



SWAPS

Alcool

**Pratiques
soignantes**

et alcoolodépendance

Centre de réduction des risques et usages de drogues N° 73 / 4^e trimestre 2013

Des médicaments pour
le traitement de l'usage nocif d'alcool
et de l'alcoolodépendance / 2

Baclofène :
encore une exception française... / 4

Le choix de Monsieur L.
Repenser l'accompagnement
des usages d'alcool / 6

« **La prévention sanitaire** »
Cour des comptes, octobre 2011 / 9

Un cabinet franco-allemand à Kehl / 10

**SAFE, un programme
d'échange de seringues
par voie postale** / 11

**11^e colloque Toxicomanies
Hépatites Sida (THS 11)**
Biarritz, 8-11 octobre 2013 / 15

**Suboxone® et étude RIME,
une page se tourne** / 19

**Au-delà des préjugés, une ambition :
modifier la trajectoire addictive
des usagers** / 21

**Étude comparative des décès
entre la buprénorphine haut dosage
et la méthadone** / 23

Des médicaments pour le traitement de l'usage nocif d'alcool et de l'alcoolodépendance

Pierre Poloméni / psychiatre, service d'addictologie, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (Sevran)

Il existe une actualité et un futur des médicaments de la dépendance à l'alcool... Cette simple affirmation donne de l'espoir face à une pathologie grave, aux conséquences désastreuses... Là où l'échec et l'impuissance s'imposaient, on envisage maintenant, associée au travail de fond, psychologique, comportemental, social, une action médicamenteuse.

Aujourd'hui, une fois sortie de la phase « facile » du sevrage avec l'aide du diazépam (recommandations internationales), seuls trois médicaments ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour prévenir la rechute :

– Aotal® (acamprosate), porté par l'habitude, le peu de toxicité, de nombreuses études positives, une méta-analyse et une revue Cochrane, est marqué en pratique clinique par une efficacité modeste (10 à 20% d'amélioration du taux d'abstinence à 6 mois par rapport au placebo) ;
– Revia® (naltrexone) semble posséder un potentiel fort en matière d'addictologie. Le mécanisme de la naltrexone est le blocage de certains récepteurs morphiniques interférant avec le désir d'alcool. C'est donc un antagoniste opiacé, agissant sur une des clés du système de la récompense, au point qu'il puisse être aussi recommandé dans le jeu pathologique. On observe un certain potentiel, des perspectives, et une efficacité inconstante en clinique alcoolologique pour éviter la « rechute » en cas de réalcoolisation.

– Esperal® (disulfirame) garde certains adeptes. Il pourrait retrouver un intérêt du fait de certains essais positifs dans le traitement de l'addiction à la cocaïne. Mais la violence punitive de la réaction antabuse (flush, malaise, anxiété, troubles neurovégétatifs, hypotension artérielle) la faible observance et ses effets indésirables en limitent l'utilisation.

L'irruption du baclofène dans cette pharmacopée limitée, décevante, s'explique donc facilement (voir p. 4). Mais

d'autres molécules sont annoncées, à plus ou moins long terme, certaines ont fait l'objet d'études poussées et sont déjà utilisées dans d'autres pays.

De nouvelles molécules pour lutter contre l'alcoolisme

– Ainsi le Selincro® (nalméfène), bénéficie d'une AMM européenne. Il s'agit d'un antagoniste des opiacés. C'est le premier traitement pouvant être pris « occasionnellement » pour réduire la consommation d'alcool. Au-delà de ce mode de prescription, c'est son positionnement dans la réduction des risques « alcool » qui en fait la particularité. Il serait adapté à une catégorie de patients qui ne présentent pas de symptômes physiques de manque, qui ne veulent pas d'un sevrage (dans un premier temps) et qui ont une forte consommation occasionnelle. L'efficacité contre placebo peut sembler modeste dans certaines études, mais conforte cependant une baisse des risques pris du fait de la consommation. L'étude la plus intéressante a évalué la capacité du nalméfène à réduire les fortes consommations d'alcool¹. Quatre cent trois patients ayant des difficultés à contrôler leur consommation ont été inclus.

L'originalité de ce travail est que le traitement n'a pas été prescrit systématiquement, à dose fixe, comme c'est le cas dans la plupart des études, mais à la demande, lorsque la consommation d'alcool était imminente : soit du nalméfène (10 mg à 40 mg/j) [n = 242], soit du placebo (n = 161). Il s'y associait une intervention psychosociale minimale de type BRENDA. Le suivi a été de 28 semaines. La consommation d'alcool a diminué dans les deux groupes, significativement davantage dans le groupe nalméfène.

Le nombre moyen de jours de forte consommation par mois variait de 8,6 à 9,3 sous nalméfène (15,5 avant inclu-

¹ Paille F, Aubin HJ. Les perspectives dans le traitement médicamenteux de la dépendance à l'alcool. Synthèse des essais thérapeutiques récents. Société française d'addictologie, février 2012.

sion), de 10,6 à 12 sous placebo (16,2 avant inclusion). Le nombre de verres par semaine variait, selon les évaluations, de 22,7 à 25,5 dans le groupe nalméfène (43,2 avant traitement), de 28,5 à 32,6 dans le groupe placebo (45,0 avant traitement). Le nombre de verres par jour de consommation variait de 6,3 à 6,8 dans le groupe nalméfène (9,6 avant traitement), de 7,3 à 8,4 dans le groupe placebo (9,5 avant traitement).

Les effets indésirables les plus fréquents étaient : nausées, malaise, insomnie, fatigue, vertige².

– L'acide gamma-hydroxybutyrate (GHB) [bien connu des lecteurs] possède des caractéristiques qui pourraient, peut-être, lui valoir une indication dans le traitement de l'alcoolodépendance. Agoniste des récepteurs GABAergiques, sa structure est proche de celle du baclofène. Plusieurs études ont été réalisées ou sont en cours (Alcover[®] étant le nom retenu dans ce cadre) et une utilisation, déjà réelle dans certains pays (Autriche, Italie), favoriserait son AMM

en prévention du syndrome de sevrage et le maintien de l'abstinence. En France, et dans d'autres pays, le GHB est actuellement commercialisé dans le traitement de la narcolepsie-catalepsie sous le nom de Xyrem[®] (solution buvable d'oxybate de sodium). Il est classé dans la catégorie des stupéfiants, mais il devrait conserver sa place dans la narcolepsie. Les précautions d'emploi du Xyrem[®] et donc de l'Alcover[®] sont importantes et pourraient limiter son usage : dépression respiratoire et du système nerveux central (SNC), risque d'abus et de dépendance, porphyrie, effets neuropsychiatriques et l'utilisation concomitante avec les benzodiazépines doit être évitée.

– Epitomax[®] (topiramate). Beaucoup d'études ont été menées avec les antiépileptiques GABAergiques dans le champ des addictions. Parmi elles, il semble le plus prometteur.

Trois études l'ont comparé au placebo. En moyenne, on note une différence statistiquement significative entre les deux groupes au profit du topiramate de $-2,88$ verres par jour, de $-3,1$ verres par jour de consommation, de $-27,6\%$ des jours de forte consommation, de $+26,2\%$ des jours d'abstinence et du *craving*.

Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté. Les effets retrouvés plus fréquemment que sous placebo étaient : vertiges, paresthésies, ralentissement psychomoteur, trouble de la mémoire et de la concentration, perte de poids³.

Par ailleurs, dans la même étude, le topiramate a amélioré la sensation de bien-être, de diffé-

rents paramètres, physiques et de la qualité de vie. Une méta-analyse de ces études a été réalisée. Elle conclut que le topiramate est plus efficace que le placebo. Il réduit le pourcentage de jours de forte consommation (23,2%) et augmente le nombre de jours d'abstinence (2,9 jours).

– Zophren[®] (ondansetron) est un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ de la sérotonine, actuellement utilisé comme antiémétique au cours des chimiothérapies. Trois essais cliniques étaient disponibles courant 2012⁴⁻⁶.

Les résultats sont peu contributifs. On note que les patients avec un alcoolisme à début précoce ont amélioré leur consommation de façon significative sous ondansetron par rapport au placebo. Par ailleurs, l'ondansetron agit sur le *craving* et donne de meilleurs résultats associés à la naltrexone.

– Enfin, l'Abilify[®]. L'aripiprazole est un antipsychotique agoniste partiel du récepteur D₂ de la dopamine. En fait, son mécanisme d'action pourrait être plus complexe et agir aussi sur les récepteurs de la sérotonine. Il est parfois présenté comme un « stabilisateur » des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques et est testé, voire utilisé, dans plusieurs addictions, en particulier si un régulateur d'humeur est indiqué. Ce médicament a produit des résultats variables selon les études, dont plusieurs récentes sont disponibles⁷⁻¹⁰. Son intérêt, à documenter, pourrait résider dans son profil pharmacologique qui pourrait être intéressant chez les patients alcoolodépendants impulsifs¹.

Conclusion

Avec ou malgré tous ces médicaments actuels et à venir, la question de l'investissement de l'équipe soignante et des outils psychosociaux reste entière. Parmi tous ces essais thérapeutiques, on est d'abord frappé, et c'est une constante dans toutes les études, par le fait que tous les patients sont améliorés, quels que soient les traitements proposés, placebo compris, ce qui conforte le fait que l'accompagnement psychosocial reste la base du traitement des conduites addictives¹. De plus, l'alcoolodépendance, ou plutôt les usages nocifs d'alcool fluctuent avec le temps, les galères, etc. Enfin, on doit s'intéresser à distinguer des populations, et identifier, dans le cadre d'une médecine personnalisée, les médicaments adaptés (modalités et conditions de consommation, aspects génétiques, culturels, etc.). Les modalités de l'accompagnement et les « guérisons » à long terme resteront un défi.

² Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A et al. Targeted nalmefene with a simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1179-87.

³ Johnson BA, Ait-Dacud N, Bowden Clet et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1677-85.

⁴ Sellers EM, Toneatto T, Romach MK et al. Clinical efficacy of the 5-HT₃ antagonist ondansetron in alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:879-85.

⁵ Johnson BA, Roache JD, Javors MA et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-71.

⁶ Johnson BA, Roache JD, Ait-Dacud N et al. Ondansetron reduces the craving of biologically predisposed alcoholics. *Psychopharmacology* 2002;160:408-13.

⁷ Anton RF, Kranzler H, Breder C et al. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28:5-12.

⁸ Martinotti G, Di Nicola M, Di Giannantonio M, Janiri L. Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs naltrexone. *J Psychopharmacol* 2009;23:123-9.

⁹ Voronin K, Randall P, Myrick H, Anton R. Aripiprazole effects on alcohol consumption and subjective reports in a clinical laboratory paradigm-possible influence of self-control. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1954-61.

¹⁰ Myrick H, Li X, Randall PK, Henderson S et al. The effect of aripiprazole on cue-induced brain activation and drinking parameters in alcoholics. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:365-72.

Baclofène : encore une exception française...

Florence Arnold-Richez / Journaliste

C'est sous la pression des patients et des médecins que le baclofène a obtenu une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour trois ans maximum, annoncée lors du colloque « Alcool: plus de cent morts par jour ça suffit! Place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme » du 3 juin dernier.

Média en ordre de bataille, reportages, interviews, émissions, pétitions, montée au créneau de nombreux médecins généralistes et spécialistes de l'addiction avec appel de personnalités médicales aux autorités de santé (en avril), création d'une association d'utilisateurs et sympathisants (Aubes), lancement en urgence de cohortes d'études, colloque, etc. On a eu toute la panoplie de ce qui fait cliqueter habituellement dans l'Hexagone les armes de la polémique dans le champ de la santé publique. Avec un tonique scénario du type « on met la charrue avant les bœufs » : avant d'obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de traitement des malades alcoolodépendants, le baclofène, « vieux » médicament, utilisé depuis 40 ans comme un relaxant musculaire, testé par le cardiologue Olivier Ameisen à hautes doses sur lui-même¹, a conquis, « à la militante », une bonne partie du monde, vaste en France, des malades alcooliques (1,5 million de personnes).

* 117 000 patients ont bénéficié d'un remboursement en 2012 selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

¹ Olivier Ameisen. *Le Dernier Verre*. Denoël, 2008.

² Organisé à l'hôpital Cochin le 3 juin 2013 par l'Association des utilisateurs de baclofène et sympathisants (AUBES), l'Association baclofène et le Réseau addictions baclofène (RESAB).

³ Le baclofène est un médicament autorisé depuis 1975 sous le nom commercial Liorésal® avec pour indication le traitement des contractures musculaires, pouvant survenir notamment dans la sclérose en plaques ou dans certaines affections de la moelle épinière.

Résultat : le baclofène serait déjà prescrit à 50 000* d'entre eux par des milliers de médecins, la plupart en ville, alors que les études de cohorte, de quelques centaines de patients, qui doivent évaluer son efficacité et ses effets indésirables, sont loin d'être bouclées. « Quand on constate que le nombre de patients concernés atteint de tels chiffres, cela interroge la communauté: c'est un problème de santé publique dont il faut se saisir », commentait Catherine Hill, chef du service de biostatistique

et d'épidémiologie de l'institut Gustave Roussy. Pouvoirs publics, chercheurs courent donc derrière la pratique des praticiens qui, elle, court... derrière les patients, vent debout pour demander, voire revendiquer, le traitement qui pourra enfin leur faire voir le bout du tunnel. Et, *last but not least*, c'est à l'occasion du colloque « Alcool: plus de cent morts par jour, ça suffit! Place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme » du 3 juin dernier², que le Pr Dominique Maraninchi, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a annoncé la mise en place très prochaine (mais toujours pas validée le 1^{er} mars 2014) d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) de trois ans maximum pour le baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance. Décidément, l'histoire nous mord la nuque, comme jadis avec le Temgésic®, aujourd'hui avec les e-cigarettes. Et c'est plutôt un (bon) signe de vitalité de notre dispositif sanitaire, si souvent accusé de peser... un âne mort!

Pour de meilleurs encadrement et suivi

« L'ANSM a été saisie et déterminera le cadre d'utilisation du baclofène et la mise en place d'une surveillance permettant de partager des données et de sécuriser la prescription du produit », a déclaré le Pr Dominique Maraninchi pendant son allocution au cours de ce colloque. En cas d'avis favorable émis par la commission en charge du dossier, le référentiel concernera les méde-

Les études cliniques françaises en cours

L'étude Bacloville, essai clinique randomisé en double aveugle contre placebo pendant un an en milieu ambulatoire, multicentrique, démarré en juin 2012 : 320 patients (dont 160 recevront le placebo) suivis par 60 médecins investigateurs, dans neuf régions.

Investigateur et coordinateur : Pr Philippe Jaury.

Objectif principal : montrer l'efficacité à un an du baclofène dans cette indication comparé au placebo.

Objectifs secondaires : décrire la distribution des posologies efficaces, en évaluer la tolérance en recherchant tous les effets indésirables, notamment aux posologies élevées, en essayant de différencier ce qui est dû à la molécule, à l'arrêt de l'alcool et à la potentialisation alcool-baclofène, mieux caractériser les patients pour lesquels cette molécule est efficace, décrire leur évolution du point de vue de la consommation totale et moyenne mensuelle d'alcool, du nombre de jours d'abstinence, et de « *heavy drinking days* », évaluer la qualité de vie sous traitement ; étudier l'évolution des paramètres biologiques, notamment hépatiques et rénaux.

Les patients seront suivis sur un an avec deux consultations le premier mois et le dernier mois, et une fois par mois les autres mois. En début d'étude, on leur prescrira une augmentation très progressive des doses par paliers de 5 mg, en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Le patient sera contacté par téléphone ou vu en consultation tous les 15 jours pendant la phase de croissance du traitement, lorsque la dose prescrite est supérieure à 200 mg/j.

L'étude Alpadir, essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, évalue en milieu hospitalier l'efficacité de Xylka® (baclofène, laboratoire Éthypharm) à la posologie cible de 180 mg par jour versus placebo, dans le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants, mise en place fin 2012.

Coordinateur : Pr Michel Reynaud, chef du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif.

Objectif principal : étudier le maintien de l'abstinence, mais aussi l'effet du baclofène sur la réduction de la consommation pour les patients reprenant une consommation d'alcool.

Les patients seront divisés en deux groupes de 158 personnes, l'un recevant le médicament actif (baclofène) et l'autre le placebo. Le médicament sera administré pendant 26 semaines et les quatre dernières permettront un suivi après l'arrêt du traitement. Pendant la durée de l'étude, les patients bénéficieront de séances brèves d'accompagnement psychologique. L'étude dure en tout 30 semaines pour chaque patient. Elle comprend 15 visites : d'abord cinq visites espacées d'une semaine, puis quatre visites espacées de deux semaines, puis trois visites espacées de quatre semaines et, enfin, trois visites espacées de deux semaines. Sept bilans sanguins seront réalisés à intervalles réguliers pendant l'étude.

cins généralistes, « mais il faudra traiter de façon encadrée et compte tenu des particularités et du contexte de chaque patient ». La commission de l'ANSM a ainsi validé « les grandes lignes directrices de la RTU envisagée » le 4 juillet dernier.

En effet, la mise en place du dispositif de RTU doit permettre de meilleurs cadre de prescription et évaluation de la balance bénéfique/risque du médicament (Liorésal®)³, car il prévoit les modalités de suivi des patients et de recueil des informations relatives à l'efficacité, à la sécurité et aux conditions réelles d'utilisation de la spécialité, par un suivi des patients, financé par le laboratoire (Sanofi-Aventis). « Une RTU est une sécurisation sanitaire pour tout le monde et pour les patients », disait le Dr Alain Weill pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Autre avantage : il ouvre la possibilité d'un remboursement par la Sécurité sociale dans cette indication. Même si le coût du traitement est peu élevé (3,90 € par jour, 80 € par mois), c'est un « bénéfice » du dispositif qui est loin d'être négligeable !

Un espoir donc pour des dizaines de milliers de malades et aussi pour les praticiens qui les accompagnent dans leur traitement, mais qui ne doit pas virer pour autant à un engouement discutable pour un traitement spécifique auquel, malgré tout, 20 à 30 % ne répondent pas. Sans parler des effets indésirables qui ne sont pas une vue de l'esprit, même s'ils sont, dans la majorité des cas, peu sévères (sédation, somnolence, faiblesse et/ou douleurs musculaires, nausées, etc.) et disparaissent généralement lorsque le dosage est stabilisé depuis plusieurs jours. « Malgré l'intérêt de cette molécule, il n'y a pas de panacée pour traiter l'alcoolisme, et cela vaut pour le baclofène » prévenait le Dr Pascal Gache, médecin alcoolologue et interniste à Genève, au cours du colloque. Et concernant le nalméfène, indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool à haut risque chez des adultes alcoolodépendants, qui a déjà obtenu son AMM européenne, il ajoutait : « moins boire c'est mieux. Plus d'options pour moins boire, c'est encore mieux. »

Reste que « le médecin généraliste ne se contentera jamais de prescrire des médicaments : comme pour la prescription de buprénorphine, celle de baclofène se fait dans le cadre d'une prise en charge globale, d'un suivi au long cours et d'un travail en équipe », concluait le Pr Philippe Jaury.

Le choix de Monsieur L.

Repenser l'accompagnement des usages d'alcool

Matthieu Fieulaine / chargé de projet, « Santé! », Marseille

Aider et accompagner les usagers d'alcool, dits « problématiques » comme Monsieur L., avec des initiatives innovantes et expérimentales en matière d'accueil, de soins et de qualité de vie pour ouvrir la voie à de nouvelles pratiques.

« Si Monsieur L. arrête de boire, c'est qu'il fait le choix de la vie. Mais s'il continue, c'est qu'il a décidé d'en finir... » Cette phrase était prononcée il y a quelques jours lors d'une réunion de synthèse par un médecin (d'ailleurs compréhensif et tolérant à l'égard des usages d'alcool parfois très excessifs de certains de ses patients) à propos d'un usager en situation de grande détresse somatique. Si elle peut sembler frapper au coin du bon sens, s'agissant en l'espèce d'évoquer un usager physiquement très atteint et dont la consommation peut, à terme, provoquer le décès, elle illustre surtout à merveille le travail qu'il reste à accomplir pour qu'émergent et soient reconnus des discours alternatifs et des pratiques novatrices dans le champ de l'alcoologie, c'est-à-dire dans la compréhension et l'accompagnement des usages d'alcool dits « problématiques » : tant que l'on impose aux usagers de choisir entre un comportement que la morale ou la science recommande (l'arrêt, la tempérance, le contrôle, etc.) et les gémonies solitaires promises à celles et ceux qui persistent à « mal-boire », tant que l'on garantit aux premiers aide et assistance aux moyens de sevrage et d'accès aux dispositifs dédiés aux buveurs pénitents et patients compliants sans rien offrir d'autre aux seconds qu'un peu plus de souffrance et d'exclusion, alors, effectivement, il faut à Monsieur L. et à

beaucoup d'autres s'efforcer de rentrer dans le moule ou mourir... si possible seuls et sans bruit.

En réalité, Monsieur L., pour peu qu'on l'écoute, ne fait pas plus le choix de *la vie*, au sens entendu par le praticien, qu'il ne choisit de mourir. Il souhaiterait simplement choisir *sa* vie, qu'il a fait sienne, constituée, entre autres, d'usages « excessifs » et qu'il sait être mortels à terme, mais sans lesquels sa vie n'a plus de sens, même si cela va à rebours de ce que lui répètent les nombreux Cassandra qu'il fréquente depuis des lustres et qui contribuent à faire de ses pratiques d'usage une pathologie.

Qu'il s'agisse de norme sociale, de cadre légal ou de santé publique, la question des usages de substances psychoactives a toujours constitué un enjeu de domination : il s'agissait pour quelques-uns – tour à tour religieux, moralistes, législateurs, forces de l'ordre et détenteurs du savoir médical – d'imposer au plus grand nombre leur vision de ce qui pouvait ou non être consommé, de quelle façon et dans quelles limites. Au gré d'intérêts politiques, économiques ou de logiques de protection ou de contrôle (d'aucuns parleront de bien-être) des populations, avec des stratégies plus ou moins répressives, se construit un ordre qui trace la frontière entre les pratiques acceptables, encouragées ou tolérées, et celles qu'il convient de réprouver et de combattre.

L'usage d'alcool est à ce titre à la fois exemplaire et singulier : singulier dans nos sociétés parce qu'il occupe la place particulière de « drogue officielle » élevée au rang de patrimoine, « totem »¹ autour duquel s'organisent les rites de socialisation, marqueur des événements qui jalonnent la vie en société. Mais aussi exemplaire, parce que dans le même temps que s'érige une norme d'usage intégrative, encouragée par des représentations, des discours et une mythologie, s'élabore un contre-modèle qui vise à stigmatiser à l'extrême les usages dits « déviants » (boire le matin, boire quand on est femme, boire seul, boire trop, boire du mauvais alcool, etc.) et qui vaut à ceux qui s'y adonnent d'être inaptes non seulement à boire mais, au-delà, à vivre en société.

La violence de ce stigmatisme n'est pas atténuée par un dispositif de prise en charge spécialisé, l'alcoologie, qui s'est construit autour d'un dogme, celui de l'abstinence comme seul projet thérapeutique valable, et à partir d'une seule expertise, celle du savoir biomédical comme outil d'analyse des pratiques d'usages observées à l'aune de leurs effets potentiellement pathogènes, omettant qu'il s'agit de *manières de boire* qui sont des *manières de vivre*.

Face à ce constat, on ne peut que se réjouir d'entendre enfin parler, trente ans après son apparition dans le champ de la toxicomanie, de réduction des risques (RdR) en alcoologie. Encore faut-il que cette approche ne soit pas réduite à un objectif de réduction des consommations ou d'interventions autour des consommations dites « à risque » (milieu festif, sécurité routière, etc.), pas plus qu'un pis-aller destiné aux cas désespérés incapables d'intégrer les dispositifs classiques.

La RdR en matière d'alcool doit s'entendre comme une offre d'accompagnement alternative et complémentaire au modèle abstinentiel qui se fonde sur une autre façon d'appréhender à la fois l'utilisateur, l'usage et la nature de la relation d'aide.

L'utilisateur : un expert de ses propres pratiques

À rebours de l'expertise alcoologique (et du bon sens populaire) qui fait de « l'alcoolodépendant » une personne inapte à boire « sainement », incapable de contrôler ses usages, ayant, selon la définition de Pierre Fouquet, « *perdu la liberté de s'abstenir de boire* », la RdR en matière d'alcool part du principe que l'utilisateur est expert de ses propres pratiques. C'est-à-dire qu'il est à même, plus que quiconque et pour peu qu'on lui en offre les conditions et les moyens, de nommer ses pratiques, de les évaluer, d'en mesurer les bienfaits

comme les méfaits, de faire des choix et de formuler une demande d'aide qui corresponde à la

¹ Roland Barthes parle dans « *Mythologies* » (1970) à propos du vin en France de « *Boisson-Totem* »

L'association « Santé ! », créée à Marseille, regroupe des usagers et des professionnels du champ de l'addictologie, et plus largement de la santé et du social. Elle a pour objet la promotion de la réduction des risques et l'autosupport, liés notamment aux usages d'alcool. Elle a vocation à initier et à soutenir les démarches fondées sur la place centrale que doit prendre l'utilisateur dans les dispositifs d'aide et d'accompagnement, sur son droit à disposer de ses pratiques, de sa santé et sur ses capacités à définir ses besoins en matière d'aide et de soin.

Elle s'attache donc à favoriser, par tous les moyens (création de dispositifs, recherche, formation, soutien aux usagers, appui aux professionnels), la représentation des usagers dans la définition de l'offre de soins et la construction des propositions d'accompagnement. L'association engage des initiatives pour initier, porter, valoriser et soutenir toutes les prises en charge innovantes et expérimentales en matière d'accueil, de soins et d'accompagnement.

Association « Santé ! »

45, avenue Vallon-d'Ol, 13015 Marseille

sante.rdra@gmail.com

fois à ses besoins et à ses capacités de changement. Il le fait à son rythme, qui n'est pas celui des aidants, avec ses objectifs, ses réticences et ses deuils impossibles, qu'il est impératif de respecter.

L'usage est propre à chacun

L'usage s'inscrit dans des logiques et des stratégies singulières, propres à chacun, qu'il convient de saisir et de comprendre si l'on prétend intervenir. Ce qui fait l'usage, ce n'est ni le « combien » (combien de verres standard?) ni le « pourquoi » (pourquoi vous faites-vous tant de mal?) si chers aux addictologues, experts ou profanes, mais le « comment », qui permet à l'utilisateur de se réapproprier ses « *manières de boire* ». Ces usages qui peuvent à un moment donné poser problème sont le fruit d'une histoire que nous appelons « carrière » et qui généralement n'existent que parce qu'ils remplissent des fonctions bénéfiques et essentielles pour l'individu. Chaque utilisateur tend à trouver un niveau d'usage qui lui assure la qualité de vie la plus acceptable possible au



regard de son état et de ses conditions d'existence. Ce niveau d'usage, chez certains quantitativement très élevé, que nous appelons « zone de confort » est trop souvent mis à mal par l'intervention de tiers qui cherchent à le réduire ou à le contenir. La RdR en matière d'alcool, avant d'initier un changement d'usages, s'assure donc d'abord de protéger, de « sanctuariser » cette zone de confort et s'attache alors à en prévenir ou à en réduire les risques et dommages induits, considérant que c'est à cette seule condition préalable que l'on peut – ou non – élaborer un projet de changement.

La relation d'aide et de soin pour **une meilleure qualité de vie**

L'objectif est d'intervenir sur la *qualité de vie* de la personne en vue de l'améliorer, de la stabiliser ou même seulement parfois d'en ralentir ou d'en retarder la dégradation. Cette notion permet, d'une part, de sortir du modèle élaboré par le savoir expert de « la bonne santé à tout prix » (qui, appliqué à l'alcoologie, donne « boire dans les normes ou ne pas boire ») et, d'autre part, de placer au centre de l'intervention la perception de l'usager autant que ses aspirations. La relation d'aide et de soin devient donc une négociation qui part de la *qualité de vie perçue* par l'usager dans l'objectif d'élaborer avec lui une proposition de *qualité de vie réalisable* qui soit le plus égale possible à la *qualité de vie souhaitée* par lui. Cela se concrétise par une mobilisation de toutes les compétences, afin de permettre aux personnes tout aussi bien une réorganisation de leurs usages quand elles le désirent ou le peuvent qu'un accompagnement au maintien de leurs pratiques si elles ne peuvent ou ne veulent les changer en travaillant les conséquences de ces usages sur leur qualité de vie et en élaborant une stratégie adaptée, dynamique et expérientielle (s'appuyant sur l'expérience vécue par l'usager) en vue d'agir sur celle-ci. Loin de n'être que l'affaire des alcoologues non plus que celle des soignants, la RdR en matière d'alcool est une manière nouvelle d'envisager les usages, de les nommer, de les accompagner et de les sécuriser. Il est essentiel que chacun, usager, proche, professionnel du social ou de la santé, puisse se l'approprier et se sente légitime depuis sa place à tenter d'autres discours, d'autres accueils, d'autres soutiens lorsqu'il apparaît que la personne ne peut répondre aux exigences d'un modèle contraignant s'appuyant sur la capacité au changement radical d'organisation de vie que constitue la modification des manières de boire. C'est en prenant le risque d'expérimenter que nous construirons une véritable RdR fondée sur la volonté de ne plus laisser personne à la porte du soin ou face aux choix que l'on propose à Monsieur L.

« La prévention sanitaire »

Cour des comptes, octobre 2011

Gilles Pialoux / Rédacteur en chef, hôpital Tenon, Paris

La prévention sanitaire, vue par la Cour des comptes (exemple de l'alcool), constitue un document aussi opulent qu'intéressant livré en octobre 2011. La Cour des comptes y dresse l'état de la prévention et des financements de la prévention vis-à-vis des maladies et infections en France, sur 138 pages. Pas facile de s'y retrouver, à commencer par le coût total de la prévention, puisque, comme l'expliquent les rapporteurs, l'effort financier consacré à la prévention sanitaire en France pour l'alcool varie selon les méthodes de calcul dans un rapport de 1 à 10 ! Soit d'un million d'euros par an selon les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) gérés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), jusqu'à 10,5 millions d'euros en fonction des résultats de l'étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

Le chapitre consacré à la prévention des désordres liés à la consommation d'alcool pourrait se résumer par son titre : « Les ambiguïtés récurrentes de la prévention des risques liés à l'alcool »... Il y est beaucoup question du Conseil de modération et de prévention mis en place par le décret du 4 octobre 2005, rattaché au ministère de la Santé et au ministère de l'Agriculture. Ce Conseil est présenté par certains professionnels de la santé publique comme « une instance de protection des intérêts viticoles ». Les rapporteurs pointent, de fait, la nécessité d'une approche interministérielle et transversale de la politique des préventions des effets néfastes de l'alcool, compte tenu de la diversité des populations auxquelles les actions de prévention s'adressent.

La Cour des comptes pointe aussi « le cloisonnement et la dispersion des responsabilités au niveau central qui entravent l'affirmation d'une politique de prévention forte et ne peut que faciliter des contre-stratégies de la part des intérêts économiques pour atténuer l'efficacité des mesures décidées ».

L'actuel rapport, en cours de publication, devrait revenir sur la question des agences régionales de santé (ARS) et voir dans quelle mesure ces structures ont permis de promouvoir une dynamique locale de prévention, notamment dans les régions fortement viticoles. La Cour des comptes prévoyait de donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire, ce qui est resté, à ma connaissance, lettre morte.

On revient aussi sur l'expertise collective de l'Institut national du cancer (INCa) publiée en novembre 2007 sur les rapports entre alcool et risques de cancer et qui conclut, en l'absence d'expertise collective concernant l'éventuel effet protecteur au niveau des facteurs de risque cardio-vasculaire, qu'il n'était pas souhaitable « de promouvoir la consommation modérée d'alcool en l'état actuel des connaissances ».

La Cour des comptes rejoint l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) [2009] qui avait déjà pointé les déséquilibres des moyens consacrés à la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles par rapport à ceux consacrés à d'autres problèmes de santé. Plus de 25 millions d'euros en 2009 pour la prévention du sida et infections sexuellement transmissibles (IST) contre cinq fois moins pour la prévention relative à l'alcool (5,3 millions d'euros). Comme souvent venant de la Cour des comptes, l'opposition des chiffres est singulière ! En 2006, le rapport rappelle que le montant des investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées s'est élevé à 306 millions d'euros, soit presque trois fois le budget global de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui couvre tous les secteurs de prévention sanitaire...

Un cabinet franco-allemand à Kehl

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Le 17 septembre dernier, le cabinet transfrontalier de traitement médical de l'addiction, première micro-structure mise en place en Allemagne, a ouvert ses portes de l'autre côté du Rhin, à Kehl.



En arrière-plan, à gauche, le Dr Baldner (médecin allemand), Michèle Falch-Knappe, la directrice (au centre). À droite et derrière, le Dr Patrick Gassmann (médecin français). Avec les lunettes, le Dr Dieter Seufert (médecin allemand du cabinet).

Un grand jour pour l'équipe d'Ithaque de Strasbourg, qui, après avoir participé avec ses collègues allemands, à ce « chantier » qui a duré deux bonnes années, a pu ouvrir, en présence d'une délégation de la Mildt, les portes de ce cabinet hors pair. Désormais, une cinquantaine de patients du district de Kehl, dans leur majorité Allemands, pourront bénéficier, tous les jours (sauf, pour le moment, le week-end), de traitements de substitution, méthadone surtout. « C'est un grand plus pour les patients de ce district qui devaient aller jusqu'à Offenbourg, à 40 km de là, pour obtenir quotidiennement, dans un centre spécialisé, pendant au moins six mois, leur traitement. Alors bien sûr, nombre d'entre eux allaient se "fournir" dans les rues de Strasbourg ! », explique Danielle Bader-Ledit, la directrice d'Ithaque de Strasbourg, qui, du côté français, a initié le projet, élaboré du côté allemand, par DROBS Kehl (Centre de consultation pour jeunes et consommateurs de drogue), affilié à la fédération régionale BWLV (*Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Substitution*).

La mise en place du projet elle-même a été rendue possible par le soutien de l'Eurodistrict, de la ville de Kehl, et du land Bade-Wurtemberg. On imagine les trésors de

négociations, échanges, et mises à plat autour d'une même table des législations et procédures financières différentes, qu'il a fallu déployer pour arriver à mettre tout le monde d'accord. Et surtout pouvoir, in fine, installer l'équipe, sur les trois niveaux de la grande bâtisse de briques rouges de la Bankstrasse à Kehl, qui abritait le centre de prise en charge psychosociale de DROBS : le rez-de-chaussée, pour l'accueil, avec un bureau pour le travailleur social et le psychologue, l'espace pour la délivrance quotidienne de la méthadone à l'aide d'un doseur électronique, une cuisine « sympa » ; le premier étage, pour le stockage des matériels de réduction des risques et de prévention, et le bureau de la directrice, Michèle Falch-Knappe ; le deuxième étage, pour les bureaux consacrés aux entretiens avec la psychologue, et deux travailleurs sociaux, évidemment bilingues.

La microstructure de Kehl emploie deux médecins Allemands et un Français, le Dr Patrick Gassmann, qui ont suivi une formation spécialisée leur permettant de prendre en charge jusqu'à 50 patients. En Allemagne, en effet, les médecins généralistes qui n'ont pas reçu cette formation, doivent limiter leur patientèle « addicte » à trois. Le « Français » a donc suivi une formation d'addictologue allemand à Fribourg et s'est inscrit à l'ordre des médecins allemand. Selon le principe des microstructures*, ils travaillent en équipe avec des infirmiers, aides-soignants, psychologues et travailleurs sociaux.

« Nous voulions créer un dispositif sanitaire de proximité européen, médico-psychosocial, s'adressant à des populations à risque évoluant au sein de l'Eurodistrict », commente le Dr George-Henri Melenotte, directeur médical d'Ithaque et actuel président de la Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS)*. Si l'évaluation de l'impact sanitaire du dispositif prévue en amont se révèle positive en aval, on peut espérer que d'autres microstructures, du même type, ouvriront leurs portes en Allemagne. Et pourquoi pas en France, voire dans différents pays de l'Union européenne !

« Nous pourrions peut-être contribuer ainsi très concrètement à faire vivre l'Europe » conclut Danielle Bader-Ledit.

* Une microstructure réunit, régulièrement, au cabinet du médecin généraliste, un psychologue, un travailleur social ou tout autre professionnel permettant le suivi polyvalent des usagers de drogues. Les microstructures d'une aire géographique donnée sont organisées en réseau. « RMS Alsace », qui en a été l'initiateur en 2000, regroupe 17 microstructures médicales. Les sept réseaux existants, dont cinq en activité, sont réunis au sein de la Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS).

SAFE, un programme d'échange de seringues par voie postale

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Le Programme d'échange de seringues (PES) postal a été lancé en 2011 par l'association Safe de réduction des risques. Bien qu'encore expérimental, il compte plus de 140 usagers de drogues dans sa file active, qui reçoivent leurs matériels d'injection ou de sniff... par la poste.

Kesakô ? « Non, bien sûr, nous ne sommes pas un automate de distribution de kits contre matériels usagés, sous pli, avec timbres, prévient d'emblée Catherine Duplessy, la directrice de SAFE. Notre programme est appelé "PES postal" car c'est la terminologie "PES" que comprennent les usagers. Dans les faits, nous mettons à leur disposition tous les matériels de consommation pour injecteurs, sniffeurs et fumeurs de crack, tels qu'ils en expriment le besoin. »

Au départ, un constat : il existe une population d'usagers de drogues, vivant loin des lieux d'accueil et de soins, relativement bien insérée, plutôt plus féminine et plus jeune que celle rencontrée habituellement, qui appréhende de s'adresser aux pharmaciens d'officine dans de petites communes où tout risque de se savoir, parfois « tricarde » chez les médecins... Bref, un public différent de celui auquel SAFE a affaire dans son programme d'échange de seringues en Île-de-France, que ce soit celui rencontré dans la rue lors du remplissage des automates ou accueilli au local de l'association, avenue de la Porte-de-la-Plaine, près du Parc des Expositions de la Porte de Versailles.

Comment la faire bénéficier d'actions et de matériels de réduction des risques ?

Il fallait l'oser

Simple : aller au-devant d'elle... Par mail et par la poste ! Il fallait y penser, il fallait l'oser. Catherine l'a fait,

avec conviction, passion même et surtout un grand professionnalisme, dans la « gestion » des contacts et des stocks.

L'expérimentation a démarré sur fonds propres à la fin mai 2011 et a fonctionné sans subventions institutionnelles en 2011 et 2012. Elle a été rendue possible grâce à des dons de laboratoires et fournisseurs, ainsi qu'à ceux de kits de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, kits dont l'eau pour préparation injectable (PPI) seule était périmée, ce qui a permis de récupérer les nombreux autres outils de prévention en cours de validité. Elle a pu exister et se développer grâce à l'équipe de SAFE, super motivée, Catherine, Fabienne, chargée du développement des projets, Bienvenue, coordinateur de la logistique, Yves, Benoît et Julien, trois agents de prévention et techniciens, etc. Six personnes pour gérer à la fois les 61 automates de Paris et sa région, qui dispensent des trousseaux de prévention Kit+ contenant tout le matériel nécessaire pour réaliser deux injections contre un jeton, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, le travail de rue et le PES postal. Au total, ils diffusent près de 500 000 seringues à l'année. Et pour le PES postal, ce sont 140 usagers dans la file active à la fin mai, qui ont reçu, rien qu'entre janvier et mai 2013, 36 800 seringues (entre autres) dans 218 colissimos... En attendant des budgets de fonctionnement suffisants, il a fallu se contenter, pour se faire connaître, de radio tam-tam. En d'autres termes, du site



de SAFE et des partenaires : PsychoActif, journal ASUD, Fédération Addiction, un certain nombre de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud), etc. Plusieurs d'entre eux participent d'ailleurs au comité de pilotage* du projet.

Pas seulement une affaire de colissimo

Tout commence par l'accueil téléphonique ou par mail, étape essentielle du « parcours » de l'usager de drogues dans le PES postal. Il faut, au travers de l'écoute et de ce premier entretien, cerner les pratiques et les prises de risques, identifier les attentes, les besoins en informations, matériels, voire orientation vers des structures classiques de réduction des risques ou de soins. Sans jamais imposer de solution, encore moins de jugement !

« *Beaucoup d'usagers nous disent qu'ils préfèrent s'adresser à nous, par téléphone ou mail, pour ne pas avoir à répondre aux questions qu'on leur pose dans les Caarud* ». Au bout du fil, ou sur le fil virtuel, il est fréquent que le répondant identifie des pratiques à risques pas encore corrigées, ou cachées aux équipes des Caarud. « *Par exemple, ils sous-évaluent systématiquement leurs besoins en matériel, comme ils le font face à une équipe de Caarud, et on comprend qu'ils ont l'habitude de réutiliser plusieurs fois leurs matériels. Alors, on corrige... à la hausse ! Ou, à l'inverse, ils les surévaluent parce qu'ils ont l'intention, manifestement, d'en faire profiter des copains. On en parle, pour bien adapter les outils... Il faut que nous les amenions à adopter pour chacun la règle d'un matériel égale une injection* », explique Catherine. Ou autre exemple : derrière la demande d'aiguilles de 5 ml, de gros calibre, que l'usager ne peut pas facilement se procurer en pharmacie, il faut identifier l'injection de médicaments et parler des risques associés. Ainsi, 60 % de la file active en 2012 injectaient au moins un médicament (incluant les traitements de substitution aux opiacés [TSO]) et 25 %, au moins deux.

Ensuite, il faut gérer les bons de commande, stocks, envois de colissimos. Toute une logistique qui se « tricote » dans un sous-sol qui ressemble à celui d'une pharmacie classique. Sur des étagères, les cartons contenant les différents matériels et dispositifs disponibles : seringues, serties ou non, 1 ml, 2 ml, 5 ml, aiguilles G23, G25, G26, G27, G30, filtres toupies, tampons désinfectants, doses d'eau stérile, d'acide ascorbique, de sérum physiologique, cups, kits, champs de soin, lingettes de chlorhexidine contre le virus de l'hépatite C (VHC) ou classiques, préservatifs masculins et Fémidon, doses de gel intime, carnets « *roule ta paille* », etc. D'autres car-

*Association SAFE

11 avenue de la Porte-de-la-Plaine, 75015 Paris
 tél. : 01 40 09 04 45
 e-mail : catherine.duplessy@safe.asso.fr
 site Internet : www.safe.asso.fr

Fédération Addiction

9 rue des Bluets, 75011 Paris
 tél. : 01 43 43 72 38, fax : 01 43 66 28 38
 e-mail : infos@federationaddiction.fr
 site Internet : www.federationaddiction.fr

PsychoACTIF, organisation d'auto-support,

forum d'entraide, d'info, de partage
 d'expériences, pour les usagers de drogues
 tél. : 06 63 55 65 54
 e-mail Pierre Chappard : modos@psychoactif.fr
 Twitter : @Psychoactif
 Facebook : www.facebook.com/Psychoactif.fr

La file active du PES postal

- > Les demandes sont venues de 17 régions (sur 22) et de 51 départements. La moitié habite dans des communes rurales de moins de 10 000 habitants et, pour une grande majorité d'entre eux, de moins de 5 000 habitants.
- > La première cause de fréquentation du programme : l'éloignement géographique et le temps de déplacement pour se rendre sur les lieux d'accueil spécialisés, puis la difficulté pour obtenir, au Caarud le plus proche, le matériel désiré (pas certains matériels en stock ou, pas en quantités suffisantes pour diverses raisons, horaires d'ouverture incompatibles), enfin, peur d'être identifié comme usager de drogues à la pharmacie ou devant l'automate.
- > Le programme accueille des personnes de 20 à 50 ans (âge moyen : 33 ans), 36 % de femmes et 64 % d'hommes. Parmi eux, 84 % ont un logement stable, 8 % un logement mobile (type caravane) dans un contexte de vie choisi. Seuls 4 % vivent en squat et 4 % sont hébergés sans certitude de durée de cet hébergement. Plus de la moitié travaillent.
- > Près d'un tiers des usagers du PES sont sous TSO prescrits. Ils déclarent (chiffres de 2012) injecter le Skénan® (38 %), la buprénorphine haut dosage (BHD) (23 %), la méthadone (11 %), et d'autres médicaments (14 %), l'héroïne (29 %), la cocaïne (19 %), des produits de synthèse (4 %).

tons contiennent les flyers, brochures d'infos diverses sur le VHC, le sida, la réduction des risques, etc.

Dans un coin, un petit bureau, on trie et traite les bons de commande « *usagers* », jamais numérisés, chacun doté



d'un « *identifiant* », anonyme, communs à la « *remise de matériel* » au « *local* », dans la « *rue* », par « *PES postal* ». On prépare la commande de l'utilisateur, pour un mois, pour économiser les frais d'envoi d'un paquet en colissimo (7 €, en moyenne) avec un contenu pour un coût moyen de 75 € (soit 175 seringues, soit trois injections par jour et autres matériels pour deux personnes).

Au premier étage, on s'occupe du suivi administratif du programme et de son évaluation, des liens avec les établissements médico-sociaux du territoire des bénéficiaires du PES, et – uniquement avec l'accord des usagers – de leur mise en contact avec des professionnels (Caarud, Csapa, médecins, etc.). Il faut savoir qu'un tiers de la file active est suivi « en double ». « *Nous prenons par exemple le relais de leur Caarud pendant des périodes de congés ou de fermeture. De notre côté, nous sommes amenés à orienter des usagers vers l'une de ces structures dont ils ignoraient l'existence. Nous avons d'ailleurs de bonnes relations avec les Caarud.* »

Tout « baigne » ? Non, pas vraiment : aujourd'hui, l'inquiétude sur la pérennité du programme est à l'ordre du jour, car les budgets pour le financer ne sont pas (encore !) au rendez-vous.

Que ceux qui n'ont pas le même souci, par les temps qui courent, nous écrivent ! Il y a fort à parier que la rédaction ne va pas couler sous les courriers et courriels de ses lecteurs !

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de **10 euros pour frais d'envoi** des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

11^e colloque Toxicomanies Hépatites Sida (THS 11)

Biarritz, 8-11 octobre 2013

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Vingtième anniversaire pour ce onzième colloque bisannuel THS¹ qui a réuni à Biarritz, durant quatre jours, sous la présidence d'honneur de Françoise Barré Sinoussi, et la présidence du Pr Charles O'Brien, plus de 600 congressistes, venus des quatre continents. Avec, en ouverture, une conférence débat ouverte au public – «À propos de l'expérience du cannabis thérapeutique et de la légalisation de la marijuana dans certains États des États-Unis» –, qui a soulevé une vigoureuse polémique. Et, pour temps forts, notamment: l'actualité des traitements des addictions opiacées, héroïne ou morphine, et buprénorphine/naloxone et possibilité de l'induction de la méthadone en ville en France, des ateliers sur le tabac, analysant le phénomène de la cigarette électronique, des séances plénières consacrées à l'alcool, abordant celui du baclofène et l'émergence de nouveaux traitements comme le nalméfène. Et, enfin, pour moment de satisfaction collective: la remise des insignes de chevalier de la Légion d'honneur au Pr Charles O'Brien, directeur adjoint du département de psychiatrie de l'université de Pennsylvanie, chercheur en neuro-psycho-pharmacologie.

THS, qui se tient tous les deux ans depuis 1993, est devenu l'espace multi- et transdisciplinaire où se rencontrent chercheurs en neurobiologie, cliniciens, épidémiologistes, responsables de la santé publique, militants associatifs des « domaines » sida, hépatites, addictions, des quatre continents. « Avec, depuis 2007, le soutien actif du National Institute on Drug Abuse (NIDA) et du National Institutes of Health (NIH), grâce précisément au Pr Charles O'Brien, dont la contribution aux relations scientifiques franco-américaines est connue de tous. Ce colloque a reçu aussi l'appui actif de Médecins du Monde, plus modeste mais bien réel, de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), et, institutionnel, de la Direction générale de la santé (DGS) », détaillait Jean-Pierre Daulouède, le directeur de THS, lors de la séance d'ouverture. « Dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés, l'un des principaux objectifs est l'élaboration d'un dispositif de

selon les résultats de l'étude Méthaville », annonçait d'entrée de jeu Albert Herszkowicz, au nom de la DGS, lors de cette même plénière introductive. Et dans celui du cannabis, « la redynamisation des consultations jeunes consommateurs de cannabis. »

Cannabis thérapeutique au Colorado, sur fond d'Amérique sans drogue

Le cannabis, justement, a été placé particulièrement sous les feux de la rampe de Biarritz avec la double conférence des Prs Herbert Kleber de New York, pour ses aspects pharmacologiques (effets délétères) et Robert E. Booth, de Denver, pour le bilan de sa légalisation, à titre thérapeutique, dans le Colorado.

« En 2000, les électeurs du Colorado ont approuvé l'utilisation légale du cannabis à des fins médicales pour les raisons suivantes: le cancer, le glaucome, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida, la cachexie, les

¹ www.thsbiarritz.com primo-prescription de la méthadone en ville,



douleurs sévères, des nausées, convulsions, spasmes musculaires et “toute autre situation” approuvée par le ministère de la Santé du Colorado. Jusqu’en 2009, il y avait peu de personnes inscrites, alors qu’à l’automne 2009, le nombre d’inscriptions augmente de façon spectaculaire », expliquait le Pr Booth : en février 2013, cet État comptait plus de 210 000 candidats à la « licence pour fumer » et 109 000 patients sous cannabis thérapeutique, dont 94 % pour des douleurs sévères. Selon les données qualitatives, les patients sous marijuana médicale ont estimé qu’ils ont été aidés par ce traitement pour calmer leurs nausées, états anxieux, troubles bipolaires, perte d’appétit, privation de sommeil, gestion de la douleur et... pour abandonner les opiacés sur prescription, dont la fameuse oxycodone, l’antalgique auquel s’accrochent tant d’Américains... comme le Dr House !

Revers de cette légalisation, de 2004 à 2010, « Au Colorado, on fume plus de cannabis, car on en perçoit moins le risque d’en fumer que dans le reste des États-Unis : les données épidémiologiques indiquent une augmentation constante de la consommation de marijuana à Denver (Colorado), dépassant de loin les chiffres globaux des États-Unis », poursuivait-il, « et l’utilisation de la marijuana chez les étudiants a augmenté continuellement en six ans, atteignant plus de 30 % à Denver et dans le Colorado. À partir de 2009, les suspensions et les exclusions scolaires ont atteint un sommet, tout comme le nombre de tests sanguins positifs pour conduite sous l’influence de tétra-hydro-cannabinol (THC) [...] », expliquait-il, tout en reconnaissant aussi le bénéfice. Une corrélation toute personnelle qui a suscité la diffusion sans délai, au retour de THS 11, d’une protestation sévère de certains congressistes sur ce qu’ils ont qualifié d’« étrange symposium sur fond d’Amérique sans drogue à Biarritz [...] ». La rigueur n’était pas au rendez-vous de ce *Te Deum* prohibitionniste, ont commenté Laurent Appel (ASUD), Patrick Favrel (Sos Hépatites), Mario Lap (Drugtext Foundation), Fabienne Lopez (Principes Actifs) et Jérôme Tetaz (Principes Actifs). « Au moment où les États-Unis commencent à réguler les marchés du cannabis, on nous exhibe deux des derniers prohibitionnistes américains. Leur démonstration n’avait qu’un objectif : montrer que le cannabis médical entraîne une augmentation globale de la consommation et qu’il n’est qu’une manœuvre préparant la légalisation du cannabis récréatif. »

Il faut dire que la diffusion du cannabis thérapeutique, en infusettes, gommages, gâteaux (*space cakes*), gouttes, à fumer, sucer ou manger, a suscité un « canna-business » très lucratif pour les propriétaires des Medical Marijuana Centers, (les mmC), qui se sont mis à pousser partout...

comme des champignons ! Avec, à leur tête, des « patrons » plus motivés par l’attrait du lucre que par l’intérêt pour les prises en charge d’usagers en difficulté. Pourtant, normalement, les patients titulaires d’une licence – à renouveler tous les ans – doivent avoir un médecin prescripteur, qui n’est pas propriétaire d’un mmC, auquel ils apportent la marijuana qu’ils cultivent ou achètent. Le nombre de ces prescripteurs a, lui aussi, augmenté fortement, passant de six en janvier 2009 (pour 495 « licenciés »), à 1 154 en décembre de cette même année (pour 10 585 licenciés). Toutefois, il est retombé à 894 en décembre 2012. Avec de grandes disparités entre eux : comme pour les TSO, un petit noyau d’une quarantaine de prescripteurs suivent plus de 1 000 patients, mais la grande majorité seulement un à dix.

Vers des traitements opiacés à la carte

On a aujourd’hui le recul suffisant pour évaluer l’intérêt et les inconvénients des agonistes opiacés et ajuster les traitements au plus près des besoins de patients, expliquait **Maria Torrens**, professeur à l’université de Barcelone : la méthadone, la lévo-méthadone, la buprénorphine, la morphine à libération retardée, la diacétylmorphine (héroïne) : « la méthadone par voie orale (mais il existe aussi une forme injectable), le TSO le plus étudié et utilisé, a montré depuis plus de quarante ans qu’elle avait un excellent rapport coût/bénéfice et une très grande efficacité, à des dosages de 60 à 120 mg par jour en moyenne. Mais, dans la période d’initiation de trois à quatre semaines, elle peut entraîner des détresses respiratoires et, à des doses journalières supérieures à 100 mg, un allongement de l’intervalle QTc, avec des risques importants d’arythmies ventriculaires. Il faudrait donc faire systématiquement des électrocardiogrammes à tous nos patients, à partir de ces dosages », expliquait-elle.

Par ailleurs, il faut relever l’un des défis majeurs actuels posés par ces médicaments agonistes opiacés, impliquant différents cytochromes, CYP (3A4, 2B6, 2D6, 2CD19 pour la méthadone ; 3A4, 3A5, 2C8, pour la buprénorphine ; 3A4, 2C8 pour la morphine, etc.) : les interactions avec un grand nombre de médicaments inhibiteurs de ces CYP (antifongiques, antibiotiques, antiprotéases, etc.) provoquent une augmentation des niveaux plasmatiques d’opiacés avec risques de surdosages. À l’inverse, les inducteurs du CYP 3A4, par exemple (anticonvulsifs comme la carbamazépine, la phénytoïne, etc.), abaissent les niveaux plasmatiques de méthadone, entraînant un syndrome de manque. « Or, nos patients vieillissent et sont le plus souvent polymédicamentés »,



Ci-contre, Maria Torrens et le Professeur Charles O'Brien

Ci-dessous, la remise des insignes de chevalier de la Légion d'honneur au Pr Charles O'Brien



ajoutait-elle. Peut-être faudrait-il préférer **la lévo-méthadone** à la méthadone qui n'allonge pas l'intervalle QTc, mais coûte plus cher, disait-elle.

Une bonne alternative, lorsque les patients tolèrent mal la méthadone, poursuivait Maria Torrens : **la morphine à libération retardée**, c'est-à-dire les sulfates de morphine et chlorhydrates d'oxycodone (qui se prend le plus souvent en deux prises par jour), tout aussi efficaces que les autres agonistes, avec un taux de rétention analogue à celui de la méthadone, qui n'allongent pas l'intervalle QTc, mais ont aussi pour effet adverse la détresse respiratoire.

Ou encore le recours à l'héroïne médicalisée, dont le taux de rétention est maximal, qui diminue les trafics et les implications des usagers dans les actes criminels et la mortalité et qui a un bon rapport qualité/prix (selon une

étude suisse). « Problème central, toutefois : l'organisation de sa dispensation », remarquait Maria Torrens. Le traitement par injections d'héroïne sous supervision médicale a été introduit pour la première fois en Suisse au milieu des années 1990. Au cours de ces seize dernières années, six pays, au sein et à l'extérieur de l'Europe, ont testé cette nouvelle approche clinique. Aujourd'hui, selon un rapport récent de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies de Lisbonne, ce traitement est disponible légalement pour les usagers d'opiacés de longue durée réfractaires à tout autre traitement au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse, et uniquement dans le cadre d'essais menés à des fins de recherche en Espagne et au Canada. Ce dernier pays a lancé l'essai North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) pour évaluer l'inté-



rêt de l'hydromorphe injectable (Dilaudid®, etc.), aux propriétés presque similaires, versus méthadone, qui en a confirmé la pertinence comme option thérapeutique pour les personnes en échec de traitement².

Enfin, la buprénorphine sublinguale, utilisée à la dose moyenne journalière de 16 à 32 mg, a l'avantage d'avoir un effet plafond, donc d'entraîner moins de risque de détresse respiratoire et pas de torsades de pointe. La période d'induction à la dose optimale est bien plus rapide (8 mg dès les premier ou deuxième jours). Son principal inconvénient est son détournement d'usage et sa vente au marché noir. D'où l'idée de lui adjoindre de la naloxone (Suboxone®) pour en limiter le mésusage et son détournement par injection (voir l'article sur l'étude RIME p. 19).

Bientôt la primo-prescription de la méthadone en ville

En France, la publication des premiers résultats de la première étude randomisée en médecine générale concernant la prise en charge des usagers de drogues, *Méthaville* (ministère de la Santé, ANRS), présentée à THS par **Patrizia Carrieri** (Marseille), met à l'ordre du jour la primo-prescription de ce TSO en ville : 221 patients ont été « randomisés » dans l'étude, parmi lesquels on en a retenu 43 commençant et suivant un traitement méthadone dans des centres spécialisés, et 145 en cabinet de médecine générale (au dosage maximum de 40 mg à l'induction, avec augmentation de 10 mg tous les deux à quatre jours, jusqu'à la dose de stabilisation, sous supervision en pharmacie quotidienne). L'objectif principal était d'évaluer, par enquête téléphonique, la satisfaction des patients et de mesurer leur abstinence d'opiacés à un an. Résultat : « Contrairement à ce que l'on s'attendait à trouver, la médecine de ville ne s'est pas montrée "inférieure", en termes d'abstinence à 12 mois, aux centres spécialisés. L'induction de ce traitement en médecine de ville est donc faisable », concluait-elle. Avec quelques nuances : « il faudrait inclure plus de patients, envisager une période de suivi plus longue que 12 mois, et tenir compte de l'hétérogénéité des sites en ville, certains médecins généralistes ne suivant qu'un seul patient, d'autres beaucoup plus [...] ».

Le « buzz » du vaporisateur personnel

Autre sujet, autre actualité, celle, « phare » de l'atelier tabac consacré à THS 11 par la Société française de

tabacologie à la cigarette électronique. « Pour la première fois, les utilisateurs, organisés en forums et en associations sont identifiés [...] », exposait le **Dr Gérard Mathern**, de Saint-Chamond, président de l'Institut Rhône-Alpes-Auvergne de tabacologie (IRAAT), qui en est un expert et un pionnier (*Swaps* reviendra sur ce sujet dans le prochain numéro). L'état des lieux qu'il a dressé à Biarritz de ce qu'il appelle désormais « le vaporisateur personnel » est globalement positif : les dispositifs sont devenus très performants (avec, par exemple, des voyants pour visualiser la consommation) ; les e-liquides vaporisés en brouillard de fines particules, le plus souvent à 60 °C, au niveau du « clearomiseur », un atomiseur, semblent sans danger. Les produits importés sont soumis aux normes de la répression des fraudes (DGC-CRF), ceux qui sont fabriqués en Europe et en France doivent avoir une norme « CE » ou « RoHS ». Dans la vapeur, il n'y a pas de monoxyde de carbone (CO), pas de gouttelettes, donc pas de cytotoxicité, ni de toxicité pour le système artériel, ni d'effets adverses reconnus. « Toutefois, la toxicité à long terme reste à étudier », nuance-t-il. Dans l'air ambiant, la vapeur se transforme en gaz en 11 secondes, en principe sans inconvénient pour les non-fumeurs et non-vapoteurs. Ombre au tableau, toutefois : la présence d'alcool en très petites quantités, qui ne s'évapore pas lorsqu'on le chauffe à 60 °C seulement, et qui peut certainement poser un problème, notamment pour les femmes enceintes.

Les dispositifs électroniques proposent des dosages adaptés aux besoins de nicotine de la plupart des fumeurs : 19,6 mg/ml pour le « très fort » (interdit de dépasser 20 mg/ml), 16 mg/ml pour le « fort », 11 mg/ml pour le « moyen » et 6 mg/ml pour le « faible ». Aux vapoteurs d'opter pour la formule qui leur convient le mieux, pour provoquer dans leur gorge la sensation de « throat it », qu'ils recherchent.

Enfin, les premières enquêtes ont bien montré que nombre de vapoteurs recouraient à la e-cigarette pour réduire les risques de leur tabagisme, voire s'engager dans un processus d'arrêt. Est-elle plus performante dans cette auto-indication que les substituts nicotiques classiques ? Il semble que non... Et, pour le moment, un bon 30 % de fumeurs n'en veulent pas.

En revanche, on craint fortement l'incitation à consommer de la nicotine des plus jeunes par effet de mode, les vaporisations d'alcool pour les gros vapoteurs et les femmes enceintes, les bricolages les plus improbables, vendus sur le Net...

² Frédéric Sorge (centre Mosaïque, Montreuil). L'intérêt des programmes d'héroïne confirmé. *Swaps* 4^e trimestre 2009 ; n° 57. www.pistes.fr/swaps/57_215.htm

tabacologie à la cigarette électronique. « Pour la première fois, un dispositif actif sur le tabagisme ne vient pas de la science. Pour la pre-

Suboxone® et étude RIME, une page se tourne

William Lowenstein / Président de SOS Addictions, 122, rue des Rosiers, 93400 Saint-Ouen

En octobre 2013, lors du congrès Toxicomanies, Hépatites, Sida (THS 11) à Biarritz, le Dr Didier Touzeau a présenté les résultats de RIME, étude clinique française randomisée évaluant l'efficacité de Suboxone® (association de la buprémorphine haut dosage [BHD] avec naloxone) dans le mésusage des injecteurs de BHD.

Les résultats à trois mois sont nettement en faveur de Suboxone® (75 % d'arrêt des injections dans le groupe Suboxone® contre 16 % dans le groupe BHD). Mais avant de les résumer, il paraît intéressant de rappeler les raisons pour lesquelles cette association (BHD plus naloxone) a éprouvé tant de difficultés à être prescrite en France depuis sa mise sur le marché en janvier 2012. La France étant le 46^e pays dans le monde à l'avoir commercialisée.

La France : pilote et terre d'expérimentation de la BHD

Rappelons tout d'abord que notre pays fut « pilote » et terre d'expérimentation de la BHD (Subutex®), largement prescrite par des médecins généralistes dès 1995/1996. En moins de dix ans, le Subutex® fut prescrit à plus de 80 000 personnes opio-dépendantes pendant que la méthadone, premier médicament de substitution opiacé dans le monde, dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) datait de 1994, n'était prescrite qu'à 15 000 patients durant cette période. Cette large et souple accessibilité du Subutex® associée à l'engagement des médecins généralistes et au développement des mesures de réduction des risques (RdR) en France permit une réduction des overdoses (OD), des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une amélioration clinique et sociale des patients. Cependant, le Subutex®, étant facilement injectable par voie veineuse, le mésusage (et le trafic) de BHD se déve-

loppèrent progressivement. Le mésusage intraveineux variait de 15 à 60 % selon les études avec ses conséquences infectieuses locales (abcès délabrants) et générales (septicémie, endocardite, abcès pulmonaire ou cérébral).

On ne dissuade pas les patients, on les aide à s'aider

Stimulé par l'arrivée concurrentielle des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) génériques, le laboratoire Schering-Plough lança alors l'association Suboxone® initialement présenté comme un médicament non injectable, susceptible de parer au mésusage de Subutex® par voie veineuse. Suboxone® ne fut pas reconnu comme tel par les médecins et, de leur côté, les patients sont restés très attachés à leur Subutex®, si bien que ni Suboxone® ni les génériques ne réussirent à s'imposer. De même, nos tutelles n'ont pas jugé Suboxone® comme une association susceptible d'apporter une amélioration du service médical rendu. Dès lors, il ne fut que très peu prescrit jusqu'en 2012-2013 : environ 3 % des prescriptions de BHD.

Une page se tourne...

Les évolutions des « grands laboratoires » (Schering-Plough, Merck, Reckitt & Benckiser), d'une part, les expériences internationales et l'étude RIME, d'autre part, devraient permettre de tourner cette première page bien mal écrite, en France, de l'histoire du Suboxone®.



RIME est une étude française, randomisée, multicentrique (20 centres) menée de 2010 à 2012 et coordonnée par le Dr Didier Touzeau. RIME a inclus laborieusement 158 patients injecteurs de BHD par voie veineuse. Ils

étaient très majoritairement des hommes d'un âge moyen de 36 ans, ayant 12 ans d'usage d'héroïne en moyenne avant leur inclusion. La randomisation conduisit à deux groupes de 79 patients (un groupe BHD et un groupe Suboxone®). L'étude évalua la réduction du mésusage par injection au bout de trois mois et un suivi optionnel de neuf mois fut proposé à tous les patients. Au bout de trois mois, les trois quarts (74,2%) des patients avaient arrêté l'injection dans le groupe Suboxone® contre 15,9% dans le groupe BHD. Plus largement, 90% des patients Suboxone® avaient diminué d'au moins 30% leur nombre d'injections hebdomadaires contre 45% dans le groupe buprémorphine. Enfin, à trois mois, les profils de tolérance de Suboxone® et de BHD étaient jugés équivalents.

Travail, alcool, drogues, médicaments psychotropes : la nouvelle donne

Les usages d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues illicites se transforment : nouveaux consommateurs, nouveaux produits, nouvelles prescriptions, nouvelles fonctions... Dans leurs interrelations avec le travail, ces consommations sont-elles des risques ou des ressources ? Des stratégies individuelles ou collectives ? Porteuses de performance ou d'irresponsabilité ? Ces réalités ne se combinent-elles pas plus qu'elles ne s'opposent ?

Ces questions vous intéressent ?

Venez les approfondir et en débattre au **1^{er} congrès Addictologie et travail 2014 : « Travail, santé et usages de substances psychoactives. État des connaissances et modèles de prévention »**, organisé par l'association ADDITRA, le CNAM, la Fédération Addiction, la MILDT et le DIM GESTES-région Île-de-France, les **7 et 8 avril 2014** au Beffroi de Montrouge (congres.additra.fr).

Le congrès Addictologie et travail 2014 veut instruire les relations invisibles, stigmatisées, entre activités professionnelles, organisation du travail, culture, santé et consommations de substances psychoactives.

Il s'agit de quitter l'approche strictement individualisante de la question posée, de quitter le déni des interrelations entre travail et usages de substances psychoactives.

Il s'agit d'ouvrir l'analyse à tous les usages et aux différentes rationalités à l'œuvre dans les conduites apparemment individuelles, déviantes, paradoxales ou énigmatiques des consommateurs et de leur entourage professionnel.

Le dialogue entre chercheurs et praticiens, sciences du travail et addictologie, posé comme cadre de ce congrès, doit permettre de développer de nouvelles stratégies d'action : de transformation des usages en transformation du travail.

Programme et inscriptions : congres.additra.fr

L'étude RIME devrait permettre d'élargir la gamme des MSO

Après plusieurs études internationales, cette étude française, accomplie exclusivement chez des injecteurs de BHD, devrait permettre d'élargir la gamme des MSO, au côté de la méthadone et de la BHD seule.

L'association Suboxone® trouvera sa place dans la proposition thérapeutique française d'autant plus efficacement que le médecin prescripteur aura la volonté et la possibilité d'aider pharmacologiquement son patient, de saisir avec lui son exigence pharmacodynamique de soulagement comme dans le traitement de la douleur. Loin de l'idée de dissuasion et proche de l'alliance thérapeutique éclairée.

Au-delà des préjugés, une ambition : modifier la trajectoire addictive des usagers

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Voici les principales conclusions de l'étude Access, enquête européenne soutenue par RB Pharmaceuticals (RBP) dont le volet français a été mené entre fin 2011 et début 2012¹ et des dernières enquêtes (2012) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)², développées lors d'une conférence de presse de Reckitt Benckiser le 5 avril dernier.

La France compte plus de 180 000 personnes dépendantes à l'héroïne² et environ 500 000 auraient déjà consommé de l'héroïne une fois dans leur vie³. Depuis le début des années 1990, avec la mise en place du suivi de cette population, on constate une augmentation régulière du nombre d'expérimentateurs d'héroïne. Leur pourcentage a doublé depuis 1992, passant de 0,6 % à 1,2 % des 18-64 ans en 2010^{4,5}, mais la tendance montre une baisse, amorcée depuis 2008, du nombre d'expérimentateurs chez les plus jeunes.

Leur profil évolue rapidement

¹ Benyamina A. Étude ACCESS

² OFDT. Drogues, chiffres clés, Janvier 2012

³ Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients. OFDT novembre 2012

⁴ Beck F, Guignard R, Richard JB et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. OFDT juin 2011 ; 76

⁵ Chast F. Les traitements de substitution aux opiacés : bilan des politiques publiques. Annales Pharmaceutiques Françaises 2009 ; 67 : 2999-303

⁶ Rahis AC, Cadet-Tairou A, Delile JM. Les nouveaux visages de la marginalité. In: Costes J.M. (Dir.). Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 – Vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis: OFDT, 2010 ; 26-37

⁷ Cabal C. Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 février 2002

L'usage d'héroïne, dominant dans les années 1970-1990, a, en effet, reculé devant la diversification des consommations liées à l'arrivée des dérivés amphétaminiques et de la baisse du prix de la cocaïne^{2,6}. Au cours de cette période, l'usager type a vieilli, dépassant la trentaine^{1,7}, et s'est marginalisé. Au fil des années, l'accroissement de la précarité, avec le développement des « jeunes errants » observés fréquemment dans le cadre du mouvement festif techno, se traduit par une désocialisation importante aboutissant à une entrée tardive dans l'héroïnomanie couplée à une polyconsommation de plus en plus courante⁶.

Leur dépendance, considérée maintenant comme une maladie chronique évolutive, est associée à des comorbidités psychologiques, psychiatriques et somatiques^{1,4}. Il s'agit d'un

« patient complexe » expliquait le Dr Laurent Karila. Si 60 % des sujets interrogés dans le cadre de l'étude Access s'estiment en bonne ou très bonne santé, ils sont moins de la moitié à juger de la même manière leur santé mentale, reconnaissant souffrir de troubles du sommeil, d'anxiété, de dépression, de troubles du comportement (agressivité). Contre toute attente, plus de la moitié des interrogés travaillaient. Moins de 25 % avaient vécu une expérience carcérale. Ils étaient largement polyconsommateurs. Cinquante pour cent avaient déjà eu recours à la buprénorphine avant de bénéficier de leur traitement de substitution aux opiacés (TSO). La majorité était sous traitement depuis plus d'un an avec une moyenne de quatre ans. Pour 83 %, il s'agissait de leurs premiers traitements. Les principaux déclencheurs ayant mené à l'instauration du TSO étaient la volonté d'amélioration de l'état de santé, puis la réduction de la dépendance³. L'information sur les TSO était considérée comme cruciale, plus de 70 % des patients ayant tenté d'en collecter avant l'instauration. Au total, 70 % ont reconnu avoir été bien informés même si 50 % notaient qu'ils auraient demandé à recevoir un traitement plus tôt s'ils en avaient été informés. La majorité avait entendu parler de la buprénorphine et de la méthadone, la première étant la plus connue. Près de la moitié avait demandé un traitement précis qu'ils ont pratiquement systématiquement reçu. Soixante-dix pour cent des interrogés étaient traités par buprénorphine, 90 % se disaient satisfaits ou très satisfaits de leur traitement⁶ et 40 % des répondants bénéficiaient d'une prise en charge psychologique, jugée



utile par 75% d'entre eux. « Ce formidable essor des TSO lors des années 1990 a conduit la majeure partie des usagers d'opiacés à bénéficier d'une démarche réellement médicale et d'un traitement leur permettant de gérer efficacement la diminution ou l'arrêt des opiacés », soulignait le Dr William Lowenstein, interniste, spécialiste des addictions et président de SOS Addictions.

Repenser l'addictologie

On le voit, pour répondre aux attentes à la fois des patients et de la société, il est temps de repenser l'addictologie, pour tenir compte de cet enjeu majeur : la fréquence des comorbidités psychiatriques et somatiques (infections virales, hépatite C et VIH, affections sexuellement transmissibles, cardiaques ou pneumologiques, etc.), la précarisation des usagers et des patients, pour mettre en place, dans le cadre d'un réseau bien formé et motivé, un accompagnement au long cours de leur trajectoire.

Pour le Dr William Lowenstein, c'est « une troisième révolution qu'il faut penser », après celle de 1789, puis celle de la mise en place de mesures de réduction des risques après l'explosion du sida à partir de la fin des années 1980, avec la mise en vente libre des seringues par Michèle Barzach en 1987. « Depuis 2006, après l'amélioration considérable de l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés, et le Plan national addiction de 2006, on s'est un peu endormi », disait-il. Il plaide donc en faveur d'une nouvelle installation d'une politique nationale de santé des addictions, avec une définition d'objectifs évaluables, un renforcement de l'OFDT, la mise en chantier d'une agence de recherche, un peu comme le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) américain, et d'un Conseil national sur les addictions, sur le modèle de celui qui a fait ses preuves dans le domaine du sida pour statuer sur les questions éthiques et sociales (concernant les salles de consommation par exemple). « Qui pilote aujourd'hui la politique de santé des addictions ? » interpellait-il, évoquant l'actualité du baclofène et des e-cigarettes. « Il faut coordonner, réorganiser, et évaluer. »

Étude comparative des décès entre la buprénorphine haut dosage et la méthadone

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Plusieurs études, internationales et françaises, ont analysé les taux de décès sous méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD). Leurs conclusions sont claires, le risque de décès sous BHD est entre trois et quatre fois plus faible que sous méthadone.

Ainsi, une étude menée en Bavière en 2002-2003¹ comptait 96 décès sur 272 liés à l'usage de drogues imputables à la méthadone contre un à la BHD. Toutefois, elle ne précisait pas le nombre respectif d'utilisateurs de ces deux médicaments de substitution aux opiacés.

Au Royaume-Uni, une autre étude relevait 3 604 notifications concernant la méthadone parmi 32 276 certificats de décès, entre 1993 et 2002. Elle soulignait que, dans la plupart des cas, la méthadone avait été consommée en dehors d'un protocole de traitement de substitution².

En France, des données déjà anciennes, portant sur les années 1994 à 1998, trouvaient, parmi les patients traités sous méthadone, un taux annuel de décès trois fois plus élevé, au moins, que sous BHD. L'équipe de Marc Auriacombe de Bordeaux³ a fait, à cette occasion, une simulation du nombre de décès qu'on aurait dû avoir si tous les patients sous traitement de substitution avaient été traités par la méthadone. Elle a calculé qu'on aurait eu 288 décès au lieu des 46 constatés sous l'un ou l'autre de ces médicaments pendant cette période.

Les données françaises plus récentes concernant ces décès liés aux usages de drogues, qui donnent une information précise sur les substances utilisées, sont essentiellement issues du fichier Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES).

Cette enquête annuelle est réalisée par les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), responsables de « l'addictovigilance ». Après le pic atteint au milieu des années 1990, les données convergent pour constater que le nombre de décès par surdose a rapidement chuté, à la suite de l'adoption de la politique de réduction des

risques et de la diffusion rapide des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Ainsi, le nombre des surdoses en France est quatre à cinq fois moindre qu'en Allemagne, et six à sept fois inférieur qu'au Royaume-Uni, quelle que soit la substance en cause, alors que la méthadone est à l'origine de trois fois plus de décès en 2008. Explication : le choix fait par les autorités sanitaires françaises d'autoriser l'ensemble des médecins généralistes à prescrire de la BHD, agoniste partiel des opiacés, en raison d'une moindre dangerosité due à un effet plafond protecteur contre les surdoses⁴. D'où, en France, environ 75 % des patients sous TSO sont traités par la BHD, alors que, en Allemagne et au Royaume-Uni, c'est la méthadone qui est majoritairement prescrite. À noter toutefois : la majorité des surdoses par méthadone survient au début de son utilisation, souvent hors protocole de soins et elles ne sont pas toutes dues à une dépression respiratoire. En effet, on a aussi décrit un certain nombre de décès par absorption de vomi, œdème pulmonaire, bronchopneumonie, accident cardio-vasculaire, arythmie cardiaque⁵.

Les données de l'enquête annuelle 2009 montrent que la BHD est impliquée au total dans 40 décès en 2009, dont 30 sans association à une autre substance psychoactive et 68 décès directement liés à l'utilisation de la méthadone en 2009, dont 48 sans association à une autre substance psychoactive.

Conclusion

La probabilité de décès sous méthadone est au moins 4,5 fois plus élevée que sous BHD. Le rapport varie même entre 4,6 et 16 fois selon les années. En prenant en compte un risque relatif de 4,5 entre les deux spécialités, le nombre de décès serait accru de 107 si, en 2009, la méthadone était le seul traitement de substitution disponible⁶.

¹ Soyka M, Penning R, Wittchen U. Fatal poisoning in methadone and buprenorphine treated patients — are their differences? *Pharmacopsychiatry* 2006;39:85-7

² Corkery JM, Schifano F, Ghodse AH et al. The effects of methadone and its role in fatalities. *Hum Psychopharmacol* 2004;19:565-76

³ Auriacombe M, Franques P, Tignol J. Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France. *JAMA* 2001;285:45

⁴ Maremmani I, Gerra G. Buprenorphine-based regimens and methadone for the medical management of opioid dependence: selecting the appropriate drug for treatment. *Am J Addict* 2010;19:557-68

⁵ Vormfelde SV, Poser W. Deaths attributed to methadone. *Pharmacopsychiatry* 2001;34:217-22

⁶ DRAMES. Résultats de l'enquête 2009

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles PIALOUX

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Philippe Périn
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Stipa / 4M

Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
case 216
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : 01 58 80 87 31
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec la participation
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien financier de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Une fois n'est pas coutume, *Swaps* ouvre un dossier à un segment ancestral et en pleine évolution de l'addictologie centré sur l'usage de « **la drogue officielle élevée au rang de patrimoine, totem autour duquel s'organise des rites de socialisation** » : **l'alcool**, selon l'expression de Matthieu Fieulaine (voir page 6).

Plusieurs raisons ont préfiguré cette légitime intrusion de *Swaps* dans le monde de l'alcoolologie : la fin du dogme de l'abstinence comme seul projet thérapeutique valable, les nouveaux essais thérapeutiques des molécules ciblées sur l'alcoolodépendance (lire le recensement de Pierre Polomeni, page 2) et, plus encore, le fait que, désormais, 30 ans après les premiers soubresauts de l'alcoolologie en France, celle-ci rentre dans le champ de la réduction des risques (RdR).

Le baclofène, figure de proue de l'exceptionnalisme français en miroir des lobbies pro-alcool et pro-terroir y est pour beaucoup – trop ? – dans la visibilité publique du débat sur la RdR liée à la consommation excessive d'alcool. En sachant que le baclofène n'est pas la réponse unique à la question. D'autres molécules telles que le nalméfène bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne. Il est intéressant de constater que, dans les essais thérapeutiques de ces produits, tous les patients sont globalement tous améliorés, et ce quel que soit le type de traitement proposé, placebo compris. Ce qui conforte l'idée d'un accompagnement psychosocial comme base du traitement des conduites addictives à l'alcool. Nous reviendrons bien sûr sur cette question de l'alcool dans *Swaps*, notamment en exprimant les séismes que vivent actuellement certaines associations fondées sur le principe des Alcooliques Anonymes et pour lequel le champ de la RdR était, par essence, exclu de principe mais fait aujourd'hui largement débat au sein des associations de consommateurs.

Ce numéro 73 de *Swaps* passe en revue, grâce à la plume alerte de Florence Arnold-Richez, d'autres aspects de la RdR que ceux de l'alcool, à l'instar du programme SAFE d'échange de seringues par voie postale (page 11) ou du compte-rendu du 11^e colloque Toxicomanies Hépatites Sida (THS 11), qui s'est tenu à Biarritz en octobre dernier. Sans oublier la fiche technique, qui répond en écho aux aspects de la RdR évoqués sur l'alcoolologie moderne avec une proposition plus globale du Dr William Lowenstein qui plaide pour une nouvelle politique nationale de santé des addictions. Soit une véritable révolution post-traitement de substitution aux opiacés (TSO) et post-échange de seringues, avec notamment la demande d'une mise en chantier d'une agence de recherche dans la lignée du National Institute on Drug Abuse (NIDA) nord-américain et d'un conseil national sur les addictions. Pas certain que ce soit actuellement la priorité des politiques.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE