patients. Médecins et pharmaciens se démobilisent et en 2004, la majorité des patients sont pris en charge par une minorité d'entre eux. Les mésusages des médicaments de substitution sont une des causes de leur démobilisation. Les responsabilités des mésusages sont partagées entre les patients et les professionnels.

Bien que les mésusages fassent partie de la problématique du patient sous traitement de substitution aux opiacés, surtout en début de prise en charge, ils deviennent un problème pour le patient et pour le soignant lorsqu'ils se prolongent dans le temps. C'est donc bien l'accompagnement dans le temps qu'il faut développer et organiser de manière à soutenir les patients et leurs soignants.

Le développement des savoir-faire des professionnels de santé est indispensable pour amoindrir ces difficultés. Les rencontres inter professionnelles mettent en évidence qu'il existe des besoins en matière de :

- Connaissance de la réalité des différents mésusages des médicaments de substitution (injections, sniff, associations dangereuses, surdoses, etc.)
- Utilisation optimale des médicaments de substitution (posologie mode de prise ..)
- Réponses types par mésusages (conduite à tenir, mode d'adaptation..)
- Promotion du travail partenarial (collaboration plus efficace)

BREF HISTORIQUE DU PROJET

Après huit années d'expérience de réseau informel dans la prise en charge des personnes en difficulté avec une addiction, les médecins de l'association GT51 ont eu le besoin de dynamiser leur travail de collaboration. Chaque association départementale (GT 08, 10 et 51) de la région Champagne Ardenne, faisait un même constat. Tous souhaitaient se doter d'outils nouveaux pour dynamiser la pratique en réseau avec les autres professionnels de santé impliqués. Chacune avait développé un programme de formations pluriprofessionnelles (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux ...) et était reconnue comme une interlocutrice sérieuse et compétente.

Par contre il restait difficile d'augmenter le nombre de professionnels acceptant de s'occuper de patients souffrant de conduites addictives.

L'expérience de l'association GT 51 a permis de concrétiser l'idée d'un réseau de santé régional. Le réseau ADDICA a permis de suivre les actions entreprises et de les développer tout en fédérant les initiatives locales.

Depuis décembre 2003, au vu des résultats obtenus après 3 ans de financements expérimentaux FAQSV, ADDICA est financé par la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux de santé.

ADDICA compte aujourd'hui 230 membres professionnels de santé sur l'ensemble de la région, Le réseau met à leur disposition des outils de formation et de coordination reconnus et validés.

Des outils de travail communautaire

Les réseaux de santé se développent de plus en plus et se formalisent pour pouvoir remplir leurs objectifs de prise en charge. Présent au niveau de la région Champagne-Ardenne depuis 2001, ADDICA est un réseau de santé tourné vers les pratiques addictives.

Tout est parti d'un groupe de médecins généralistes regroupés au sein d'une association, GT 51, et démunis face aux patients dépendants des opiacés, des drogues illicites, de l'alcool, du tabac ou des médicaments psychotropes.

Le constat des difficultés de suivis de ces patients étant partagé par d'autres professionnels dans les départements voisins (Ardenne Aube et Haute Marne) il a été décidé en 2000 de profiter de l'opportunité du Fonds d'Amélioration et de Qualité des Soins de Ville pour formaliser un réseau de santé régional. En tenant compte des dynamiques locales et en mutualisant des moyens, l'objectif clairement affiché a été dès le départ de promouvoir une philosophie du lien entre les professionnels du champ médico-social.

Pour soutenir les soignants des patients dépendants des opiacés, le réseau a mis en place des outils de travail communautaire :

- Un plan de formation pluriprofessionnelle

- Un système d'Information sur Internet
 - Une coordination
 - La formation continue au sein du réseau apporte un soutien à ses membres. Cette formation est organisée de manière originale :
 - Pluriprofessionnelle, elle permet de nombreux échanges entre soignants issus du champ médical et social. La richesse des rencontres permet une meilleure connaissance de ses partenaires et contribue à l'amélioration des collaborations. En matière de patients dépendants des opiacés cette coopération est indispensable.
 - Régulière, elle inscrit la démarche de réseau dans le temps. Les rencontres ont lieu tous les deux à trois mois. Les professionnels se connaissent mieux et échangent plus facilement autour d'un cas.
 - Interactive, elle s'apparente plus à un travail d'échange clinique avec résolution de problèmes et se termine par des temps de coordination avec réflexion sur les parcours de soins des patients. Très peu d'intervenants extérieurs sont sollicités, ce sont souvent des membres du réseau qui partagent leurs compétences sur un thème donné.
 - Délocalisée dans les bassins géographiques de la région, elle respecte les dynamiques locales, la philosophie du réseau et ses outils sont mutualisés au niveau régional mais les membres de réseau se regroupent par proximité dans différents endroits des quatre départements.
- Avec des thèmes choisis par les acteurs en fonction de leurs préoccupations. Le thème de la dépendance aux opiacés, des médicaments de substitution, des trajectoires des toxicomanes, des consommations d'autres produits psychoactifs sont abordés.

Le système d'Information du réseau offre des outils modernes qui complètent utilement les rencontres d'échanges et améliorent le service rendu aux professionnels. Au sein du réseau ADDICA, le partage d'information est facilité par la mise à disposition :

- Un annuaire des membres couplé à une messagerie sécurisée qui permet les échanges entre les professionnels médecins ou non médecins.
- Un dossier médical partagé est opérationnel depuis 2002. Il est reconnu par tous comme outil de coordination des soins. Le patient autorise le partage d'informations entre les professionnels qu'il a choisis. Seules les informations utiles sont échangées sur ce dossier. Un espace « bilan de l'addiction » permet de remplacer les réunions de concertation entre soignants toujours difficiles à organiser. Le patient signe son entrée dans le réseau et autorise la création de son DMP. Si tous les toxicomanes n'entrent pas dans le réseau ceux qui acceptent signifient leur volonté d'entrer dans une démarche de soins active. Entrer dans le réseau est thérapeutique. Le DMP contribue ainsi à la cohérence des suivis sous méthadone entre un CSST et un médecin de ville par exemple. Autre exemple, il permet également de mieux soutenir un patient sous buprénorphine haut dosage lors d'un traitement d'une hépatite C.

Une télé-expertise permet de rompre l'isolement des profes-

sionnels ; Mise en place dès le début du projet, la télé expertise drogue illicite a été utilisée surtout par des médecins et des infirmières. La question est posée sur un formulaire simple sur le site professionnel sécurisé du réseau et le soignant reçoit une réponse en 24 à 48 heures. La réponse est apportée par des professionnels compétents répartis dans les 4 départements. Les questionnaires « drogues illicites » ont surtout concerné les difficultés de mise en route ou de suivi des traitements de substitution par le buprénorphine haut dosage.

Indispensable au développement du réseau la coordination assure l'organisation, le suivi de l'évaluation, la communication interne et externe et les liens entre les différents partenaires et avec les financeurs. Après un temps de coordination médicale unique, ADDICA a choisi d'embaucher des professionnels non médecins pour diriger le projet.

En conclusion, pour améliorer la qualité des soins aux patients dépendants des opiacés, ADDICA forme les membres du réseau à la coordination des soins. Les échanges cliniques seront des occasions de diffuser les recommandations de l'A.N.A.E.S. et les résultats de la conférence de consensus. Depuis 3 ans des aides concrètes sont apportées aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux) par le biais de formations spécifiques et d'outils de partage de l'information.

Le travail en réseau comme celui promu dans ADDICA peut apporter des garanties de qualité des soins, offrir aux patients une prise en charge plus cohérente et raccourcir leurs trajectoires de toxicomanie. Lorsque les acteurs de santé y participent, le réseau apporte une plus-value pour le patient et pour le professionnel :

- Le patient est incité à s'impliquer davantage dans sa démarche de soins
- Le professionnel est incité à se former, à travailler en collaboration
- L'adaptation des traitements en cas de mésusages se fera d'autant mieux que chacun remplira son rôle en complémentarité au sein du réseau de soins.
- Le patient toxicomane sera toujours gagnant !

RESEAU

Le mot réseau de soins est utilisé ici pour définir un mode de travail organisé entre différents professionnels au bénéfice de patients volontaires. Il n'y a pas d'enjeu de contrôle des patients mais une volonté d'organiser leur prise en charge globale. Ce qui est organisé, c'est la gestion des interfaces entre les réseaux informels de chaque professionnel et les structures hospitalières ou institutionnelles dans le respect des compétences de chacun.

ADDICA EN CHIFFRES

Les modules de formation coordination.

7 groupes de professionnels (184 professionnels au total : médecins généralistes, spécialistes, médecins du travail, pharmaciens, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, diététicienne ...) suivent les formations, 2 groupes sont en cours de constitution.

31 sessions de formation ont été réalisées

Thèmes : pratique en réseau et secret partagé, utilisation des outils du réseau, alcool : repérages et interventions brèves, consommation de cannabis, techniques de sevrage tabagique, traitements de substitutions, etc.

80% des professionnels formés se disent satisfaits de la formation reçue.

(Résultats évaluation externe après 3 ans de fonctionnement consultables sur le site www.addica.org)

Le système d'information : www.addica.org

Le site Internet ADDICA, mis en ligne depuis novembre 2001, a été vu par 32 505 visiteurs.

Les télé-expertises drogues illicites, hépatite et tabac sont opérationnelles. 20 experts sont disponibles pour répondre le plus rapidement possible aux demandes des soignants.

Le Dossier Médical Partagé :

234 patients (= 234 Dossiers Médicaux Partagés) ont été inclus dans le réseau.

Les enquêtes en ligne :

L'enquête hépatite C mise en ligne en 2002 a mobilisé 144 médecins généralistes.

Une enquête tabac est en cours.

Les guides de bonnes pratiques :

Trois guides de Bonne pratique sont disponibles et ont été envoyés aux 2500 médecins généralistes de la région Champagne-Ardenne

2 guides sont prévus pour fin 2004.

La « lettre du réseau » a été diffusée 7 fois depuis avril 2002 aux membres du réseau (tous les 3 mois)

Apport de la pharmacogénétique dans la prise en charge médicamenteuse des addictions



Chin B. FAP

Département Universitaire de Psychiatrie
du Canton de VAUD
Hôpital Psychiatrique de CERY
PRILLY-LAUSANNE (SUISSE)

Des multiples facteurs, environnementaux et génétiques, interviennent dans la réponse à un traitement pharmacologique, aussi bien pour les effets désirés (thérapeutiques) que pour les effets non-désirés (effets secondaires). La pharmacogénétique est l'étude des variations de réponse aux médicaments d'origine génétique. Cette branche de la pharmacologie est actuellement en plein développement, et de nombreux espoirs sont portés en elle afin de permettre à l'avenir une meilleure adaptation individuelle du traitement pharmacologique selon le bagage génétique des patients. A l'heure actuelle, les études effectuées nous permettent déjà de comprendre pourquoi certains patients ne répondent pas à leur traitement alors que d'autres peuvent présenter des effets secondaires exagérés voire une toxicité. Dans le cadre de cet article, quelques exemples de médicaments utilisés lors d'un traitement d'une dépendance aux opiacés seront brièvement abordés. Pour une revue détaillée de la littérature sur le sujet, le lecteur peut se référer à d'autres publications (1)(2).

Variabilité interindividuelle et pharmacocinétique

La variabilité inter-individuelle du métabolisme représente une part importante dans la variabilité de la pharmacocinétique des médicaments. Pour de nombreux médicaments, cette variabilité du métabolisme peut être expliquée par la variabilité de l'activité des isoformes de la famille des cytochromes P450 (CYP), qui sont des hémoprotéines responsables du métabolisme oxydatif de nombreux composés endogènes, ainsi que de composés exogènes. Le CYP3A4, CYP2D6, CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19 et CYP2B6 sont les isoformes principales du métabolisme oxydatif des médicaments.

Le CYP2D6 se trouve principalement au niveau hépatique. Il existe un polymorphisme génétique pour cette enzyme: environ 7% de la population européenne ne la possèdent pas et sont appelés métaboliseurs déficients. D'un autre côté, entre 1 à 10% (fréquence proche de 1% en Suède et proche de 10% en Espagne, avec un gradient croissant "nord-sud") de la population en Europe ont une duplication ou multiduplication du gène CYP2D6. Ces personnes ont une forte activité de cette enzyme et sont appelées métaboliseurs ultrarapides (3). Le CYP3A4 se trouve au niveau hépatique et intestinal. Il présente également une différence interindividuelle dans son activité et de nombreux variants alléliques ont été décrits pour cet isoenzyme. Cependant ces variants alléliques, soit des mutations au niveau des gènes peuvent prédire de façon limitée seulement la variabilité inter-individuelle observée pour le CYP3A4 (4). Ceci est dû en partie par le fait que l'activité de cet isoenzyme est modulée (induit ou inhibé) par l'environnement, comme illustré par son inhibition par le jus de pamplemousse.

La codéine est éliminée par plusieurs voies enzymatiques (glucuronidation, N-demethylation, O-demethylation). Cette dernière voie, qui entraîne la formation de morphine, ne représente qu'une faible partie de la quantité de codéine prise par la bouche (habituellement moins que 10 %) (2). Cependant, l'action analgésique de la codéine est expliquée principalement si ce n'est totalement par la formation de morphine, qui se fait presque exclusivement par l'intermédiaire du CYP2D6. Ainsi les métaboliseurs déficients CYP2D6 ne forment presque pas de morphine alors que la quantité de morphine formée chez les métaboliseurs ultrarapides est plus élevée que chez les bons métaboliseurs. La codéine prise par voie orale ne produit une analgésie que chez les bons métaboliseurs mais pas chez les métaboliseurs déficients, comme cela a pu être démontré par toute une série de tests expérimentaux (2). De plus, les métaboliseurs ultrarapides non-accoutumés aux effets des opiacés, pourraient également ressentir des effets secondaires typiques de la morphine tels que des douleurs épigastriques, dues à une formation élevée de morphine (5). Au vu de ces résultats, alors que cela n'a jamais été étudié à notre connaissance, il est très probable que la codéine sera inefficace chez un patient sur 15 (soit 7 % de la population métaboliseurs déficients) en temps que traitement de substitution pour la dépendance aux opiacés.

Il est aussi important de mentionner les résultats d'une étude qui a été faite sur la question de savoir dans quelle mesure le génotype CYP2D6 influence la dépendance aux opiacés oraux tels que la codéine, l'oxycodone et l'hydrocodone. Ainsi, aucun métaboliseur déficient n'a été trouvé dans un groupe de 83 sujets remplissant les critères du DSM pour une dépendance aux opiacés oraux alors qu'en comparaison, 4 % et 7 % des patients étaient métaboliseurs déficients dans un groupe de sujets contrôle et parmi des sujets dépendants à différents drogues, respectivement (6). Ainsi, cette sous-représentation de métaboliseurs déficients suggère que le génotype métaboliseur déficient CYP2D6 soit un facteur pharmacogénétique de protection contre la dépendance aux opiacés oraux (6).

Il faut également signaler que le CYP2D6 est aussi responsable de la O-dealkylation d'autres opiacés tels que l'hydrocodone, l'oxycodone, la dihydrocodéine et l'éthylmorphine, formant les métabolites actifs hydromorphone, oxymorphone, dihydromorphine, et morphine, respectivement, qui sont des agonistes extrêmement puissants au niveau des récepteurs opiacés (2). La dihydromorphine a par exemple une affinité 130 fois supérieure pour le récepteur mu aux opiacés que la dihydrocodéine. On peut donc supposer qu'à l'instar de la codéine, le génotype CYP2D6 pourrait être également extrêmement important pour l'activité analgésique de ces substances, mais des études complémentaires sont encore nécessaire.

La méthadone est administrée sous la forme d'un racémate, c'est-à-dire d'un mélange en proportions égales de deux molécules, appelées "énantiomères", qui ont la même configuration chimique mais des configurations différentes dans l'espace. Ces deux molécules sont la dextro- ou d- ou (S)-méthadone et la lévo- ou l- ou (R)-méthadone. Du fait de cette configuration spatiale différente, il est considéré que seule la forme (R)-méthadone est pharmacologiquement active: en effet, l'affinité de cette dernière pour les récepteurs opiacés est à peu près égale à celle de la morphine, alors que celle de la forme (S)-méthadone est beaucoup plus faible (7).

Nous avons montré, que la fluoxétine, un antidépresseur faisant partie de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, et un inhibiteur puissant du CYP2D6, augmentaient fortement les taux de la (R)-méthadone (mais pas de la (S)-méthadone): jusqu'à 54% d'augmentation sur un collectif de sept patients traités avec 20 mg par jour de fluoxétine: le CYP2D6 semble donc métaboliser stéréosélectivement l'énantiomère actif (8).

Nous avons confirmé l'implication du CYP2D6 dans le métabolisme de la méthadone en mesurant les taux sanguins de méthadone dans un grand groupe de patients en traitement de maintenance et en génotypant ces mêmes patients pour le CYP2D6 (9). Ainsi, 18 patients furent génotypés comme métaboliseurs déficients CYP2D6, 228 comme bons métaboliseurs, et 10 patients comme métaboliseurs ultrarapides. La concentration sanguine moyenne de (R)-méthadone (valeur plasma-

tique basale à l'équilibre) était environ deux fois plus élevée chez les métaboliseurs déficients que chez les métaboliseurs ultrarapides, cette différence étant statistiquement significative ($p = 0.009$) (9). Bien que la différence ne soit pas significative ($p = 0.103$), le génotype CYP2D6 pourrait également contribuer au succès ou à l'échec d'un traitement de maintenance à la méthadone, car 72% des métaboliseurs déficients, mais seulement 40% des métaboliseurs ultrarapides, ont été considérés comme étant des "succès" dans leur traitement de maintenance (9).

Le facteur génétique peut également être important lors des interactions métaboliques impliquant la méthadone. Ainsi, nous avons démontré que la paroxétine, un antidépresseur faisant partie de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, augmente les taux sanguins de méthadone chez des patients en traitement de maintenance (10), mais seulement chez les bons métaboliseurs et pas chez les métaboliseurs déficients. En effet, ce résultat s'explique par le fait que la paroxétine, un inhibiteur puissant du CYP2D6, va bloquer l'activité de cette enzyme chez les personnes qui en sont pourvues (bons métaboliseurs ou métaboliseurs ultrarapides), mais pas chez les métaboliseurs déficients (10).

L'inductibilité du CYP3A4 est la cause probable de l'induction du métabolisme de la méthadone au début du traitement de maintenance à la méthadone observée chez certains patients. Après que les taux de méthadone aient atteint l'équilibre (environ une semaine après le début du traitement de maintenance), une diminution de ces taux est observée chez certains patients durant une période d'environ un mois. La méthadone peut ainsi induire son propre métabolisme, d'où parfois la nécessité d'adapter la dose (ce phénomène d'autoinduction a été observé pour d'autres substrats du CYP3A4, tels que la carbamazépine). Il est connu que des antiépileptiques, tels que le phénobarbital, la phénytoïne et la carbamazépine (cette dernière est utilisée également en toxicomanie pour le sevrage des benzodiazépines, les troubles de l'humeur ou les troubles du caractère) peuvent déclencher des syndromes de manque, suite à une induction enzymatique. Cette induction se fait probablement principalement par l'intermédiaire du CYP3A4. Des études montrent que l'amprenavir, un inhibiteur de la protéase, l'efavirenz et la nevirapine, des inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase utilisés pour le traitement du VIH, augmentent le métabolisme de la méthadone, probablement par une induction du CYP3A4, diminuant ainsi les taux sanguins de méthadone et pouvant conduire à des symptômes de manque (11-13).

Finalement, nous pouvons mentionner que l'inhibition du CYP3A4 par le jus de pamplemousse est très probablement la raison pour laquelle une consommation pendant 5 jours de 2 verres de jus de pamplemousse (2 x 200 ml) chez un groupe de 8 patients toxicomanes en traitement de maintenance à la méthadone suffit à entraîner une augmentation moyenne de 17% de l'aire sous la courbe de la méthadone (14)

Variabilité interindividuelle et pharmacodynamique

Des variations génétiques pour les récepteurs mu aux opiacés ont été démontrées (15), mais aucune étude n'a encore été faite pour tenter de déterminer si ces variations pouvaient influencer la réponse au traitement de maintenance. Par contre, une étude récente suggère fortement que le polymorphisme génétique du récepteur D2 à la dopamine pourrait contribuer à la variabilité de la réponse au traitement. Ainsi, les opiacés et d'autres drogues augmentent les taux de dopamine cérébraux et augmentent la neurotransmission dans le noyau accumbens (16). Du fait des importantes connexions entre le noyau accumbens et les aires limbiques impliquées dans l'émotion, l'activation de la neurotransmission dopaminergique dans le noyau accumbens est impliquée dans les propriétés motivationnelles et de récompense des opiacés et d'autres drogues (16). Une étude a examiné la fréquence de l'allèle A1 du récepteur D2 à la dopamine, un allèle associé à une fonction dopaminergique centrale réduite, dans un groupe de 95 patients en traitement de maintenance à la méthadone suivis pendant une période d'une année (16). 22 patients ont abandonné le traitement au cours de l'année (groupe A), 54 l'ont suivi avec succès (groupe B), et 19 patients ont été considérés comme des échecs, du fait de la non-interruption de la consommation d'opiacés (groupe C). La fréquence de l'allèle A1 était la plus élevée dans le groupe C (42%), suivie du groupe A (23%), et était la plus faible dans le groupe B (9%). Cette différence de plus de quatre fois de la fréquence de l'allèle A1 dans le groupe C comparée au groupe B était hautement significative ($p = 0.00002$). Ces résultats suggèrent que, chez des patients dépendants aux opiacés en traitement de maintenance, un mauvais pronostic soit attendu chez les porteurs de l'allèle A1 du récepteur à la dopamine D2. Une autre observation intéressante de l'étude était que la quantité d'héroïne consommée pendant l'année précédant l'étude était deux fois plus élevée chez les patients avec l'allèle A1 (homozygotes ou hétérozygotes) que chez ceux ne possédant pas l'allèle A1 ($p = 0.003$). Ceci pourrait expliquer pourquoi les porteurs de l'allèle A1 sont plus susceptibles d'échouer dans leur traitement, en particulier quand les doses de méthadone administrées sont faibles. En effet, l'hypothèse est que les porteurs de l'allèle A1 nécessiteraient des doses de méthadone plus élevées du fait de leur consommation plus élevée d'héroïne avant leur entrée dans le programme de substitution (16).

Comme pour les autres domaines de la pharmacothérapie, dans le traitement pharmacologique de l'addiction la pharmacogénétique permet déjà de mieux comprendre les variations interindividuelles de réponse aux médicaments, autant pour les effets désirés (thérapeutiques) que pour les effets non-désirés (effets secondaires). Il est certain qu'elle permettra à l'avenir une meilleure adaptation individuelle du traitement pharmacologique selon le bagage génétique des patients.

Références bibliographiques

- (1) Eap CB, Buclin T, Baumann P. Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: Implications for the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41(14):1153-1193.
- (2) Crettol S, Eap CB. Pharmacogenomics of opioids. In "Clinical Pharmacogenomics" (Wong SH, Linder MW, Valdes R eds. American Association of Clinical Chemistry Press. In press.
- (3) Ingelman-Sundberg M, Oscarson M, McLellan RA. Polymorphic human cytochrome P450 enzymes: an opportunity for individualized drug treatment. *TIPS* 1999; 20:342-349.
- (4) Eap CB, Buclin T, Hustert E, Bleiber G, Powell Golay K, Aubert AC, Baumann P, Telenti A, Kerb R. Pharmacokinetics of midazolam in CYP3A4 and CYP3A5 genotyped subjects. *Eur J Clin Pharmacol*. In press.
- (5) Dalen P, Frengell C, Dahl M-L, Sjöqvist F. Quick onset of severe abdominal pain after codeine in an ultrarapid metabolizer of debrisoquine. *Ther Drug Monit* 1997; 19:543-544.
- (6) Tyndale RF, Droll KP, Sellers EM. Genetically deficient CYP2D6 metabolism provides protection against oral opiate dependence. *Pharmacogenetics* 1997; 7:375-379.
- (7) Eap CB, Déglon JJ, Baumann P. Pharmacokinetics and pharmacogenetics of methadone: clinical relevance. *Heroin Addiction and related Clinical Problems* 1999; 1 (1):19-34.
- (8) Eap CB, Bertschy G, Powell K, Baumann P. Fluvoxamine and fluoxetine do not interact in the same way with the metabolism of the enantiomers of methadone. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17:113-117.
- (9) Eap CB, Broly F, Mino A, Hämmig R, Déglon JJ, Uehlinger C, Meili D, Chevalley AF, Bertschy G, Zullino D, Kosel M, Preisig M, Baumann P. Cytochrome P4502D6 genotype and methadone steady-state concentrations. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 21:229-234.
- (10) Bègré S, von Bardeleben U, Ladewig D, Jaquet-Rochat S, Cosendai-Savary L, Powell Golay K, Kosel M, Baumann P, Eap CB. Paroxetine increases steady-state concentrations of (R)-methadone in CYP2D6 extensive but not poor metabolizers. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:211-215.
- (11) Marzolini C, Troillet N, Telenti A, Baumann P, Decosterd LA, Eap CB. Efavirenz decreases methadone blood concentrations. *AIDS* 2000; 14(9):1291-1292.
- (12) Altice FL, Friedland GH, Cooney EL. Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. *AIDS* 1999; 13:957-962.
- (13) Bart PA, Rizzardi GP, Gallant S, Powell Golay K, Baumann P, Pantaleo G, Eap CB. Methadone blood concentrations are decreased by the administration of abacavir plus amprenavir. *Ther Drug Monit* 2001; 23:553-555.
- (14) Benmebarek M, Devaud C, Gex-Fabry M, Powell Golay K, Brogli C, Baumann P, Gravier B, Eap CB. Effects of grapefruit juice on the pharmacokinetics of the enantiomers of methadone. *Clin Pharmacol Ther*. In press.
- (15) Bond C, LaForge KS, Tian M, Melia D, Zhang S, Borg L, Gong J, Schluger J, Strong JA, Leal SM, Tischfield JA, Kreek MJ, Yu L. Single-nucleotide polymorphism in the human mu opioid receptor gene alters b-endorphin binding and activity: possible implications for opiate addiction. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95:9608-9613.
- (16) Lawford BR, Young RM, Noble EP, Sargent J, Rowell J, Shadforth S, Zhang X, Ritchie T. The D2 dopamine receptor A1 allele and opioid dependence: association with heroin use and response to methadone treatment. *Am J Med Genet* 2000; 96:592-598.

Je n'ai jamais connu Amsterdam au printemps

(Editions Ramsay)



Jean-Luc ROMERO,
Président de ELCS, Paris

Jean Luc Romero est un des plus fidèles orateurs des colloques de la SETHS et ses discours sont repris dans les actes de THS5 et THS6 ; il a créé une des associations les plus difficiles à édifier, à organiser, à gérer et à maintenir en vie : Elus Locaux contre le Sida (ELCS) qui, contre vents et marées, réunit de plus en plus d'élus et a une action politique de plus en plus en plus marquée dans la problématique du sida et de l'usage de drogues, même s'il est loin de convaincre l'ensemble des membres de l'UMP, groupe au sein duquel il était secrétaire national chargé de la lutte contre le sida et les comportements à risques. Jean Luc Romero est un idéaliste (n'avait-il pas un oncle communiste !) et un homme d'une honnêteté intellectuelle assez rare dans le monde politique banal. Aussi n'a-t-il pas hésité à se battre contre la peine de mort in illo tempore, à assumer sans malaise son homosexualité, à montrer l'hypocrisie de ceux qui se battent contre l'usage du cannabis et à en

défendre sa libéralisation. De même, à l'époque où le sida était considéré comme une maladie honteuse, il n'a pas hésité à en parler en homme libre et ouvert, lui qui est porteur du virus, malgré les multiples difficultés qu'il a rencontrées et le mépris qu'il a rencontré. Il n'empêche qu'il a créé ELCS et que, maintenant, il veut élargir sa réflexion en créant un nouveau parti « Aujourd'hui, autrement », parti qu'il veut libéral, social, humaniste et européen. Je ne sais s'il fait un bon choix ; mais, pour tous, le bon choix, c'est de lire son dernier ouvrage « Je n'ai jamais connu Amsterdam au printemps ». Je vous en livre quelques extraits choisis.

Son sida

« Ce virus m'a stimulé, m'a donné le goût du combat. Il m'a insufflé de nouvelles valeurs. Je me suis dépassé. Cette mort annoncée, cette épée de Damoclès, m'a enseigné que je ne pouvais plus transiger sur l'essentiel, quitte à déplaire. »

« Je supporte de moins en moins mon traitement. Cela fait presque deux décennies que je suis séropositif... La fatigue est devenue ma compagne, et la lassitude de devoir prendre des médicaments m'envahit. »

« A ma séropositivité se sont ajoutés un diabète et une diarrhée quasi quotidienne. Sans compter mes allergies et la déformation insupportable de mon visage. »

« Le sida a tué ceux que j'aimais, le malheur m'a transformé et, curieusement renforcé. Je suis toujours là. »

« Je ne peux m'empêcher de me demander si l'échéance fatale n'est pas en train d'approcher à grands pas. Je suis si las depuis des mois de me battre contre ce corps qui lâche prise chaque jour un peu plus, de faire comme si tout allait bien, de courir à droite et à gauche, tel un chien fou pour donner le change. »

« C'est comme un code d'honneur, on ne confesse pas qu'on est atteint d'une maladie -surtout s'il s'agit du sida. »

« Comment aurais-je pu imaginer, en créant ELCS en 1995, que cette structure perdurerait ? Comment aurais-je pu imaginer que je serais encore vivant en 2003, alors qu'en 1995 les nouveaux traitements n'étaient pas encore arrivés et que ma bithérapie commençait à montrer ses limites ? Mon corps était si épuisé de se battre contre mon ennemi intime, mon virus affamé de vies. »

« Mes relations s'étonnent de ne plus me voir porter de cravate, ils considèrent que j'oublie les règles élémentaires de la courtoisie et me présente, col ouvert devant les ministres. Ce n'est ni coquetterie ni insolence de ma part, mais les effets secondaires de mes traitements me font tellement gonfler le cou et la nuque – la fameuse bosse du bison – qu'il m'est devenu impossible de fermer mes chemises. C'est traumatisant, pire que les désagréments intestinaux dont je souffre. »

Hubert, dix ans sans lui

« Le conte de fées n'était pas écrit pour nous : un jour du mois de mai 1994, Hubert s'en est allé me laissant seul avec ce sida que nous partageons dans une funeste relation à trois. Le triomphe de notre ennemi intime et commun a brisé notre pacte d'amour. Notre rêve d'Amsterdam s'est évanoui. »

« Les années ont passé, pas la douleur. L'absence est toujours là, même si la vie a continué, tel un fleuve tranquille. Presque tranquille... »

« Mon terrible secret. Je suis si souvent venu à Strasbourg pour assister à l'agonie de celui qui fut mon premier compagnon, celui qui m'a appris que l'homosexualité pouvait être heureuse. Que notre amour était aussi beau que les amours hétérosexuels. Parfois même plus beau. »

« Je suis incorrigible. La politique m'accapare. Certes, nous ne sommes pas au printemps et je ne reste qu'un court week-end à Amsterdam. Je suis à mille lieues du serment que Hubert et moi nous étions fait. Mais ce temps libre, je me le dois, comme je le dois à celui qui reste, même loin de moi, le moteur de ma vie. Cette vie que je savoure pour deux. »

Ses engagements

Ses combats politiques :

« Notre courant d'idées n'a pas de porte-parole dans les principales instances de l'UMP. A On Est Là !, notre puissance militante ne fait que grandir et notre doctrine s'étoffer, nous souffrons désormais de ce manque de relais. Cette défaillance est, quoiqu'en pensent la plupart des actuels responsables de la majorité, de mauvaise augure pour l'avenir. Pour leur propre avenir ! Sans compter les illusions perdues... »

« Après l'outing, j'ai vraiment été marginalisé par la direction du RPR. Comme les journalistes l'ont écrit, je suis devenu l'électron libre de la droite, son trublion. »

« Le retour à l'ordre moral est partagé par tous les bords politiques. Ségolène Royal a lancé une croisade contre la pornographie à la télé et certains socialistes de Paris lui ont emboîté le pas en proposant de pénaliser les clients de prostitués. »

Bilan de la droite sur les questions sociétales :

« Sur la toxicomanie, le bilan est nul. Sur le décalage avec la jeunesse, le fossé continue de se creuser. Pour le sida, on atteint la moyenne mais à peine. Sur l'homosexualité, peut mieux faire. Pour l'euthanasie, le bilan est si maigre que le garde des Sceaux se refuse à un simple débat parlementaire. »

« Qu'ils sont loin les discours sur la fracture sociale qu'on voulait réduire... »

L'UMP à Paris :

« Les élus parisiens de droite veulent-ils reconquérir la capitale ou garder leurs mandats personnels ? Je n'ai pas de réponse, juste une mauvaise impression et des inquiétudes... »

« Je n'ai pas le sentiment d'être à ma place. Beaucoup trop de ces têtes ont un air de déjà vu... Trop vu ! Ce n'est guère le changement qui prime. »

« Pierre Lellouche me fit part de sa volonté de moderniser la droite parisienne et de ne plus laisser le pouvoir aux élus de

l'ouest parisien, qu'il surnommait la réserve d'indiens. »

Sa démission de ses responsabilités à l'UMP :

« Le député Richard Dell'Agnola m'a menacé de demander ma révocation du secrétariat national de l'UMP pour mes positions progressistes dans la lutte contre la toxicomanie. Je ne lui laisse pas ce plaisir. Je pars de ma propre initiative. »

Act Up :

« Les militants d'Act Up n'ont pas le monopole de la souffrance. »

« Certains de ses militants font trop souvent de la politique politicienne. »

« Je suis las de ces comportements violents et scandaleux qui font régresser nos combats communs. »

Homosexualité, PACS, Mariage homo, Homophobie :

« Mes yeux s'embuent à la pensée de ce sénateur RPR qui a proposé carrément de rebaptiser le Pacs, pacte de contamination sidaïque. Comment la droite et le centre ont-ils pu accepter de tels débordements ? Comment, avec Roselyne Bachelot, ai-je pu rester membre du parti gaulliste et endurer tant de haine et d'homophobie ? »

« ...l'égalité. Cela doit s'appliquer pour les homosexuels – que la droite a trop longtemps méprisés – et qui, aujourd'hui, demeurent des sous citoyens. »

« Les homosexuels, et je les comprends, ont du mal à pardonner l'attitude de certains élus de droite depuis le début de la Vème République et particulièrement depuis les débats sur le Pacs. Par ailleurs, les responsables des associations gays sont pour l'essentiel, des militants de gauche. Et comme on me l'a dit un jour de juin 2000 : Droite et homosexualité c'est incompatible ! Injuste mais ô combien révélateur. »

« La société a beau évoluer, il est toujours plus complexe pour un homosexuel de se construire. A l'école, le seul amour dont on nous parle est l'amour hétérosexuel. Les amours homosexuels historiques sont évités dans les manuels scolaires. Aussi ne faut-il pas d'étonner que les adolescents gays ou lesbiennes souffrent. On ne leur donne aucun modèle positif auquel s'identifier. »

« L'extension du mariage aux conjoints de même sexe ne peut se faire sans un débat respectueux des opinions de chacun. Cette vieille dame qu'est le mariage civil mérite bien une attention. »

« Des intellectuels et des élus verts figurent parmi les signataires d'une pétition en faveur du mariage homo. Pourquoi ne m'en ont-ils pas parlé ? En lisant les noms de ces responsables, je comprends mieux. Si je ne doute pas de la sincérité de certains d'entre eux, ...d'autres noms me font comprendre l'intention des initiateurs. Ces personnes ont un tel mépris, une telle haine pour la droite, que je suis devenu, alors qu'ils méconnaissaient mes positions plus progressistes que les leurs, un objet de détestation parce que je suis à l'UMP. Leur volonté n'est pas seulement d'aboutir à leurs fins mais de provoquer de violentes réactions à droite comme au PS. »

« Toutefois, je respecte le maire de Bègles et je crois en sa sincérité, mais ceux qui le poussent n'ont qu'une ambition : ancrer définitivement le vote homo à gauche, seul vote à leurs yeux

légitime et éthique. »

« C'est à nous [partisans du mariage homo] de convaincre [les Français] que le mariage doit être adapté et cela ne peut se faire en catimini... Nous ne sommes pas persécutés par nos institutions, nous sommes dans un pays démocratique et non en Afrique du sud à l'époque de l'Apartheid, quand la désobéissance civile était la seule arme pour se faire entendre d'un pouvoir raciste qui niait tout droit à l'immense majorité de sa population. »

« On [la droite] ne peut dire à longueur de discours, notre intérêt pour l'enfant et refuser de prendre en compte la situation de ceux qui vivent avec un couple de même sexe. »

« Ce n'était pas la peine de mobiliser tout l'appareil d'Etat après le premier mariage homosexuel. La réaction du gouvernement [au mariage de Bègles] m'insupporte tant elle est disproportionnée. »

« Un an de rencontres, de palabres pour accoucher d'un texte [pénalisant les propos homophobes] de sept articles qui ne trouve pas de place dans l'emploi du temps prioritaire de nos parlementaires. Projet renvoyé à plus tard : l'homophobie peut bien attendre. »

Le cannabis et la toxicomanie :

« Alors que le gouvernement semble réellement ouvert, la majorité semble uniquement obsédée par la lutte contre le cannabis, ce qui la conduit à négliger la globalité du combat contre les dépendances. »

« Légaliser la marijuana, quatre fois oui... »

« Il faut légaliser l'usage du cannabis car les discours stigmatisants contre cette drogue ne sont plus crédibles pour les jeunes qui s'y adonnent de plus en plus nombreux malgré notre actuelle législation prohibitive. »

« En légalisant le cannabis, nous pourrions mettre en œuvre des campagnes efficaces pour dénoncer les méfaits d'un usage excessif sur les études,..., nous pourrions faire disparaître les réseaux mafieux qui vivent essentiellement du deal de cannabis dans les banlieues,... nous soulagerons les malades atteints de graves pathologies en leur permettant d'accéder à un produit qui stimule l'appétit et soulage certaines douleurs comme les crampes... »

« Il faut revoir la loi de 1970 qui pénalise notre politique de santé publique sans être pour autant efficace dans la répression et la baisse de la consommation des stupéfiants. »

L'euthanasie :

« Quel acte d'amour incroyable. Cette maman allait reprendre la vie à celui à qui elle l'avait offerte... Cette situation me révolte. Comment peut-on dans une démocratie laisser à une mère la responsabilité d'euthanasier son enfant, pourquoi continuer à refuser la mort douce dans un Etat laïc ? »

« M'aime-t-on assez pur me laisser partir dignement et mourir, comme l'écrit Marguerite Yourcenar les yeux ouverts ? »

« Nos sociétés de grands savoirs sont incapables de comprend-

re la mort et s'obstinent à vouloir rejeter l'inéluctable le plus loin possible. Et nos élites, persuadées qu'elles mourront de leur belle mort, au fond d'un lit, d'un arrêt cardiaque, en pleine possession de leurs moyens, refusent d'envisager d'abréger le calvaire de celui qui est condamné à une non vie. »

L'intégration :

« Comment ne pas comprendre l'aigreur des jeunes d'origine maghrébine, Français à part entière, qui voient que leurs parents, qui vivent depuis plus de 30 ans en France ne sont même pas consultés sur les projets locaux contrairement à leurs voisins de palier, étrangers d'origine communautaire ? Comment comprendre que, malgré mes nombreuses interventions, la préférence communautaire, héritage de la préférence nationale si chère au FN mais abolie en 1991, perdure dans notre pays empêchant l'intégration d'étrangers auxquels 7 millions d'emplois restent interdits ? »

« La remise en cause de l'AME est une erreur. Pour satisfaire la frange droitière de notre électorat, nous prenons le risque de remettre en cause le principe du droit aux soins.

Renseignements :

60 rue Saint André des Arts, 75006 Paris.
Téléphone : 01 53 10 02 88, Fax : 01 53 10 02 88

7^{ème} COLLOQUE INTERNATIONAL TOXICOMANIES, HEPATITES, SIDA

THS7 ARLES
Palais des Congrès
13-17 octobre 2005

Photo Ville d'Arles



Les annonces reprises dans cette rubrique ne peuvent être que celles reçues par la rédaction.



LES REVUES.

Hépatites

Réseaux hépatites n°31, juin 2004 : « Marqueurs non invasifs de fibrose hépatique », « Vieillesse et hépatopathies virales » et « Hépatites virales en milieu carcéral (Philippe Chossegros) ». Il convient de lire et de s'abonner à **Réseaux hépatites**, ATP Egora, 33 rue Poncelet, 75017 Paris, téléphone : 01 56 66 58 58, fax : 01 56 66 57 67, alain.trebuqc@egora.fr

Sida

Combat face au sida n° 36, juin 2004 : au sommaire, entre autres : « Appel contre la privatisation de l'Assurance Maladie », « Quel avenir pour les associations de lutte contre le sida ? » par Gilles Alfonsi, « Les dommages passés sous silence de l'alcoolisation excessive » par Philippe Denis et un débat « Enfants hyperactifs : quelle approche ? ». Contact : Gilles Alfonsi, 06 18 06 17 17. **Combat face au sida**, 2 rue Edouard Vaillant, 93200 Saint Denis, téléphone : 01 42 43 77 21, fax : 01 42 43 77 29, combat@vih.org

Transversal n°20, juillet - septembre 2004 : le journal des acteurs de la lutte contre le sida, une publication d'Ensemble Contre le Sida : toujours excellent. On s'abonne à **Transversal**, 228 rue du Faubourg Saint Martin, 75010 Paris. Fax : 01 53 26 45 75, mail : transversal@wanadoo.fr.

Addictions

Alcoologie et Addictologie, juin 2004, tome 26, n°2, la revue de la Société Française d'alcoologie. Au sommaire : après un éditorial de Gilbert Lagrue, « Maternité et toxicomanies. Enquête Anit/Gritta/Inserm sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfant » (*Myriam Cassen et al.*), « Consommations nocives de produits psychotropes à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotecno » (*Laurent Karila et al.*), « Premier contact téléphonique à une structure de soins en addictologie. Analyse et mesure d'impact » (*Chantal Odile Cypriani et al.*), « Le bad trip. Une étude clinique exploratoire » (*Michel Lys et al.*), « L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique » (*Dorothee Lecailler et al.*). Abonnements : PRINCEPS Editions, Alcoologie et addictologie, 64 Avenue du Général de gaulle, 92130 Issy les Moulineaux. Fax : 01 40 95 72 15, princeps.gdumas@wanadoo.fr

Drugnet europe, le journal de l'OEDT n°46, avril juin 2004 présente, entre autres, les nouvelles perspectives sur le cannabis et l'intégration sociale pour les détenus étrangers. 23-25 rua da Cruz de Santa Apolonia, PT-1149-045 Lisbonne, Portugal. Téléphone : 00 351 21 811 3000, fax : 00 351 21 813 1711. Heroin Addiction and Related Clinical Problems Vol 6, juin-sep-

tembre 2004, le journal officiel d'Europad d'Icro Maremmani et Marc Reisinger. Excellent cru avec un article d'I. Maremmani, M. Pacini et M. Lovrecic « Base clinique pour l'usage de la méthadone en prison. » et, surtout, une mise au point de Mary Jeanne Kreek et al : « Le craving dans les addictions aux opiacés, à la cocaïne et à l'alcool ». Contact : Icro Maremmani, Département de Psychiatrie, Université de Pise, 67 Via Roma, 56100 Pise, Italie, tél : ++39 050 835429, fax : ++ 39 050 21581, aucns.onlus@inwind.it.

Impact Médecine n°86, 2 juillet 2004 : une réaction sur la Conférence de consensus des 23 et 24 juin dans un article de Sophie Duméry « La substitution devient un traitement chronique » : un bilan à 10 ans des traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux drogues opiacées montre l'intégration de cette thérapeutique à la panoplie généraliste ; en annexe, Alain Morel, un converti, convient que « la substitution s'adresse à des malades comme les autres, elle entre dans les soins normaux, apporte une authentique diminution de la morbidité aux drogues opiacées et à la délinquance associée. Elle participe à la paix sociale ». Impact médecine, 1 rue Paul Cézanne, 75375 Paris cedex 08, téléphone : 01 53 93 36 00.

Prospective Jeunesse. Les cahiers. Vol 9, n°2, 2ème trimestre 2004 : le dossier « Santé et prévention : braderie ou promotion ? » : excellent ! On s'abonne auprès de Prospective Jeunesse, 27 rue Mercelis, B-1050 Bruxelles, tél : 00 32 2 512 17 66, fax : 00 32 2 513 24 02, cahiers@prospective-jeunesse.be.

Divers

TLM n°56, juin-septembre 2004 : « Guide FMC multimedia 2004 ». Un outil indispensable. TLM, revue trimestrielle éditée par ARNICA, 123 boulevard Diderot, 75012 Paris. Téléphone : 01 40 29 87 87, fax : 01 42 71 86 85, tlm@magic.fr



LES CONGRES, COLLOQUES ET REUNIONS.

2004 : Séminaires de la SFA. Enseignement et FMC en alcoologie, Hôtel Mercure Paris Bercy, 77 rue de Bercy, 75012 Paris. Calendrier, renseignements, inscriptions : PRINCEPS/SFA, 64 avenue du Général de Gaulle, 92130 Issy les Moulineaux. Téléphone : 06 62 19 72 15, fax : 01 40 95 72 15 princeps.m-augé@wanadoo.fr

2004-2005 : DESU Toxicomanies : drogues, alcool, tabac et autres addictions (niveau bac+4), Service de formation permanente Paris8, Université Vincennes-Saint Denis. Centre Universitaire de Thérapie Familiale, 91 rue Saint Lazare, 75009 Paris. Renseignements et dossier d'inscription : www.fp.univ-paris8.fr

2004-2006 : DESC Addictologie, Collège National des Enseignants Universitaires d'Addictologie (CNEUA). Ce diplôme complémentaire est destiné aux internes en cours de DES ou aux spécialistes titulaires des DES suivants : hépato-gastroentérologie, médecine interne, médecine du travail, neurologie, psychiatrie, santé publique. Renseignements : CNEUA, Président ; Jean Louis Balmès (04 66 68 31 83), Secrétaire général : Michel Reynaud (01 45 59 30 87)

14-15 octobre 2004 : L'efficacité des traitements en alcoologie, Maison de la Mutualité, Paris. Organisation : Société Française d'Alcoologie. Inscription : PRINCEPS/SFA, 64 avenue du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux, téléphone : 01 46 38 24 14, fax : 01 40 95 72 15, princeps.gdu-mas@wanadoo.fr

23-24 octobre 2004 : Virologie 2004 : actualisations des connaissances et attitudes pratiques, Espace Saint Martin, 199bis rue Saint Martin, 75003 Paris. Quatre thèmes : Virus et grossesse (président : François Denis, Limoges), les hépatites (président : Stanislas Pol, Necker, Paris), HIV (président : Gilles Pialoux, Hôpital Tenon, Paris), Infections virales communautaires (président : François Bricaire, La Pitié Salpêtrière, Paris). Renseignements et inscription : Excellence Santé, 34 rue Poncelet, 75017 Paris ; téléphone : 01 47 63 33 32, fax : 01 47 63 63 38, net@excellente.fr

31 octobre-5 novembre 2004 : 47ème Conférence Internationale de l'ICAA (International Council on Alcohol and Addiction) « Visions pour le futur », Centre de conférence, Lido, Venise. Renseignements : ICAA Venice Conference, Marc Aurel Strasse 4/3, A-1010 Vienna, Autriche, icaa.venice@gmx.at

5-6 novembre 2004 : 1ères rencontres santé Ville/Hôpital, Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris. Ces journées ont pour but de faire connaître et développer les interfaces entre la médecine de ville et l'hôpital. L'objectif est de rassembler des professionnels de santé soucieux d'améliorer la prise en charge des patients en favorisant l'harmonisation des soins. Secrétariat général : Excellence Santé, 34 rue Poncelet, 75017 Paris, téléphone : 01 47 63 33 32, fax : 01 47 63 63 38, net@excellencesante.fr

LIVRES

Dictionnaire des drogues et des dépendances, Denis Richard (Poitiers), Jean Louis Senon (Poitiers), Marc Valleur (Marmottan, Paris). Initialement conçue comme une simple actualisation, la nouvelle édition de l'ancien *Dictionnaire des drogues, toxicomanies et dépendances* est devenue un livre complètement nouveau de par la nécessité de repenser complètement de très nombreuses entrées encyclopédiques (tabac, buprénorphine, crack, kétamine, GHB, absinthe, pot belge...). Il s'agit d'un ouvrage indispensable publié par les Editions Larousse, tél : 01 44 39 43 27, brydel@larousse.fr

S

SERVICES, CAMPAGNES et RESEAUX

CRIPS : Campagne « Drogues : plaisirs, risques, dépendances » : présentation de 14 affiches issues d'un concours international « Etudiants, tous à Chaumont ! ». Conçues comme un véritable outil de prévention, les 14 affiches seront mises à la disposition des divers organismes et acteurs sociaux développant des actions de proximité dans le cadre de programmes d'information et de prévention sur les drogues. Les images sont téléchargeables sur www.lecrips.net/affiches-drogues/

DROGUES ALCOOL TABAC INFO SERVICE : Allô le 113
Il faut se procurer les nouveaux documents Drogues Alcool Tabac Info Service et les commander auprès de DATIS Diffusion, BP 90, 75961 PARIS CEDEX 20, téléphone : 01 43 66 84 30, fax : 01 43 66 78 60. Le 113. 24h/24, anonyme et gratuit. Son site : www.drogues.gouv.fr

FORMATIONS de l'i.r.e.m.a. : au programme 2004, LES ADDICTIONS ; en 2005, formations toujours aux addictions et aux dépendances : avec usage de substances psychoactives (alcool, drogues, tabac, médicaments) et autres conduites à risques. Programme complet et conditions disponibles à l'i.r.e.m.a, 10 Boulevard de Strasbourg, 75010 Paris ; téléphone : 01 42 40 68 00, fax : 01 53 19 92 46, irema@irema.net
LES ACTES de THS6 AIX en PROVENCE



Sous la direction de Jean Marie Guffens

2 tomes :

1. Addictions et toxicomanie
2. Addictions et pathologies somatiques

**En vente dans les FNAC
et dans toutes les bonnes librairies.**

Editions Frison Roche, 18 rue Dauphine, 75006 Paris
Téléphone : 01 40 46 94 91 / Fax : 01 46 34 70 51
infos@editions-frison-roche.com

7^{ème} COLLOQUE INTERNATIONAL TOXICOMANIES, HEPATITES, SIDA

THS7 ARLES
Palais des Congrès
13-17 octobre 2005

PREMIER APPEL à COMMUNICATION

La quadrithérapie de l'usage de drogues et des hépatites virales associées :

- Le dépistage et la prise en charge
 - Le médicament
- Le médecin généraliste, le psychiatre, l'hépatologue
- La politique sociale, les associations

Si de nombreuses personnes, y compris celles qui peuplent le monde politique et le monde médical, ont le sentiment que la victoire contre l'héroïnomanie est définitivement acquise, il convient cependant de rester vigilant, de poursuivre les traitements et la prise en charge médico-sociale des héroïnomanes car l'épidémie pourrait renaître de ses cendres, surtout quand on sait que, chez les lycéens, entre 2001 et 2002, la consommation d'héroïne a doublé, passant de 0,8% à 1,6% !

La mode de la cocaïne et la pratique du speed ball (cocaïne-héroïne) sont également des éléments à prendre en compte, d'autant que la cocaïne reste un usage courant dans la jet set mais se banalise dans toutes les couches de la société.

Ce sentiment de victoire contre l'héroïnomanie a deux conséquences :

Σ on s'attaque, dans le désordre et avec une agressivité souvent désordonnée et répulsive, au tabac, à l'alcool et au cannabis, une campagne publicitaire chassant l'autre ; même s'il est essentiel de combattre les addictions, il est tout aussi essentiel de ne pas oublier la consommation d'héroïne. On risque d'entendre de nouveau des discours tels que « l'héroïnomanie est un pervers », « l'héroïnomanie doit être éliminé »

Σ il n'est plus nécessaire de prendre prioritairement en charge les usagers mais au contraire, il faut réduire les budgets qui leur étaient consacrés et mettre divers obstacles à la prescription des médicaments.

Et de remettre en avant le mésusage des médicaments de substitution, la stigmatisation du nomadisme médical, la punition du mauvais prescripteur... Si toutes ces dérives sont réelles et posent problème, il faut les analyser posément et proposer des solutions adéquates.

Ce n'est manifestement pas ce que l'on va trouver dans le plan gouvernemental 2004-2008 et pas plus dans le projet d'arrêté qui va sérieusement compliquer la vie du toxicomane et de son médecin dans son projet ou dans son suivi thérapeutique ; voici ce qu'en pense l'Association Française pour la Réduction des risques : « Le projet d'arrêté fixant la liste des soins ou des traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné paraît inacceptable. Il nous faudra réagir pour s'opposer à l'adoption de ce texte qui viendrait gravement handicaper l'accès aux traitements de substitution et réfléchir sur notre position relayée par G&T, l'ANIT, la FFA, Médecins du Monde, ASUD : « Mésusage et substitution : Non au nouveau protocole ! ».

Le projet d'arrêté concernant la signature d'un protocole pour tous les patients en traitement de substitution rendant obligatoire l'intervention des médecins conseil n'est pas acceptable.

Cette mesure freinera l'accès aux soins des usagers de drogues qui en ont besoin. C'est une large mise à disposition des traitements qui a permis une réelle amélioration de la situation et de la santé des personnes concernées.

Or, outre l'intolérable soupçon originel que sous entend un tel arrêté, cette mesure fragilisera encore plus les réseaux de médecins prescripteurs et de pharmaciens. Déjà si peu nombreux, ils vont à nouveau devoir se plier à des lourdeurs protocolaires.

La question du « mésusage » qui ne concerne qu'une minorité de patients et de professionnels doit pouvoir faire l'objet d'une analyse et d'une réponse adéquate, en direction de chacune des parties, sans pour autant mettre en péril l'accès aux soins pour la grande majorité des personnes en traitement ».

Une société de nouveau et de plus en plus répressive ne peut qu'amener aux excès que l'on trouve dans ce projet d'arrêté, au mépris de l'usager de drogues, à la réduction des budgets qui

leur sont chichement octroyés et, enfin, à la multiplication des contrôles abusifs et des documents administratifs que le médecin remplira avec enthousiasme, j'en suis sûr !!!

Pourtant on ne peut que donner son accord à une politique qui voudrait favoriser le bon usage des médicaments de substitution, le contrôle des rares médecins prescrivant à tort et à travers, le contrôle des patients abusifs ou revendeurs. Mais, est-il vraiment nécessaire de punir avant d'informer au lieu d'imposer, comme pour toutes les autres disciplines médicales, une formation valable dans le domaine des addictions. Il faut clôturer, avec ceux qui ont l'expérience quotidienne des usagers de drogues, un débat de plus en plus lassant entre, pour simplifier, les « anti-substitution » et les « pro-substitution » !!!

THS7 ARLES 2005 peut être un des rouages de cette réflexion en entrant de plain pied dans la vie quotidienne du toxicomane et dans sa situation sociale et en écoutant l'expérience et les avis des praticiens médico-sociaux qui s'en occupent.

Ce sera l'objectif de THS7 : donner la parole aux médecins, aux psychiatres, au partenaires sociaux, aux associations pour qu'ils répondent point par point aux attaques fondamentales et pratiques portées contre le traitement et la prise en charge des usagers de drogues ou des personnes souffrant de diverses addictions ; THS7 n'exclura évidemment pas de sa réflexion les problèmes majeurs de l'alcoolisme, du tabagisme, de la consommation de cannabis, des médicaments psychotropes ou d'autres produits ou habitudes induisant une addiction, facteur de souffrance pour l'homme et pour la société.

THS7 ARLES 2005 devra tenter de régler enfin la sorte de conflit latent, entretenu par certains pouvoirs publics, entre la méthadone et la BHD ; une analyse simple fait sauter aux yeux la complémentarité des deux médicaments, chacun ayant ses nuances d'indications mais, malheureusement pour la méthadone, des effets secondaires et des risques différents.

THS7 ARLES 2005, ses médecins généralistes, ses hépatologues, ses psychiatres, ses associations verra les causes et les solutions liées au dépistage et au traitement des hépatites virales C, en particulier chez les usagers de drogues. Même si le nombre de ces traitements chez les U.D. est passé de 4 à 17,5% en un an, on ne peut se contenter de ce frémissement.

Il conviendra de voir à expliquer quelles sont les situations à risque risquant de provoquer une infection à VHC et comment inciter davantage de ces personnes susceptibles d'être porteuses du virus de se faire dépister puis de se faire soigner par une bithérapie déjà très efficace puis par les nouveaux traitements qui ne manqueront pas d'apparaître sur le marché.

D'une façon générale, les maladies somatiques liées à la prise de drogues seront passées en revue, en particulier, les infections par le VIH. ainsi que les problèmes psychiatriques contemporains, préalables ou postérieurs aux diverses addictions.

**LA SETHS ATTEND VOTRE PARTICIPATION ACTIVE
CECI CONSTITUE LE PREMIER APPEL
A COMMUNICATIONS**

Ces communications peuvent s'intégrer dans la présentation qui vient d'être faite de

THS7 ARLES 2007

Elles peuvent aussi être programmées dans des sessions de communications libres.

Envoyez vos propositions (titre, auteurs, bref résumé [10 lignes]) à

SETHS

LE VIEUX MURIER

ROUTE DE TAHITI

F-83990 SAINT TROPEZ

Tél : 00 33 (0)4 94 97 09 56 / (0)6 09 21 11 15

Fax : 00 33 (0)4 94 97 09 56

ou, de préférence et sur un fichier Word attaché à **seths2@wanadoo.fr**

Les inscriptions, transports, transfert, hébergement sont gérés par

Anne MASSA

HELI AIR INCOMING SERVICE

AEROPORT NICE - COTE d'AZUR

TERMINAL 1

F-06282 NICE CEDEX 3

Tél : 00 33 (0)4 89 98 50 18 / (0)6 17 91 68 91

Fax : 00 33 (0)4 89 98 50 19

helincom@monaco.net

Photos
Ville d'Arles

