



RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS

**8^{ème} Colloque International
Toxicomanies-Hépatites-Sida**

LES RENCONTRES DE BIARRITZ 2007

8th International Congress Addiction Hepatitis Aids

8 Coloquio Internacional Toxicomanias Hepatitis Sida



8^{ÈME} COLLOQUE INTERNATIONAL TOXICOMANIES, HÉPATITES, SIDA
*Organisé par l'Association BIZIA en partenariat avec la SETHS (Société Européenne
Toxicomanie Hépatite Sida) et en partenariat transfrontalier avec MUNDUKO MEDIKUAK (Bilbao)*

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE

BERNARD KOUCHNER

Ministre des Affaires étrangères

ROSELYNE BACHELOT

Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

ALAIN ROUSSET

Président de la Région Aquitaine

JEAN-JACQUES LASSERRE

Président du Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques
Conseiller Régional d'Aquitaine

DIDIER BOROTRA

Sénateur - Maire de Biarritz

SOUS LA PRÉSIDENTE D'HONNEUR DE

MAURICE TUBIANA

Paris

JEAN TIGNOL

Bordeaux

CHARLES O'BRIEN

Philadelphie

SOUS LA PRÉSIDENTE DE

JEAN-JACQUES DÉGLON

Créateur de la Fondation Phénix à Genève

SOUS LA DIRECTION DE

JEAN-PIERRE DAULOUÈDE

Secrétaire Général du Congrès et Directeur du colloque

ARKAITZ AGUERRETXE COLINA

Secrétaire Général Adjoint et Directeur Adjoint du colloque



LE MOT DU PRÉSIDENT DU CONGRÈS

A l'aube de ma retraite, la présidence du prochain colloque THS 8 à Biarritz représente pour moi un dernier challenge qui devrait conclure heureusement ma passionnante carrière.

Je souhaite tout d'abord honorer la mémoire de Jean-Marie Guffens pour qui les rencontres THS ont été l'œuvre de sa vie. C'est pourquoi je garde un souvenir ému du 1^{er} THS à St-Tropez en 1993 et de notre première rencontre. J'ai été immédiatement séduit par sa gentillesse, son humanisme, son ouverture à la réduction des risques et son intérêt pour les marginaux, les toxicomanes et les malades du Sida.

J'ai également accepté la présidence du THS 8 pour l'engagement du Dr Jean-Pierre Daulouède, secondé efficacement par Arkaitz Aguerretxe-Colina.

C'est un ami de plus de 30 ans. Je suis venu à sa rescousse en pleine guerre méthadone pour tenter de concilier des positions passionnées. J'ai soutenu dès sa création son équipe pluridisciplinaire qui reste une des meilleures équipes que je connaisse.

Nous voulons aussi améliorer la qualité des présentations. La venue de spécialistes américains comme le Professeur Charles O'Brien, des chercheurs du NIDA et d'experts européens, avec une traduction simultanée, va assurer un grand intérêt scientifique de ces journées, en même temps qu'une ouverture aux participants non franco-phones.

Nous souhaitons aussi favoriser les échanges individuels en valorisant les posters et en permettant à leurs auteurs de présenter leurs résultats en début de chaque matinée.

Je peux d'ores et déjà prédire un grand succès pour ce colloque THS 8.

A très bientôt

Jean-Jacques DÉGLON

Président du Colloque THS8 - Les Rencontres de Biarritz 2007

Créateur de la Fondation Phénix à Genève



LE MOT DU DIRECTEUR DU COLLOQUE

Je suis heureux de vous accueillir ici à Biarritz, Pays Basque, France, Europe, et je m'arrêterai là parce que d'où que vous venez, quelles que soient vos origines, votre statut professionnel, vos convictions et goûts, vous êtes ici chez vous.

Ce congrès, depuis sa création, veut que chacun et tous prennent leurs parts et donc leurs responsabilités dans la lutte contre les maladies potentiellement mortelles que sont les abus de drogues, les hépatites et l'immuno-déficience humaine.

C'était là le sens de ce congrès devenu société savante, et je vous le dis tout de suite, fière d'être savante.

Telle était bien la volonté de son fondateur décédé l'an dernier, mon ami, notre ami Jean Marie Guffens qui, avait mis tout son courage et son entregent dans l'organisation, en terrain difficile, des premières rencontre THS au début des années 1990.

Mais si nous sommes ici, aujourd'hui, à Biarritz, nous le devons aussi à Pierre Pradier. L'homme d'abord et puis le médecin et puis le politique élu européen et fondateur avec quelques autres, tour à tour du SAMU, et de Médecins du Monde et aussi de l'enracinement de la réduction des risques en cette terre basque transfrontalière par la fondation de Bizia.

Enfin je voudrais que notre pensée aille vers tous ces anonymes qui sont morts du sida, des overdoses et autres cirrhoses, le plus souvent dans la solitude et la misère, avant que l'effort collectif de réduction des risques et les médicaments ne viennent mettre un frein à l'hécatombe. Nous n'oublierons rien. C'est pour eux que nous nous étions réunis il y a quatorze ans et c'est pour eux que nous ouvrons à nouveau cette session en espérant qu'elle permettra encore d'en savoir plus, d'en comprendre plus et d'en faire plus à l'avenir pour ceux qui, d'une façon ou d'une autre, sont touchés par ce qu'on appelait au siècle dernier des fléaux.

Ce que nous voulons faire ici, ça n'est pas simplement de permettre de vivre un peu plus et un peu mieux à ceux qui sont infectés, co-infectés et sur-infectés, à ceux qui

n'entendent pas parce qu'il sont sur une autre planète. Nous voulons aussi qu'ils puissent décider eux-mêmes, même incomplètement, même temporairement de leur sort pour qu'ils puissent efficacement se protéger et protéger leurs proches. Pour cela, il n'y a pas de frontière. Toutes les compétences, toutes les cultures, tous les savoirs doivent pouvoir apporter leur contribution. Nous sommes heureux du partenariat euro-américain qui se met en place entre THS et le NIDA auquel je veux dire toute notre gratitude pour sa présence et son apport très important.

Que tous puissent se parler pour faire fonctionner de façon cohérente toutes les structures, de l'usager de drogues co-infecté et sans-papiers au plus puissant politique, tel est notre engagement. Je ne vois qu'une contrainte à cela : tenir un langage commun. C'est pour cela que les êtres humains depuis toujours ont mis en commun tout ce qu'ils savaient de leur Monde. Ils ont appelé cela la Science. Galilée, Pasteur ou l'Africain Burkinabe Thomas Sankara croyaient qu'elle pouvait aider puissamment à lutter contre les discriminations ou les privilèges, afin que tous puissent vivre mieux sans entraver le développement des autres. Cela paraît impossible et pourtant...

Que de chemin parcouru depuis cette quinzaine d'années ! Nous pensons tous à tel ou tel progrès dans tous ces domaines : Toxicomanies, Hépatites et Sida ... En quelques années les risques qui leurs étaient liés ont tous régressé, preuve que c'est possible. Usagers, militants associatifs, médecins, soignants, scientifiques et autres « sachants », politiques aussi... C'est en travaillant ensemble qu'au fil des THS nous avons forgé une méthode : Par le respect mutuel, nous avons contribué à apaiser, à pacifier les rapports entre ces divers groupes, auparavant si souvent opposés, voire affrontés. C'est en poursuivant par ce chemin que nous renouvellerons la promesse de Jean Marie Guffens au début des THS, à St Tropez. Il n'existe pas d'alternative.

Jean-Pierre DAULOUÈDE

Secrétaire Général du Congrès et Directeur du colloque





COMITÉ SCIENTIFIQUE

Jean-Jacques DEGLON (Genève)
Jean-Pierre DAULOUÉDE (Bayonne)
Arkaitz AGUERRETXE COLINA (Bayonne)
Philippe CHOSSEGROS (Lyon)
Jean-Louis SAN MARCO (Marseille)
Marc AURIACOMBE (Bordeaux)
Didier TOUZEAU (Bagneux)
Amine BENYAMINA (Paris)
Saadia YAKOUB (Paris)
Fabrice OLIVET (Paris)
Laurent GOURARIER (Paris)
Gilles BRUCKER (Paris)
Didier JAYLE (Paris)
Jean-Michel COSTES (Paris)
Jacques BOUCHEZ (Bagneux)
Joel SWENDSEN (Bordeaux)
Pascal MELIN (Saint Dizier)
Pascal COURTY (Clermont Ferrand)
Charles O'BRIEN (Philadelphie)
Michel MALLARET (Grenoble)
Jean HARBONNIER (Lille)
Bertrand LEBEAU (Paris)
Xavier AKNINE (Aulnay-sous-bois)
Patrizia CARRIERI (Marseille)
Aimé CHARLES NICOLAS (F.de France)
Javi RIO NAVARRO (Bilbao)
Michel REYNAUD (Paris)
Françoise HARAMBURU (Bordeaux)
Jean-luc VENISSE (Nantes)
Marc REISINGER (Bruxelles)
Patrick AEBERHARD (Paris)
Jean VIGNAU (Lille)
Ivan BERLIN (Paris)
Miguel CASAS (Barcelone)

Anne COPPEL (Paris)
Gilles RAGUIN (Paris)
Martin TINDEL (Hyères)
Frédéric ROUILLON (Paris)
Christian TRÉPO (Lyon)
Franck AUDEMAR (Bayonne)
Benoît OUI (Bayonne)
Victor DE LEDINGHEN (Bordeaux)
Marta TORRENS (Barcelone)
Luis STINUS (Bordeaux)
Michel LE MOAL (Bordeaux)
Philippe DUNETON (Genève)
Julie Emilie ADÉS (Paris)
Xavier LAQUEILLE (Paris)
Jean ROLANDO (Bayonne)
Pierre LAVIGNASSE (Bayonne)
Béatrice STAMBOUL (Paris)
Jean-Marc PRIEZ (Paris)

COMITÉ D'ORGANISATION

Jean-Jacques DEGLON (Genève)
Jean-Pierre DAULOUÉDE (Bayonne)
Arkaitz AGUERRETXE COLINA (Bayonne)
Marc AURIACOMBE (Bordeaux)
Philippe CHOSSEGROS (Lyon)
Jean-louis SAN MARCO (Marseille)
Charles O'BRIEN (Philadelphie)
Jacques NORMAND (Bethesda)
Miguel CASAS (Barcelone)
Laurent GOURARIER (Paris)
Javi Rio NAVARRO (Bilbao)

**UN SYMPOSIUM PRÉLIMINAIRE AU COLLOQUE THS8 DE BIARRITZ
EST ORGANISÉ PAR MUNDUKO MEDIKUAK À BILBAO LE 22 OCTOBRE 2007 DE 9H À 20H :
RÉUNION SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE SUR LES SALLES DE CONSOMMATION ENCADRÉE : EXPÉRIENCE ET NOUVEAUX DÉFIS.**

**1st International Scientific Meeting on
Consumption Rooms:
experiences and new challenges**



Context

Drug Consumption Rooms have proved to be an efficient and effective strategy for harm and risk reduction related to illegal drug consumption. The 1st International Scientific Meeting on Drug Consumption Rooms arises as an initiative to promote the exchange of scientific knowledge generated in this type of resources. We believe that, in the globalized world, sharing and spreading this knowledge will help to widen the intervention possibilities in other contexts in need. This call for global action will be addressed in a coordinated way by the different existing resources. This Meeting is a first step.

Organizing Committee

José Julio Pardo Serna
Elena Rodríguez Álvarez
Celia Pardo Riquena
Javier Río Navarro
Amaia Urzua Sotomayor

Contact details

Drug Consumption Room
Médicos del Mundo-Munduko Medikuen
C/Barin 1
Bilbao 48007
+34 94 415 45 95
e: info@consumerooms.org / consumerooms@munduko.org

The Meeting is organized by Munduko Medikuen in collaboration with Beca Association.

Contexte

Les Salles de Consommation se sont révélées une stratégie efficace et tangible pour la réduction des risques et dommages associés à la consommation de drogues illégales dans différents pays. La 1ère Réunion Scientifique Internationale sur les Salles de Consommation est née comme une proposition visant à augmenter le flux de connaissances scientifiques générées par ce type de recours. Nous considérons que, dans un monde globalisé, le fait de la partager propager aide à étendre les possibilités d'intervention à d'autres contextes de nécessité. Cette appellation globale doit être assurée par l'activité coordonnée et le travail en réseau des différents recours existants. Cette Réunion constitue un premier pas dans cette direction.

Comité Organisateur

José Julio Pardo Serna
Elena Rodríguez Álvarez
Celia Pardo Riquena
Javier Río Navarro
Amaia Urzua Sotomayor

Contact

Salles de Consommation
Médicos del Mundo-Munduko Medikuen
Barin 1
Bilbao 48007
+34 94 415 45 95
e: info@consumerooms.org / consumerooms@munduko.org

Le Réunion est organisée par Munduko Medikuen avec la collaboration de l'Association Beca.

**1^{re} Réunion Scientifique Internationale sur les
Salles de Consommation:
expériences et nouveaux défis**



BILBAO, October 22nd 2007
BIBLIOTECA DE BIDEBARRIETA
Bidebarrjeta 4, Casco Viejo

BILBAO, 22 Octobre 2007
BIBLIOTECA DE BIDEBARRIETA
Bidebarrjeta 4, Casco Viejo



PROGRAMME

THS 8 - LES RENCONTRES DE BIARRITZ 2007 *Toxicomanies-Hépatites-Sida*

THS8	MARDI 23 OCTOBRE 2007
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ
14H30 - 17H00	<p>AUDITORIUM Traduction Simultanée</p> <p>ATELIERS COMMUNS CEIP - THS CANNABIS : DU FONDAMENTAL A L'EXPERIMENTAL</p> <p>Présidents : Michel MALLARET (Grenoble) et Michel REYNAUD (Paris) Modérateur : Amine BENYAMINA (Paris)</p> <p>Usages en population générale : approche selon les professions et catégories sociales : Jean-Michel COSTES (OFDT - Paris)</p> <p>Les habitués du cannabis : fonctions et logiques de l'usage chez les usagers réguliers Catherine REYNAUD-MAURUPT (Paris)</p> <p>Collaboration d'un CEIP et d'un CSST, spécificités d'une pratique et d'un public Jocelyne ARDITTI, Jean Jacques SANTUCCI et Xavier THIRION (Marseille)</p> <p>Clinique et comorbidités Amine BENYAMINA et Laurent KARILA (Paris)</p> <p>Approche expérimentale des effets psychocomportementaux du cannabis Joëlle MICALLEF-ROLL (Marseille)</p> <p>À la recherche de nouvelles réponses thérapeutiques pour les jeunes dépendants de cannabis : thérapie familiale multidimensionnelle et le projet INCANT Philip NIELSEN (Genève)</p>
17H00 - 17H30	PAUSE
17H30 - 19H00	<p>17H30 : OUVERTURE DU COLLOQUE THS8</p>
	<p>AUDITORIUM Traduction Simultanée</p> <p>DEBAT DE SOCIETE : TOXICOMANIE HEPATITES SIDA QUELLES SOLIDARITES NORD-SUD ?</p>

THS8	MERCREDI 24 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
9H30 - 12H30	AUDITORIUM Traduction Simultanée	<p style="text-align: center;">PLENIERES</p> <p style="text-align: center;">Michel Le MOAL (Bordeaux)</p> <p style="text-align: center;">ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES EN NEUROBIOLOGIE DES ADDICTIONS</p> <p style="text-align: center;">Charles O'BRIEN (Philadelphie)</p> <p style="text-align: center;">ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES DES ADDICTIONS</p> <p style="text-align: center;">Karl MANN (Mannheim)</p> <p style="text-align: center;">APPORT DE LA NEUROIMAGERIE À LA MÉDECINE DES ADDICTIONS</p> <p style="text-align: center;">Charles MELMAN (Paris)</p>
12H30 - 14H30	DÉJEUNER	
ATELIERS 14H30 - 16H30	ATELIER 1	<p style="text-align: center;">RHUNE 1</p> <p style="text-align: center;">HÉPATITE C, ADDICTIONS ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES : VERS UNE ÉVOLUTION DES PRATIQUES</p> <p style="text-align: center;"><i>Symposium sponsorisé par les laboratoires Roche</i></p> <p style="text-align: center;">Modérateurs : Laurent MICHEL (Limeil-Brevannes) et Pascal MELIN (Saint Dizier)</p> <p style="text-align: center;">14h30-15h30 : Pistes concrètes pour améliorer la prise en charge de l'hépatite C des usagers de drogues : conclusions des groupes de travail MICADO.</p> <p style="text-align: center;">Introduction Monelle MUNTAK (Neuilly sur Seine)</p> <p style="text-align: center;">Dépistage et Diagnostic de l'hépatite C chez les usagers de drogue Jean-François ROCH (Besançon)</p> <p style="text-align: center;">Préparation et mise sous traitement de l'hépatite C Isabelle FOUCHARD-HUBERT (Angers) et Georges BONNEMAISON (Tours)</p> <p style="text-align: center;">Le suivi des patients usagers de drogue après la mise en route du traitement de l'hépatite C : Jacques BERTRON (Châteauroux)</p> <p style="text-align: center;">15h30 - 16h30 : Enquête nationale de pratiques C'Psy : de la nécessité d'un nouveau consensus.</p> <p style="text-align: center;">Quelles sont les recommandations actuelles ? Marc SCHOEFLER (Erstein) et Aurélié GAUCHET (Grenoble)</p> <p style="text-align: center;">Qu'en est-il de la prise en charge "Psy" de l'hépatite C aujourd'hui ? Pascal MELIN (St Dizier)</p> <p style="text-align: center;">Résultats de l'enquête nationale C'PSY Laurent MICHEL (Limeil-Brevannes)</p>
	ATELIER 2	<p style="text-align: center;">RHUNE 2</p> <p style="text-align: center;">MÉDICAMENTS ET ADDICTIONS : OBJET TECHNIQUE ET OBJET SOCIAL</p> <p style="text-align: center;"><i>Symposium organisé par la société d'addictologie Francophone (SAF)</i></p> <p style="text-align: center;">Présidents : Jean TIGNOL (Bordeaux) et Boyan CHRISTOPHOROV (Paris)</p> <p style="text-align: center;">Coordination : Didier TOUZEAU (Bagneux) - Animation : F. ARNOLD-RICHEZ (Chatou)</p> <p style="text-align: center;">Les apports de la neurobiologie dans le développement des pharmacothérapies : Florence NOBLE (Paris)</p> <p style="text-align: center;">A propos d'un nouveau médicament des addictions (la varénicline) : Ivan BERLIN (Paris)</p> <p style="text-align: center;">Le médicament entre objet social et objet technique (la buprénorphine) : Isabelle FERONI (Marseille)</p> <p style="text-align: center;">Aspects médicaux légaux et réglementaires de la gestion des risques Maria BOULOS (Saint-Denis)</p> <p style="text-align: center;">Aspects relationnels et psychologiques : Jérôme LACOSTE (Fort de France)</p> <p style="text-align: center;">Conclusions : Aimé CHARLES-NICOLAS (Fort de France)</p>

THS8	MERCREDI 24 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
ATELIERS 14H30 - 16H30	VAGUES 1+2 ATELIER 3	<p>THÉRAPEUTIQUES NON PHARMACOLOGIQUES DES ADDICTIONS APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DES DÉPENDANCES Président : Charles MELMAN (Paris) Modérateur : Jean-luc VENISSE (Nantes) Discutant : Laurent GOURARIER (Paris)</p> <p>Hypothèses des analystes belges sur le fonctionnement de la substitution Myriam SWARTEBROECKX (Bruxelles) Economie pulsionnelle chez les toxicomanes Jean-François DAUBECH (Bordeaux) Fonction des drogues chez les psychotiques Jacques JUNGMAN (Paris)</p>
	AUDITORIUM Traduction Simultanée ATELIER 4	<p>SALLES DE CONSOMMATION HYGIÉNIQUE Présidente : Celina PEREDA (Bilbao)</p> <p>Une salle de consommation hygiénique au cœur de Bilbao Jose Julio PARDO (Bilbao) MSIC, l'expérience de Sydney Ingrid VAN BEEK (Sidney) Débuts d'une salle de consommation en Suisse Christophe MANI (Genève) INSITE, réduction des risques à Vancouver Sarah EVANS (Vancouver)</p>
	VAGUES 4+5 ATELIER 5	<p>INTERVENTION SANITAIRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FESTIF Président : J-M PRIEZ (Paris) Modérateur : Jean-Luc PRADEILLE (Bayonne) Discutant : Hervé GALVIN (La Ciotat)</p> <p>Présentation des dispositifs d'intervention au niveau national Sébastien PETIT (Paris) Présentation des dispositifs d'intervention au niveau européen Stéphane LECLERC (Barcelone) Etude de validité de la réaction de marquis (Testing) dans un dispositif de RdR en milieu festif : Jean-Luc PRADEILLE (Bayonne) Spécificité de l'approche médicale en milieu festif : la clinique Hallucinée Hans GADELIUS (Marseille) Place d'un dispositif de réassurance en milieu festif Alexandre PEYRE (Paris)</p>
16H30 - 17H00	PAUSE	
17H00 - 19H00	AUDITORIUM Traduction Simultanée	<p style="text-align: center;">PLENIERE : NIDA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET SON ÉVALUATION</p> <p>Présidents : Wilson COMPTON (USA) et Joël SWENDSEN (Bordeaux)</p> <p>Wilson COMPTON (Bethesda) - Elizabeth ROBERTSON (Bethesda) Mark GREENBERG (University Park) - Philip FISHER (Eugene) Christopher RINGWALT (Chapel Hill) - Linda COLLINS (State College)</p>

THS8	JEUDI 25 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
8H00 - 10H00	SESSION POSTERS - SESSION POSTERS - SESSION POSTERS - SESSION POSTERS	
9H00 - 10H00	AUDITORIUM Traduction Simultanée	PLENIERE : FIN D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS Présidente : Marta TORRENS (Barcelone) et Charles O'BRIEN (Philadelphie) Comment terminer un traitement de substitution ? Marc REISINGER (Bruxelles) Table ronde : Bertrand LEBEAU (Paris) - Jean-Jacques DEGLON (Genève) Fabrice OLIVET (Paris) - Marta TORRENS (Barcelone)
10H00 - 10H30	PAUSE	
10H30 - 12H30	AUDITORIUM Traduction Simultanée	PLENIERE : NIDA CONDUITES ADDICTIVES, VIH ET HÉPATITES Présidents : Jacques NORMAND (Bethesda) et Christian TREPO (Lyon) Epidémiologie du VIH et VHC parmi les usagers de substances psychoactives Steffanie STRATHDEE (San Diego) Pathogénèse et histoire naturelle du VHC David THOMAS (Baltimore) Effets du VIH et VHC sur les fonctions du système nerveux central Igor GRANT (San Diego) Gestion des traitements du VHC et des coinfections VIH/VHC Diana SYLVESTRE (San Francisco) Médications et essais thérapeutiques sur le VHC Ken SHERMAN (Cincinnati)
12H30 - 14H30	DÉJEUNER	
ATELIERS 14H30 - 16H30	RHUNE 1 ATELIER 1	LA COCAÏNE, DROGUE DU FUTUR Président : Aimé CHARLES-NICOLAS (Fort de France) Modérateur : Joan COLOM (Barcelone) Nouvelle clinique de l'addiction à la cocaïne Aimé CHARLES-NICOLAS (Fort de France) Cocaïne et hyperactivité avec déficit de l'attention Jose Antonio RAMOS-QUIROGA (Barcelone) Addiction à la cocaïne : 4 observations cliniques Xavier AKNINE (Aulnay sous Bois) Consommation de cocaïne chez les sujets substitués Didier TOUZEAU (Bagneux) Le point sur les traitements médicamenteux de l'addiction à la cocaïne Jérôme LACOSTE (Fort de France) Les usages de cocaïne, données récentes : Agnès CADET TAIROU (Saint Denis) Le petit trafic de cocaïne : Michel GANDILHON (Saint Denis)
	VAGUES 1 ATELIER 2	LES ADDICTIONS SANS SUBSTANCES Présidents : Marina CROQUETTE-KROKAR (Genève) et Jean-Luc VENISSE (Nantes) Internet addiction : de l'évaluation jusqu'à la thérapie, programme thérapeutique de la Fondation Phénix : Marina CROQUETTE-KROKAR (Genève) Les addictions sexuelles : Florence THIBAUT (Rouen) Pertinence du concept d'addiction dans les TCA : Jean-Luc VENISSE (Nantes) Quelle dimension addictive liée à la pratique des jeux vidéos ? Bruno ROCHER (Nantes) Intérêt d'une approche addictologique dans le traitement des TCA Jean VIGNAU (Lille)

THS8	JEUDI 25 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
ATELIERS 14H30 - 16H30	ATELIER 3 <i>AUDITORIUM</i> <i>Traduction Simultanée</i>	<p>QUELLES NOUVELLES PERSPECTIVES DANS LE TRAITEMENT DES PHARMACODÉPENDANCES AUX OPIACÉS : DE L'EXPERTISE À LA PRATIQUE : Etat des lieux et témoignages d'experts internationaux <i>Symposium sponsorisé par les laboratoires Schering Plough</i></p> <p>Présidents : Charles O'BRIEN (Philadelphie) et Marc AURIACOMBE (Bordeaux)</p> <p>Un nouveau concept pharmacologique et thérapeutique Eric STRAIN (Baltimore)</p> <p>L'expérience australienne : A. DUNLOP (Wallsend) La pratique britannique : J. CRICHTON (Southampton) Enseignements de l'expérience américaine : C R. SCHUSTER (Chicago) Perspectives dans le contexte français : P. POLOMÉNI (Paris) Le développement en France : A. RIMAILHO (Levallois-Perret)</p>
	ATELIER 4 <i>RHUNE 2</i>	<p>SPORT, DOPAGE ET ADDICTIONS</p> <p>Présidents : Christian DAULOUEDE (Bordeaux) et Serge SIMON (Bordeaux)</p> <p>Etat des lieux de l'usage de stéroïdes Eric MANGON (Bordeaux)</p> <p>Place de l'Anorexia Athletica chez la sportive intensive Sabine AFFLELOU (Bordeaux)</p> <p>Consommation de stéroïdes anabolisants dans le sport, activité physique comme drogue d'abus : analyse de la littérature scientifique et des domaines de recherche Victor AGULLO (Valencia)</p> <p>Les adolescents et la dépendance au sport Estelle CHEDHOMME (Bordeaux)</p>
	ATELIER 5 <i>VAGUES 3</i>	<p>HÉPATITES</p> <p>Président : Pascal MELIN (St Dizier) Modératrice : Aurélié GAUCHET (Grenoble)</p> <p>Y a-t-il une place pour l'hépatologue dans la prise en charge de l'hépatite C des usagers de drogue ? Anne GERVAIS (Paris)</p> <p>Les résultats de l'enquête Hépatite C et usagers de drogues ASUD/SOS Hépatites. Michel BONJOUR</p> <p>Hépatite C et usagers de drogue. Le regard de l'anthropologue. Catherine ENEL (Dijon)</p> <p>Hépatite C et trouble psychiatrique - Les résultats de l'étude CHEOPS J.P. LANG (Strasbourg)</p> <p>Etude PEGAPSY - Résultats préliminaires J.P. BRONOWICKI (Nancy)</p> <p>Réflexion et mise en perspective pour une clinique psychologique des patients porteurs d'hépatite C. L'expérience du groupe GRAPH (Groupe de Réflexion et d'Analyse des Psychologues dans l'Hépatite C) Présentation collective</p>
16H30 - 17H00	PAUSE	
17H00 - 19H00	<i>AUDITORIUM</i> <i>Traduction Simultanée</i>	<p>DEBAT DE SOCIETE : SPORT DOPAGE - IMAGE DU CORPS ET ADDICTIONS : DEFERLANTE SOCIETALE ?</p> <p>A la suite de ce débat, une réception sera offerte en présence de Mr Didier BOROTRA, Sénateur-Maire de Biarritz, suivie d'une soirée sur le thème de la Fête Basque.</p>

THS8	VENDREDI 26 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
9H00 - 11H00	AUDITORIUM Traduction Simultanée	<p style="text-align: center;">PLENIERE</p> <p style="text-align: center;">Présidents : Jean-Louis SAN MARCO (Marseille) et Christian TREPO (Lyon)</p> <p style="text-align: center;">Toxicomanies, Hépatites, Sida en milieu carcéral Fadi MEROUEH (Villeneuve les Maguelone) Etude COQUELICOT Marie JAUFFRET ROUSTIDE (Paris) Méthodologie non invasive de la Fibrose Hépatique Victor DE LEDINGHEN (Bordeaux) L'initiative ESTHER : un modèle de solidarité Nord Sud dans le champ du Sida, des hépatites et de la toxicomanie : Gilles RAGUIN (Paris)</p>
11H00 - 11H30	PAUSE	
11H30 - 13H30	AUDITORIUM Traduction Simultanée	<p style="text-align: center;">PLENIERE : RELATION ENTRE UN LARGE ACCÈS ET MÉSUSAGE DES TSO : QUELS BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?</p> <p style="text-align: center;">Présidents : Jean-Louis SAN MARCO (Marseille) et Anne COPPEL (Paris) Modératrice : Patrizia CARRIERI (Marseille)</p> <p style="text-align: center;">Mésusage de la buprénorphine par sniffing et injection : Résultats de l'enquête SUBAZUR Perrine ROUX (Marseille) Accès aux TSO et programmes d'échange de seringues Charlotte VAN DEN BERG (Pays Bas) Expérience de l'utilisation du Suboxone en Finlande Hannu ALHO (Helsinki) Couverture en TSO et Traffic Carlos NORDT (Zurich)</p>
13H30 - 14H30	DÉJEUNER	
ATELIERS 14H30 - 16H30	ATELIER 1	<p style="text-align: center;">RHUNE 1</p> <p style="text-align: center;">HEP'TOX : UN PROGRAMME NATIONAL POUR OPTIMISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS USAGERS DE DROGUE VHC+ SUIVIS EN CSST <i>Symposium sponsorisé par les laboratoires Schering-Plough</i></p> <p style="text-align: center;">Joseph MOUSSALLI (Paris) et Jean-Louis BOUJENAH (Paris)</p>
	ATELIER 2	<p style="text-align: center;">VAGUES 1+2</p> <p style="text-align: center;">DROIT DES USAGERS DE TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION</p> <p style="text-align: center;">Présidents : Fabrice OLIVET (Paris) et Jean-Pierre COUTERON (Paris)</p> <p style="text-align: center;">Laurent MICHEL (Limeil Brevannes) - Laurent GOURARIER (Paris) Pierre CHAPPARD (Paris)</p>
	ATELIER 3	<p style="text-align: center;">AUDITORIUM Traduction Simultanée</p> <p style="text-align: center;">MÉTHODOLOGIE DES ESSAIS CLINIQUES AVEC L'HÉROÏNE</p> <p style="text-align: center;">Présidents : Wim VAN DEN BRINK (Amsterdam) et Miguel CASAS (Barcelone)</p> <p style="text-align: center;">Wim VAN DEN BRINK (Amsterdam) - Ambros UCHTENHAGEN (Zurich) Miguel MARSET (Genève) - Wilfried KÖHLER (Frankfurt) Joan COLOM (Barcelone) - Joan Carles MARCH (Grenade)</p>

THS8	VENDREDI 26 OCTOBRE 2007	
HORAIRE	LIEU : CASINO BELLEVUE - BIARRITZ	
<p>ATELIERS 14H30 - 16H30</p>	<p>VAGUES 4+5</p> <p>ATELIER 4</p>	<p>LES PRISONS Présidents : Saâdia YAKOUB (Paris) et Philippe CHOSSEGROS (Lyon) Discutant : Gabriel MOUESCA (Bayonne) - Président de l'OIP</p> <p>Le problème du consentement aux soins en milieu carcéral Pierre LAMOTHE (Lyon) Suivi de l'évolution de la prise en charge de patients porteurs du VHC incarcérés entre 2006 et 2010. Analyse à un an de l'étude RECAMS Jean-Noël MARZO et Ludovic LEVASSEUR (Aulnay sous Bois) Profils socio-médicaux des détenus sous traitement de substitution Ivana OBRADOVIC (Paris) La prise en charge des problèmes d'addiction chez les mineurs incarcérés Betty BRAHMY (Paris) La prise en charge de la femme enceinte UD à co-infection à l'issue d'une garde à vue ou d'une incarcération : Malika SANA (Paris) Programme d'Echanges de Seringues en prison - Situation européenne Situation française : Philippe CHOSSEGROS (Lyon)</p>
		<p>VAGUES 3</p> <p>ATELIER 5</p>
	<p>RHUNE 2 Traduction Simultanée</p> <p>ATELIER 6</p>	<p>PARENTALITÉ, OPIACÉS ET POLYTOXICOMANIE(S) : ENJEUX MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, ENJEUX SOCIAUX Président : Laurent GOURARIER (Paris) - Modératrice : Nina EBNER (Vienne)</p> <p>Intérêt et limites d'une alternative aux programmes de soins par la méthadone chez les femmes enceintes : Le point sur l'étude comparative multicentrique internationale des deux traitements de substitution Hendree JONES (Bethesda) Spécificité de la situation périnatale dans deux régions australiennes : la fondation du Consortium International Buprénorphine et grossesse Adrian DUNLOP (Wallsend) Pourquoi une pédiatre a-t-elle publié sur les futures mères toxicomanes en France ? Evelyne MAZURIER (Montpellier) Quel intérêt pour une alternative au traitement de référence chez les opiomanes enceintes, dans la Belgique des années 80 ? Marc Reisinger (Bruxelles) La parentalité des toxicomanes en dehors du traitement : Ahcène CHEMALI (Paris)</p>
16H30 - 17H00	PAUSE	
	<p>AUDITORIUM Traduction Simultanée</p>	<p>17H30 : CLOTURE DU COLLOQUE THS 8</p>



COMMUNICATIONS ORALES

ADDICTIONS



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PLACE DE L'ANOREXIA ATHLETICA CHEZ LA SPORTIVE INTENSIVE ANOREXIA ATHLETICA'S PLACE IN FEMALE SPORTS ATHLETES

AFFLELOU S

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cet exposé aborde les liens complexes existant entre les troubles du comportement alimentaire (TCA) et la pratique sportive intensive et tente de définir comment s'inscrit le concept d'anorexie athlétique dans ce contexte. Il examine, à travers une revue de littérature, les arguments en faveur d'un trouble princeps qui oriente les jeunes filles anorexiques vers certains sports et certaines pratiques, et ceux qui, à l'inverse, soulignent la propension de certains sports à entraîner l'émergence des TCA.

La description d'un cas clinique illustre ces propos en positionnant la pratique sportive intensive comme un facteur facilitant, propice au développement mais aussi limitant la gravité de la maladie anorexique. Dans ce champ, il semble légitime d'utiliser le concept d'« anorexia athletica » après en avoir précisé les caractéristiques pour favoriser la vigilance des acteurs de proximité (cadres sportifs et médecins) sur la population fragilisée des jeunes sportives intensives. Enfin, il est proposé de s'affranchir du concept trop global de "sport" en faveur des "pratiques sportives" où l'intensité, la centration sportive, la contrainte pondérale sont des critères repérés comme facteurs de risque, ainsi que l'adolescence et le sexe féminin.

Sur ces données devraient déboucher des actions de prévention ciblées en relation avec les critères suscités.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale - Anorexie athlétique - Image corporelle - Pratique sportive intensive - Activités sportives - Adolescents - Addiction.

Eating disorders - Anorexia nervosa - Anorexia athletica -Body image -Exercice intensive training -Sport activities - Adolescents - Addiction

AFFLELOU Sabine
Psychiatre, praticien hospitalier
CAPS (centre d'accompagnement et de prévention pour les sportifs)
Hôpital St André
1, rue Jean Burguet - 33075 Bordeaux cedex
Tel : 05 56 79 58 14 - Fax: 05 56 79 49 78
Sabine.afflelou@chu-bordeaux.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'usage de cocaïne en France concerne 2 à 3% de la population adulte. Dans ce contexte, les structures spécialisées sont confrontées à de nouvelles demandes de soins de patients dépendants de la cocaïne ou du crack. En l'absence de traitement substitutif disponible, la question du choix du traitement médicamenteux est posée afin de réduire le craving et de soulager les symptômes de manque .

Matériel et méthodes : Trois cas de patients suivis au CSST d'Aulnay et dépendants de la cocaïne ont bénéficié d'un traitement spécifique, durant l'année 2006. Par ailleurs, une revue de la littérature sur les différents traitements médicamenteux du craving à la cocaïne et des symptômes de manque est présentée ici.

Résultats - cas cliniques :

- M. M , âgé de 37 ans, suivi par son médecin traitant pour une dépression chronique , est adressé en 2006 au CSST pour problème d'abus de crack , consommé exclusivement par inhalation . Ce patient prenait du SUBUTEX[®] de rue à la dose de 8mg/j par voie sublinguale pour gérer la descente de cocaïne. Le crack était consommé par épisodes avec une alternance de phases d'abstinence et d'abus .Un traitement de fond par topiramate a été instauré avec une augmentation progressive des doses jusqu'à 75mg/j .

Après un mois de traitement, on a observé une phase d'accalmie/ craving au crack chez ce patient qui travaillait. Ensuite, il a été adressé aux urgences pour un état confusionnel lié à un abus de crack. Le traitement par topiramate a été poursuivi au centre en association avec une psychothérapie.

- Mme A. est suivie au CSST depuis 5 ans. Elle bénéficie d'un traitement méthadone à la dose de 80mg/j ; elle ne consomme plus d'héroïne mais a un usage régulier de cocaïne en IV 3 fois/semaine.

Un traitement par modafinil à 400mg/j en 2 prises est instauré .

Le traitement est bien toléré par la patiente et on observe une diminution du recours à la cocaïne Mais le processus est fragile avec des épisodes de rechute/cocaïne lors des interruptions de traitement.

- M.A est hospitalisé en psychiatrie pour accès clastique au domicile familial. Le patient évoque ses consommations compulsives de cocaïne en snif depuis plusieurs mois .Durant l'hospitalisation, le patient est obsédé par l'envie de reprendre de la cocaïne et présente un trouble anxieux généralisé.

Un traitement par topiramate avec montée progressive des doses jusqu'à 75mg sera efficace à 3 semaines.

Discussion - Revue de la littérature :

- En 2006, une étude de Sufuoglu et al de West Haven compare l'efficacité du GABA et des Béta-bloquants , chez des patients usagers de cocaïne , en fonction de l'importance des signes de manque à l'arrêt de la cocaïne .

-L'équipe de Mardikian à Charleston a étudié chez 23 patients l'effet de la N-acetyl-cystéine (NAC) administrée durant un mois à des doses comprises entre 1200mg/j et 3600mg/j.

- L'équipe de Grassi à Rome publie en 2006 une étude sur l'impact du disulfiram et de la naltrexone sur la consommation de cocaïne chez 12 patients co-abuseurs de cocaïne et d'alcool, en comparaison avec une prise en charge psychothérapeutique seule.

Résultats : les Béta-bloquants seraient plus efficaces que le GABA en cas de signes de manque sévères. Le NAC à haute dose (supérieure à 2400mg) est efficace / craving . Le disulfiram et la naltrexone sont efficaces dans les cas de co-addiction alcool-cocaïne.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Dépendance - craving - cocaïne - crack . Traitements médicamenteux (topiramate -modafinil).

Dependance- craving- cocaïne - crack . Drugs (topiramate- modafinil).



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

En considérant le concept d'addiction tel qu'il est défini par Goodmann en 1990 : «impossibilité de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit des connaissances négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise», il semble intéressant de s'interroger sur l'adaptation de cette notion à l'existence d'un lien addictif à la pratique sportive, notamment chez l'adolescent.

Tout d'abord, revenons sur la notion d'addiction. On sait que celle-ci est élargie au delà des conduites addictives en lien avec des substances psycho actives : ce sont les toxicomanies sans drogue telles que l'addiction au travail, les troubles du comportement alimentaire, les achats compulsifs, le jeu pathologique. Le lien commun à ces différentes addictions est toujours le plaisir que l'on ressent à la mise en œuvre de ces comportements et le désir de les reproduire. Ainsi, à la rencontre avec l'objet toxique, il existe une perte de contrôle entraînant une soumission à la conduite. Tous les actes de l'individu sont alors guidés par la conduite addictive provoquant un court-circuit de la pensée, une réduction de l'activité psychique.

Notre pratique de clinicien nous laisse penser que ce concept puisse être adapté à la dépendance à la pratique sportive observée chez certains patients adolescents. Le comportement addictif qui permet de procéder rapidement à la décharge d'angoisses et à se débarrasser d'affects deviendrait un stupéfiant ayant valeur de remède contre les souffrances psychiques existantes au moment de l'adolescence. L'activité sportive viendrait alors anesthésier les pensées douloureuses.

A travers une étude réalisée auprès de quelques adolescents sportifs, nous avons pu démontrer que la dépendance à l'activité sportive pouvait être un mécanisme de défense contre les remaniements psychiques de cette période de la vie. La pratique d'une activité sportive jusqu'à l'acharnement s'identifierait donc à une conduite addictive.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Activité sportive, adolescence, dépendance, remaniements psychiques.

Estelle CHEDHOMME
Psychologue
CAPS
Hôpital ST André de Bordeaux
estellchedhomme@yahoo.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

This symposium will present background information and data in three major areas; the theoretical and empirical underpinnings of drug abuse prevention programs; principles of prevention derived from research; and issues to consider in evaluating prevention research.

In the first section of the presentation the theoretical and empirical underpinnings of drug abuse prevention will be introduced with examples from diverse disciplines including biology, neuroscience, psychology, sociology and epidemiology. Developmental status of the target population will be addressed.

Part two of the symposium will move into a discussion of principles of prevention resulting from over 20 years of research. Examples of findings that support the principles will be presented as and additional examples will be available for discussion.

Finally, issues involved in the evaluation of randomized controlled trial prevention trials will be discussed. Some of these issues include: selection of intervention and meaningful comparison groups, statistical power to detect difference in groups, dealing with missing data and attrition, interpretation of effect sizes, and new methods for testing program design and effectiveness.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

COMPTON Wilson (NIDA, USA)



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : En 2005, 3 Français sur 10 déclarent avoir déjà consommé du cannabis et 1 sur 10 l'avoir fait au cours des douze derniers mois. Ce phénomène concerne principalement une population jeune et masculine. Les caractéristiques sociales des consommateurs de cannabis sont moins bien connues.

Méthode : Ces résultats sont issus de l'analyse du Baromètre Santé 2005, enquête nationale représentative de la population âgée de 12 à 75 ans vivant en France. Cette enquête téléphonique a été menée entre octobre 2004 et février 2005 auprès d'un échantillon de 30 514 individus.

Résultats : La consommation de cannabis est plus fréquente dans certains milieux sociaux. Les personnes sans emploi et celles qui ont un niveau scolaire peu élevé consomment plus de cannabis que les personnes de milieux sociaux plus favorisés. Parmi les actifs occupés, les écarts sont faibles. Le lien avec le niveau de formation est un peu plus fort : les personnes les plus diplômées sont plus nombreuses à expérimenter le cannabis mais moins nombreuses à en consommer régulièrement.

Discussion : La relation entre milieu social et usage de cannabis est complexe. Les différences constatées, relativement peu marquées, vont parfois à l'encontre de certaines idées reçues. Ainsi, les étudiants et les jeunes issus de milieux populaires ne sont pas plus consommateurs de cannabis que les autres jeunes au même âge.

Conclusion : en 2005, la consommation de cannabis est rencontrée dans tous les milieux sociaux. En effet, si des différences de niveau de consommation en fonction des milieux sociaux sont constatées, elles sont relativement peu marquées. La consommation de cannabis semble plus fortement liée à l'intensité de la sociabilité des individus plutôt qu'au milieu social auxquels ils appartiennent.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Jean-Michel Costes, Stéphane Legleye
OFDT
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis Cedex
France
jean-michel.costes@ofdt.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

En octobre 2004, nous avons ouvert, dans le cadre de la Fondation Phénix à Genève, la première Consultation « Adolescents-Addictions » dans le secteur privé en Suisse.

Cette consultation a connu rapidement un grand succès auprès des différents intervenants dans le réseau genevois ainsi qu'auprès des parents et des jeunes. Très vite, nous avons pu constater qu'un tiers des jeunes nous consultait pour la problématique du cannabis, un tiers pour la problématique de la cyber-addiction et un tiers pour la consommation d'autres substances telles que tabac, alcool ou ecstasy.

De ce fait, deux programmes spécifiques de prise en charge ont été mis en place, un pour la problématique du cannabis et un pour la problématique de la cyber-addiction. Dans le programme thérapeutique pour la cyber-addiction, en deux ans, nous avons suivi 60 jeunes et leurs parents. Nous souhaitons vous présenter le « modèle Phénix » de cette prise en charge intégrative pour Internet addiction.

Nous préconisons d'emblée une double prise en charge pour les jeunes et leurs parents.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Internet addiction

Dr CROQUETTE-KROKAR Marina
Médecin-directrice de la Fondation Phénix
marina.croquette@phenix.ch



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'état d'addiction est l'aboutissement d'un processus pathologique de mieux en mieux caractérisé au plan de la symptomatologie comportementale. Les connaissances physiopathologiques progressent grâce aux recherches neurobiologiques chez l'animal et aux progrès de l'imagerie cérébrale en clinique humaine. Toutefois ce domaine de la psychiatrie, à l'instar de tous les autres, est fort loin de reposer sur un consensus, qu'il s'agisse de la définition, des mécanismes pathologiques sous-jacents, des thérapeutiques. Il s'agit de pathologies chroniques à rechute. Les objets d'addiction sont nombreux, semble-t-il en augmentation, des substances auto-administrées (drogues) à d'autres objets, jeux, sexe, etc... et il se pose la question de l'entité du phénomène pathologique ou de sa spécificité en relation avec chaque objet et même chaque substance. L'addiction se définit sous la forme d'un syndrome, mais certaines dimensions comportementales sont plus cardinales que d'autres et en ce sens non spécifiques. Les questions posées par l'étiologie seront examinées ; elle reste mal identifiée. Pour certains auteurs la cause est l'agent mais ceci impliquerait que l'importance considérable des différences interindividuelles ne serait pas prise en compte. D'autres chercheurs incriminent ou des facteurs génétiques ou une interaction génétique-environnement. L'accroissement régulier des troubles bio-comportementaux dans nos sociétés occidentales ne peut être expliqué par une dérive génétique, mais il est avancé qu'un environnement plus délétère recrute des gènes de susceptibilité et rend donc les sujets vulnérables. La recherche bute sur la quasi universalité de la co-morbidité psychopathologique. La dimension développementale et un défaut d'acquisition des capacités d'auto-régulation sont des facteurs primordiaux au plus près de l'étiologie. L'existence d'un grand nombre de schémas physiopathologiques traduit bien le fait qu'un grand nombre de systèmes neuronaux seraient impliqués et, partant, de systèmes neurochimiques, autant que la longue liste des symptômes proposée par le DSM IV. L'imagerie cérébrale, quoique spectaculaire, n'a fait que confirmer les données expérimentales. La recherche fondamentale, très financée, intéresse un nombre considérable de laboratoires. Dans leur masse, ces travaux ont peu de relations avec la réalité clinique. Il n'y a pas d'analyse critique des modèles animaux. Des progrès très récents ont été publiés dans ce domaine : ils seront analysés. Les translations entre recherche fondamentale et clinique, en termes thérapeutiques, restent limitées, ici comme pour le reste de la psychiatrie.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

neurobiology of addiction, neurobiologie de l'addiction - pathophysiological perspectives, perspectives physiopathologiques - animal models, modèles animaux.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'usage des stéroïdes anabolisants est présent dans le sport intensif, de façon plus prégnante dans les disciplines où ils vont montrer leur « utilité » en favorisant une prise de muscle ou en reculant le seuil de fatigue. Mais il y a aussi tous ces pratiquants ordinaires, adeptes des salles de culture physique, pour qui, au-delà de l'augmentation des performances, l'objectif devient la modification de l'apparence physique à des fins esthétiques. Ces produits peuvent être consommés par voie orale mais aussi par voie intra musculaire. Le risque de transmission de pathologies infectieuses est bien réel. Toutefois, il reste à évaluer. Sur le plan somatique, les stéroïdes anabolisants peuvent être à l'origine de complications diverses : cardiaques, hépatiques, endocriniennes. Les schémas de consommation complexes, la combinaison de différents stéroïdes, les doses supra physiologiques vont induire un degré de nocivité variable. La consommation se déroule habituellement en cycle. !

Quant aux complications psychiatriques, elles relèvent surtout de troubles de l'humeur et de comportements violents. Une controverse existe concernant la possibilité d'appliquer le concept d'abus et de dépendance à ce type de substances. Le risque addictif existe même s'il n'est pas de la même ampleur que pour les substances psychoactives « classiques ».

Il est important aujourd'hui de développer en France une approche sanitaire pertinente qui doit reposer sur les données scientifiques et une connaissance des pratiques actuelles. En visant avant tout l'éradication de ce phénomène depuis de nombreuses années, nous nous sommes privés d'un lien possible avec ces usagers. Les pratiques deviennent occultes, clandestines, dangereuses. La première démarche doit viser à établir un lien entre les usagers et les professionnels de santé. Il est nécessaire de créer une dynamique pour aller vers ces populations afin de leur offrir une information, une aide, des soins auxquels elles n'auront sinon jamais accès. Ceci d'autant plus que la demande de soin n'est pas clairement formulée, que l'abstinence n'est pas le souhait premier de cette population, le plus souvent rétive, en dehors des circuits de soin conventionnel. Pourquoi ne pas s'enrichir de l'expérience et du succès de la mise en place de la politique de réduction des risques concernant les consommateurs de stupéfiants ? Encourageons une approche pragmatique soucieuse de la dignité des personnes. Nous ne ferons rien sans les usagers. Ils doivent être au centre du dispositif et pour l'instant ils en paraissent exclus.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction, stéroïdes anabolisants, sport.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Les programmes de prescription d'héroïne sont des programmes de traitement individualisés et diversifiés dans le cadre d'un abord global et interdisciplinaire de type médico-psycho-social. Dans cette optique s'est développé en Suisse la prescription de diacétylmorphine (DAM) par voie orale, pour les dépendants à l'héroïne, consommateurs par voie inhalatoire, pour les injecteurs avec une grande dégradation du réseau veineux ou musculaire et pour tous ceux qui dans le cadre de l'évolution des habitudes de consommation ont abandonné la voie parentérale. Cette pratique thérapeutique largement utilisée au Royaume Uni, dans le traitement de la douleur est devenue une alternative de traitement en Suisse de façon complémentaire à la prescription intraveineuse. Elle se trouve aussi en voie d'expérimentation à Barcelone avec une étude randomisée multicentrique qui essaie de déterminer son efficacité par rapport à la méthadone et à la morphine orale.

Les comprimés de DAM ne provoquent pas d'euphorie mais une sensation de plénitude et chaleur, de tranquillité et apaisement ou flooding entre 20 ou 30 minutes après la prise du comprimé. Les patients rapportent un effet anxiolytique avec amélioration du rythme nyctéméral. Cet effet est dû à ce que la biodisponibilité de la morphine après ingestion de la DAM oral est majeure (62-72%) que celle du sulfate de morphine retard (20-40%). Ce phénomène provoque des concentrations plasmatiques de morphine stables et soutenues (Girardin et al., 2003). En outre, dans la cinétique de la DAM orale il existe un pic d'absorption rapide qui expliquerait la sensation subjective de légère montée et flooding que ces patients expérimentent. Il existe une forme de libération immédiate avec un pic plasmatique de 1 heure et une demie-vie de 6- 8 heures et une forme retard avec un pic plasmatique de entre 1 et 4 heure et une demie-vie de 8 à 12 heures. L'administration conjointe provoque un effet initial perçu comme de « meilleur qualité » sans perdre l'effet soutenu retard.

L'expérience clinique pour la population cible qui a été traité dans les programmes suisses demeure satisfaisante. Actuellement environ 25% des usagers de ces programmes sont sous traitement de DAM orale.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

DAM



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cinq pays européens participent actuellement à une étude randomisée, contrôlée et standardisée, dans le but de développer de nouvelles actions efficaces afin de répondre au défi croissant de la consommation problématique des jeunes.

Le ministère de la santé suisse (Office fédérale de la santé publique) a mandaté la Fondation Phénix et l'ISGF pour mener à bien cette étude intitulée INCANT : International Cannabis Need of Treatment. Le but est de comparer l'efficacité de la thérapie familiale multi dimensionnelle (MDFT) au traitement usuel (TAU).

L'orateur - responsable local du projet INCANT et superviseur MDFT - fera un court survol du projet INCANT en l'état et développera les éléments spécifiques de la thérapie familiale multi dimensionnelle.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Incant

NIELSEN Philip
Psychologue
Fondation Phénix Genève
philip.nielsen@phenix.ch



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PROFILS SOCIO-MÉDICAUX DES PERSONNES DÉTENUES SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

OBRADOVIC I

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : La faible disponibilité des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral a été mise en évidence dans de nombreux pays, alors même que leur rôle positif, dans la réduction des risques comme dans la prévention de la récidive pénale, est aujourd'hui établi. En revanche, l'évaluation de l'impact des traitements de substitution en milieu carcéral a fait l'objet de peu de recherches : l'étude de cohorte menée par le RECAMS (Réseau d'études sur les conduites addictives, médicament et société) et Clinsearch apporte des éléments intéressants pour décrire le profil socio-médical des personnes bénéficiaires d'un traitement de substitution, qu'il soit poursuivi ou initié en milieu carcéral.

Matériels et Méthodes : L'objectif initial de l'enquête était d'étudier l'impact des TSO par buprénorphine ou méthadone sur la réincarcération de détenus dépendants aux opiacés, de façon prospective, sur une durée de trois ans. L'étude a été menée auprès de médecins volontaires exerçant dans 47 maisons d'arrêt, sans distinction de pratique à l'égard de la substitution. Elle a permis de croiser des données de nature médicale, pénale et liées à la mortalité pour chaque patient, en exploitant trois sources : le médecin-enquêteur, la Direction de l'administration pénitentiaire et l'INSEE/INSERM. Les données socio-médicales collectées lors de la phase d'inclusion portent sur 507 patients dépendants aux opiacés, prévenus ou condamnés, interrogés lors de la première semaine d'incarcération (caractéristiques socio-démographiques, dépendance aux opiacés, historique de la toxicomanie, antécédents médicaux, prescriptions médicales). L'analyse statistique a permis de dresser le profil spécifique des personnes détenues sous traitement de substitution et de d'analyser la relation complexe qui lie substitution et réincarcération.

Résultats : Les résultats présentés ici se limitent aux données d'inclusion. La part de détenus dépendants aux opiacés bénéficiant d'un traitement de substitution à l'incarcération avoisine 80%. Leur profil socio-médical apparaît très différent selon qu'ils sont sous traitement de substitution ou non : les premiers se distinguent par un meilleur recours aux soins, une meilleure couverture maladie, une situation pénale et un historique d'incarcération plus lourds, ainsi que des épisodes d'overdose et des antécédents psychiatriques plus fréquents. En revanche, l'usage de produits psychoactifs en détention est plus répandu parmi les personnes « non substituées », qui s'avèrent également plus sujettes à la polytoxicomanie.

Discussion : Dès lors que les patients sous traitement de substitution à l'incarcération apparaissent plus fragiles, la question de leur accompagnement sanitaire pendant la détention se pose de façon accrue. La nécessité d'un encadrement socio-éducatif des personnes détenues sous traitement de substitution ressort de cette étude comme étant un enjeu crucial.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

OBRADOVIC Ivana
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Chargée d'étude, Pôle évaluation des politiques publiques



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cette question s'est longtemps présentée comme une obsession. Il fallait qu'un traitement de substitution soit le plus court possible, avec des doses aussi basses que possible. A la limite, il valait mieux ne pas commencer ce traitement, afin de ne pas créer « une nouvelle dépendance ». Face à cette obsession, les défenseurs des traitements de substitution en sont venus à refouler la question de leur fin, quitte à considérer ces traitements comme interminables. Après une ou deux dizaines d'années de pratique des traitements de substitution en Europe, la question peut enfin être posée sérieusement.

La première condition pour pouvoir arrêter un traitement de substitution est que le prescripteur se guérisse de sa propre obsession d'y mettre fin. Ensuite, il pourra traiter la même obsession chez le patient. Ceci permettra enfin d'atteindre des doses de médicaments adéquates. Celles-ci seront modulées selon les besoins du patient, et non en fonction d'un objectif d'abstinence. Toute demande de diminution sera évaluée, testée, contestée, puis réalisée sur un mode « homéostatique », c'est-à-dire très lent : l'objectif étant d'éviter que la perception objective d'une réduction des doses n'entraîne des phénomènes subjectifs déstabilisants.

Cette communication s'appuie sur l'analyse de cas individuels suivis depuis 20 ans en médecine de ville et traités à l'aide de méthadone et de buprénorphine.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Traitement de substitution, méthadone, buprénorphine, sevrage, homéostasie.
Maintenance treatment, methadone, buprénorphine, detoxification, homeostasy.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

LES HABITUÉS DU CANNABIS : FONCTIONS ET LOGIQUES DE L'USAGE CHEZ LES USAGERS RÉGULIERS

REYNAUD-MAURUPT C
CADET-TAÏROU A

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objectifs : Compléter l'étude quantitative conduite par l'OFDT (Bello & al, BEH, 2005, n°20) sur les usagers réguliers de cannabis. Proposer une analyse interprétative des motivations des consommateurs et des logiques de l'usage chez les usagers réguliers. Rendre compte du point de vue des usagers.

Méthode : Cette étude qualitative s'appuie sur 70 entretiens semi directifs menés avec des usagers réguliers (au moins dix sessions de consommation au cours du dernier mois avant l'enquête) et recueillis sur les différents sites du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT. Les entretiens, anonymes et intégralement retranscrits, ont été conduits à partir d'un guide d'entretien qui comprenait une approche biographique et une approche thématique.

Résultats : Les personnes rencontrées sont essentiellement des usagers quotidiens (87%). Les fonctions du cannabis permettent de cerner les motivations de l'usage. Ces fonctions, comme les effets obtenus, sont variables selon les personnes mais surtout selon les contextes de consommation. Les personnes rencontrées décrivent les fonctions de convivialité, d'euphorie, d'évasion et de magnification des perceptions (motivations récréatives), les fonctions somnifère, relaxante, de récompense, de détachement, d'analyse (motivations auto thérapeutiques), ainsi que les fonctions motivationnelle et d'inspiration (motivations de dopage).

Les effets et fonctions en apparence contradictoires sont expliqués par un « méta effet » du cannabis qui se traduit par un phénomène d'amplification, de renforcement d'une disposition d'esprit pré existante. Deux types de logiques de l'usage permettent de mieux comprendre les stratégies de gestion de la consommation dans la vie quotidienne. Les personnes se distinguent selon qu'elles choisissent les moments dédiés à la consommation (dynamique d'auto contrôle) ou bien les moments dédiés à la sobriété (dynamique d'hétéro contrôle). Chez ces derniers, la définition des espaces dans lesquels la consommation est impossible s'appuie sur différentes conceptions des contraintes personnelles et sociales.

Conclusion : La portée des résultats de l'étude se restreint à une frange particulière des usagers de cannabis : les consommateurs réguliers, essentiellement quotidiens. L'examen de leur point de vue permet de mettre en exergue la variété des fonctions du cannabis et l'utilisation de fonctions multiples chez un même consommateur. Le caractère « multi fonctions » du cannabis explique son insertion aisée dans la vie quotidienne. L'analyse des logiques de l'usage qui permettent de concilier l'habitude du cannabis et les contraintes de la vie quotidienne met en évidence l'existence, avec ce produit, d'une conduite addictive à géométrie socialement variable.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Catherine Reynaud-Maurupt, PhD, GRVS
GRVS Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
Agnès Cadet-Taïrou, MD, OFDT
OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis Cedex
France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

QUELLE DIMENSION ADDICTIVE LIÉE À LA PRATIQUE DES JEUX VIDÉO ? A PROPOS DE QUELQUES CAS CLINIQUES

ROCHER B
GRALL-BRONNEC M
VENISSE J-L

RÉSUMÉ / ABSTRACT

En quelques années seulement, les jeux vidéo sont devenus les premiers loisirs des jeunes et ont envahi l'espace domestique. Les avancées technologiques font de ces médias des activités de plus en plus attirantes (communication en réseau, réalisme, virtualité) à tel point que des débats concernant les effets des pratiques intensives des jeux vidéo émergent sur la scène scientifique et addictologique.

La question de l'addiction aux jeux vidéo, en tant que nouvelle addiction comportementale nécessite d'être posée à la vue de situations pathologiques rencontrées dans notre pratique clinique.

A travers quelques cas cliniques, nous tenterons d'aborder quelles peuvent être les caractéristiques des joueurs, des pratiques vidéoludiques et du contexte environnemental qui conduisent parfois à des utilisations excessives entravant le sujet dans son développement personnel.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Bruno ROCHER
Marie GRALL-BRONNEC
Jean Luc VENISSE
Service d'addictologie
CHU de NANTES



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

DIVERSION OF BUPRENORPHINE BY SNIFFING OR BY INJECTION IN PATIENTS ON BUPRENORPHINE : RESULTS FROM A SURVEY IN SOUTH-EASTERN FRANCE (SUBAZUR)

ROUX P
VILLES V
FERONI I
BLANCHE J
SPIRE B
CARRIERI M.P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

In France buprenorphine as opioid substitution treatment (OST) was introduced in 1996 in primary care to face a huge HIV epidemic in injecting drug users (IDUs). Despite the public health benefits in terms of decrease of the number of overdoses in France (5-fold) and HIV prevalence in IDUs (4-fold), some concerns have been raised about the risk of buprenorphine diversion by injection, sniffing or to the black market. Though the prevalence of buprenorphine injection involves around 14% patients on substitution treatment, little is known about factors associated with diversion by injection or sniffing in stabilised patients on buprenorphine. The aim of this study was identify which patients' characteristics or perceptions about buprenorphine treatment may have an impact on the two different dimensions of diversion.

Subazur is a survey with two longitudinal assessments of 111 stabilised patients (>3 months of treatment) on buprenorphine enrolled through medical practitioners in south-eastern France (Avignon-Marseilles). Patients were interviewed by phone about social characteristics, addictive behaviours, satisfaction with treatment, experience of overdose or suicide, and other co-prescriptions. Two Logistic regressions based on generalised estimating equations (GEE) was used to respectively identify factors associated with buprenorphine injection or sniffing. Patients were aged on average 38 years, 32% were women, and 55% had an employment. The 111 patients reported buprenorphine injection in 40 interviews concerning 36 patients and buprenorphine sniffing in 75 interviews concerning 61 patients over two longitudinal assessments.

After multiple adjustment for drug injection career, individuals who perceived their buprenorphine dosage as inadequate had a three-fold risk of injecting buprenorphine (OR=2.7 95%CI[1.1-7.0]) and those who have already committed suicide had almost three-fold risk of injecting buprenorphine (OR=2.6 95%CI[1.2-5.7]).

When focusing on buprenorphine sniffing, after adjustment for younger age and lack of a stable relationship (OR=4.6 95%CI[1.5-13.8]), individuals reporting heroin sniffing before treatment initiation had a 13-fold risk of practicing buprenorphine sniffing during treatment.

These results put into evidence that the predictors of buprenorphine diversion by sniffing or injection do not overlap, the first being more related to the need to fulfil sensation seeking, the second confirming the inadequate care for psychiatric co-morbidities and drug dependence.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Perrine Roux, Virgine Villes, Isabelle Feroni
Jerome Blanche, Bruno Spire, M.P. Carrieri
INSERM U379 / ORS PACA



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'accès aux soins de toute personne détenue est un droit inaliénable (Article 6. Traité de l'Union Européenne. Droits de l'homme) que conforte le principe de l'équivalence de soins intra-muros/milieu libre.

La population pénale reste une population particulièrement vulnérable au plan sanitaire, psychologique et social nécessitant des prises en charge spécifiques, en amont, durant et en aval de l'incarcération (adultes des deux sexes majeurs et mineurs, pathologies somatiques lourdes, troubles psychiatriques, usagers de drogue(s), étrangers « sans-papiers » ou dans l'attente d'une mesure de reconduite à la frontière, etc.).

S'il est incontestable que certaines avancées ont été obtenues en matière d'offre de soins somatiques, médico-psychologique et d'aide à l'insertion/réinsertion, il n'en demeure pas moins que perdurent d'importantes inégalités selon les établissements, faute également de moyens conséquents (pénurie de budget, pénurie de personnels).

Dans le cadre de cet Atelier, seront exposées quelques-unes de ces problématiques en matière de prise en charge en milieu carcéral.

Le contexte carcéral français est, par ailleurs, particulièrement alarmant, non sans risque quant au droit à la dignité de toute personne détenue et non sans effets dommageables aggravés à venir en matière d'offre globale de « Soins », en raison entre autres :

- d'une surpopulation pénale en constante augmentation (60 677 détenus au 1er.09.2007 dont femmes : 3.7 % ; mineurs : 1.1%. Ministère de la Justice) ;
- des conditions de détention dégradantes ;
- de l'allongement de la durée moyenne de détention provisoire (Rapport de la Commission nationale de suivi de la détention provisoire. Mars 2007) ;
- de l'allongement de la durée des incarcérations par l'adoption de la « Loi sur la récidive », texte «(...inutile(...))et ce qui est plus grave encore, potentiellement dangereux(...)» (Robert Badinter. Sénat. Séance extraordinaire du jeudi 5 juillet 2007) ;

Alors que reste toujours attendue et urgente l'élaboration d'une « Loi Pénitentiaire » réformant le système carcéral (dont le principe en revient en particulier à Jacques Floch, député, Rapporteur de la Commission d'enquête parlementaire sur les prisons. Assemblée Nationale. 2000) tout autant qu'un « Statut de la personne détenue ».

RÉSUMÉS NON COMMUNIQUÉS

Collaboration d'un CEIP et d'un CSST, spécificités d'une pratique et d'un public,
J. ARDITTI, J.J. SANTUCCI, X. THIRION (CEIP, Marseille)

Clinique et comorbidités,
A. BENYAMINA, L. KARILA (CERTA, Villejuif)

Approche expérimentale des effets psychocomportementaux du cannabis,
J. MICALLEF-ROLL (CEIP, Marseille)

Actualités et perspectives thérapeutiques des addictions
C. O'BRIEN (Philadelphie)

Apport de la neuroimagerie à la médecine des addictions et en particulier de l'alcool
K. MANN (Mannheim)

Les apports de la neurobiologie dans le développement des pharmacothérapies
F. NOBLE (Paris)

A propos d'un nouveau médicament des addictions (la varénicline)
I. BERLIN (Paris)

Le médicament, entre objet social et objet technique (la buprénorphine)
I. FERONI (Marseille)

Aspect légaux et réglementaires de la gestion des risques
M. BOULOS (Saint-Denis)

Aspects relationnels et psychologiques
J. LACOSTE (Fort de France)

Hypothèses des analystes belges sur le fonctionnement de la substitution
M. SWARTEBROECKX (Bruxelles)

Economie pulsionnelle chez les toxicomanes
J-F. DAUBECH (Bordeaux)

Fonction des drogues chez les psychotiques
J. JUNGMAN (Paris)

Nouvelle clinique de l'addiction à la cocaïne
A. C. NICOLAS (Fort de France)

Cocaïne et hyperactivité avec déficit de l'attention
M. CASAS (Barcelone)

Addiction à la cocaïne : 4 observations cliniques
X. AKNINE (Aulnay-Sous-Bois)

Consommation de cocaïne chez les sujets substitués
D. TOUZEAU (Bagneux)

Le point sur les traitements médicamenteux de l'addiction à la cocaïne
J. LACOSTE (Fort de France)

Les usages de cocaïne, données récentes
A. CADET TAIROU (Saint Denis)

Le petit trafic de cocaïne
M. GANDILHON (Saint Denis)

Les addictions sexuelles
F. THIBAUT (Rouen)

Dimension addictive des troubles alimentaires
J. VIGNAU (Lille)

Pertinence du concept d'addiction dans les TCA
J-L. VENISSE (Nantes)

Un nouveau concept pharmacologique et thérapeutique
E. STRAIN (Baltimore)

De Subutex à Suboxone : l'expérience australienne
A. DUNLOP (Wallsend)

La pratique britannique
J. CRICHTON (Southampton)

Enseignements de l'expérience américaine
C.R. SCHUSTER (Chicago)

Perspectives dans le contexte français
P. POLOMENI (Paris)

Le développement clinique de Suboxone
A. RIMAILHO (Levallois-Perret)

Consumption of anabolic steroids in sport, physical activity and as a drug of abuse: an analysis of the scientific literature and areas of research » **V. AGULLO (Valencia)**

Expérience de l'utilisation du Suboxone en Finlande
Hannu ALHO (Helsinki)

Couverture en TSO et Traffic
Carlos NORDT (Zurich)

Méthodologie des essais cliniques avec l'héroïne
M. CASAS (Barcelone), W. VAN DEN BRINK (Amsterdam), A. UCHTENHAGEN (Zurich), M. MARSET (Genève), W. KOEHLER (Frankfurt), J. COLOM (Barcelone) et J. C. MARCH (Grenade)

Le problème du consentement aux soins en milieu carcéral.
Pierre LAMOTHE (Lyon)

La prise en charge des problèmes d'addiction chez les mineurs incarcérés.
Betty BRAHMY (Paris)

Le TDAH dans le repérage des troubles psychiatriques des jeunes fumeurs de tabac et de cannabis.
Diane PURPER-OUAKIL (Paris)

Adolescence, conduites à risque et fonctions exécutives.
Mario SPERANZA (Versailles)

Repères cliniques et spécificités du TDAH chez l'adulte.
François BANGE (Paris)

Le TDAH de l'adulte : quelle procédure diagnostique, quel repérage ?
Hervé CACI (Nice)

TDAH et abus de substances : diagnostic différentiel et cibles thérapeutiques
Jacques BOUCHEZ (Villejuif)

Traitements du TDAH de l'adulte : intérêts et limites
Franck BAYLE (Paris)

Intérêt et limites d'une alternative aux programmes de soins par la méthadone chez les femmes enceintes : Le point sur l'étude comparative multicentrique internationale des deux traitements de substitution.
Hendree JONES (Bethesda)

Spécificité de la situation périnatale dans deux régions australiennes : la fondation du Consortium International « Buprénorphine et grossesse »
Adrian DUNLOP (Wallsend)

Pourquoi une pédiatre a-t-elle publié sur les futures mères toxicomanes en France ?
Evelyne MAZURIER (Montpellier)

Quel intérêt pour une alternative au traitement de référence chez les opiomanes enceintes, dans la Belgique des années 80?
Marc REISINGER (Bruxelles)

La parentalité des toxicomanes en dehors du traitement.
Ahcène CHEMALI (Paris)

REDUCTION DES RISQUES



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS VIRALES EN PRISON

CHOSSEGROS P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Les contaminations virales par les virus des hépatites restent un des principaux problèmes de santé publique en prison. C'est le traitement des hépatites qui occupe le devant de la scène en France. Par contre la prévention est un sujet rarement abordé, sans doute en raison de la difficulté rencontrée pour la quantifier. Si le nombre de contaminations est difficile à établir, la présence de partages de matériels d'injection en prison a été démontrée par de nombreuses études. Étant donné la prévalence des hépatites au sein de la population des toxicomanes par voie intraveineuse en prison, la prévention des infections ou des réinfections devrait être une priorité.

Elle peut être envisagée sous trois angles différents :

Réduction de la consommation de drogue par une large prescription de traitements de substitution à des posologies suffisantes,
Désinfection des seringues ;
Programmes d'échange de seringues.

La première solution a fait des progrès, mais semble encore très insuffisante pour les toxicomanes non substitués avant leur incarcération.

La désinfection par l'eau de Javel, qui reste un moyen vraisemblablement efficace quand elle est bien utilisée, a été préconisée par la DGS, mais il existe peu de données portant sur son utilisation. Les programmes d'échange de seringues n'ont pas été mis en place. Après leur utilisation initiale en Suisse, d'autres pays ont utilisé ces programmes. Leurs expériences en démontrent l'intérêt : utilisation du matériel par les détenus, réduction des partages, acceptabilité par le personnel de détention, absence d'utilisation du matériel pour menacer le personnel ou les autres détenus. Au Canada, des associations ont même lancé des actions pour en faire imposer la mise en place par voie judiciaire. Étant donné la persistance d'une forte endémie des infections par les virus des hépatites et, à un moindre degré, du SIDA, chez les toxicomanes dans certaines prisons françaises, force est de reconnaître que la prévention de leur diffusion suscite moins d'intérêt que leurs traitements. L'importante hétérogénéité des situations (taille des prisons, nombre de toxicomanes incarcérés, prévalence des infections) amène à proposer de renforcer les incitations à mieux traiter les dépendances, à mieux faire connaître les modalités de désinfection et d'utilisation du matériel d'injection et, dans les prisons où ces endémies sont particulièrement élevées, à mettre en place dans un premier temps des programmes « expérimentaux » d'échanges.

La position à l'égard de cette prévention en prison rappelle celle qui avait cours il ya vingt ans concernant l'éducation sexuelle et les préservatifs.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

VHC, HIV, PREVENTION, ECHANGE DE SERINGUES, PRISON
HCV, HIV, PREVENTION, NEEDLE EXCHANGE, PRISON

CHOSSEGROS Philippe
GT69, Unité Hospitalière Sécurisée
Interrégionale. Lyon.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Act-up nous avait déjà montré le chemin en matière de sida : information = pouvoir

Nous avons ensuite beaucoup parlé de citoyenneté pour désigner l'espace nécessaire à l'éclosion d'une parole venant des usagers de drogues. Cette parole a d'abord été revendicative et seulement cela. L'enjeu en était le simple droit à l'expression, une expression très marquée aussi par le contexte des épidémies. La citoyenneté des usagers de drogues -comme on dit dans un charabia droitdelhommisant farci de bonnes intentions- est avant tout marquée par le contexte des épidémies de sida et d'hépatites. Dans les années 90 cette citoyenneté s'est souvent exprimée autour de la revendication du droit à la drogue, du droit de shooter en l'occurrence, parce-que ce droit de shooter était aussi la condition première du shooter propre. Au même titre que le droit d'acheter une seringue dans une pharmacie a pu être entendu autant comme une reconnaissance légale de l'acte de shooter que comme le droit à ne pas être contaminé. La garantie de survie a donc été superposée à la reconnaissance de « culture junkie » au même titre que le port du préservatif a été associé un temps à la reconnaissance de la culture « gay ». On disait « citoyen comme les autres » et l'on pensait ' droit à être une minorité à l'imitation des autres minorités ».L'aboutissement logique de cette manière de faire de la réduction des risques c'est les salles consommations, et les groupes d'auto-support, bref des espaces collectifs où l'usage des drogues, de préférence par voie intraveineuse, est mis en scène et revendiqué.

Aujourd'hui, émerge par le biais de la substitution (mais pas seulement), le droit à être soigné.. C'est un changement énorme de perspective. Tout d'abord il s'agit d'un droit individuel. Ensuite, ce droit fait référence, non pas à une culture clandestine opprimée, mais un droit commun auquel n'importe quel citoyen peut prétendre. Le droit est revendiqué comme un espace nécessaire pour sécuriser l'administration du soin le plus élémentaire.

Dans le cas spécifique de la substitution , il s'agit également de refuser les zones floues où se complaisent certains trafiques qui entremêlent médecine et deal de drogues. La zone « grise » où se complaisent certains médecins, certains pharmaciens et certains usagers doit être combattue car elle dessert la légitimité de la substitution.

Fini les espaces collectifs, fini la culture « junky », vive la santé publique.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...





NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le 2 janvier 2002, paraît la loi de santé publique qui met l'utilisateur au centre du système de soins et leur permet d'être représenté dans ces dispositifs. Dans le même temps, Asud a modifié ses statuts pour pouvoir représenter les usagers de drogues du système de soins, et en particulier les usagers de la substitution aux opiacés.

En 2007, paraît le plan addictions 2007-2011, qui dans son objectif 10, mesure 19 veut « renforcer et pérenniser les financements des associations d'entraide et d'auto support afin qu'elles puissent sereinement développer des programmes de soutien aux patients et des projets de prévention, de communication et de formation ».

C'est dans le cadre du plan addiction, et dans la continuité de la loi du 2 janvier 2002, qu'Asud a créé un poste de chef de projet « Représentation des usagers de drogues du système de soins » dont la fonction est de promouvoir Asud en tant qu'association de patients, de défendre les droits de ces patients et de développer les actions en ce sens (Conseil de la vie sociale, Représentation des personnes substituées, animation d'un forum internet sur les personnes substituées...).

Mais ce changement de position d'Asud (d'utilisateur de drogue à patients) n'est pas sans poser certains nombres de questions : que devient la position militante d'Asud sur l'usage de drogue ? En particulier la défense du droit des usagers de drogue est-elle compatible avec celui des patients ? Quelles sont les dynamiques à l'œuvre dans ce changement ?

Les essais de réponses à ces questions seront illustrés d'exemples tirés de l'action sur les conseils de la vie sociale.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...





NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'Auto Support des Usagers de drogues (ASUD) a organisé en 2006 le « testing » de six consultations cannabis situées en Ile de France pour savoir si l'accueil des usagers pouvait intégrer des outils d'accompagnement et de gestion des consommations à l'exemple de ce qui a été fait pour les usagers d'opiacés lors de la mise en place de la politique de réduction des risques (RDR)

A l'exemple du « testing » anti-discriminations organisés par SOS-racisme à l'entrée des boites de nuit, ASUD a lancé quelque « testeurs » sur la piste des consultations ouvertes depuis 2005 pour accueillir les usagers de cannabis. Six structures de Paris et sa région ont été visitées, ainsi que deux dans le Lyonnais. Nous voulions savoir si dans le cadre de ces consultations cannabis, la Réduction Des Risques (RDR) avait droit de cité. Si oui, sous quelle forme ? Si non , pourquoi ? Il s'agissait d'évaluer l'importance des pratiques de rdr dans les réponses thérapeutiques mises en place par le plan de lutte contre la banalisation de la consommation de cannabis mis en place par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) en 2005 , puis d'élargir le questionnement à l'ensemble des contradictions, ou des paradoxes, existant entre une campagne anti-drogue classique et la généralisation des conceptions influencées par la RDR.

Au-delà de cette interrogation liminaire nous avons parallèlement essayé de fiabiliser une méthode d'enquête, propre à nous faire pleinement jouer notre rôle de représentant des patients accueillis par le système de soins.

Les résultats de cette mini enquête qualitative, effectuée de manière empirique avec « les moyens du bord », permettent cependant de s'interroger sur la formation des accueillants et sur la nécessité d'établir des liaisons entre les différentes propositions de traitements auxquelles sont confrontés les usagers.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Cannabis consultation réduction des risques usagers



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

ATELIER DROIT DES USAGERS

DROIT DES USAGERS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

MICHEL L

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Bien que lieu par excellence d'application du Droit au sens judiciaire, la prison est souvent considérée comme un lieu de non droit aussi bien par les détenus que par de nombreux intervenants. Le règlement intérieur est variable d'un établissement pénitentiaire à l'autre, laissant de plus dans l'ombre certains aspects de l'organisation pénitentiaire, et le type de Direction d'un établissement influe grandement sur sa lecture. Dans l'organisation pratique des soins, différents droits s'opposent à travers divers documents de référence : code de procédure pénale, code de santé publique, code de déontologie, circulaires et décrets variés. Les soignants eux-mêmes sont parfois en difficulté face à la confrontation des impératifs sécuritaires et d'objectifs sanitaires malgré un « guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues » assez détaillé.

La loi de 1994 stipule cependant dans son principe l'équivalence des soins entre milieu ouvert et fermé, garantissant un droit aux soins minimum aux détenus.

Il est appliqué, au moins partiellement, dans la plupart des situations, sauf par exemple en ce qui concerne la réduction des risques (absence de dispositif d'échange de seringues) et dès lors que pour sa réalisation, le soin requiert la présence de personnels pénitentiaires (extractions, etc...). Les modalités d'accès aux traitements de substitution et aux soins spécialisés en addictologie varient notablement d'un établissement à l'autre en fonction cette fois-ci des options idéologiques des médecins référents, de leur formation et surtout des moyens humains disponibles. Certaines situations de rupture de soin (antirétroviraux dans le VIH, traitements de substitution) peuvent être lourdes de conséquences à l'entrée en prison. Le rapport (2003) pour la commission nationale consultative des traitements de substitution portant sur l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu pénitentiaire souligne clairement le sentiment d'arbitraire éprouvé par les détenus face aux différences majeures de prise en charge d'un établissement à l'autre. L'absence de confidentialité et la stigmatisation sont au moins aussi péniblement vécus, traduisant, plus que la nécessité d'un droit aux soins, l'importance d'une réflexion sur le Droit individuel en prison. L'expérience prouve par ailleurs que même lorsque les patients connaissent parfaitement leurs « droits », ceux-ci restent extrêmement difficiles à faire valoir en l'absence d'alternative (équipe médicale unique, voir référent médical unique) ou d'instance de contrôle permettant une médiatisation en cas de conflit. L'auto-support joue à ce titre un rôle essentiel.

Mais la rencontre avec des contraintes liées au dispositif de soin en détention est parfois aussi bénéfique lorsque justement aucun cadre de soin n'existait avant l'incarcération et que celui imposé en détention permet la rencontre avec une démarche « soignante ». C'est aussi un droit pour le justiciable de pouvoir attendre que les soins prodigués en prison s'inscrivent dans une logique soignante structurée.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Dr MICHEL Laurent
Centre de Traitement des Addictions
Hôpital E Roux - APHP
Limeil-Brévannes



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

MARQUIS' REACTION IN HARM REDUCTION IN FESTIVE PLACE : AN UNDERVALUED ON-SITE PILL TESTING OF ECSTASY TABLETS

PRADEILLE J-L

CHAKROUN N

BELTRAN V

AGUERRETXE COLINA A

DAULOUEDE J-P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Background: The main objective of this study is to evaluate the reliability (sensitivity and specificity) of a pill testing (Marquis' reaction) to detect MDMA in ecstasy tablets. The second objective is to highlight the linear relation between MDMA concentration and intensity of Marquis' reaction.

Methods: A total of 66 ecstasy tablets were collected and analyzed, between 2000 and 2001, with double blind procedure using gas chromatography and Marquis' reaction. Then, the concordance between the results of laboratory analysis and in situ pill testing was verified.

Results: Pill testing detects MDMA in all tablets containing this substance (sensitivity and specificity of 100%, $p < .00001$). Linear trend was also significant ($F_{1,50} = p < 0.003$) and showed that the more intense is the Marquis' reaction, the more MDMA concentration is high.

Conclusion: This study shows that Marquis' reaction is a very precious test in harm reduction practice because of its high quality of screening of MDMA in ecstasy tablets. Moreover, due to the linear relation between concentration in MDMA and Marquis' reaction, this test allows actors of prevention to better individualized harm reduction message. This study must be the first stage of the evaluation of this testing.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Harm reduction, ecstasy, MDMA, pill testing.



RÉSUMÉS NON COMMUNIQUÉS

Une salle de consommation Hygiénique au cœur de Bilbao

J. J. PARDO (Bilbao)

MSIC, l'expérience de Sydney

I. VAN BEEK (Sidney)

Débuts d'une salle de consommation en Suisse

C. MANI (Genève)

INSITE, réduction des risques à Vancouver

S. EVANS (Vancouver)

Présentation des dispositifs d'intervention au niveau national

S. PETIT (Paris)

Présentation des dispositifs d'intervention au niveau européen

S. LECLERC ((Barcelone)

Spécificité de l'approche médicale en milieu festif : la clinique Hallucinée

H. GADELIUS (Marseille)

Place d'un dispositif de réassurance en milieu festif

A. PEYRE (Paris)

INFECTIOLOGIE



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

SUIVI DE L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DU VIRUS DE L'HÉPATITE C(VHC) ET INCARCÉRÉS EN MAISON D'ARRÊT (MA) ENTRE 2006 ET 2010. ANALYSE À 1 AN DE L'ÉTUDE RECAMS

MARZO JN
LEVASSEUR L

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Evaluation de l'impact de l'organisation des soins dans les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) sur la prise en charge du VHC.

Méthodes: Etude épidémiologique, prospective dans les UCSA sur un jour donné.

Résultats: Le taux de réponse des MA en 2006 est de 27% (36/130). Les données recueillies concernent l'organisation des soins médicaux dans l'UCSA : un dossier médical commun somatique et psychiatrique existe dans 74% des cas. Il existe des difficultés pour obtenir une consultation ou une hospitalisation dans l'établissement de proximité dans 32% des cas. Par ailleurs, dans 24% des cas, il n'y a pas de surveillant dédié à l'UCSA et dans 38% des MA, il n'y a pas de procédure de soins d'urgence. Des consultations spécialisées en psychiatrie sont prévues dans 76% des cas. Des consultations en hépatologie existent dans plus de 70% des MA ayant plus de 300 détenus. Des concertations somatiques/psychiatriques existent dans 73% des cas. A la sortie, le patient est orienté vers un réseau dans 42% des cas. Les structures liées à l'UCSA sont des CSST(91%), centres d'hébergement(52%), CDAG(24%). La séroprévalence du VHC est 3% chez les mono-infectés VHC (334/11466), et 1% chez les co-infectés VIH -VHC(116/11403). Les génotypes sont renseignés dans 50% des cas [32% G1/4/5/6 - 18% G2/3]. 70% des patients ayant un génotypage sont traités.

Conclusion: Cette étude indique plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge du VHC en MA: la nécessité de généraliser des consultations régulières en hépatologie, d'optimiser le dépistage, notamment pour les personnes à risque ayant de courtes incarcérations. Le bilan hépatique doit être complété en cas de sérologie positive et l'orientation du patient à la sortie doit être améliorée pour permettre une poursuite du traitement commencé en détention. Les données de l'enquête à 2 ans sont en cours d'analyse.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Epidémiologie, HCV, prison, santé publique
Epidemiology, HCV, jail, public health

MARZO JN.*
LEVASSEUR L.
*Hôpital Robert Ballanger 93602 Aulnay Sous Bois



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page. A solid vertical line is on the left side of the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

La très forte prévalence de ces affections, la singularité du lieu clos et la diversité de l'offre de soins entraînent des particularités sur la prise en charge de ces trois pathologies en milieu carcéral. Particularités liées au contexte, mais aussi au patient lui-même pris entre sa nécessaire prise en charge thérapeutique et sa problématique carcérale.

L'épidémie du sida a permis une prise de conscience de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées, dès 1984, qui s'est concrétisée en 1994 par la création des UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires), rattachée au service hospitalier public.

Dix ans après où en est-on dans le suivi du VIH, des hépatites et des addictions dans les prisons en France?

Nous retrouvons très peu d'études ou de références bibliographiques dans la littérature. Nous souhaitons établir un état des lieux en 2007 afin d'avoir une base cohérente de réflexion sur des données précises.

La taille des établissements pénitentiaires, l'équipe sanitaire, les croyances des soignants augmentent l'hétérogénéité des offres de soins. La médecine en milieu pénitentiaire s'adapte avec ses moyens et il existe heureusement des exemples de prise en charge spécifique au milieu carcéral réussie.

La formation du personnel soignant, l'information auprès des agents de l'Administration Pénitentiaire et la préparation à la sortie des patients incarcérés sont les axes prioritaires pour une bonne prise en charge de ces trois pathologies. Conditions impératives lorsque l'on s'inscrit dans une démarche soignante visant à la réinsertion des patients incarcérés.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Prison. Toxicomanie. Hépatites. Sida. Soins.
Toxicomania. Hepatitis. Aids. Prison. Treatment

Meroueh Fadi
Praticien Hospitalier.
UCSA.
Maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is on the left side of the page, and a solid horizontal line is at the top of the dotted area.

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE HÉPATITE C : ENQUÊTE AUPRÈS DES PRATICIENS

MICHEL L
MELIN P
LANG JP
HENRY Ch
GAUCHET A
SCHOEFFLER M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Les troubles psychiatriques et les conduites addictives sont les causes principales de non initiation du traitement de l'hépatite C, de sa mauvaise observance et de rupture thérapeutique. Leur prise en charge est extrêmement variable d'un service à l'autre et conditionne grandement l'accès aux soins d'une population qui de plus en plus constitue le « réservoir » du virus. La formulation de recommandations consensuelles est ainsi devenue nécessaire afin d'élargir l'accès aux soins des patients atteints d'hépatite C en levant les obstacles liés aux modalités d'intervention auprès de ces patients. Le préalable est la réalisation d'un état des lieux national précis et représentatif des pratiques actuelles de prise en charge des troubles psychiatriques ou addictologiques des patients atteints d'hépatite C. C'est le sujet de l'enquête que nous nous proposons de détailler ici.

Dans cet objectif, un échantillon représentatif de spécialistes (n=100) prenant en charge des patients atteints d'hépatite C (75% d'hospitaliers dont 65% intervenant en CHU, 25% de libéraux - 80% d'hépatologues et 20% d'infectiologues ou internistes) a été sélectionné. Chacun a été rencontré dans le cadre d'un entretien incluant la réponse à un questionnaire et l'examen de 6 dossiers de patients vus au cours des 12 derniers mois et présentant des troubles psychiatriques (dont 2 naïfs de tout traitement pour l'hépatite C et récusés en raison de leurs troubles psychiatriques).

Le recueil de données porte sur la nature de l'éventuelle évaluation psychiatrique et/ou addictologique avant traitement et son contenu, les outils utilisés, les critères psychiatriques de non initiation du traitement pour l'hépatite C, les prescriptions de psychotropes, les modalités de suivi psychiatrique et d'éventuel arrêt du traitement en cas de complication ainsi que les attentes des professionnels impliqués dans la prise en charge de ces malades.

A l'issue de cette enquête, et après expertise auprès de psychiatres/psychologues impliqués dans la prise en charge de patients atteints d'hépatite C, un certain nombre de recommandations sont formulées.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Dr Laurent MICHEL* et le Collectif C'Psy
(P MELIN, JP LANG, Ch HENRY, A GAUCHET, M SCHOEFFLER)
Centre de Traitement des Addictions
Hôpital E Roux - APHP
1, avenue de Verdun
94456 Limeil-Brevannes



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Co-infection with HIV and hepatitis C virus (HCV) is a significant public health problem. High prevalence rates of HCV are consistently observed among populations of injection drug users, and intranasal drug users are also at-risk. Shared routes of transmission with HIV have led to high rates of HCV/HIV co-infection. Co-infection has been shown to increase HCV loads, accelerate the development of cirrhosis, accelerate progression to end-stage liver disease, and to be a negative prognostic factor for clearance of HCV. Treating co-infected drug abusers is fraught with many problems such that clinicians and other health care providers have to determine whether patients should be treated first for drug addiction, for HIV/AIDS, for HCV infection, or simultaneously treated. This symposium will consider all of these issues with presentations on: 1) the epidemiology of HCV and HIV/HCV co-infection among drug using populations; 2) the underlying pathogenesis and natural history of HCV and HIV/HCV disease; 3) the effects of HIV and HCV on central nervous system function; 4) the problems and strategies in managing the treatment of HCV and HCV/HIV co-infection among drug users, including depression and substance abuse; and 5) update on HCV medications and therapeutic trials, and therapeutic interventions for treatment of HIV/HCV co-infection. This session will provide attendees, including clinicians and researchers with a good understanding of the latest scientific developments in the area of drug abuse and HIV/HCV co-infection that are relevant to the efficacious treatment of those conditions.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

HIV/AIDS, Drug Abuse/Addiction, Hepatitis C virus, HIV/HCV co-infection, treatment.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE UD À CO-INFECTION À L'ISSUE D'UNE GARDE À VUE OU D'UNE INCARCÉRATION.

SANA M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

La prise en charge de femmes enceintes ayant un passé carcéral ou sous le coup d'une garde à vue ou de condamnation a permis de mettre en évidence de nombreuses difficultés entravant la régularité du suivi de leur grossesse.

Or, cette population souffre de pathologies associant des troubles psychiatriques, des conduites d'abus de substances psycho-actives, des pathologies somatiques multiples (VIH, VHC, diabète, etc.) souvent non traitées, voire ignorées.

Par conséquent, la découverte de malformations fœtales et autres manifestations néonatales est le plus souvent tardive, compliquant les soins en pré- et post-natal ainsi que l'accueil du nouveau-né.

Dans le cadre de cet Atelier, seront exposées ces problématiques à l'appui de quelques-unes des situations cliniques rencontrées dans notre pratique.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Prison. Toxicomanies. Grossesse. Troubles psychiatriques. Troubles somatiques.
Prison. Substance abuse. Pregnancy. Mental disorders. Somatics disorders.

SANA Malika
Praticien hospitalier.
Equipe Mobile d'Addictologie de la maternité Port-Royal.
Groupe Hospitalier Cochin
Paris.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

FULL PARTICIPATION IN HARM REDUCTION PROGRAMS DECREASES THE RISK FOR HIV AND HCV : EVIDENCE FROM THE AMSTERDAM COHORT STUDIES AMONG DRUG USERS

VAN DEN BERG C
SMIT C
VAN BRUSSEL G
COUTINHO R
PRINS M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Background: In Amsterdam, The Netherlands, methadone programs are implemented according to the harm reduction approach, in which illicit drug use is tolerated. The main goal is to keep in contact with as many drug users (DU) as possible, combining methadone provision with needle-exchange programs (NEP) and social-medical care. We investigated whether this approach affects the incidence of HIV and hepatitis C virus (HCV) infection.

Methods: The study population comprised 714 HIV- and/or HCV-negative ever-injecting DU from the ongoing Amsterdam Cohort Studies (ACS) that started in 1985. Sera stored from blood drawn for HIV testing at 4-6-monthly ACS visits was retrospectively tested for HCV antibodies. The association between use of harm reduction and seroconversion for HIV and/or HCV was evaluated using Poisson regression. Harm reduction was measured by combining its two most important components --participation in a methadone program and the use of NEP-- and looking at 5 categories of participation. Full participation was defined as ≥ 60 mg methadone/day and no current injecting or ≥ 60 mg methadone/day and current injecting but all needles exchanged).

During follow-up, 90 ever-injecting DU seroconverted for HIV and 58 for HCV. **Results:** Use of a methadone program or use of NEP alone was not significantly associated with HIV or HCV seroconversion. However, with combination of these variables and after correction for confounding variables, we found that ever-injecting DU who fully participated in harm reduction programs were at a lower risk to seroconvert for HIV and HCV compared to DU with no participation (incidence rate ratios 0.43 (95% confidence interval (CI) 0.21-0.87) and 0.36 (95% CI 0.13-1.03)), respectively.

In conclusion, ever-injecting DU who fully participate in harm reduction programs are at decreased risk for both HCV and HIV infection, indicating that combined prevention measures --but not the use of NEP or methadone alone-- can reduce the spread of these infections.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

IDU, methadone, NEP, cohort study, incidence HCV , incidence HIV.

Charlotte van den Berg^{1,2}, Colette Smit², Giel van Brussel³, Roel Coutinho^{1,2,4}, Maria Prins^{2,5}
1 Department of Human Retrovirology, Center for Infection and Immunology Amsterdam (CINIMA), Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; 2 Cluster Infectious Diseases, Department of Research, Amsterdam Health Service, Amsterdam, The Netherlands; 3 Cluster Social and Mental Healthcare, Amsterdam Health Service, Amsterdam, The Netherlands; 4 National Institute for Public Health and the Environment, Center for Infectious Disease Control, Bilthoven, The Netherlands; 5 Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Tropical Medicine and AIDS, CINIMA, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands;

RÉSUMÉS NON COMMUNIQUÉS

Pistes concrètes pour améliorer la prise en charge de l'hépatite C des usagers de drogues : conclusions des groupes de travail MICA-DO

M. MUNTAK, J.F. ROCH (Besançon), Isabelle FOUCHARD-HUBERT (Angers), Georges BONNEMAISON (Tours), Jacques BERTROU (Chateauroux)

Epidemiology of HIV and HCV among Drug Users

S. STRATHDEE (San Diego)

Pathogenesis and Natural History of HCV

D. THOMAS (Baltimore)

Effects of HIV and HCV on Central Nervous System Function

I. GRANT (San Diego)

Managing the treatment of HCV and HCV/HIV co-infection

D. SYLVESTRE (San Fransisco)

HCV Medications and Therapeutic Trials

K. SHERMANN (Cincinnati)

Y a-t-il une place pour l'hépatologue dans la prise en charge de l'hépatite C des usagers de drogue ?

Anne GERVAIS (Paris)

Les résultats de l'enquête Hépatite C et usagers de drogues ASUD/SOS Hépatites.

Michel BONJOUR

Hépatite C et usagers de drogue. Le regard de l'anthropologue.

Catherine ENEL (Dijon)

Hépatite C et trouble psychiatrique – Les résultats de l'étude CHEOPS

J.P. LANG (Strasbourg)

Etude PEGAPSY – Résultats préliminaires

J.P. BRONOWICKI (Nancy)

Toxicomanies, Hépatites, Sida en milieu carcéral

Fadi MEROUEH (Villeneuve les Maguelone)

Etude COQUELICOT

Marie JAUFFRET ROUSTIDE (Paris)

Méthodologie non invasive de la Fibrose Hépatique

Victor DE LEDINGHEN (Bordeaux)

L'initiative ESTHER: un modèle de solidarité Nord Sud dans le champ du Sida, des hépatites et de la toxicomanie

Gilles RAGUIN (Paris)

HEP'TOX Un programme national pour optimiser la prévention et la prise en charge des patients usagers de drogue VHC+ suivis en CSST

J. MOUSSALLI (PARIS) et J.-L. BOUJENAH (Bagneux)



COMMUNICATIONS PAR POSTERS

ADDICTIONS



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

PSYCHIATRIC DISORDERS IN CANNABIS ABUSERS VS. CANNABIS DEPENDANT SUBJECTS

AGUERRETXE COLINA A

BELTRAN V

DAULOUÈDE J-P

AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objective: Compare prevalence of psychiatric disorders in cannabis abusers (CA) and cannabis dependant (CD) subjects.

Methods: Participants were recruited from consecutive patients requesting an appointment at a cannabis addiction clinic. Those that accepted were administered the Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV (MINI) current and lifetime to determine cannabis dependence and abuse and co-occurring psychiatric disorders. Comparisons were made by χ^2 and Student tests ($\alpha=0.05$, Statview®).

Results: 218 cannabis users were assessed and 176 were included: 93 met criteria for dependence, 83 for abuse. No statistical difference between groups was found on age (21.4, SD=6.8), sex ratio (85% men) and in both groups over 50% met alcohol abuse criteria. Both groups differed ($p<0.05$) on alcohol dependence criteria (12% of CD; 2% of CA). CD subjects met significantly more anxiety (30%), mood (37%), psychotic (10%) and antisocial personality (25%) disorder criteria than CA subjects (respectively 2%, 12%, 7% and 8%). **Conclusion:** Compared to cannabis abusers, Cannabis dependant subjects had a significantly higher prevalence of alcohol dependence and a higher prevalence of anxiety, mood, psychotic and antisocial personality disorders. There is a need for a thorough clinical assessment of psychiatric disorders in subjects seeking treatment for cannabis addiction. The level of co-morbidity supports the concept that cannabis dependence represents greater severity than cannabis abuse.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

A. Aguerretxe Colina, V. Beltran, J.P. Daulouède M. Auriacombe,
Centre d'Addictologie BIZIA, BAYONNE, and Université Victor Segalen Bordeaux 2, BORDEAUX
FRANCE



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PROCESSUS DÉCISIONNEL DANS LA MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION À LA MÉTHADONE ET PRISE EN COMPTE DES COMORBIDITÉS.

BADIN B

PODEVIN P

NOËL D

VACQUEREL A

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le processus décisionnel aboutissant à la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés par la méthadone s'accomplit avec une durée très variable : d'une prescription dans une relative urgence à un cheminement de plusieurs mois.

Toutefois quel que soit l'espace temporel et le contexte de la demande du patient, il reste nécessaire de respecter une démarche d'accueil et d'évaluation au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Cette proposition de soins faite au patient dans une structure thérapeutique s'articule autour de trois objectifs avant l'initiation et en début du traitement afin de réaliser dans un cadre consensuel une alliance thérapeutique dès l'aurore de la prise en charge :

- Amorcer la mobilisation psychique nécessaire au travail de deuil de cette périlleuse odyssee de la toxicomanie avec les souvenirs positifs et négatifs de la dépendance, lui donner goût à mettre en mots des émotions afin de générer rapidement de la pensée, soutenir le patient dans sa recherche de nouveaux investissements après souvent un long vécu de vide.

- Outre l'accompagnement de ce travail psychique, le deuxième objectif est celui de permettre au patient d'entamer des soins physiques en vue d'une restructuration narcissique prenant en compte également le corps de ce patient qui est en détresse et qui est en souffrance tant physique que psychique. La recherche d'antécédents médicaux, l'établissement d'un lien avec les acteurs des précédentes prises en charge médicales, la proposition d'un bilan de santé actuel complet, des informations personnalisées sur la méthadone...contribuent à l'individualisation et à la globalisation de la prise en charge.

- Enfin, la proposition d'une évaluation sociale, outre son intérêt intrinsèque, renforce souvent les liens avec l'équipe et peut éviter une crispation défensive de la part du patient parfois en difficulté pour faire part de certains problèmes judiciaires ou certaines situations sociales ou familiales extrêmement précaires.

Dans cette demande d'accueil d'évaluation, il sera par ailleurs important de tenir compte des spécificités de certaines populations -tant pour la prescription que pour le soutien à proposer-, tels les patients bénéficiant d'une trithérapie, ceux ayant un traitement psychotrope, les femmes enceintes, les patients ayant des codépendances et notamment celle à l'alcool, ceux en situation irrégulière...

En se référant aux différents guidelines de la mise en route d'un traitement par méthadone ainsi qu'à leur expérience clinique au sein d'un centre d'addictologie dans un établissement hospitalier, les auteurs se proposent de décliner les différents items à suivre dans cette démarche multidisciplinaire.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Méthadone - alliance thérapeutique - évaluation.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

La prise en charge des troubles de la personnalité représente un enjeu important en addictologie. Ces troubles existeraient chez 40% des patients alcoolodépendants et constitueraient un facteur aggravant des autres troubles psychiatriques. Ils peuvent être à l'origine de rechute en ne permettant pas une amélioration de la qualité de vie des patients.

A travers l'illustration d'une étude de cas, nous tenterons de montrer qu'un trouble de personnalité borderline peut être pris en charge en consultation ambulatoire d'alcoologie.

La patiente, âgée de 53 ans est alcoolodépendante en rémission prolongée complète. Elle a suivi un programme de prévention de la rechute. Cependant la variété et l'alternance des troubles de l'axe I du DSM puis les échecs successifs des différentes tentatives de prises en charge comportementales et cognitives classiques nous ont conduits à l'exploration de l'axe II. L'évaluation de la patiente concernant un éventuel trouble de la personnalité s'est faite avec le SIDP IV de Pfolh et coll: les critères diagnostiques généraux et 6 manifestations parmi 9 sont présents.

Ce trouble se traduit par une instabilité de l'humeur, une notion de soi perturbée, une labilité émotionnelle, une impulsivité importante conduisant à des troubles alimentaires importants (boulimique à poids normal) et à de l'auto agressivité (auto mutilations). La patiente présente par ailleurs une anxiété sociale modérée (échelle de phobie sociale de Liebowitz) et un déficit d'assertivité (échelle de Rathus)

L'analyse fonctionnelle (basic idea) nous amène à proposer à la patiente ce protocole de prise en charge:

- explication succincte des bases théoriques des thérapies comportementales et cognitives
- attentes et objectifs de la thérapie dans les domaines individuels, familiaux et sociaux
- propositions de stratégies thérapeutiques.

Les techniques thérapeutiques qui vont être utilisées sont des techniques classiques de restructuration cognitive auxquelles on couplera un entraînement aux habiletés sociales.

La thérapie débute par un travail d'apprentissage de reconnaissance et de distinction des émotions (utilisation de relevés d'auto observation à 2 colonnes: situation/émotion). Le but étant à terme de pouvoir repérer la chaîne d'événements cognitifs à l'origine de l'émotion pénible. L'enjeu est d'autant plus important pour la patiente que ce sont ses émotions pénibles intenses et envahissantes qui génèrent les conduites impulsives d'auto agressivité.

L'étape suivante consiste à apprendre à repérer les pensées automatiques (relevé d'auto observation à 3 colonnes situation/émotion/pensée automatique). Les pensées automatiques vont nous permettre d'accéder aux croyances du sujet, aux schémas dysfonctionnels à l'oeuvre dans le trouble de la personnalité. Il est postulé dans la théorie cognitivo comportementale des troubles de la personnalité que les schémas se sont construits dès l'enfance par des mécanismes d'assimilation/accommodation et sont le filtre rigidifié à travers duquel la réalité est appréhendée. Tout fonctionne en boucle: la pensée régule l'action qui vient confirmer la pensée. Les pensées automatiques qui découlent des schémas s'expriment sans avoir été traitées consciemment sur le plan cognitif.

Une fois les pensées automatiques bien repérées, on peut passer à la restructuration cognitive où il va s'agir de décentrer le patient de son idée première afin de faire diminuer l'émotion qui accompagne la pensée dysfonctionnelle qu'on qualifie d'automatique (relevé d'auto observation à 5 colonnes situation/émotion/pensée automatique/croyance en la pensée automatique/pensées alternatives/réévaluation de la croyance en la pensée automatique).

L'entraînement aux habiletés sociales consiste en un programme classique d'affirmation de soi en individuel (engager la conversation/faire et recevoir des compliments/maîtriser sa communication non verbale/savoir faire des critiques/savoir recevoir des critiques/savoir dire non...).

L'évaluation après un an et demi de prise en charge à raison d'une séance par semaine montre l'absence des critères diagnostiques généraux et la présence de 2 manifestations au lieu de 6 en pré traitement au SIDP. Les scores sont également améliorés à l'échelle de phobie sociale de Liebowitz (57 à 35) et au Rathus (-15 à 3). Cependant les conduites d'automutilations persistent encore même si leur fréquence et leur intensité ont diminué. La patiente continue à avoir une notion de soi perturbée mais pense pouvoir continuer à gérer ses pensées automatiques perturbatrices grâce au travail de restructuration cognitive. Les schémas de pensée semblent s'être assouplis mais sont toujours présents. Ces schémas en tant que structures cognitives stables sont très durs à modifier et risquent de se réactiver lors de nouvelles expériences de vie pénibles.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction; trouble de la personnalité; thérapie cognitivo comportementale; schémas; anxiété sociale; assertivité.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

40ÈME REGARD SYNTHÉTIQUE SUR LE TABAGISME EN FRANCE

BEN LAKHDAR C
MARTINEAU F

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Depuis avril 2004, à la demande des pouvoirs publics, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) réunit chaque mois au sein d'un « tableau de bord tabac » plusieurs indicateurs clés. Cet outil permet de suivre l'évolution du phénomène du tabagisme en France, en complément des enquêtes ou autres statistiques produites dans le domaine.

Méthode : Sont ainsi présentés, de manière volontairement synthétique, les ventes et le prix du tabac (cigarettes et tabac à rouler), les demandes d'information, d'aide et de sevrage (téléphonie sociale, Consultations de tabacologie, ventes de substituts nicotiques) et des informations relatives aux actions gouvernementales de prévention du tabagisme. Les saisies douanières de tabac et, depuis peu, les remboursements opérés par l'Assurance maladie sur les substituts nicotiques sont aussi renseignés.

La compilation de ces différents indicateurs, le traitement et la présentation graphique de ces données mensuelles permettent la mise en lumière quasi-instantanée de l'impact des politiques publiques menées dans la lutte contre le tabagisme.

Résultats : Le bilan annuel présenté au recto de ce tableau de bord offre une vision sur le plus long terme et autorise aussi une rapide constatation de l'efficacité des mesures anti-tabac sur plusieurs années. À titre d'illustration, l'impact des augmentations du prix du tabac d'octobre 2003 et de janvier 2004 sur les ventes de cigarette a clairement été mis en relief, tout comme l'a été l'augmentation du nombre d'appels téléphoniques aux lignes spécialisées.

Conclusion : Le tableau de bord tabac est ainsi devenu au fil du temps une référence aussi bien pour les professionnels de santé, pour les associations anti-tabac mais aussi pour la presse écrite et de façon plus général, pour tous ceux cherchant une information détaillée et concise à la fois sur l'épidémie de tabac sévissant en France.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Christian Ben Lakhdar ; Hélène Martineau

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
3 avenue du Stade France
93 200 Saint-Denis La Plaine
christian.benlakhdar@ofdt.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le protocole NADA (c'est son nom) a vu le jour dans le Bronx à New York en 1975 avant de se développer à travers un millier de programmes dans le monde. Une formule toute simple de cinq aiguilles correspondant à cinq points d'acupuncture, pour traiter les addictions. L'idée pourrait passer pour folle ou magique. Mais ce qu'elle donne à voir et à comprendre vaut bien plus et mérite d'être abordé libre de préjugés culturels et médicaux.

A La Fratrie, à Nanterre, l'équipe formée à ce protocole, à Fort de France et à New-York, la propose désormais aux patients.

Parce que ses mécanismes physiologiques sont encore mal connus, l'acupuncture ne bénéficie pas toujours d'un accueil bienveillant parmi les soignants. Pourtant l'expérience, car il s'agit bien de s'intéresser à « l'éprouvé », confirme son impact sur le système neurovégétatif, divers centres nerveux et certains éléments de l'axe pituitaire sous-cortical (voilà pour la formulation cartésienne occidentale). Pour ce qui nous intéresse ici, retenons simplement qu'elle offre des résultats sur l'atténuation de la réaction à la privation et du désir de drogue, une détente générale et stabilisation homéostatique, un renforcement apparent du fonctionnement physique et mental par activation des réserves organiques. Mais comment en est-on arrivé là ? Au fil du temps et à force d'évaluation de leur travail, l'équipe du Lincoln Recovery Center de New York a élaboré pas à pas, une cartographie en cinq points dont la stimulation semblait pertinente dans le traitement. Aujourd'hui, le protocole NADA correspond à une application d'aiguille sur les points suivants : le « sympathique », « shen men », « rein », « foie », et « poumon ». La technique est compatible avec toutes autres formes de traitements médicaux (en dehors des médicaments pouvant liquéfier le sang) et ne présente pas de contre-indications majeures au-delà de l'opposition au traitement du patient. Le protocole NADA est recommandé pour les personnes de 14 ans et plus. Il peut être utilisé chez la femme enceinte. Les troubles psychiatriques même sévères (d'après la pratique à l'hôpital psychiatrique Lincoln de New York) ne sont pas des obstacles à l'utilisation de l'auriculothérapie, sauf dans des situations d'agitation majeure.

Après plusieurs mois d'utilisation de la méthode au centre de soins de Nanterre, retour sur l'expérience et perspectives.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction treatment support, acupuncture protocol, craving,



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

LE DOMAINE DES ADDICTIONS EN CHANGEMENT : COMMENT ADAPTER L'ORGANISATION DES SOINS EN MÉDECINE DE L'ADDICTION ?

BROERS B
ZULLINO D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : classiquement, en addictologie on avait trois types de patients : les patients souffrant d'une dépendance au tabac, à l'alcool, ou aux « drogues ». Le système de soins fut adapté à cette réalité en proposant des consultations et unités séparées pour ces addictions. Depuis quelques années, la population « addiction » a changé : apparition de nouvelles addictions et dans d'autres groupes d'âge, multi-dépendances, etc. Le système de soins doit s'adapter à cette nouvelle réalité clinique. L'hôpital est un lieu privilégié pour le dépistage des addictions et l'orientation.

Objectif : décrire l'évolution des soins en médecine de l'addiction dans le secteur publique et universitaire à Genève.

Méthode : description du processus d'un développement et premiers résultats d'un dispositif d'accueil et d'orientation en médecine de l'addiction aux Hôpitaux Universitaires de Genève et sa coordination avec les soins spécialisés, qui combinent anciens programmes (surtout alcool et traitement de substitution aux opiacés) et nouveaux programmes (addictions sans substances, cannabis, cocaïne).

Résultats : description de l'organisation et du fonctionnement du dispositif (en cours, y inclus questionnaire de dépistage).

Conclusion : en médecine de l'addiction il convient de réfléchir sur comment optimiser le trajectoire de soins : qui fait le dépistage des addictions (p.ex. en médecine de premiers recours et hôpital général/psychiatrique), comment évaluer et conseiller, et ou orienter les patients en cas de besoin ? Un réseau spécialisé adapté à la réalité épidémiologique est essentiel pour le fonctionnement de la « médecine de l'addiction de premiers recours »

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction, organisation des systèmes de santé
Addiction, health care organisation

Barbara Broers*, Daniele Zullino**
*Service de Médecine de Premiers Recours
**Service d'Abus de Substances
Hôpitaux Universitaires de Genève
barbara.broers@hcuge.ch



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

INTOXICATIONS À LA COCAÏNE-ATROPINE : UNE MINI-ÉPIDÉMIE EN SUISSE ROMANDE

BROERS B
LARRIBEAU R
SARRASIN F
VERMEULEN B
RUTSCHMAN O

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : en France, 19 cas d'intoxications à la cocaïne-atropine avaient été identifiées dans 5 régions de la France fin 2004-début 2005. En Suisse romande, une année après, environ 40 cas identiques ont été identifiés, dont la majorité à Genève, dans un délai de 3 semaines et un pic sur 3 jours.

Objectif : décrire l'évolution de l'épidémie en Suisse Romande, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients qui se sont adressés au Centre d'Accueil et d'Urgences à Genève.

Méthode : enquête auprès des acteurs romands, analyse rétrospective des dossiers médicaux.

Résultats : début novembre 2005, probablement 6 situations de patients consommateurs de cocaïne et présentant des hallucinations visuelles et agitations inhabituelles ont été signalées à Bienne, dans le Jura et à Lausanne. Entre le 8 et le 13 novembre, le Centre d'Accueil et d'Urgences aux HUG a vu arriver 26 situations identiques, suivi par 5 situations les weekends après. Une alerte dans la presse a été donnée le jeudi 10 novembre et le nombre de patients a rapidement diminué. Des cas isolés ont été signalés en même temps aux Pays-Bas, Belgique, Italie, France. Les patients, dont la majorité des patients pas connus du réseau de soins comme consommateur de substances, avaient tous consommés de la cocaïne (sniff et iv), et se présentaient avec des hallucinations visuelles très diverses, des états d'agitation parfois importants, une mydriase. L'analyse de la drogue a montré une substance « atropine-like ».

La durée des symptômes était de 4 à >24 heures après admission. La prise en charge fut difficile pour certains patients avec une absence de réponse aux traitements neuroleptiques et sédatifs. Tous les patients ont quitté l'hôpital après avoir été vus par un consultant en addictologie de liaison. A notre connaissance il n'y a pas eu de décès en Suisse romande.

Conclusion : la consommation des drogues illicites comporte, en plus des risques liés à l'addiction, le partage éventuel de matériel et la toxicité de la substance, aussi des risques liés aux substances inconnues utilisées pour le coupage de la substance. L'atropine (ou une substance atropine-like), identifiée à plusieurs reprises dans des échantillons de cocaïne est une substance dangereuse, et une suspicion d'intoxication nécessite une surveillance médicale rapide, même si des protocoles d'intervention manquent. Il semble utile d'alerter rapidement le réseau sociosanitaire voire la presse en cas de nombre de cas élevés, pour que les utilisateurs et les soignants puissent prendre des dispositions.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Cocaïne, atropine, santé publique, médecine d'urgence, réduction de méfaits
Cocaine, atropine, public health, emergency medicine, harm reduction

Barbara Broers*, Robert Larribeau**, François Sarrasin**, Bernard Vermeulen**, Olivier Rutschman**
*Service de Médecine de Premiers Recours,
** Centre d'Accueil et d'Urgences, Hôpitaux Universitaires, Genève
barbara.broers@hcuge.ch



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ : QUEL INTÉRÊT EN ADDICTOLOGIE ? QUELLE UTILITÉ POUR LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS ? ILLUSTRATION PAR DES EXPÉRIENCES EN AQUITAINE

CASTERA P
COLLOMBAT J

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Depuis une dizaine d'années, on assiste au développement des réseaux de santé, qui visent une amélioration de la qualité des soins. S'étant adaptés à l'évolution législative, ils font à présent partie intégrante du « paysage » du système de santé français. Pourtant, les réseaux ont encore du mal à être reconnus ; la visibilité de leurs missions et de leur intérêt restant parfois floue pour les professionnels de terrain, et les patients eux-mêmes.

Or, le champ de l'addictologie est un domaine pour lequel le travail de réseau trouve toute sa place : la complexité de la problématique, la multiplicité des intervenants concernés et des réponses à apporter, impliquent une organisation pertinente des soins. Il s'agit de garantir aux différentes prises en charge, globalité, cohérence et continuité, ainsi qu'une certaine « flexibilité », fonction de chaque situation et de son évolution dans le temps. C'est là l'enjeu des réseaux de santé en matière d'addiction.

Méthode : Depuis 1996, le territoire Aquitain a donc vu se créer différents réseaux de ce type. De par leur dynamique commune et la complémentarité de leur champ d'intervention, les réseaux AGIR 33 et RÉNAPSUD développent depuis deux ans un partenariat pragmatique et efficient.

Pour les deux, l'objectif visé est d'améliorer la qualité des prises en charges des personnes présentant des conduites addictives, de façon globale et coordonnée.

Pour se faire, AGIR 33 et RÉNAPSUD mutualisent de plus en plus leurs actions de soutien à la pratique des professionnels membres des réseaux : formations, outils d'orientation, d'information...

Forts de projets qui leur sont plus spécifiques, les deux réseaux favorisent aussi, à leur manière, une meilleure coordination des soins autour du patient :

Le Délégué Santé Prévention® du réseau AGIR 33 cible les médecins généralistes du territoire afin de :

- les impliquer et les former sur le repérage et l'intervention précoce, selon leurs motivations ;
- les informer des ressources locales en matière de prise en charge spécialisée.

L'équipe psycho-socio-éducative du réseau RÉNAPSUD contribue à :

- coordonner les prises en charge entre la médecine de ville et le dispositif spécialisé ;
- proposer, lorsque nécessaire, un accompagnement socio-éducatif et/ou un soutien psychologique, en lien avec le médecin traitant.

Discussion-Conclusion : De la prévention au soin, du secteur de la ville au secteur spécialisé, le rapprochement AGIR 33-RÉNAPSUD tend à assurer au patient la meilleure prise en charge possible, dans un souci de proximité et d'égalité en matière de santé. Sa pertinence avérée et son niveau d'avancement sont tels que la nécessité de ce processus apparaît à présent indéniable.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction ; Réseau de santé ; Prise en charge globale ; Coordination ; Mutualisation ; Pluridisciplinarité ; Soutien ; Suivi et adaptation.

Addiction ; Health network; Overall care ; Coordination; Partnership ; Multidisciplinarity ; Support ; Follow-up and adaptation.

Philippe CASTERA
Coordinateur médical du réseau AGIR33
Julie COLLOMBAT
Ccoordinatrice du réseau RÉNAPSUD



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

CANNABIS CLINICS: PART OF THE FRENCH CANNABIS POLICY

CHEDRU MF
BERNARD C
GATIGNOL C
MIDDLETON O
COSTES JM
JAYLE D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cannabis clinics network is one of the four components of the French Cannabis Policy launched at the beginning of 2005 to tackle cannabis abuse among youth. It is part of the “2004-2008 French Government Plan for the Fight against illicit drugs, tobacco and alcohol”. A range of medical and social settings (alcohol services, drug dependence clinics, youth centres, primary care services) were selected across the country to offer counselling services to adolescents and young adults as well as to their parents or relatives, according to specific guidelines (opening hours, no mixing with alcohol or hard drugs dependent clients, no waiting list, free and anonymous service). Cannabis clinics offer assessment of cannabis abuse based on standardized questionnaires (e.g. CRAFFT, ALAC), information, counselling, brief therapy (5 visits max.), referral to drug dependence clinics, to psychiatric care or to social services for young people with multiple problems. Evaluation is based 1) on monthly monitoring of activity (number of new clients, total number of sessions, waiting time prior to the first interview) 2) a one-month survey documenting detailed information of clients. In November 2005, 266 medical care structures had been set up. The global cost is around 4 500 000 \$. The target population is about 50 000 young people. From March to November 2005, 30 057 visits were registered including 21 449 cannabis users (71%), 47% being new clients and around 25% parents. The average waiting time is 8 days. Two hundred and fifty-two structures (95%) answered to the one-month survey. Around 4 200 persons were included: 80.4% were males; half were 16 to 20 and 7.4% 30 or older. Among users aged 18, school education is less frequent than in the general same age group (53% vs 84%). Sources of requests: one third of requests coming from the relatives with the majority being female (69%), one third spontaneous and 40% after a judiciary order. Further data analysis is on progress.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

MF. Chedru¹, C. Bernard², C. Gatignol¹, O. Middleton¹, JM. Costes³, D. Jayle¹
¹ MILDT - Interministerial Drug Coordinator, Paris, France
² Ministry of Health, Paris, France
³ French Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction, Saint-Denis, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

CONSUMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE: RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE: INFORMER DES RISQUES POUR CONTRIBUER À PRÉVENIR LA SURVENUE DES COMPLICATIONS

CORNETTE C
BLANCHET F
FOURNIER G
TOUZEAU D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Jusqu'à la récente campagne de prévention faite par l'Inpes en 2006, l'alcoolisation in utero n'interpellait pas la conscience collective tant le problème était ignoré et par la population, et par les femmes qui sont les plus concernées. Pourtant, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) sont des embryofœtopathies représentant un problème de santé publique de grande ampleur. Pour éviter ces affections, l'abstinence totale de consommation d'alcool pendant toute la durée de la grossesse est recommandée.

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé jouant un rôle éminent dans la prévention du SAF. Il bénéficie, par son lieu d'activité, du privilège d'être en contact direct avec les femmes désirant une grossesse et les femmes enceintes. Il peut ainsi promouvoir la recommandation zéro alcool pendant la grossesse et participer à une meilleure prise en charge.

Enquête régionale réalisée par questionnaire auprès des femmes sur leur connaissance des effets de l'alcool et du tabac pendant la grossesse suite à la campagne de l'Inpes
163 réponses valides de femmes âgées de 15 à 45 ans, appartenant à toutes les catégories socioprofessionnelles.

L'étude a montré que les femmes les plus jeunes sont moins informées des effets induits par l'alcool in utero. Or leur mode de vie font d'elles des consommatrices occasionnelles ne prévoyant pas, le plus souvent, l'arrivée d'un bébé.

L'étude a montré l'acceptabilité et la faisabilité d'une action prévention par le pharmacien d'officine.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Alcool, SAF, Pharmacien, Prévention, Grossesse
Alcohol, FAS, pharmacist, prevention, pregnancy

C. Cornette*, F. Blanchet*, G. Fournier*, D. Touzeau**

*Laboratoire de Pharmacognosie

Faculté de Pharmacie - 5, Rue J.B. Clément - 92296 CHATENAY-MALABRY CEDEX

**Département Addictions

Hôpital Paul Guiraud Villejuif - 10 rue de la Liberté - 92220 Bagneux

Contact : dtouzeau@club-internet.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

QUELLE ÉVOLUTION POUR UN PATIENT SUBSTITUÉ À LA MÉTHADONE AU LONG COURS ?

COSTE J-M

KRAEMER M

KUMMER J-A

PORCHET P-A

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : L'efficacité des cures de substitution à la méthadone a été largement étudiée et démontrée, notamment en ce qui concerne la réduction de l'usage de drogues, la réduction de l'activité criminelle, la baisse de la mortalité, l'amélioration psychique et physique ainsi qu'une meilleure adaptation sociale. Pour être efficace, ces traitements doivent le plus souvent s'inscrire dans la durée, les sevrages à court terme présentant quant à eux un risque très élevé de rechute. Cependant, le clinicien se trouve confronté à certains patients traités depuis de nombreuses années dont la situation peut rester problématique. Nous avons voulu savoir dans quelle mesure ces traitements restent pertinents parmi la population traitée au long cours.

Matériels et méthode : Le Drop-in de Neuchâtel (Suisse) est un centre de prévention et de traitement de l'addiction. Les traitements de méthadone y ont été introduits il y a plus de trente ans, ils sont associés à une prise en charge somato-psycho-sociale. La première phase de la recherche a pour but d'analyser l'évolution des patients traités en 1997 dans notre centre, et d'en extraire ceux qui ont conservé une substitution à la méthadone en 2006. La deuxième phase vise à étudier, selon des critères évalués avant le traitement et 10 ans après son introduction, dans quelle mesure le programme de substitution contribue (ou non) à améliorer la qualité de vie de ces patients.

Résultats et discussion: Une première analyse de nos données démontre qu'une majorité de patients traités avec de la méthadone (56%) la conserve 10 ans après son introduction. Parmi cette population, les domaines d'amélioration les plus marqués sont la réduction de la consommation d'héroïne ainsi que la baisse de la criminalité. Les scores sont stables dans le domaine de la santé psychique. Ils sont par contre mitigés en ce qui concerne la santé physique et l'insertion professionnelle. Pour cette dernière, nous observons un glissement vers l'aide sociale et l'assurance invalidité (A.I.).

Dans ce groupe de patients substitués au long cours, nous constatons également une très haute prévalence de comorbidités psychiatriques sévères. Nous pensons que cette réalité permet de rendre compte des résultats modestes en ce qui concerne les derniers domaines cités, ainsi que de la difficulté de ces patients à s'extraire du programme de soins (méthadone et soutien psychosocial).

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Méthadone - substitution au long cours- efficacité- methadon- long term substitution- effectiveness

Coordonnées



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CANNABIS CHEZ LES FUTURS ACTEURS DE PRÉVENTION

COURTY P
AUCLAIR C
BERGER D
GERBAUD L

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Contexte : L'expérimentation de cannabis a plus que doublé en 10 ans chez les jeunes français. Selon une enquête menée en 2003/04 (questionnaire analogue à l'enquête EROPP 2002 de l'OFDT) sur 300 futurs acteurs de prévention (infirmiers, professeurs des écoles et éducateurs spécialisés) de la région Auvergne, il existe une surconsommation de cannabis dans cette population qui pourtant est censée avoir en charge la prévention de cette consommation.

Matériels et méthode : Afin d'analyser cette conduite paradoxale, nous avons mené deux enquêtes par questionnaire ; l'une de même nature longitudinale sur ces mêmes populations (n=356) et l'une transversale/ longitudinale (n=689) sur les normes, les connaissances et les consommations de ces mêmes populations (plus les étudiants en médecine) au début, au milieu et après le cursus de formation.

Résultats : Nous présenterons les premiers résultats de ces différentes enquêtes en terme de consommations, connaissances, attitudes et représentations du cannabis ainsi que l'évolution des normes qui s'y rattachent.

Discussion : Nous analyserons en quoi les représentations sociales fondées sur les croyances, des attitudes, des normes et des connaissances influent sur la perception du risque et peuvent faire obstacle à une conception cohérente de la prévention. Nous tenterons également de voir si l'engagement dans un processus de formation professionnelle favorise une évolution des représentations sociales et permet de modifier l'attitude initiale.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Cannabis ; prévention, représentations sociale ; formation initiale
Cannabis, prevention, social representation, initial training

P. COURTY (1,4), C.AUCLAIR (2), D.BERGER (3,4), L.GERBAUD (2,4)
1 : CSST SATIS, CMP B CHU G.MONTPIED
2 : Département de Santé Publique CHU G.MONTPIED
3 : IUFM de Lyon
4 : Laboratoire PAEDI, JE N° 2432, IUFM d'Auvergne
pascalcourty@voila.fr
p_courty@chu-clermontferrand



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le traitement psychothérapeutique des patients toxico-dépendants met très souvent en évidence une série de traumatismes survenus au cours de l'histoire du patient quelle que soit son âge et son origine culturelle.

Certains sont à mettre en relation avec la pathologie du patient toxico-dépendant, d'autres pas.

Le traitement de ceux-ci a été entrepris par l'approche E.M.D.R. auprès d'un certain nombre de patients du centre du Grand-Pré.

Le compte-rendu de cette expérience se présente sous forme d'un poster en mettant l'accent plus précisément sur les points suivants :

- Brève définition de l'E.M.D.R.
- Définition des patients susceptibles de bénéficier de ce traitement.
- Contre-indications.
- Le cadre thérapeutique.
- Les préalables au traitement :
 - diagnostic des troubles dissociatifs ;
 - lieu sûr ;
 - mobilisation des ressources du patient.
- Nombre de séances effectuées ;
- Les Drop-out (temporaires ou définitifs);
- Les résultats obtenus (catamnèse).

MOTS CLÉS / KEYWORDS

EMDR



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

DISPENSING OF METHADONE AND BUPRENORPHINE BY PHARMACISTS. CROSS-SECTIONAL SURVEY, BAYONNE, FRANCE

DAULOUÈDE J-P

MAÎTRE C

HERRAN E

BELTRAN V

AGUERRETXE COLINA A

AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Office-based practice practitioners and addiction specialist have collaborated with community pharmacist to dispense buprenorphine since 1989 and methadone since 1994 in the metropolitan area of Bayonne covering an estimated 315,000 inhabitants.

Objectives: 1) To describe patients treated by buprenorphine and methadone in community pharmacies in April 2006; 2) to assess their relationship with pharmacists and pharmacists' involvement.

Methods: This was a two-part-questionnaire-based cross-sectional survey. The first part of the questionnaire was sent to all 140 pharmacies of the area. It gathered number of patients concerned, pharmacists' practice, quality of pharmacist-patient relationship and involvement in training and networking with other professionals. The second part of the questionnaire was sent to pharmacist for each declared patient to collect individual patient information: dosage, dispensing modalities, suspected misuse, other prescriptions.

Results: 135 (96%) pharmacists replied to the first questionnaire. They reported 450 patients: 121 treated by methadone and 329 by buprenorphine. Those involved in networking and training had higher scores on the pharmacist-patient relationship. 376 patient's questionnaires were returned: 112 methadone patients (average dose 55.7 mg (SD=36.2) and 264 buprenorphine (average dose 8.3 mg (SD=5.8)). Mean age was 39.2 (SD=7.3) and 72% were male. Misuse was suspected for 17% and medication resale for 10%. 44% had another psychotropic medication dispensed in the same pharmacy.

Conclusion: Patient-pharmacist relationship was positively related to pharmacists' involvement in networking and training. Within these surveyed pharmacies 30% of patients were treated with methadone. During the same time 91 patients received methadone in a Treatment Center in the same area. In April 2006, 43% of opiate maintained patients in this area were receiving methadone and 57% buprenorphine.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Methadone, buprenorphine, network

JP. Daulouède, C. Maître, E. Herran, V. Beltran, A. Aguerretxe Colina and M. Auriacombe

Centre d'Addictologie, BIZIA, Bayonne and Resapsad health network, France
Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, University Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

COMPARISON OF ADDICTION SEVERITY INDEX DRUG USE SELF-REPORTS AND URINALYSIS RESULTS AMONG DEPENDENT PATIENTS UNDERGOING TREATMENT. AQUITAINE, FRANCE, 1994-2005.

DENIS C
BONNET C
LAVIE E
FATSÉAS M
BELTRAN V
DAULOUÈDE J-P
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Urinalysis is commonly used to validate self-reported drug use. However, validity studies conducted among drug users have been inconclusive. Moreover, they did not assess several substances use and might not apply to naturalistic treatment assessment.

Objective: To examine, among dependent subjects undergoing treatment, the validity of self-reported substance use determined within an Addiction Severity Index (ASI) interview in comparison to toxicology urinalysis and whether some factors influence the concordance.

Methods: Urinalysis results were compared to 30-day substance use reported in ASI interviews. Agreement, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values (PPV and NPV) and kappa statistics were calculated for each substance for the whole sample. Then, analyses were made by groups based on stage of treatment (baseline, follow-up), place of treatment and substance's urinalysis detection window.

Results: 2082 ASI and matched urinalysis were considered. In the whole sample, for each substance, an agreement of 66 % or more between self-report use and urinalysis was found. Most discrepancies were due to a positive ASI report of substance use and a matched negative urinalysis. For each substance sensitivity and NPV were high (> 80 %) and always higher than specificity and PPV. Kappa statistics were low to moderate for opiates, benzodiazepine and cocaine, and good for methadone, buprenorphine and cannabis. Analysis per groups gave similar results. More substance plasma half-life was long, more concordance was high.

Conclusion: Assessed factors did not influence self-report accuracy that was high. When ASI is associated with urine collection, substance use self-report covering 30-day period may be more informative than urinalysis that varies between substances according to urine detection duration.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

C. Denis¹, C. Bonnet¹, E. Lavie¹, M. Fatséas¹, V. Beltran^{1,2}, J-P. Daulouède², M. Auriacombe¹

1. Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, University Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.

2. Centre d'addictologie, BIZIA, Bayonne, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

LEGAL STATUS OF DEPENDENT SUBJECTS SEEKING TREATMENT IN OUTPATIENT ADDICTION CENTERS IN AQUITAINE, FRANCE, 1994-2005.

DENIS C
AUGIS M
MASSIDA Z
BELTRAN V
LAVIE E
FATSÉAS M
DAULOUÈDE J-P
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Many studies have shown that substance dependent subjects were engaged in criminal activities. However, studies were usually carried out among incarcerated, probationers or subjects in coerced treatment.

Objective: To describe the legal status of subjects seeking treatment for substance dependence.

Methods: All substance-dependent subjects seeking treatment from 1994 to 2005 in outpatient settings in Aquitaine, France, were interviewed with the Addiction Severity Interview (ASI) at intake. Based on the Legal Section of the ASI, two groups of patients were made for comparison: those who answered negatively to all items versus those who answered positively to at least one item.

Results: 908 subjects were interviewed. Mean age was 31.0 (SD=9.9), 77% were male. 82% of the sample reported at least one legal problem lifetime mainly for robbery or drug charges. A minority had current legal problem at treatment intake. In the past 30 days, 3% were detained and 22% were engaged in illegal activities for profit. Current charges were similar to lifetime charges. Subjects who answered positively to at least one item presented more often ASI severity scores higher than 4 for employment/support status, alcohol and drug sections. Moreover, these subjects reported more often either an illegal substance or several substances as main problematic use.

Conclusion: Findings suggested a link between legal problems and support status, alcohol and substance use. Because of the cross-sectional design, no causal inference could be drawn. Prospective studies are needed in order to consolidate this hypothesis.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

C. Denis¹, M. Augis¹, Z. Massida¹, V. Beltran^{1,2}, E. Lavie¹, M. Fatséas¹, J-P. Daulouède², M. Auriacombe¹

1. Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, University Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.

2. Centre d'addictologie, BIZIA, Bayonne, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

En vue de définir les futurs circuits de soins pour les patients chroniques et complexes*, le Ministère de la Santé a lancé en 2006 un peu plus de quatre-vingt projets pilotes pour toute la Belgique.

Un financement annuel de plus ou moins 50 000 € est accordé par la Caisse d'assurance Maladie (I.N.A.M.I.) pour le fonctionnement de chaque projet. Leur durée prévue est de trois ans.

Le projet TOXINAM (pour Toxicomanie-Namur) associe des intervenants très différenciés autour de patients usagers de drogue présentent une comorbidité psychiatrique.

Un des objectifs est de promouvoir et d'élaborer des soins sur mesure pour ces patients complexes, souvent difficilement orientables vu l'angle d'approche (toxicomanie ou psychiatrie) exclusivement privilégié.

Le financement est destiné à valoriser spécifiquement des concertations cliniques régulières regroupant le maximum d'intervenants autour de dossiers partagés mais couverts par le secret professionnel. L'originalité du projet tient à cette formalisation d'échanges entre des structures habituellement distinctes et peu communicantes : l'ambulatoire et l'hospitalier, le spécialiste et le généraliste, le médical et le social.

Un recueil de données épidémiologiques est associé au projet pilote, en vue de cerner les caractéristiques spécifiques de travail en réseau concernant le public cible.

* Chroniques : pathologies de longue durée alternant phases de rechute et de rémission.
Complexes : qui associent la nécessité de plusieurs intervenants complémentaires.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Usagers de drogues - Comorbidité psychiatrique - Travail en réseau - Pluridisciplinarité - Soins sur mesure.
Drug users - Comorbidité psychiatrique - Psychiatric comorbidity - Network - Multidisciplinarity - Specific care.

Docteur Bernard DEPARIS
Psychiatre
Centre Hospitalier Régional de Namur
bernard.deparis@chrnamur.be



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

THE SELF-PERCEIVED MOTIVATION FOR USING ADDICTIVE SUBSTANCES. A CROSS-SECTIONAL STUDY OF SUBSTANCE DEPENDENT PATIENTS, BORDEAUX, FRANCE, 2003-2006.

FATSÉAS M

LAVIE E

DENIS C

AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Two major motivations for the use of potentially addictive substances are reported: a positive dimension with a search for euphoria and a negative dimension involving a relief of pain. Both motivations are rarely explored together. Objective: to describe the different motivations for the use of addictive substances in dependent users and examine their relationship with the reinforcing properties of the substance of choice and patient individual characteristics.

Methods: subjects were recruited among polysubstance users dependent on one or more substances, undergoing treatment in specialized outpatient clinics, in Aquitaine, France, from May 2003 to May 2006. The subjects answered a self-administered questionnaire evaluating lifetime self-perceived motivations (hedonic motivation and/or self-treatment motivation) for use of all addictive substances. They were also interviewed with the Addiction Severity Index, the Mini International Neuropsychiatric Interview and the Sensation Seeking Scale (SSS).

Results: 240 subjects were included. 49% reported both motivations, 25% reported the hedonic motivation only and 26% the self-treatment motivation only. The hedonic motivation was associated with a more frequent choice for strong reinforcing substances and was linked to higher scores of the subscale Thrill/Adventure of the SSS. The self-treatment motivation was associated with weak reinforcing substances and was linked to a higher prevalence of current depressive and anxiety disorders. Subjects with both motivations had higher scores for the subscale Thrill/Adventure of the SSS and reported a preference for strong reinforcing substances. Conclusion: Although subjects were questioned lifetime, half reported only one motivation. Subjects reporting exclusive motivations differed on personality traits, co-morbidity and substance of choice.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

M. Fatséas, E. Lavie, C. Denis, M. Auriacombe.

Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99
University Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

MOTIVATIONS FOR USE OF ADDICTIVE SUBSTANCES: INTERACTIONS WITH PSYCHOPATHOLOGY. PROPOSAL FOR AN INTEGRATED DESCRIPTIVE MODEL

FATSÉAS M
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Personality traits, psychiatric co-morbidity, social determinants, substance pharmacology have been the basis for different theories to explain substance use. Data from clinical studies have shown discrepancies, partly due to difficulties to combine the different theoretical explanatory models.

Objective: To propose an integrated model of substance use.

Method: We have used literature data and results from our own studies assessing motivations to use among dependent subjects undergoing treatment.

Results: Availability is a strong predictor of substance use. Within this frame, subjects with sensation seeking (SS) traits are more likely to perceive an hedonic motivation and to use the most addictive reinforcing substances. Depressive and anxiety symptoms increase the risk for using more diverse and less reinforcing substances, in relation with a self-therapeutic motivation. These symptoms may be primary, due to psychiatric disorders prior substance use or secondary.

Hence, among substance dependent patients, some will combine both motivations: former SS personality traits that experience anxiety and depressive symptoms. Others will have an exclusive hedonic motivation, linked with SS traits without anxiety or depressive symptoms. They are more likely to sample the most reinforcing and addictive substances among those available, increasing likelihood of becoming addicted. Other individuals with anxiety and depressive symptoms and without SS traits are more likely to have an exclusive self-therapeutic motivation, without marked preference for the most reinforcing substances.

Further studies are needed to examine in naturalistic context the structuring of motivations, substance and psychopathological characteristics with the environmental factors in order to better understand the situations that are at the basis of consumptions.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

M. FATSÉAS, M. AURIACOMBE

Addiction Psychiatry JE2358/INSERM-IFR99,
Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux,
France.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

A PROPOS DE L'ENQUÊTE SUR LES USAGES ET PRATIQUES DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE BUPRÉNORPHINE EN 2007

FLINOIS A

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Recueillir des renseignements sur les usages et pratiques de la buprénorphine auprès de patients suivis par des médecins généralistes.

Matériel et Méthodes : Description succincte, par des médecins généralistes, de patients substitués par la buprénorphine qu'ils prennent en charge par le biais d'une fiche d'observation et remise par les médecins à ces patients d'un questionnaire auto administré. La comparaison de l'ensemble des patients décrits par les médecins et des patients ayant répondu à l'enquête a été effectuée, ainsi qu'une analyse des réponses des patients en fonction de l'antériorité de leur première prescription de buprénorphine.

Résultats : 141 médecins généralistes ont participé à l'enquête et décrit 1109 patients, dont 594 ont eux-mêmes renvoyé un auto-questionnaire. Les résultats des auto-questionnaires sont présentés ici.

L'âge moyen des patients participants est de 35.6 ans et 72% sont des hommes. Les patients sont traités avec de la buprénorphine depuis 5 ans en moyenne et un tiers (33%) est traité depuis plus de 5 ans. 80% des patients déclarent avoir pris la buprénorphine de façon continue depuis leur 1ère prescription. La posologie moyenne de la dernière ordonnance est de 9.2 mg ; elle est plus élevée parmi les patients traités depuis plus de 5 ans (10.7 mg versus 6.8 mg pour les traités depuis un an ou moins). Parmi les différences entre patients traités depuis un an ou moins et patients traités depuis plus de 5 ans figurent également la proportion de patients déclarant une prescription de buprénorphine en prise unique (respectivement 74% et 45% versus 57% pour l'ensemble) et la part de patients à qui la posologie actuelle ne convient pas (13% et 21%). Les personnes traitées depuis plus de 5 ans sont plus nombreuses que celles traitées depuis moins d'un an à déclarer avoir injecté la buprénorphine au moins une fois au cours de leur vie (48% versus 10%) et au cours du dernier mois (21% versus 4%), de même qu'à l'avoir sniffée au cours de la vie (57% versus 33%) et du dernier mois (19% versus 12%). Egalement plus nombreuses à vouloir arrêter leur traitement (66% versus 54%), elles sont en majorité inquiètes à l'idée d'arrêter (72% et 69% respectivement).

Discussion : L'analyse des résultats en fonction de l'antériorité de la prescription de buprénorphine met en évidence des disparités entre les patients les plus anciennement et les plus récemment substitués.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Buprénorphine (Buprenorphine), traitement de substitution (Substitution treatment).





NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

L'AUTOCULTURE D'HERBE DE CANNABIS EN FRANCE, ESTIMATION ET MOTIVATION D'UN PHÉNOMÈNE EN EXPANSION

GANDILHON M

LEGLEYE S

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Ces dix dernières années, l'autoculture d'herbe de cannabis semble en nette augmentation. Cette pratique constituant un phénomène clandestin, l'appréciation de son ampleur est complexe. Cependant, les enquêtes en population générale et les observations qualitatives permettent aujourd'hui de mesurer l'ampleur du phénomène de même que les motivations sous-jacentes des acteurs.

Méthodes : L'estimation quantitative du phénomène repose sur le « Baromètre santé 2005 ». S'agissant des motivations des personnes recourant à l'autoculture, les données reposent sur les observations qualitatives réalisées dans le cadre du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT.

Résultats : L'estimation la plus fréquente de la population d'autocultivateurs fait état d'un phénomène touchant de 100 à 200 000 personnes. Les enquêtes en population générale étayent en tout cas cette estimation. D'après le « Baromètre santé 2005 », 5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ayant consommé du cannabis dans l'année (soit près de quatre millions de personnes) déclarent se procurer du cannabis en ayant recours à la culture personnelle. Il semble que l'essor de l'autoculture soit lié principalement à l'inquiétude des consommateurs devant la supposée dégradation de la qualité de la résine de cannabis au regard de l'herbe qui apparaît comme un produit naturel. D'autres motivations sont également avancées :

- l'évitement des risques encourus lors d'un achat réalisé auprès de dealers ;
- la rentabilité financière y compris dans le cas d'une culture d'intérieur qui nécessite au minimum un investissement initial de 500 euros ;
- l'aspect « convivial ». Les personnes qui se livrent à l'autoculture sont fréquemment parties prenantes d'un réseau de sociabilité où la gratuité est de mise (dons, contre-dons, « dépannages »).

Conclusion : Le développement de l'autoculture de cannabis s'appuie sur de véritables tendances de fond traduisant les évolutions de la société française en termes d'usage et de perception du cannabis. A l'heure où le nombre d'utilisateurs réguliers et quotidiens en France est en constante augmentation (deux millions de personnes) et où l'usage de produits « naturels » qu'ils soient licites ou illicites (champignons hallucinogènes) connaît un engouement certain, il semble que cette dynamique ne soit pas prête de s'interrompre.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

GANDILHON Michel
OFDT
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
France
michel.gandilhon@ofdt.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

THE FRENCH CANNABIS POLICY

GATIGNOL C

LERT F

JAYLE D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

The “2004-2008 French Government Plan for the Fight against illicit drugs, tobacco and alcohol”, coordinated by the Interministerial Mission for the Fight Against Drugs and Drug Addiction (MILDT), develops a comprehensive policy. Increase in cannabis experimentation and in regular and daily use in the nineties lead to set cannabis in the governmental policy. At 18, 59% of boys and 52% of girls have ever used cannabis in 2003. Furthermore, 18% of boys and 8% of girls aged 17-8 regularly used cannabis (at least 10 times a month). As cannabis use has been normalised among youth, the French cannabis policy aimed at reversing the trend in young cannabis use and decreasing cannabis use by changing the image of cannabis, raising awareness of cannabis risks, improving cannabis information and counselling services in order to enhance behaviour changes. The French Cannabis Programme has four components: 1) communication and information through mass media campaigns on the risks of cannabis abuse and large diffusion of information booklets, targeting young people, parents and teachers respectively 2) adolescents and parents with individual and anonymous information and counselling through a specific cannabis hotline and cannabis clinics 3) a comprehensive school education program 4) the development of research on cannabis dependence treatment. This policy was implemented in 2005: a TV and radio campaign was carried out in 2005. A general population survey shows satisfaction scores were about 85%. Information booklets targeting youth, parents and education staff have been widely distributed (around 4 000 000). From March to November 2005, 30 057 visits had been registered in 266 cannabis clinics recently created, including 21 449 for cannabis users (71%). The cannabis hotline has received 80 calls a day on average. In 2006, a second cannabis campaign will be launched on traffic accident related to combined alcohol-cannabis use; the first detailed data on functioning of cannabis clinics will be soon available and allow a full evaluation of this new service; the school education programme will be expanded according to the guidelines defined in 2005.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

C. Gatignol, F. Lert, D. Jayle
MILDT- Interministerial Drug Coordinator, Paris, France
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Il s'agit d'évaluer le niveau de maîtrise de la communication écrite dans le cadre d'un réseau de santé dont l'objectif est d'optimiser la relation au soin des publics à conduite addictive.

Nous allons évaluer l'ensemble de notre file active sur des tests d'évaluation de la lecture. Le soin s'attache beaucoup au type de communication écrite, on donne aujourd'hui accès à son dossier médicale ou la majorité des informations sont transmises par écrit, comment partager et communiquer avec une personne pour qui l'écrit est un blocage à la communication et par conséquent aux soins.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Evaluation accompagnement illétrisme



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Recherche de plaisir immédiat déplacée sur le psychanalyste (par exemple sous la forme de questions demandant des réponses), masquant en fait une angoisse d'intrusion psychique. Celle-ci se manifeste plus ou moins rapidement par la nécessité de contrôler l'interlocuteur en provoquant des ruptures.

Le comportement addictif répète la passivité de l'enfant face aux intrusions alors que son immaturité le rendait dépendant de l'environnement.

L'addiction au produit souvent correlative de la puberté provoque chez le sujet un grave préjudice psychique et physique alors qu'elle se veut au départ un contrôle du plaisir.

Méthode : Psychothérapie psychanalytique en face à face sans fixer de cadre strict sauf sur le temps de séance en laissant le patient s'approprier le cadre. La mise en place d'une régularité ou d'une deuxième séance hebdomadaire, y compris après une rupture de soins signe la confiance retrouvée dans la relation à l'autre.

Résultats : Les ruptures et reprise de contact marquent une évolution essentielle dans la reconnaissance des capacités du sujet à réinvestir un objet devenu utilisable et non intrusif. C'est ce résultat qui doit être recherché ici : la possibilité d'investir pour ses « besoins affectifs » l'autre et non parce que l'objet a besoin narcissiquement de lui (cf. Expérience du groupe de parents).

Dans un deuxième temps grâce à l'écoute analytique, l'ouverture sur d'autres verbalisations personnelles permet alors au patient une analyse de ses conflits psychiques.

Discussion : Le transfert addictif se retrouve chez toute personnalité à un moment ou à un autre de la cure de la même façon que des phénomènes addictifs sont à l'œuvre dans la vie d'un individu. Il marque le retour à une expérimentation des limites, limites psychiques entre intérieur et extérieur, moi et non moi, sujet et autre. Il rappelle la fragilité et la dépendance de l'humain à son environnement qui dans les cas pathologiques envahit le psychisme du sujet par ses desirs narcissiques. La rupture témoigne de la destructivité engagée pour exclure l'objet du champ psychique et le situer dans le champ social.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Addiction - Transfert - Soi

Addict - transference - breaking in self preservation - self

Docteur Gérard JOVER
Psychiatre Psychanalyste
Centre de Soins en Addictologie
31200 Toulouse
Tél. : 05 34 400 140



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ÉDUCATIF DANS UN CENTRE DE SOINS SPÉCIALISÉ EN ADDICTOLOGIE. CENTRE D'ADDICTOLOGIE BIZIA - BAYONNE - FRANCE

JUGE D
MARTIARENA P
DEVIM V
DAULOUEDE J-P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objectifs : La prise en charge des toxicomanes dans un centre de soins spécialisés dispensant des traitements de substitution, est pluridisciplinaire. L'expérience a montré que le seul soin n'était pas suffisant et que pour être efficace ces prises en charge devaient s'accompagner d'un soutien socio-éducatif accru indispensable à la reconstruction de la personne.

Etant donné l'absence de la connaissance des attentes et des besoins des patients pris en charge au sein de la structure, une enquête a été menée. Un questionnaire a donc été élaboré dans ce but :

- recueillir les opinions et les envies et donc donner la parole aux patients du centre ainsi qu'élargir les activités du pôle social étant les priorités,
- la responsabilisation, l'autonomie et la réinsertion socioprofessionnelle du patient.

Méthodes :

- la passation d'un questionnaire pour évaluer les besoins des patients,
- la mise en place d'une sortie culturelle,
- l'accompagnement journalier, la relation d'aide, l'écoute et l'empathie.

Résultats :

- suite aux résultats de cette évaluation des besoins des patients, nous allons mener des actions (ex : sortie culturelle),
- suite à ces actions, nous prévoyons d'évaluer les scores de sévérité de l'Addiction Severity Index (ASI), avant et après l'activité, pour évaluer les répercussions que les actions pourraient avoir sur le comportement socio-psycho-professionnel du patient,
- en travaillant sur la durée et en respectant le rythme du patient, celui-ci va petit à petit retrouver et/ou reconstruire ses repères, il va reprendre confiance en lui et en ses capacités. Mais surtout il va retrouver assez de désir pour pouvoir « redémarrer » dans la vie.

Conclusion : seul, le soin médical n'est pas suffisant, pour être efficace, la prise en charge d'une personne dans un Centre de Soins Spécialisé en Addictologie doit s'accompagner d'un soutien socio-éducatif accru indispensable à la reconstruction de la personne.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Accompagnement social et éducatif dans un Centre de Soins Spécialisé en Addictologie

Association BIZIA
Centre Hospitalier de la Côte Basque
Bâtiment Zabal - 64100 Bayonne - France
Tél : 05.59.44.31.00
mdm.bayonne@wanadoo.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et en particulier la méthadone ont largement démontré leur efficacité sur nombre d'indicateurs à savoir, réduction de l'usage d'héroïne et autres opiacés et de seringues, diminution des risques de contamination infectieuse, baisse de la mortalité des toxicomanes et amélioration de leur état de santé physique, psychologique et de leur réinsertion socioprofessionnelle, la finalité étant une meilleure qualité de vie.

Objectif : étude prospective analysant l'évolution sur six mois des consommations de substances psychoactives, l'humeur, la qualité des relations familiales et sociales chez une population de toxicomanes, à partir de leur inclusion en traitement méthadone.

Matériels et Méthodes : Recueil de données à partir d'un entretien semi-directif, une échelle quantitative définissant l'unité de substance psychoactive, un autoquestionnaire (Q2A de Pichot) évaluant l'humeur, une échelle semi-quantitative de qualité des relations familiales et une échelle de qualité de l'insertion sociale. La population étudiée comporte deux cohortes de 39 toxicomanes (de lieux de recrutement différents) dépendants majeurs aux opiacés, pour lesquels un traitement méthadone va être initialisé et désirant une prise en charge de longue durée en CSST (centre spécialisé de soins aux toxicomanes.) Ces deux cohortes sont ensuite comparées.

Résultats : La méthadone permet un abandon des opiacés illicites dès le premier mois, une amélioration de l'humeur et une meilleure qualité des relations familiales et de l'insertion sociale. Si l'on se réfère aux unités de produits consommés, la baisse des opiacés fait du cannabis le produit proportionnellement le plus consommé, suivi de l'alcool, des médicaments psychotropes puis de la cocaïne.

Discussion : On ne retrouve pas d'effet de « vase communicant » entre les différentes substances psychoactives, les opiacés illicites n'étant pas remplacés de façon significative par les autres produits.

Le programme méthadone, en permettant le lien toxicomanes- soignants, favorise une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Méthadone- Substances psychoactives- Humeur- Dépression- Insertion.
Methadone- Psychoactive substances- Mood- Depression - Social integration

Dr Karima KOUBAA*, Dr Pascal GALLAND**, Dr Indiana EUZET ***

*Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ARPADE, 3 bis rue Berthelot 31500 Toulouse. Tél. 0561618080 ; E-mail : karima.koubaa@voila.fr.

**Centre hospitalier, 2 rue Valentin Haüy, BP 740, 34525 Béziers.

***Institut Robert Debré, 18 impasse des oliviers, BP 32, 97435 St Gilles les Hauts.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

BENZODIAZEPINES USE AMONG BUPRENORPHINE MAINTAINED PATIENTS. ASSOCIATED FACTORS IN A CROSS-SECTIONAL STUDY, BORDEAUX, FRANCE, 2001-2004.

LAVIE E
FATSÉAS M
DENIS C
DAULOUÈDE J-P
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objective: To find which characteristics were associated with simple use and problematic use (abuse or dependence) of benzodiazepine among buprenorphine patients from the standard natural treatment setting in Aquitaine, France.

Methods: Cross-sectional study between June 2001 and June 2004. Physicians prescribing buprenorphine were recruited to participate and asked to submit a sealed envelop (containing questionnaires and urine collector) to all their buprenorphine patients treated for at least 3 months. Self-administered questionnaires explored sociodemographic data, precariousness, history of addiction, benzodiazepine use (problematic use was based on DSM-IV criteria for abuse or dependence), the Beck Anxiety and Depression Inventories, and the Nottingham Health Profile. A generalized logistic model was used to determine factors associated with the different modalities of benzodiazepine use: no use, simple use, problematic use.

Results: 170 patients were recruited. Over the last month, 54% had not used benzodiazepines, 15% were simple users and 31% were problematic users. Benzodiazepine use (all modalities) was associated with use of two or more other substances. Simple users were not statistically different from non-users for the other explored factors. Problematic use was associated with higher depression and anxiety scores, lower quality of life and precariousness, higher dosage of benzodiazepines and use of flunitrazepam.

Conclusion. Use of benzodiazepines could be suitable for some buprenorphine patients. However, some buprenorphine patients meet criteria for abuse or dependence to benzodiazepines and need to be treated. These results could have implications for management of benzodiazepine use in buprenorphine patients. Due to the cross-sectional design of this study, causal inference cannot be drawn.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

E. Lavie, M. Fatséas, C. Denis, JP. Daulouède, and M. Auriacombe.
Addiction Psychiatry JE2358, Université Victor Segalen Bordeaux 2,
Bordeaux, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : La buprenorphine haut dosage (bhd) et la methadone reduisent de maniere drastique le syndrome de sevrage consecutif a l'arret de la consommation d'opiaces. Leur indication est le traitement de substitution des opiaces (tso) chez les patients opiodependants.

Materiel/methodes : Etude retrospective sur 18 patients, 6 methadone, 12 bhd, suivis en csst et cabinet de ville jusqu'a l'arret complet de tout traitement de substitution sans rechute de consommation d'opiaces. Ont ete pris en compte l'age des patients a l'inclusion, la duree du traitement de substitution, les posologies a l'inclusion et en fin de traitement, la comorbidite psychiatrique, la nature d'autres substances utilisees a l'inclusion et en fin de suivi, les traitements adjuvants, le statut par rapport au travail, la duree du suivi apres arret du traitement.

Resultats : Une volonte de reduction puis d'arret du traitement a ete clairement mise en œuvre de maniere conjointe par les patients et le praticien. La decroissance du tso est plus longue avec la bhd qu'avec la methadone (50 vs 28 mois). L'age moyen des patients bhd est plus jeune que dans le groupe methadone (25,8 vs 29,8 ans). Les troubles psychiatriques sont plus intenses dans le groupe methadone, l'anxiete domine dans le groupe bhd. La consommation de produits non opiaces a l'issue du tso a diminue dans les deux groupes. 3 patients sur 6 suivis par la methadone ont un travail regulier, contre 10 sur 12 dans le groupe bhd. La duree depuis la fin du tso s'etale de 5 a 73 mois, les patients etant revus a l'occasion de problemes medicaux intercurrents. L'ensemble des patients a beneficie d'un suivi alliant conseils (18/18), prescriptions medicamenteuses psychotropes (8/18), seances de relaxation et mediation corporelle (3/18).

Discussion : Les publications mentionnent les bienfaits psychomedicosociaux du traitement, ou l'interet des prises en charge adjuvantes telles que psychotherapies cognitives, groupes d'auto-support, mais s'interessent rarement aux traitements acheves. Nous decrivons un faible nombre de personnes qui ont arrete depuis au moins 5 mois tout traitement de substitution sans rechute opiacee et proposons pour expliquer la fin de l'opioidependance la notion de confort autonome en faisant l'hypothese que c'est la reintegration in corpore de ce confort qui permet la sortie definitive de l'addiction aux opiaces. D'autres substances ou d'autres modes relationnels de dependance peuvent etre concernes.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

achèvement/achievement - buprenorphine/methadone - maintenance - autonomie/self-contained



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

FACTEURS PRONOSTIQUES D'ABSTINENCE COMPLÈTE D'OPIACÉS APRÈS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PAR BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE : UNE ÉTUDE CAS-TÉMOIN RÉTROSPECTIVE

LEBEAU B
CATTAN L
BRUNELLE E

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Méthodes : Cette étude cas-témoin rétrospective, réalisée en France métropolitaine auprès des médecins libéraux, avait pour but d'identifier les facteurs pronostiques d'abstinence d'opiacés après un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®). Les cas étaient abstinentes complets d'opiacés et de BHD depuis au moins 3 mois. Les témoins étaient traités par BHD à une posologie stable depuis au moins 3 mois. Les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents de toxicomanie, les comorbidités habituellement observées, et le statut social/psychologique ont été recueillis. Les facteurs pronostiques d'abstinence d'opiacés ont été identifiés par régression logistique multivariée ($p = 0,05$) parmi les variables pour lesquelles les cas différaient des témoins dans les analyses univariées ($p = 0,20$).

Résultats : 112 médecins ont inclus 804 paires de patients (410 F/1198 H) âgés de $35 \pm 7,9$ ans. Les cas avaient arrêté la BHD depuis, en moyenne, 2,08 ans. Les facteurs relatifs à la BHD favorisant l'abstinence d'opiacés étaient : une durée moins longue de traitement (odds ratio [OR] 0,50) et une dose moins élevée à la dernière prescription (OR 0,66). Un statut psychologique qualifié de Très Bon ou Bon à la dernière prescription de BHD (OR 2,00) était également un facteur pronostique en faveur de l'abstinence, alors qu'un statut psychologique qualifié de Moyen à la dernière prescription de BHD (OR 0,84) et des études de niveau baccalauréat (OR 0,89) ou supérieures (OR 0,36) étaient défavorisants. Une prise d'anxiolytiques/tranquillisants au cours des 6 derniers mois de BHD (OR 3,53), une consommation d'alcool excessive à la dernière visite (OR 1,87) et une durée plus longue de consommation d'opiacés illicites (OR 1,04) étaient associés à l'abstinence d'opiacés. Inversement, une prise d'anxiolytiques/tranquillisants à la dernière visite (OR 0,36) et une consommation d'hallucinogènes au cours de la vie (OR 0,44) étaient défavorisants. Les variables concernant l'environnement familial, la nature des revenus, les comportements vis-à-vis de l'injection, le passé carcéral, ou l'état de santé somatique et psychique n'étaient pas associées au sevrage d'opiacés.

Conclusions : Les principaux facteurs pronostiques d'abstinence d'opiacés dans cette étude étaient une durée moins longue de traitement par BHD, la prise de substances psychotropes mineures, un bon statut psychologique et des antécédents d'addiction plus longs. Le comportement en regard de l'injection et l'intégration sociale n'étaient pas associés à l'abstinence d'opiacés.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

BHD, Abstinence, Facteurs pronostiques, Opiacés



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIVE INSPIRÉE DE L'OUTREACH : EXPÉRIENCE D'UNE CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS.

PEYRE A
PEDOWSKA D
TOUZEAU D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'objectif est de présenter la spécificité de l'approche mise en place au sein de la consultation jeunes consommateurs de Bourg-la-Reine (sud 92). L'évaluation de la prise en charge psycho socio-éducative inspirée de l'outreach sera faite de manière quantitative et qualitative. La Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives et leur famille propose un cahier des charges. Nous verrons comment notre approche s'y intègre mais aussi quelles évolutions elle entrevoit.

D'un point de vue quantitatif, nous proposons une évaluation de la population suivie à un an selon l'origine de la démarche des usagers (individuelle, justice, partenaires, proches) et le sexe des jeunes suivis (100 jeunes vus depuis janvier 2006).

D'un point de vue qualitatif, nous exposons des vignettes cliniques qui mettent en exergue la pertinence de l'utilisation d'une approche mixte éducative et psychologique, sous-tendue par une conceptualisation d'un outreach enrichi et d'une clinique du lien dans le temps et dans l'espace. Il s'agit de ne pas massivement « psychologiser » la réponse donnée à ces jeunes consommateurs. Notre souhait est d'être intégré par l'adolescent dans son processus de maturation, notamment par une position d'experts voire d'ex-pairs.

Perspectives : Une réflexion s'impose sur le cadre de la relation, la position et la place des intervenants dans la prise en charge de jeunes consommateurs de drogues. Cela est en particulier pris en compte dans une recherche d'évitement du drop-out (abandon des suivis) par les usagers.

Conclusion : La recherche au sein de la consultation, selon diverses approches (psychanalytiques et cognitives) et la mise en place d'un dossier informatisé d'échange d'information en temps réel entre les différentes consultations jeunes constituent des objectifs prioritaires.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Consultation jeune consommateur, intervention psychosociale, évaluation.
Comprehensive outpatient intervention, Adolescent, evaluation.

A Peyre*, D. Pedowska*, D. Touzeau*
Département Addictions (Hôpital Paul Guiraud)
Consultation Sésame-initiatives
23 av. du Maréchal Joffre
92340 Bourg La Reine
Contact : dtouzeau@club-internet.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

CONSOMMATIONS PARALLÈLES CHEZ LES PATIENTS DÉPENDANTS AUX OPIACÉS EN TRAITEMENT DE SUBSTITION : UNE QUESTION DE SOUS-GROUPES À RISQUE ?

PIHET S
RIESEN J
UEHLINGER C

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Dans quelle mesure les consommations parallèles restent-elle un problème chez les patients dépendants aux opiacés en traitement de substitution au long cours? Les résultats des recherches à ce sujet sont souvent contradictoires et ciblés sur une seule substance. Notre objectif est d'observer, au sein d'une population naturaliste, les schémas de consommations parallèles au travers des différentes substances psychoactives accessibles, et d'identifier les éventuels groupes à risque.

Méthode et échantillon : Les fréquences de consommations parallèles auto-reportées de 163 patients en traitement de substitution ont été évaluées durant un entretien structuré mené par un psychiatre, parallèlement au recueil d'informations socio-démographiques, ainsi que sur l'état de santé et le traitement psychopharmacologique actuels. L'échantillon comprend une majorité d'hommes (80%), en moyenne âgés de 35 ans et depuis 8 ans en traitement, pour 87% sous méthadone (dosage moyen 110mg/j) et 13% sous buprénorphine (dosage moyen 7.5mg/j).

Résultats : Les substances les plus consommées sont l'alcool et le cannabis (régulièrement chez plus de 50%), suivies par la cocaïne et les benzodiazépines non prescrites (env. 20%), puis l'héroïne et la méthadone illégale (5 à 10%). Une analyse en cluster révèle 6 sous-groupes : 81 patients (50%) sans consommations parallèles hormis l'alcool occasionnellement, 35 patients (22%) avec une consommation quotidienne de cannabis et occasionnelle d'alcool uniquement, puis 4 groupes de plus faible taille avec une consommation prédominante de cocaïne (N=27), de benzodiazépines (N=12), d'héroïne (N=5) ou de méthadone illégale (N=3). La durée du traitement n'est pas corrélée à la fréquence des consommations parallèles, sauf pour l'héroïne dont cette étude confirme que l'usage diminue avec le temps. Les fréquences de consommation d'alcool et de cannabis ne montrent aucun lien avec l'état de santé ou l'importance du traitement médicamenteux actuels. Par contre, la fréquence de consommation de benzodiazépines non prescrites ou de cocaïne est plus élevée chez les patients dont l'état de santé et la situation sociale sont plus précaires, et qui reçoivent des dosages de méthadone plus élevés, ainsi qu'une médication psychotrope plus importante, en particulier au niveau des benzodiazépines prescrites.

Discussion : Un patient sur 2 en traitement de substitution parvient à s'abstenir d'abuser de substances psychoactives. Parmi ceux qui poursuivent des consommations parallèles, les consommateurs de cocaïne et de benzodiazépines constituent des sous-groupes à risque, malgré une substitution à dosage élevé et une médication importante. Ces résultats restent toutefois à confirmer à l'aide de mesures objectives des consommations.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

consommations parallèles, traitement de substitution aux opiacés, abus de benzodiazépines, abus de cocaïne, groupes à risque - Ongoing illicit drug use, opioid maintenance treatment, benzodiazepines misuse, cocaine abuse, high-risk groups.

Pihet Sandrine¹, Riesen George² & Uehlinger Claude¹
1 Unité de Traitement des Addictions, Fribourg, Suisse
2 Suchtfachklinik Selhofen, Kehrsatz, Suisse



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUES DES COLLÉGIENS DE LA CÔTE BASQUE ET ÉTUDE D'IMPACT DE L'INTERVENTION DE PRÉVENTION DU CSAPA BIZIA-MDM

PRADEILLE JL

SWENDSEN JI

AGUERRETXE COLINA A

OLAIZOLA C

MAITRE C

BELTRAN V

AURIACOMBE M

DAULOUEDE JP

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Cette action se décline sous la forme d'une enquête prospective sur les conduites à risques des collégiens et d'une étude d'impact de l'intervention de prévention du CSAPA BIZIA-MDM sur celles-ci. Elle prend corps dans un contexte local dépourvu de données concernant les conduites à risques des jeunes collégiens de la Côte Basque.

Objectifs : Cette action vise deux objectifs majeurs : Elle se propose, comme premier objectif, de faire un état des lieux épidémiologique sur les conduites à risques des collégiens. Elle visera donc à renseigner ces conduites à risques au travers de l'évaluation des consommations de substances psycho actives associée au repérage des facteurs de vulnérabilité des collégiens. Cette action se décline, dans le même temps, sous la forme d'une étude d'impact de l'intervention de prévention du CSAPA BIZIA-MDM sur ces conduites à risques.

Ainsi, l'objectif final de cette enquête épidémiologique est de mieux cibler la population collégienne en danger afin de définir une stratégie et des moyens de prévention adaptés au plus près de ses besoins.

Méthode

- Les lieux d'investigation : Les 14 établissements publics d'enseignement primaire de la Côte Basque séparés en 2 groupes distincts :
 - Groupe avec intervention de prévention (n=7)
 - Groupe sans intervention de prévention (n=7)
- Les classes choisies :
 - Les divisions sélectionnées à évaluer sont les 5ème, 3ème
 - Tirage au sort de : 2 classes de 5ème et 2 classes de 3ème par établissement
- L'intervention de prévention :
 - Binôme d'animateurs de prévention du CSAPA BIZIA-MDM
 - Support de l'intervention : diaporama
- Le recueil des données : Passation d'un questionnaire anonyme et confidentiel sur 2 temps distincts : Pré intervention et post intervention

Traitements statistiques et résultats : Les données sont actuellement en cours de saisie. Leur traitement est prévu dans le courant du mois d'août 2007.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Association BIZIA
Centre Hospitalier de la Côte Basque
Bâtiment Zabal - 64100 Bayonne -
France Tél : 05.59.44.31.00
mdm.bayonne@wanadoo.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

COGNITIVE IMPAIRMENT CHANGE IN ALCOHOL-DEPENDENT SUBJECTS AT 3-MONTHS POST-DETOXIFICATION. BORDEAUX, FRANCE, 2006.

REVIRIEGO E
AURIACOMBE S
FLEURY B
FATSÉAS M
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Alcohol-dependent subjects may have cognitive impairment related to frontal lobe dysfunction. We hypothesized improvement after abstinence. Objective: To assess at 3-months post-detoxification the evolution of executive, attentional and memory functions among alcohol-dependent patients.

Method: Subjects were included from patients admitted consecutively for inpatient alcohol detoxification from February to April 2006. They were assessed at intake and 3 months later. Patients with severe psychiatric disorder, HIV or HCV positive serology, past head injury, substance use other than alcohol, tobacco and sedatives were excluded. In the absence of acute withdrawal symptoms, they were administered a battery of common neuropsychological tests. Substance use and other confounding factors were controlled using the Addiction Severity Index and the Mini International Neuropsychiatric Interview.

Results: 6 males were included. At 3 months, 4 were still abstinent and 2 had relapsed but not to their prior level. Regardless of baseline performance, all subjects improved in all tests but abstinent subjects had a greater improvement. For relapsed subjects, main improvement was found for psychomotor speed. Abstinent subjects had better inhibition and higher improvement of both visual-motor integration and strategic episodic retrieval processing. Severity of dependence, length of alcohol use, use of other substances, both psychiatric and somatic co-morbidities did not seem to be associated with performance of any test in this small sample.

Conclusion: Alcohol seemed to be the main factor implied in the evolution of cognitive functions. Consideration needs to be given to routine incorporation of cognitive testing in alcohol dependence. Findings from these preliminary results are encouraging, but have to be confirmed.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

E. Reviriego, S. Auriacombe, B. Fleury, M. Fatséas, M. Auriacombe

Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, University Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.
Cognitive neurology, Neurology Department, Bordeaux University Hospital, Bordeaux, France.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is on the left side of the page, and a solid vertical line is on the right side of the dotted lines.

A NEW PROTOCOL TO FACILITATE THE TRANSFER FROM METHADONE MAINTENANCE THERAPY TO BUPRENORPHINE WITH AN INTERMEDIATE OPIATE (MIOB-PROTOCOL)

RIESEN J

PIHET S

PAUCHARD E

UEHLINGER C

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Buprenorphine as an alternative to methadone maintenance is for now an established treatment for opioide dependence. However, even if an uncomplicated switching to buprenorphine for patients with low dose methadone treatment is possible, treatments with high dose methadone have been still requiring a previous dose reduction before the transfer. Thus, to provide the utmost possibilities for opioid dependent patients, an easy and secure protocol has been developed, without previous dosage reduction. Nevertheless, a critical discussion is given for the application of such a procedure and its restrictions on the addicto-psychological level.

Recruitment and methods

Subjects: patients willing to change to buprenorphine, under methadone maintenance treatment with fixed dosage for at least 2 weeks and dosages from 40mg and higher {80mg and higher}.

Method: according to the MIOB-protocol (Methadone-IntermediateOpiate-Buprenorphine-protocol):

At first the patients were switched to the methadone-equivalent dose of a short acting opiate for 24 hours {48 hours for 80mg methadone and higher}.

Secondly the usual treatment-starting procedure for buprenorphine was applied: starting with an initial test-dosage of 2mg not before slight physical opiate withdrawal-symptoms appear, and, if there were no withdrawal symptoms within the 30 first minutes, adding 4mg {6mg} after 2 hours. The dosages were gradually adjusted within the next 2 to 4 days to achieve a new equilibrium. Withdrawal symptoms were measured with an 11-item clinical opiate withdrawal scale (COW-Scale).

Results : Two typical patients were described to illustrate the procedure.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Methadone maintenance therapy, buprenorphine induction, high-dose transfer.
Substitution de méthadone, induction de tt de buprénorphine, transfert de haute dosage.

Riesen George Marc¹, Pihet Sandrine², Pauchard Esther¹, Uehlinger Claude²
¹Suchtfachklinik Selhofen, Kehrsatz, Switzerland
²Unité de Traitement des Addictions, Fribourg, Switzerland
jeorge.riesen@klinikselhofen.ch



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

A PROCEDURE TO RETRIEVE DROPOUT SUBJECTS FROM A COHORT STUDY OF PATIENTS WITH MULTIPLE ADDICTIONS (SUBSTANCE AND NON-SUBSTANCE) IN FRANCE (BORDEAUX, AQUITAINE)

ROUSSELET M

LAVIE E

DENIS C

FATSÉAS M

AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cohort studies are of interest to explore long-term evolution of health conditions and treatment impact, especially for substance dependence, a chronic relapsing disease. Conclusions of such studies are however, often limited by the high rate of dropouts. In Bordeaux (Aquitaine, France) a cohort study of patients treated for addiction was started in 1991 initially including opiate dependent subjects and extended to all substance related dependence and non-substance dependence. Included subjects are reached for assessment every 6 months after baseline inclusion, regardless of treatment management outcome. For those that cannot be reached (dropouts), a systematic and standardized five-step procedure was established in order to check their status.

These steps were: 1) letter to the patient; 2) phone call to the patient; 3) phone call to a pre-determined contact person; 4) letter and phone call to patient's physician and pharmacist; 5) National Death Register inquiry. Each step was limited to two weeks duration if unsuccessful. Objective: To test this procedure for determining dropout patient status. Method: Dropout was defined as missing for research assessments for at least 1 year. The 2 first dropouts of each calendar year from 1991 to 2006 were included (n=32).

Results: The 32 dropouts included were dropouts for 6 years on average (min= 1 year, max=11 years). The five-step procedure was achieved in one month. Treatment status was retrieved for 22 patients (69%): 2 died, 3 stopped their treatment and 17 were still in treatment (for 9 years on average). Length of dropout was 6 years for the 22 retrieved patients and 5.5 years for the 10 others.

Conclusion: The procedure used to find dropout patients was efficient in this setting. Length of dropout might not influence probability to be retrieved. Most of those retrieved were still in treatment. This procedure will be applied to all cohort subjects to consolidate these results.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

METHADONE DOSE AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN METHADONE MAINTAINED PATIENTS

SWINGEDOUW V
AURIACOMBE S
REVIRIEGO E
DENIS C
FATSÉAS M
AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Few well-controlled studies have assessed executive and attentional performance in methadone maintained patients. Moreover, these studies have not differentiated impairments due to acute methadone intake, chronic methadone maintenance, history of substance use, and other factors.

Objective: To assess if methadone dosage affects performance of executive and attentional functions.

Methods: Methadone maintained opiate-dependent patients stable for at least 3 months without any severe psychiatric disorder or alcohol dependence were included. Subjects were administered a battery of neuropsychological tests (Trail Making, Stroop, letter and category fluency, Wisconsin Card Sorting test, D2 cancellation test, Wechsler Symbol Digit test, Digit span). Socio-demographic data, history of substance use, number of overdoses, and viral serology were collected through the Addiction Severity Index. Self-reported drug use was verified by urine testing.

Results: 22 subjects were included. Two groups were determined according to the median of methadone dosage (90 mg/ day). No difference was found between groups for assessed potential confounding factors except for number of previous overdoses and HIV status that were higher in the group receiving higher dosage. Higher methadone-dosage group exhibited a constant trend toward slower performance than the other group (longer execution time of TMT-B, less read words in Stroop, less words given in fluency test, less signs written in Wechsler Symbol Digit), except for d2-test. However, no difference reached statistical significance.

Conclusion: Higher methadone dosage might be associated with psychomotor speed impairment. Impairment of executive and attention functions may have important implications for functioning in methadone maintenance treatment. Further research is necessary to determine the clinical significance of the impairments for daily performance in the natural environment.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

V. Swingedouw, S. Auriacombe, E. Reviriego, C. Denis, M. Fatséas, M. Auriacombe
marc.auriacombe@u-bordeaux2.fr
Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, University Victor Segalen Bordeaux 2,
Bordeaux, France.
Cognitive neurology, Neurology Department, Bordeaux University Hospital, Bordeaux,
France.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

FIN DE TRAITEMENT PAR LA METHADONE

VERNEX N
GAUDONEIX M
BEAUVÉRIE P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : la méthadone est un médicament indiqué dans le traitement substitutif des dépendances majeures et avérées aux opiacés. Elle est commercialisée en France depuis 1994 sous forme de monodoses liquides à différents dosages (60, 40, 20, 10 & 5 mg). Selon les recommandations nord-américaines, la fin du traitement substitutif doit être, quand cela est possible, pour les patients motivés, réalisée par diminution progressive des posologies avec des paliers de 1 mg.

Objectif : en mars 2000, 7 ans après ouverture du département des addictions, à la demande des médecins, les pharmaciens ont rédigé, validé et appliqué un protocole de fabrication des monodoses de méthadone à des dosages non commercialisés. Ceci en vue de permettre une diminution progressive des posologies milligramme par milligramme et d'augmenter le taux de réussite du sevrage. Il s'agit ici, de dresser un premier bilan de cette expérience.

Matériel et méthode : les préparations magistrales, réalisées extemporanément en diluant les spécialités dans du sirop simple et dispensées sur prescription médicale nominative pour 7 jours, ont été comptabilisées à partir du registre des préparations.

Le nombre des patients, les posologies et durées des traitements, ont été renseignés à partir de l'ordonnancier des stupéfiants. Le devenir des patients a été discuté avec les équipes soignantes et médicales en réunion de synthèse.

Discussion - conclusion : de l'avis de l'équipe soignante et médicale, la diminution des posologies par palier de 1 milligramme améliore le confort des patients en fin de une enquête réalisée par la DGS, d'autres centres de soins spécialisés en toxicomanie ont retenu cette approche, mais sans fabrication de préparations magistrales : en effet, l'enquête « une semaine donnée » a montré que sur 140 centres, 11 dispensaient des dosages intermédiaires de méthadone et ce, avec des pratiques différentes (dispensation au patient d'un flacon pour 2 jours; division d'un flacon de méthadone en 2).

La commercialisation de petits dosages, notamment à 1 & 2,5 mg (dosages les plus utilisés) inciterait les prescripteurs à réaliser une fin de traitement très progressive au bénéfice du patient et ce, dans le respect de la réglementation et des bonnes pratiques. Aucune rechute n'a été observée chez les patients ayant arrêté leur traitement depuis au moins trois mois. Toutefois, force est de constater que nous manquons à ce jour, de recul.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Fin de sevrage, Méthadone, Préparation.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

VULNERABILITY TO BINGE DRINKING-RELATED BLACKOUTS AND VIOLENT IMPULSIVE BEHAVIOURS: DIFFERENTIAL KYNURENINE RESPONSE TO A TRYPTOPHAN LOAD.

VIGNAU J

IMBENOTTE M

DUROT C

JACQUEMONT M-C

DANEL T

LIBERSA C

VANDAMME M

LHERMITTE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Aim: the study was designed in the view of testing a mechanistic hypothesis that incriminates discrepancies in tryptophan 2,3-dioxygenase (TDO) activity in the enhanced vulnerability of certain individuals to experience repeated Blacked Out Violent Impulsive Behaviours (BOVIB) during binge drinking bouts.

Methods: a tryptophan (Trp) oral load (50 mg/kg) was administered to a sample of treatment-seeking alcohol-dependent patients. BOVIB history and psychological status were screened by BOVIB-Q, depression (BDI), anxiety (BAI, STAI) and personality (TCI) questionnaires. During the 7 hours following Trp load, serum Kyn and Trp were monitored together with urinary cumulative excretion of 5HT metabolite 5 hydroxy-indoleacetic acid (5HIAA).

Results: Reported BOVIB were all related to binge drinking pattern of alcohol use. Patients with a history of BOVIB (BOVIB + sub-group) differed from those exempt from such episodes (BOVIB - sub-group) for TDO activity response to Trp oral load, assessed by the slope of concentration increase ratio (SCIR) of serum Kyn ($p=.017$) and for BDI ($p=.003$) and STAI-T ($p=.001$) scores. On total sample, linear regressions confirmed significant correlations between Kyn SCIR and both BDI and STAI-T scores and between BDI scores and TCI pathological personality scores. Besides, interesting (though non significant) correlation was found between Kyn SCIR and 5HIAA excretion.

Conclusion: Put together, these findings corroborate the consistency of the clinical entity BOVIB and its therapeutic importance in differentiating a particular sub-group of biologically vulnerable alcohol-dependent subjects.

But : notre étude est a été construite dans le but de tester une hypothèse de mécanisme neurobiologique sous-tendant la vulnérabilité de certains individus à présenter des ivresses pathologiques ou IP (conduites impulsives violentes suivies d'amnésie des faits) lors de prises aiguës d'alcool (« binges »). Cette hypothèse repose sur l'existence de variations de l'activité de la 2,3-tryptophane-dioxygénase (TDO), une enzyme impliquée dans la synthèse de la kynurénine.

Méthode : une dose de charge de tryptophane ou Trp (50mg/kg) a été administrée chez des patients alcoolo-dépendants accueillis en service hospitalier d'addictologie pour un sevrage d'alcool. Les antécédents d'IP et l'état psychologique des patients ont été évalués par divers questionnaires tels qu'une échelle d'auto-évaluation des IP, les questionnaires de Beck pour la dépression (BDI) et pour l'anxiété (BAI), le questionnaire de Spielberger (STAI) et le questionnaire de Cloninger (TCI). Dans les 7 heures suivant l'administration de la dose de charge en Trp, divers paramètres biologiques ont été mesurés : cinétique des taux sériques de kynurénine (pente d'accroissement de la concentration ou PAC) et de Trp, excrétion urinaire du principal métabolite de la sérotonine (acide 5-OH-indole-acétique).

Résultats : Les IP rapportées par les patients entraient toutes dans le cadre de prises aiguës d'alcool. Les patients alcoolo-dépendants ayant présenté des IP (IP+) diffèrent de ceux qui n'en ont jamais présenté (IP-) en ce qui concerne la PAC de la kynurénine sérique (reflétant l'activité de la TDO) en réponse au test de charge en Trp ($p=0,017$) et les scores aux questionnaires BDI ($p=0,003$) et STAI-T ($p=0,001$). Sur l'échantillon total, les régressions linéaires ont confirmé des corrélations significatives entre la PAC de kynurénine sérique et les scores de BDI et de STAI-T et entre les scores à la BDI et l'indice de personnalité pathologique au TCI. Par ailleurs, une corrélation non significative a été retrouvée entre la PAC de kynurénine sérique et la quantité totale de 5HIAA excrétée dans les urines.

Conclusion : Si les IP font classiquement partie de la nosographie française, cette entité n'a pas reçu, jusqu'à présent, de validation de la part de la communauté scientifique anglo-saxonne. L'ensemble des résultats préliminaires de notre étude donne de la consistance à cette entité morbide, tant sur le plan biologique que clinique. La reconnaissance de la vulnérabilité aux IP d'un sous-groupe de sujets alcoolo-dépendants a des implications thérapeutiques importantes.

Dr Jean VIGNAU

Centre Hospitalier Universitaire - Service d'Addictologie 57, boulevard de Metz

59037 Lille Cedex, France

Tel : +33 320 44 60 98 - Fax : +33 320 44 54 37

j-vignau@chru-lille.fr

RÉDUCTION DES RISQUES



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

ESPACES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE : « ... ON PEUT FRANCHIR LE PAS, FAIRE UN ESSAI »

BERTRAND B

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Les structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues, peuvent réduire plusieurs des risques liés à l'utilisation de drogues. En France, les associations étudient la possibilité de mener un projet pilote. L'expérience des salles de consommation encadrées (à ce jour, 78 structures) a été tentée au Canada, en Australie et dans plusieurs pays européens (Suisse, Allemagne, Hollande, Espagne, Norvège et en juillet 2005, le Luxembourg) et semble indiquer que des résultats favorables à la collectivité dépendent en bout de ligne de la polyvalence des installations et de leur adaptation aux besoins de leur principal groupe cible : les personnes qui consomment des drogues. Il est donc impératif de prendre en considération les facteurs et les conditions connus pour favoriser une bonne réaction des consommateurs de drogues à ces installations. L'étude menée visait à évaluer l'acceptabilité des salles de consommation à moindre risque et à déterminer les facteurs associés à la volonté d'y recourir dans une ville qui songe à établir une telle installation.

La consultation des utilisateurs est un élément essentiel lorsqu'on veut évaluer la pertinence des salles de consommation à moindre risque et planifier des installations acceptables aux yeux de la société.

L'étude présente trois expériences étrangères (Quai 9 à Genève, Insite à Vancouver et MSIC à Sydney), deux expériences françaises (la maison d'accueil d'ASUD Montpellier et le squat à Mulhouse) et propose les points de vue des consommateurs sur une éventuelle ouverture en France.

Fabrice Olivet, ASUD-Journal : Cette étude nous aide à « comprendre les enjeux véritables de l'actualité de la politique menée en matière de stupéfiants » et, « en jetant un éclairage scientifique sur les lieux de consommation à moindres risques », l'auteur « nous ramène au coeur de cette politique de réduction des risques que les professionnels du secteur connaissent bien, mais que le public français ignore faute de débat public ».

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Réduction des risques et des dommages ; Toxicomanie ; VIH ; Hépatites ; Salles de consommation à moindre risque ; Local d'injection sous surveillance ; Piquerie ; Zones de tolérance ; Shooting room ; Gassenzimmer ; Salles de santé ; Fixerstübli ; Drug injecting room ; Shooting gallery ; Centres de contact ; Fixpunkt. Consumption rooms ; Salas de consumo higiénico ; Supervised injecting centres ; Drogenkonsumraum ; Medically supervised injecting centre ; Safe injection facilities ; Gesundheitsräume ; Salle d'injection à visée éducative.

Bernard BERTRAND, chercheur en science sociale. Il a été intervenant en réduction des risques pendant dix ans (travail de rue, Bus d'échange de seringues, Boutique, milieu festif). Il a été notamment à l'initiative du Kit sniff et l'auteur de Le « tourisme d'assistance » des usagers de drogues. Vers l'ouverture d'une salle d'injection à moindre risque (L'Harmattan, 2003).



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

CONSULTATIONS MÉDICALES DANS UNE SALLE DE CONSOMMATION DE DROGUES À GENÈVE : QUEL BILAN POUR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS ?

FRANÇOIS A

MANI C

BAUDIN M

BROERS B

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction: A Genève (Suisse) une salle de consommation de drogues par voie intraveineuse a été ouverte fin 2001. Le lieu, appelé Quai 9, offre un accueil respectueux, l'échange de matériel d'injection, un espace sécurisé pour les injections, des conseils de prévention. Non médicalisé, Quai 9 propose toutefois des soins de santé primaires, par l'équipe, plus 4 heures de consultations médicales, anonymes et gratuites, par un médecin de premiers recours avec expérience en médecine de l'addiction ; aucun suivi n'est proposé.

Objectif: Evaluation quantitative et qualitative des motifs de consultation et du bien-fondé d'une présence médicale

Méthode: Analyse de données des soins, relevées prospectivement (2002 à 2006)..

Résultats: Pendant les premiers deux ans d'observation 1'114 personnes différentes avaient fréquenté le lieu et plus que 70'000 injections été pratiquées. Durant cette période 1'713 consultations avaient été effectuées, 36% par le médecin, le reste par les infirmières et les travailleurs sociaux. 76% des consultations ont fait l'objet de soins somatiques, 39% d'informations/entretiens psychosociaux. Les complications locales des injections motivaient plus de 60% des consultations; pour 11% la demande primaire était un entretien autour de la dépendance. Sans compter les hospitalisations urgentes pour overdoses, 13% des consultations ont fait l'objet d'un relais ou d'un transfert, la moitié étant effectués par le médecin. Depuis 2 ans, le nombre de visiteurs à Quai 9 est resté stable, mais il y a une baisse du nombre d'injections. Le médecin reste toutefois très occupé lors de sa présence et le type de demandes médicales (analyse en cours) semble stable.

Conclusions: Les soins de santé primaires sont prisés à Quai 9. Si elles ont pour objet principal les complications locales des injections, les consultations sont pour la plupart l'occasion d'entretien autour de la dépendance et des risques liés à l'usage de drogues, notamment des risques de transmission virale. La présence du médecin se trouve justifiée par le nombre de consultations effectuées sur un petit temps de présence et par les liens faits avec le réseau soignant. Le fait qu'il se déplace sur les lieux de consommation est vécu comme une grande ouverture par les usagers de drogues qui se sentent plus libres de montrer leurs blessures physiques et psychiques. Notre expérience montre qu'une salle d'injection permet à des soignants d'aller à l'encontre de certains patients, ce qui permet, en plus du travail de soins et de réduction des risques, de faciliter le passage en traitement.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

réduction de méfaits, médecine de premiers recours, salle d'injection, Suisse
Harm reduction, primary care medicine, safe injecting facility, Switzerland

Anne François*, , Christophe Mani°, Martine Baudin°, Barbara Broers*
*Dpt. de Médecine Communautaire, Hôpital Universitaire de Genève
° Association Première Ligne



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE CADRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

LATOUR V

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le programme de réduction des risques de Médecins Du Monde à Bordeaux a ouvert en 1994. Au cours de ces 12 années, le contexte d'intervention en réduction des risques s'est modifié, tant sur le plan législatif que sur le plan de la santé publique et individuelle des usagers de drogues. Un travail de réflexion et d'analyse de l'action a été entrepris de façon préalable à l'élaboration d'un nouveau projet de référence. Cette analyse d'action a été faite sous l'angle de l'analyse des pratiques professionnelles mises en jeu, avec pour outils la dynamique de groupe avec l'équipe et la réalisation d'entretiens individuels, lors de 2 journées d'intervention. D'autre part, les usagers du programme ont été interrogés sur leurs attentes. L'analyse du contenu de l'intervention a permis de dégager les points suivants : Evolutions des publics rencontrés, de leurs profils et de leurs problèmes ; Nécessité d'étudier la pratique de la réduction des risques dans le cadre de différentes modalités du programme, avec une modalité à questionner plus particulièrement : le local d'accueil La Case (objectifs et positionnement professionnel) ; Difficulté d'identifier et de mobiliser des compétences adaptées auprès de deux publics identifiés (les jeunes et les bulgares).

Cette analyse des pratiques met en évidence le désir et la possibilité d'entreprendre une démarche réflexive et collective en s'appuyant sur le potentiel et les acquis de l'équipe, afin de mieux connaître son public en valorisant les compétences de l'équipe, et de pouvoir adapter ses pratiques à ses connaissances (problématisation socio-anthropologique), ce travail devant servir de base à la rédaction du nouveau projet de référence du programme.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Analyse pratiques professionnelles, réduction des risques, usagers de drogues, contexte d'intervention
Analysis of practical professional, Harm reduction, drug users, context for intervention

Latour V



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PROJET D'ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL À BAS SEUIL

LATOURE V
ROCHET E

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Un certain nombre des usagers de drogues fréquentant notre programme de réduction des risques sont en grande souffrance psychique et ont des pathologies psychiatriques majeures. Or, pour la plupart, ils ne sont pas orientables en raison de l'inadéquation du système de soin psy à la grande précarité, aux idées reçues (souvent justifiées d'ailleurs) que les usagers de drogues ont des psys, et réciproquement que les psys ont des usagers.

En outre, l'intrication des problématiques d'exclusion, de trouble ou de souffrance psychique et d'usage de drogues nécessite de véritables adaptations structurelles de l'offre de soins, ainsi que des pratiques professionnelles.

Afin d'essayer d'améliorer l'accès au soin "psy" des usagers reçus dans notre programme, nous avons mis au point un projet à bas seuil d'accès au sein de l'accueil à notre local.

Le principe est qu'un psy identifié comme tel participe à l'accueil collectif lors des permanences de notre programme pour essayer de créer du lien avec les usagers, voire plus si cela fonctionne. L'idée consiste à appliquer les pratiques professionnelles de la réduction des risques (interdisciplinarité, professionnalisme dans la proximité) et du bas seuil à la relation psy-usager de drogues.

Ceci devrait permettre d'une part de rapprocher l'offre de soins des usagers en la rendant disponible dans la proximité, et d'autre part d'étayer un lien sur lequel l'utilisateur pourrait s'appuyer pour une éventuelle prise en charge psy et de modifier l'image du psy dans l'imaginaire (et le réel) de l'utilisateur afin de faciliter le recours au soin le cas échéant.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Usagers de drogues, accès aux soins, co-morbidité psychiatrique, permanence psychologique, bas seuil d'accès.
Drug users, access to care, psychiatric comorbidity, psychological permanence, low threshold access.





NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

BILAN D'UNE COLLABORATION INTER-ASSOCIATIVE TRANSFRONTALIÈRE DANS LE CHAMP DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

OLAIZOLA C
AGUERRETXE COLINA A
DAULOUEDE J-P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objectifs :

- Les objectifs de recherche : Appréhender l'ensemble des données sociologiques, épidémiologiques et toxicologiques relatives aux usages des drogues psychoactives ainsi qu'aux modes d'infection VIH et VHC. Évaluer les risques encourus et identifier les moyens de les prévenir.
- Les objectifs de prévention : Développer des actions de prévention et de réduction des risques des deux côtés de la frontière, en particulier sur les lieux de consommation.
- Les objectifs d'accès aux soins : Adapter, harmoniser et éventuellement transférer les réponses thérapeutiques aussi bien sous l'angle pharmacologique que dans l'organisation et la méthodologie des prises en charge.

Méthode : mise en place d'actions transfrontalières de réduction des risque avec des partenaires français et basque-espagnol, pour répondre aux problématiques spécifiques de la côte basque, dans le champ du SIDA, des hépatites, des nouvelles drogues de synthèses et des nouveaux usages, de le l'évolution des conduites à risques des adolescents et des jeunes adultes.

Résultat : bilan et analyse de 5 ans de collaboration, d'échange et de travail en commun, autour de la réduction des risques en milieu festif transfrontalier.

Conclusion : le bilan positif nous encourage à continuer et compléter ce travail, en réalisant un nouveau projet qui fera suite à celui-ci.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Actions transfrontalières, réduction des risque, partenaires français et basque-espagnol.

Cyril OLAIZOLA*, Arkaitz AGUERRETXE COLINA* , Jean Pierre DAULOUEDE*.
* Centre de soins en addictologie BIZIA
Médecins du Monde
Bayonne, France.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

L'AUTO SUPPORT DES USAGERS DE DROGUES (ASUD) A ORGANISÉ EN 2006 LE « TESTING » DE SIX CONSULTATIONS CANNABIS SITUÉES EN ILE DE FRANCE. L'ENJEU : SAVOIR SI LA GESTION DES CONSOMMATIONS DANS UNE PERSPECTIVE DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) ÉTAIT COMPATIBLE AVEC L'ACCUEIL DES USAGERS DE CANNABIS TEL QUE DÉFINI PAR LA NOUVELLE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA BANALISATION DU CANNABIS.

OLIVET F

RÉSUMÉ / ABSTRACT

A l'exemple du « testing » anti-discriminations organisés par SOS-racisme à l'entrée des boites de nuit, ASUD a lancé quelque « testeurs » sur la piste des consultations ouvertes depuis 2005 pour accueillir les usagers de cannabis. Six structures de Paris et sa région ont été visitées, ainsi que deux dans le Lyonnais. Nous voulions savoir si dans le cadre de ces consultations cannabis, la Réduction Des Risques (RDR) avait droit de cité. Si oui, sous quelle forme ? Si non, pourquoi ?

Dans un second temps, nous devons essayer d'évaluer la place de la rdr par rapport à la lutte contre la banalisation de la consommation de cannabis mis en place par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) en 2005. Enfin, élargir le questionnement à l'ensemble des contradictions, ou des paradoxes, existant entre une campagne anti-drogue classique et la généralisation des conceptions influencées par la RDR.

Au-delà de cette interrogation nous avons parallèlement essayé de fiabiliser une méthode d'enquête, propre à nous faire pleinement jouer notre rôle de représentant des patients accueillis par le système de soins.

Les résultats de cette mini enquête qualitative, effectuée de manière empirique avec « les moyens du bord », permettent cependant de s'interroger sur la formation des accueillants et sur la nécessité d'établir des liaisons entre les différentes propositions de traitements auxquelles sont confrontés les usagers.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...





NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

RÉDUCTION DES RISQUES ET STRATÉGIES DE PRISE DE CONTACT EN BANLIEUE PARISIENNE

PEDOWSKA D

VOISE F

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Une des missions de l'association Liberté SAFIR est de gérer et animer depuis plus de dix ans un programme d'échange de seringues en milieu urbain, sur son secteur d'activités le public fréquentant la permanence mobile est un public vieillissant souvent substitué ou du moins connu des structures de soins locales.

L'association a développé pour développer une action rdr et rentrer en contact avec un public différent des outils de prévention et d'information sur les usages et les produits.

La participation à la diffusion et aux enquêtes nationales sur les nouveaux outils de rdr (stere-rifils, « roule ta paille »....) a permis de mesurer l'impact local de ces initiatives.

L'équipe a développé des stratégies nouvelles pour rentrer en contact avec les usagers ou leurs proches tels que la délivrance de flyers sur les infections sexuellement transmissibles et préservatifs. Elle assure une médiation sociale, par une présence quotidienne sur les quartiers auprès des riverains et des commerçants, anime et participe aux réseaux de partenaires institutionnels ou associatifs. Cette activité est crédibilisée par une offre un accueil sans exigences ou conditions au sein du camping-car et ses lieux de stationnement.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Réduction des risques, médiation sociale.

Harm reduction, outreach.

PEDOWSKA Denis *, VOISE Frédéric *
Association Liberté SAFIR
10 rue de la Liberté
92220 Bagneux
Contact : dtouzeau@club-internet.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Contexte : Depuis 1997, les missions raves de Médecins du Monde (Mdm) développent un dispositif global de reconnaissance des drogues visant, dans une perspective de réduction des risques, à répondre à la demande des usagers. Le dispositif comprend trois outils en articulation : la reconnaissance présomptive des produits (RPP ou testing), la chromatographie sur couche mince (CCM) et l'analyse par chromatographie gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse (GC/LC-MS).

La RPP n'est plus autorisée depuis le décret du 14 avril 2005. Elle est toujours demandée par les usagers. Or l'absence de cet outil nous prive de contacts spécifiques avec les usagers, qui constituent autant d'opportunités manquées d'actions de prévention.

Mdm demande la reprise de la RPP dans le cadre d'une démarche évaluative. A cette fin, nous avons donc élaboré un référentiel définissant la RPP telle que pratiquée à Mdm.

Matériels et méthodes : Pour une description fidèle aux pratiques de terrain, des entretiens individuels ouverts ont été réalisés auprès des acteurs expérimentés des différentes missions rave (Bayonne, Paris, Pôle Méditerranée, Toulouse). Plusieurs téléconférences ont permis de discuter des points les plus sensibles ou qui posaient question. Le document final a été validé en interne.

Résultats : Le référentiel comprend 4 volets. Le volet « contexte » rappelle en particulier l'histoire de l'analyse des drogues. Le volet « objectifs » rappelle les objectifs stratégiques et les objectifs d'intervention. Le volet « modalités » précise les modalités d'entretien selon les contextes d'intervention, les modalités d'entretien dans les situations sensibles et les modalités techniques de réalisation du test. Le volet « moyens » englobe la question des ressources humaines - dont la formation initiale et la formation continue - ainsi que la question des équipements et consommables.

Perspectives : Nous sommes désormais en mesure de présenter ce référentiel. Il nous permet de décrire les objectifs de cet outil sans omettre ses limites et les nécessaires orientations envisagées tant sur le plan toxicologique que sur le plan médico-psycho-social. Ce référentiel, accompagné d'une étude de fiabilité analytique, d'un état des lieux de la législation se rapportant à cette pratique en Europe, d'une analyse de la demande des usagers et d'une synthèse de la littérature, constitue le socle de notre demande d'évaluation auprès des tutelles.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Analyse de drogues, testing, référentiel, évaluation.

Drug analysis, testing, referential, evaluation.

INFECTIOLOGIE



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

PROJET DE CENTRE DE RESSOURCES POUR FACILITER L'ACCES AU TRAITEMENT DE L'HEPATITE C DES PATIENTS LES PLUS VULNERABLES.

AKNINE X

RÉSUMÉ / ABSTRACT

De nombreuses années d'expérience nous ont appris que le parcours de soins pour l'hépatite C est plus compliqué pour les personnes cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité (précarité, conduite addictive, trouble psychologique) ou traversant des périodes de deuil dans leur trajectoire de vie. Ces personnes ont un risque majeur de se trouver dans l'impossibilité de réaliser un parcours de soins complet. Devant ces constats, les médecins généralistes regroupés dans l'ANGREHC (Association Nationale des Médecins Généralistes pour la Réflexion et l'Etude sur l'Hépatite C) proposent un nouveau concept de coordination des soins et d'intervention sociale : le centre de ressources et interventions en mini-réseaux de proximité. Ce nouveau dispositif est un réseau de soins coordonné qui s'appuie sur les structures existantes (réseau-ville/hôpital VIH- VHC-addictions mais aussi pluripathologies (diabète, cancers...), médecins généralistes, CSST ... Il est en cours d'élaboration dans plusieurs régions ; celui d'Aulnay a fait l'objet d'une demande de contractualisation avec l'état (FAQSV).

Matériel et méthodes :

Objectif :

Réduire les risques socio-sanitaires des personnes vulnérables par la mise en place d'équipes sociales mobile (coursiers sanitaires et sociaux) conçus pour intervenir auprès des structures de soins (médecins généralistes, pharmaciens ...) pour faciliter la prise en charge de patients complexes, restés en dehors du circuit de soins. Ce dispositif permettra de simplifier le parcours de soins coordonné en apportant une aide supplémentaire aux soignants, à leurs patients et à leur entourage.

Il permettra aussi d'améliorer l'accès au dépistage et au traitement du VHC ainsi que la continuité des soins en prenant en compte le cumul des facteurs de vulnérabilité socio-sanitaires du patient.

Discussion-Résultats :

Qui appelle le centre de ressources ?

- Les professionnels libéraux : médecins généralistes, pharmaciens, hépatologues et autres spécialistes).
- Les médecins de structures (hospitaliers, CSST, CCAA, Centres de santé)
- Les partenaires sociaux et associatifs
- Les patients ou leur entourage

Ce projet mené par l'ANGREHC s'appuie sur plusieurs partenaires avec qui une convention est passée :

L'hôpital R. Ballanger qui hébergera le secrétariat du centre de ressources ;

La Maison Médicale de Garde tenue par des Médecins Généralistes (située dans l'hôpital) .

Le réseau ville-hôpital Aulnay 93

Le CSST Gainville et l'unité fonctionnelle d'alcoologie (intra-hospitaliers)

La Maison des Patients (dans l'hôpital) .

Le réseau diabète (Dianefra 93)

Le réseau Oncologie 93

Le CAARUD (Association FIRST) situé à Aulnay.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Centre de ressources-hépatite C -réseaux de soins.

Ressources Center- hepatitis C- care network.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

ETUDE PROSPECTIVE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA PREVALENCE DE L'HEPATITE C AU SEIN DE LA POPULATION DE PATIENTS SUBSTITUES DU CSST DE CLERMONT FERRAND.

AUTHIER N

RANDL K

DUBOST S

VIGUIE P

LE BLANC C

ABERGEL A

LLORCA P.M

COURTY P

RÉSUMÉ / ABSTRACT

En 2004, une étude rétrospective conduite sur 207 patients sous méthadone du CSST du CHU de Clermont Fd a rapporté une prévalence de 49% de patients porteurs du virus de l'hépatite C, 8% porteurs du VIH et moins de 1% porteurs du virus de l'hépatite B. Parallèlement, un abus d'alcool a été noté chez 46% des patients. Enfin, cette étude a mis en évidence la prise en charge de seulement 23 patients infectés par le virus de l'hépatite C.

Dans le cadre de la mise en place d'une étude prospective visant à définir les obstacles à la prise en charge de la l'hépatite C chez les patients dépendants aux opiacés, une étude préalable de faisabilité a été réalisée au CSST du CHU de Clermont Fd visant à réaliser une description prospective de la population, de définir des obstacles de prise en charge et d'établir une prévision de participation ultérieure des centres. Ainsi, tous les patients du CSST bénéficiant d'un traitement de substitution, se sont vus proposés, en respectant l'ordre de la file active des consultations, un bilan biologique de dépistage des hépatites C et B ainsi que du HIV1 et 2, complété par un bilan hépatique (ALAT, ASAT, GGT) et les CDT.

Les résultats provisoires portant sur 230 consultants du CSST sur une période de 6 semaines rapportent pour 188 patients substitués (81,7%) : 5 refus de bilan, 1 sortie d'étude, 16 patients encore non inclus, 18 en attente de résultats et 134 patients avec bilan complet. Parmi ces 134 patients, on retrouve 107 sérologies hépatite C négatives (79,8%) et 27 sérologies hépatite C positive (20,2%) dont 23 avec charge virale positive. 20 patients hépatite C positifs (74%) sont traités par méthadone (soit 33% des 60 patients sous méthadone) et les 7 autres (26%) par buprénorphine (soit 7% des 101 patients sous buprénorphine). Par ailleurs, on note une sérologie VIH positive dans le cas d'une co-infection avec le virus de l'hépatite C.

Cette étude épidémiologique prospective interroge quant à la prévalence relativement faible de patients porteurs du virus de l'hépatite C (20,2%) comparé au chiffre de 60% fréquemment évoqué dans la littérature. Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que ce CSST soit situé dans le cadre d'une structure psychiatrique hospitalière. Enfin, on remarque que les patients sous méthadone sont les plus touchés et notamment les plus anciens usagers de drogues (> 35 ans).

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hépatite C, méthadone, buprénorphine haute dose.
Antiviral treatment, opiate-substituted patients, chronic hepatitis C.

AUTHIER N., RANDL K., DUBOST S.,
VIGUIE P., LE BLANC C., ABERGEL A.,
LLORCA P.M., COURTY P.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

ACCÈS AUX TRAITEMENTS VIH ET HÉPATITES

BARY M

ASSELAH K

CATRIX S

BOUKHAIMAIR A

GUILLOT C

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : le Moulin Joly est une consultation hospitalière à Paris qui prend en charge les personnes en grande précarité, atteintes de maladies infectieuses.

Objectif: . évaluation de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) et antiviraux en 2006 auprès d'une population toxicomane en grande précarité fréquentant le Moulin Joly.

Méthode : saisie en temps réel sur base de données (accord de la CNIL). Etude rétrospective de la population toxicomane suivie en 2006.

Résultats : En 2006, 188 usagers de drogues, ont fréquenté le Moulin Joly, dont 23% de femmes, 21% de migrants. L'âge médian de 40,5, (moyenne 39,6), 64% sont sans ressources déclarées, 61% totalement isolés et 45% sont SDF,. La médiane de fréquentation du moulin Joly est de 5 ans.

Dans 57%des cas, le premier produit utilisé est l'héroïne. 11% sont injecteurs à leur arrivée (Vs en 30% en 2003). Ce chiffre tombe à 4% à la fin de l'étude. Pour les 188 patients, la médiane de l'ancienneté de la toxicomanie est de 22 ans (moyenne 21).57% ont reçu un traitement de substitution et 17% n'en ont plus, 26% n'ont en jamais reçu. Mais 2% aurait dû en bénéficier et ont refusé. La prévalence du VIH dans cette population est de 39 %, du VHC de 57 %, de l'Ag HBs ou Ac anti HBc isolé, de 7,5 %.

Pour le VIH, le nombre de personnes traitées ayant une indication thérapeutique est élevé, il atteint 98%. Mais surtout, le nombre de traitements instaurés au cours du suivi a considérablement augmenté pour les hépatites, grâce aux nouveaux tests non invasifs, tel Fibroscan et fibrotest. En effet pour les hépatites, 56 sont traités sur 103 ayant une hépatite évolutive en 2006, vs 18 sur 109 en 2003.

Discussion : Le fonctionnement du Moulin Joly, un accueil sans préalable administratif, l'absence de rendez-vous, un travail d'équipe multidisciplinaire, un guichet unique, semble être adapté à la prise en charge de populations en grande précarité. Il ressortait des analyses présentées en 1998 puis 2001 que ces points forts autorisait un accès aux ARV relativement satisfaisant au sein de ces populations. Mais l'accès aux traitements contre les hépatites restait préoccupant. Dans notre étude, depuis l'apparition la validation et la pratique des nouveaux tests pour évaluer la fibrose hépatique, le nombre de traitements institués a été multiplié par trois.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

VIH, VHC, VHB, antirétroviraux, antiviraux, précarité, usagers de drogues, toxicomanie. HIV, HCV, HVB, Antiretriviral and antiviral therapy, drug useurs, homeless

M.BARY, K. ASSELAH, S. CATRIX, A. BOUKHAIMAIR, C. GUILLOT
Moulin Joly
Hôpital H. Dunant
Croix Rouge Française
cmjbary@noos.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

A NON-INVASIVE METHOD OF LIVER STIFFNESS MEASUREMENT WITH ULTRASONIC TRANSIENT ELASTOGRAPHY. ACCEPTABILITY AND IMPACT AMONG IN-TREATMENT SUBSTANCE DEPENDENT INDIVIDUALS.

BELTRAN V

AGUERRETXE-COLINA A

OUI B

DUBERNET J

DAULOUEDE J-P

AURIACOMBE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Objective: To describe the acceptability of a non-invasive liver stiffness measurement for patients attending addiction treatment within addiction based settings.

Methods: Liver stiffness was measured with ultrasonic transient elastography (UTE) using FibroScan®, (Echosens, Paris, France). This is a 5-minute non-invasive and painless examination. The results are immediately provided as a quantitative value (kPa). Subjects were recruited in addiction treatment clinics and office-based-practice addiction treatment settings in the metropolitan area of Bayonne, Aquitaine, France, in July 2006. General patient information related to addiction treatment, liver medical history, acceptability of the procedure and its impact on attitude regarding hepatic status was assessed by questionnaire.

Results: 94 patients (sex ratio M/F 3:1, aged 45 years SD= 9) were interviewed. 32% were in opioid agonist pharmacotherapy for primary opiate dependence. 89% had knowledge of sero-status. 16% of these were HIV positive and 76% were HCV positive. All of those interviewed accepted the UTE procedure. None reported discomfort or pain. UTE values ranged from 3.2 to 75 kPa. 65.5% were considered as having no fibrosis (below stage F2) and 1.3% as having significant cirrhosis in need for treatment and many accepted liver related treatment for which they had been reluctant. Subjects with hepatitis C showed significantly higher Fibroscan® scores than those without (10.3 vs 6.8). 97% of subjects reported the procedure to be useful and 99% of them would agree for another appointment for a Fibroscan® test.

Conclusion: With this high risk group of in-treatment substance users acceptability of fibrosis assessment with a non-invasive procedure was very high, and many changed attitude regarding possible hepatitis treatment as a consequence

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hépatite, foie, tolérance

Hepatitis, liver, tolerance

V. Beltran (2,1); A. Aguerretxe-Colina, (1,2); B. Oui (3); J. Dubernet (2); J-P. Daulouède (1,2); M. Auriacombe, (2).

(1) Centre d'addictologie, BIZIA, Bayonne, France.

(2) Addiction Psychiatry, JE2358, INSERM IFR 99, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.

(3) Service d'hépatogastro-entérologie, CH Côte Basque, Bayonne, France



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

QUELS SONT LES TAUX DE GUÉRISON DE L'HÉPATITE C CHEZ LES MALADES USAGERS DE DROGUES DANS LA VRAIE VIE : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE HEPATYS

RÉSUMÉ / ABSTRACT

BOURLIERE M
OUZAN D
ROSENHEIM M
DOFFOEL M
MARCELLIN P
PAWLITSKY JM
SALOMON L
FAGNANI F
HAYEM C
LONJON-DOMANEC
VRAY M

Introduction : En 2003, lors de la mise à disposition du Peginterferon alfa-2a, une étude pharmacoépidémiologique longitudinale, multicentrique et prospective a débuté avec l'objectif d'évaluer en situation réelle l'utilisation et l'efficacité de ce nouveau médicament chez les malades atteints d'hépatite chronique C.

Méthodes : Entre novembre 2003 et décembre 2004, un échantillon représentatif de 324 médecins prenant en charge l'hépatite C a inclus les malades pour lesquels un traitement par Peginterferon alfa-2a avait été décidé. Les données cliniques et biologiques étaient documentées à l'inclusion puis tous les 3 mois ainsi que la PCR plus de 3 mois après l'arrêt du traitement pour l'évaluation de la réponse virologique soutenue (RVS).

Résultats : 2101 malades ont été analysés, dont 62% suivis à l'hôpital et 38% en milieu libéral. Parmi ces malades, 422 (20%) étaient des usagers de drogue (UD) par voie intraveineuse suivis en CHU (36%), en CHG (37%) et en milieu libéral (27%). Ces malades étaient jeunes (57% âgés de moins de 40 ans), ayant une fibrose ? F2 dans 70% des cas. La répartition des génotypes était la suivante G1 43%, G2 4%, G3 44%, G4 9%. Un traitement substitutif était prescrit chez 55% des malades dont un tiers (36%) étaient sous Methadone. La majorité des malades (77%) n'avait jamais été traitée pour l'hépatite C. Après traitement par Peginterferon alfa-2a et ribavirine, la RVS a été obtenue chez 60% des malades UD au total (154/255) et chez 64% (118/184) des malades naïfs. Le taux de RVS a été plus élevé chez les patients UD substitués que chez les patients non substitués (68% versus 54%, $p = 0.027$).

Conclusion : En pratique réelle de prise en charge, les UD ayant une hépatite chronique C traités par Peginterferon alfa-2a et ribavirine ont des taux de guérison élevés, comparables à ceux de la population générale.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

M. BOURLIERE (1), D. OUZAN (2), M. ROSENHEIM (3), .DOFFOEL (4), P. Marcellin (5), JM. PAWLITSKY (6), L. SALOMON (7), F. FAGNANI (8), C.HAYEM (9), I. LONJON-DOMANEC (9), M. VRAY (10)

(1) Service d'Hépatologie, Hôpital Saint Joseph, Marseille, (2) Institut Arnault Tzank, St Laurent du Var, (3) Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, (4) Service d'Hépatologie, CHU Strasbourg, (5) Service d'Hépatologie, Hôpital Beaujon, Clichy, (6) Hôpital Henri Mondor, Créteil, (7) Louis Mourier, Colombes, (8) Cemka-Eval, Bourg la Reine, (9) Roche Neuilly, (10) Institut Pasteur, Paris.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

L'IMPLANTATION D'UN FIBROSCAN DANS UN CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES (CSST) PERMET D'AMELIORER LE DEPISTAGE, LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DES HEPATITES VIRALES C

FOUCHER J

REILLER B

JULLIEN V

LEAL F

SCOTTO DI CESARE E

MERROUCHE W

DELILE JM

DE LEDINGHEN V

RÉSUMÉ / ABSTRACT

La majorité des usagers de drogues sont infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Ils ne sont que rarement pris en charge car réticents à fréquenter les hopitaux. Le but de cette étude prospective était d'évaluer l'influence de l'implantation d'un FibroScan dans un CSST sur le dépistage, la prise en charge et le traitement des hépatites C.

De Janvier 2006 à Janvier 2007, une évaluation non-invasive de la fibrose par FibroScan a été proposée à tous les usagers de drogues fréquentant le CSST du centre-ville et le centre de réduction des risques de Médecins du Monde. Après réalisation du FibroScan, les infirmières ont recueilli la consommation de drogues puis ont proposé un bilan sanguin pour dépistage des hépatites virales puis une consultation avec un hépatologue sur place.

Caractéristiques des 298 patients : 226 hommes, âge 31,7 ans, cocaïne n=265 (89%), drogues IV n=204 (61%), cannabis n=274 (92%) (30 joints/semaine), consommation excessive d'alcool n=130 (44%) (156 verres/semaine), substitution aux opiacés 61%, sans domicile fixe 20%, célibataires 63%, chômage 79%. La médiane de FibroScan était de 5,3 kPa (2,5-75). Avant bilan, les sujets rapportaient une infection VHC dans 34% des cas (négative 46%, inconnue 21%). Une infection VHC a été découverte chez 10 sujets qui se disaient négatifs et chez 6 sujets jamais testés auparavant. La prévalence de l'infection VHC (ARN positif) était de 28% (infection VIH 3,5%, infection VHB 0%). 45 sujets ont accepté une consultation spécialisée (15,1%) et un traitement a été débuté chez 8 patients (9,6%).

En analyse univariée, les facteurs associés à l'infection VHC étaient : âge > 30 ans, IMC > 22 kg/m², cannabis < 14 joints/semaine, alcool < 21 verres/semaine, cocaïne, drogues IV, FibroScan > 9,5 kPa. En analyse multivariée, l'âge > 30ans (OR 26,04, IC95% 9,7-70,12, p<0,0001), la consommation d'alcool < 21 verres/semaine (7,95, 3,1-20,2, <0,0001) et la consommation de drogue IV (12,49, 4,4-35,1, <0,0001) étaient associés significativement à l'infection VHC.

En analyse multivariée, l'infection VHC (5,0, 1,41-17,91, p=0,01) et le cannabis < 14 joints/semaine (4,16, 1,3-13,2, 0,01) étaient associés à une valeur élevée de FibroScan.

Dans un CSST, l'acceptabilité du FibroScan est excellente. Le FibroScan avec une consultation spécialisée sur place permet de dépister et prendre en charge l'hépatite C. Ainsi, le FibroScan ne doit pas être utilisé seulement dans les centres référents mais aussi dans les centres de réduction des risques et les CSST où la prévalence de l'hépatite C est élevée.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hépatite C, FibroScan, fibrose hépatique, cirrhose, usagers de drogue
Hepatitis C, FibroScan, liver fibrosis, cirrhosis, drug users

Foucher J (1), Reiller B (2), Jullien V (3), Léal F (2), Scotto di Cesare E (2), Merrouche W (1), Delile JM (2), de Lédighen V (1,4)

1 Service d'hépatogastroentérologie, CHU Bordeaux

2 CEID, Bordeaux

3 Médecins du monde, Bordeaux

4 INSERM U889, Université Victor Segalen, Bordeaux



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : Quelques études ont déjà montré l'importance du soutien social dans la prise en charge des maladies chroniques (Gonzales, 2004). Pourtant, peu de recherches ont été effectuées en comparant les dires des patients et de leur proche sur la maladie. Nous avons voulu voir à travers cette étude d'une part, si les patients infectés par l'hépatite C avaient une meilleure qualité de vie lorsqu'ils bénéficiaient d'un bon soutien social, et d'autre part quel était le regard des proches sur cette maladie et s'ils souhaitaient également une prise en charge et plus d'informations.

Méthode : Cette enquête préliminaire a été réalisée auprès de 60 patients infectés par l'hépatite C et leur conjoint. Nous avons évalué pour chacun, la qualité de vie, le soutien social perçu, l'anxiété et la dépression, l'observance au traitement, les représentations du traitement et la qualité de vie sexuelle au sein du couple. Nous chercherons à comparer les résultats entre le patient et son conjoint, en tenant compte également du statut du traitement (patients jamais traités, en cours de traitement, ou ayant reçu un traitement auparavant).

Résultats : Les premiers résultats montrent tout d'abord un fort taux d'anxiété, aussi bien pour le patient que pour son conjoint. Si le patient se sent bien soutenu par le médecin ou d'autres spécialistes, l'entourage en revanche souhaiterait davantage de soutien de la part des équipes médicales. Nous constatons aussi un besoin d'informations sur la maladie, son évolution et son traitement. De plus, la qualité de vie semble affectée par la maladie, même en l'absence de traitement. Enfin, si le patient se sent bien soutenu par son conjoint, il semble que la vision de leur sexualité ne soit pas identique.

Conclusion : Cette étude devrait permettre de mieux connaître les besoins du patient et de son entourage pour obtenir une meilleure qualité de vie. Nous souhaitons également améliorer la prise en charge de l'entourage, et réfléchir à qui doit s'en occuper et de quelle manière (consultation en groupe ?). L'entourage ne se résume pas au conjoint, c'est pourquoi cette enquête va être développée plus largement pour les parents, enfants et amis des patients infectés par l'hépatite C. Enfin, il serait nécessaire de réaliser des études longitudinales, évaluant le degré de satisfaction de la prise en charge des patients et de leur entourage.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Qualité de vie ; VHC+ ; soutien social



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Théorie : En fonction de l'émergence de la demande (institutionnelle, médicale, paramédicale ou du patient), les mises en place des groupes de parole prennent des sens différents. Suite à cela, le groupe GRAPH a orienté sa réflexion sur les différents types de groupes de parole et leur structure. De plus, une enquête a été lancée pour avoir une connaissance de ce qui se pratique dans les hôpitaux en France.

Méthode : Près de 400 centres hospitaliers publics ou privés, prenant en charge les patients atteints d'hépatite C ont été contactés. Un appel téléphonique est effectué dans chaque centre pour demander s'il existe un groupe de paroles, et en cas de réponse positive, un questionnaire complémentaire spécifique au fonctionnement du groupe de parole a été rempli.

Résultats : Notre réflexion nous amène à définir trois types de groupes de parole :

- Groupe de type associatif : informations et rencontres pour les patients infectés par l'hépatite C. Il s'agit d'un groupe de soutien par les pairs, sans forcément de régulation par un professionnel.
- Groupe de type éducation thérapeutique : le but étant l'information et l'éducation collective des patients. Ce type de groupe est souvent animé par un binôme constitué au moins d'une infirmière, et parfois d'un psychologue ou d'un médecin.
- Groupe de type analytique : ici il s'agit d'un niveau de type psychanalytique, relativement peu prégnant dans l'hépatite C. Ce groupe est en général « fermé », c'est-à-dire constitué des mêmes personnes qui s'engagent pour une période donnée.

Conclusion : Une des difficultés de mettre en place les groupes de parole, c'est qu'il n'y a pas de cadre. Avant d'ouvrir un nouveau groupe de parole, il est important de faire ce travail d'élaboration du cadre en fonction de la demande.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Groupe de paroles ; hépatite C ; psychologie.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

HÉPATOLOGUES ET ADDICTOLOGUES : CONDAMNÉS À S'ENTENDRE ? EVALUATIONS DES PRATIQUES DE RÉSEAU À L'HÔPITAL BICHAT

GERVAIS A
GOURARIER L
BOURSEUL V
AUBERT J-P
SANANES M
BERDAH C
JUNGMANN J

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Près de 80% des nouvelles contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) se font par le partage du matériel de consommation des drogues, directement ou indirectement. Désormais, la prise en charge de l'hépatite chronique C et de ses complications passe par la prise en charge des patients (pts) usagers de drogues.

Objectif : évaluer les modalités de la prise en charge coordonnée entre hépatologues et addictologues.

Méthodes : tout pt consultant du 01/09/06 au 31/03/07 pour une Hépatite C a été inclus. Le mode de contamination, les caractéristiques cliniques, immunovirologiques, l'évaluation histologique hépatique, le type de traitement antiVHC (tt), le motif d'absence de traitement, le suivi addictologique, ont été relevés.

Résultats : 176 pts différents ont consultés consécutivement pour une Hépatite C dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat du 01/09/06 au 31/03/07. 116 hommes 60 femmes, 85 contaminés par l'usage des drogues (gp1) et 91 contaminés par un autre mode (gp2).

Dans le gp 1: âge médian 47 ans, 21 pts monoïnfectés, 64 coïnfectés VIH. 36 pts avaient une fibrose extensive F3 ou une cirrhose à la biopsie hépatique ou à 2 tests non invasifs concordants dont 29 pts coïnfectés.

Dans le gp 2 : âge médian 52 ans, 60 pts monoïnfectés, 31 coïnfectés VIH, 29 avaient une fibrose extensive F3 ou une cirrhose dont 8 pts coïnfectés.

Les pts usagers de drogues, actifs, sevrés ou substitués, suivis par les médecins addictologues (généralistes du réseau de santé Paris Nord ou psychiatres du réseau d'addictologie) ont trois fois moins d'inobservance ou de refus de tt antiVHC (2/28) que les pts usagers de drogues non pris en charge par un médecin expérimenté en addictologie (12/57).

Pour améliorer la prise en charge de l'hépatite C, il semble indispensable de développer la collaboration entre hépatologues, addictologues (psychiatres ou non) et réseaux d'addictologie.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

VHC, Interféron pegylé ribavirine, observance.

Anne Gervais¹, Laurent Gourarier², Vincent Bourseul³, Jean-Pierre Aubert³, Michel Sananes⁴, Céline Berdah⁴, Jacques Jungmann².

¹ Service de Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Bichat, Paris, ² Centre de soins aux toxicomanes, La terrasse, Paris, ³ Réseau de santé Paris Nord, ⁴ Ecimud, Hôpital Bichat, Paris.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

EXPÉRIENCE DE FACILITATION DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C POUR LES USAGERS DE DROGUES AU SEIN D'UN PROGRAMME DE RÉDUCTION DES RISQUES.

LEAL F
LATOURE V

RÉSUMÉ / ABSTRACT

La prévalence du VHC est très élevée chez les usagers de drogues, qui représentent l'essentiel des nouvelles contaminations. On peut parler d'échec relatif de la politique de réduction des risques, puisque la mise à disposition de matériel d'injection et de sniff stérile ne permet pas à ce jour une réduction significative des contaminations.

Les conséquences pour les patients qui ne guérissent pas spontanément sont la survenue dans un délai d'une vingtaine d'années d'une cirrhose et/ou d'un hépato carcinome.

Le rôle d'une équipe pluridisciplinaire comme la nôtre, en plus du volet préventif, est désormais d'accompagner les usagers porteurs du VHC en respectant leur volonté ou non de soins et en tentant de soulager au mieux l'angoisse générée par cette menace. Or, on sait qu'à ce jour seule une faible proportion des UD infectés par le VHC bénéficient d'un traitement, malgré l'efficacité reconnue de ce dernier. Aussi l'accès aux soins entre logiquement dans le cadre de l'accès au soin type bas seuil tel que nous nous efforçons de l'appliquer pour les usagers les plus marginalisés.

Dans le cas du VHC, la peur de la biopsie a longtemps été avancée comme l'obstacle principal à l'accès au traitement. L'apparition de moyens non invasifs de l'évaluation de la fibrose hépatique (Fibroscan) contribue à améliorer le diagnostic dans cette population mais il reste encore à faciliter la mise sous traitement. Notre rôle consiste donc à optimiser la rencontre de l'utilisateur avec le système de soins par une prise en charge globale qui prend en compte le mode de vie du patient. Le volet social, fondamental, concerne la mise à jour de la couverture sociale et l'accès au logement. Ainsi mettons-nous le cas échant une chambre ALT à disposition, avec un suivi régulier par un travailleur social. L'expérience a révélé qu'un accompagnement vers les structures de soins spécialisées, chez les patients les plus précarisés, était une condition majeure d'une bonne observance. Enfin, une fois le traitement instauré, nous assurons un soutien en collaboration avec le service d'hépatologie, soutien qui est fonction de la demande et du degré d'autonomie du patient. Ces conditions d'ouverture et de pluridisciplinarité remplies, nous enregistrons des résultats très encourageants. Nous espérons que cette approche globale aura aussi un impact positif sur la prévention.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

VHC, accès aux soins, usagers de drogues, réduction des risques.
HCV, access to care, drugs users, harm reduction.

Coordonnées



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

EVOLUTION DU SUIVI ET DU TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ DES USAGERS DE DROGUES : L'EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE LIBERTÉ (1993-2006)

LHERM J
TOUZEAU D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Entre 1993 et 1995, nous avons dénombré quatre décès par cirrhose décompensée parmi une quarantaine de patients VIH positifs. Certes, l'alcool était « dans le coup » mais quelle part ont pris les hépatites C et/ou B? La difficulté dans ces affections virales silencieuses était de convaincre d'aller au bout de l'exploration (la ponction biopsie hépatique) et du traitement (injections d'Interféron, 3 fois par semaine, 24 semaines dans le meilleur des cas, 48 souvent) avec des résultats souvent médiocres et la réputation de provoquer des états dépressifs sévères. En dépit de nos efforts, nous avons obtenu 11 biopsies et encore moins de mises sous traitement en... dix ans.

En 2005, quand nous proposons à 75 patients un accès direct au Fibroscan qui donne le degré de fibrose en quelques minutes : jusque là réticents, ils deviennent demandeurs. La combinaison au Fibrotest permet de faire diminuer le nombre de ceux qui « ignorent » leur maladie.

Nous créons une consultation diététique, qui s'intéresse de près à ce que chaque patient mange et boit. Nous renforçons ainsi l'alliance thérapeutique qui ne se centre plus sur le médicament mais sur la vie avec, nous diminuons la prescription ...d'antidépresseurs et améliorons la qualité de vie (86% des patients reçus augmentent leur poids).

Notre étude 2007 porte sur 100 dossiers de patients : 70 sont VHC positifs, 21 séronégatifs, 9 n'ont pas eu de sérologie (ce dernier nombre était 3 fois plus élevé en 2002) Parmi ces séropositifs, 20 sont aussi VIH +, 2 ont eu une décompensation provisoire, un une transplantation hépatique.

Conclusion : l'accès aux soins est réalisable avec des protocoles adaptés et... des résultats favorables !

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hépatites, méthadone, méthodes d'exploration, qualité de vie.
Hepatitis ; methadone, HCV testing, quality of life.

Lherm J* etTouzeau D*
*Département Addictions (Clinique Liberté)
Hôpital Paul Guiraud
10 rue de la Liberté
92220 Bagneux
dtouzeau@club-internet.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

UD, RECONTAMINATION APRÈS LA GUÉRISON DU VHC ?

MELIN P
CHERIF A
GAUCHET A

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Théorie : Un des freins de l'accès au traitement des toxicomanes en France réside dans le fait que le corps médical évoque les possibles recontaminations. Aucune étude prospective n'avait jusqu'alors évaluée ce risque de façon rigoureuse. C'était l'objet de ce travail.

Méthode : Dans le cadre du réseau ville-hôpital Point Bleu de St Dizier, 138 toxicomanes ont été traités et guéris de leur hépatite C par mono ou bi thérapie interféron- ribavirine. Cette étude s'est déroulée de 1997 à 2005. Les patients étaient contrôlés tous les 6 mois par PCR pour évaluer leur recontamination.

Résultats : Le suivi moyen après guérison était de 5,5 ans (de 1 à 8 ans). Seuls deux patients se sont recontaminés respectivement à un an et trois ans de leur guérison. Ils ont été retraités et guéris à nouveau. Leur recontamination était due à un défaut d'information. Cela représente une recontamination toutes les « 360 années patient guéri. » Ces résultats sont très encourageants si l'on considère que 62% des patients avaient eu au moins un épisode d'injection pendant la période de suivi. Ces injections se sont faites sans prise de risque grâce à la mise en place d'un programme de prévention secondaire coordonné par les travailleurs sociaux.

Conclusion : Ce premier travail prospectif de suivi des usagers après traitement interféron - ribavirine, confirme que les recontaminations sont exceptionnelles lorsqu'elles sont accompagnées d'un travail de prévention secondaire. La potentielle recontamination ne doit pas être un frein à l'accès au traitement des usagers de drogues infectés par le VHC.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Usagers de drogues ; VHC ; recontamination.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Théorie : En 2004, sur le département de la Haute-Marne qui compte 200 000 habitants, le nombre de tests de dépistages réalisés par les 7 laboratoires du département étaient en baisse significative. Le dépistage n'était plus ciblé.

Méthode : De janvier 2005 à décembre 2006, de nombreuses actions ont visé l'ensemble de la population du département via les supports médiatiques et les professionnels du champ sanitaire et social par des formations et « news letter ».

Résultats : Durant cette période, le nombre de tests réalisés a augmenté de 12% et le nombre de patients dépistés supplémentaires de 29%. Le dépistage était de nouveau ciblé avec un résultat global à plus de 2%.

Conclusion : Depuis janvier 2007, l'action a été suspendue mais les laboratoires du département nous communiquent leurs résultats. En octobre 2007, nous présenterons la rémanence de cette action sur le premier semestre 2007.

(Ce projet a été porté par SOS hépatites Champagne-Ardenne et le laboratoire Roche).

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hépatite ; dépistage ; accès aux soins.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is positioned on the left side of the page, starting from the top of the dotted lines and extending to the bottom.

IMPACT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS SUR LES PRATIQUES D'INJECTION, DE SÉROCONVERSION ET SUR LA MORTALITÉ DES USAGERS DE DROGUE.

MICHEL L
FREMAUX D
LANCON C

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'impact des TSO sur la santé des usagers de drogue est aisément perceptible par tous les cliniciens, qu'il s'agisse de santé physique ou mentale, de ré-insertion socio-professionnelle ou tout simplement de qualité de vie. L'impact sur des critères comme la mortalité ou la séroconversion au VIH ou VHC ne peut se mesurer que dans des études, suivis de cohorte, randomisées ou méta-analyses. Ce sont quelques-unes de ces études, parmi les plus démonstratives et pour la plupart très récentes que nous avons choisies de présenter ici.

En premier lieu, deux études dont nous présentons les résultats en matière de diminution des pratiques d'injection. L'étude de DUBURCQ et CHARPAK et coll. réalisée en France est un suivi de cohorte sur deux ans de patients recevant pour la première fois un traitement par la BHD. La proportion d'injecteurs dans cette étude passe de 52 à 11 %. Dans une étude comparable menée en Australie par TEESON et coll., suivi de cohorte sur un an de patients primo-accédants à un TSO par la méthadone, la proportion d'injecteurs passe de 78 à 7 % ; Ces deux suivis de cohorte réalisés dans des pays différents mais dans des conditions similaires, montrent que quels que soient les MSO utilisés, ils ont un impact favorable sur les pratiques d'injection des UD.

L'étude suivante, est une étude norvégienne randomisée. Elle montre que dans une population homogène d'UD, répartis de façon aléatoire dans un groupe BHD ou méthadone, le nombre de jours d'injection passe de 18 jours à 1 jour par mois dans le groupe méthadone, alors que dans le groupe BHD, ce nombre passe de 18 à 6 jours par mois. Les deux MSO ont un impact positif sur les pratiques d'injection, mais dans cette étude randomisée, comparant pour la première fois les fréquences d'injection avec un protocole aussi rigoureux, l'écart est significativement en faveur de la méthadone.

L'étude de DOLAN est présentée ensuite. Car au-delà de l'impact des MSO sur les pratiques d'injection, il est important de savoir si cela a un impact sur les séroconversions, notamment dans cette étude, sur les séroconversions à l'hépatite C. Ce suivi de cohorte montre que des périodes de traitement par méthadone inférieures à 5 mois sont significativement associées à un risque accru d'infection par le virus de l'hépatite C. Comme pour la séroconversion au VIH (Gowing, L.; Farrell, M.; Bornemann, R.; Ali, R. The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2004. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection [Cochrane Review]. Issue 4), et en l'absence d'études faites avec d'autres médicaments, la méthadone est le seul MSO ayant démontré un impact sur la séroconversion au VHC. L'étude de DOLAN apporte également des réponses en terme de mortalité. L'existence d'un traitement méthadone, quelle qu'en soit sa durée, est associée à une réduction de la mortalité (aucun décès chez les patients traités par la méthadone - 17 décès chez les patients ne recevant pas un traitement par la méthadone).

Les deux études suivantes rappellent l'impact des TSO sur la réduction de la mortalité des usagers de drogue. L'étude de Strang notamment, met en garde sur la fragilité des usagers de drogue (dont une majorité traités par la méthadone) devenus abstinents à la suite d'un sevrage. Dans un sous-groupe d'usagers ayant réussi leur sevrage, le taux de mortalité annuel de 13,5 %, soit bien supérieur à celui d'une population d'usagers de drogue recevant un TSO. Dans l'étude de Soyka et coll., suivi de cohorte de près de 2700 patients allemands, usagers de drogue dépendants aux opiacés, le taux de mortalité annuel est comparable dans les groupes de patients traités soit par la méthadone, soit par la Bhd, autour de 1 %. Notons là également, qu'un tiers des UD décédés à la suite d'une overdose (4/11) n'était plus sous traitement et que 17 des 28 décès ne sont pas liés à des overdoses. Cette cohorte d'usagers allemands est probablement assez homogène dans la mesure où les conditions d'accès aux deux traitements sont similaires. Une étude comparant en France les taux de mortalité d'une cohorte d'usagers bénéficiant des deux MSO n'aurait pas la même signification, tant les conditions d'accès sont différentes. En effet, les UD demandeur d'un TSO par la méthadone, sont plus souvent dans une demande de traitement de seconde intention, et assez fréquemment en échec avec la BHD, qui rendrait la cohorte non homogène.

Pour terminer avec la mortalité, les données du dispositif DRAMES confrontées au nombre d'usagers de drogue recevant un TSO par la méthadone, mettent en évidence que la diffusion croissante de la méthadone, notamment en médecine de ville, par le biais des délégations de prescriptions des services spécialisée vers les MG, n'a pas eu d'impact en terme de surmortalité. A l'inverse, en proportion, le nombre de décès imputables à la méthadone (dans 82% des cas en association avec d'autres psychotropes) est en baisse, si on tient compte de la forte évolution du nombre de patients traités en ville, de 4 500 en 2000 à 14 000 en 2005, alors que le nombre de décès imputable à la méthadone sur cette période est globalement resté stable.

Cette évolution favorable est probablement à mettre au crédit d'une amélioration des pratiques médicales en matière de MSO, et de l'efficacité de réseaux de professionnels formés (MG et pharmaciens d'officine) qui s'organisent autour de services primo-prescripteurs (CSST ou hospitaliers).

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...

Dr Laurent MICHEL, Centre de Traitement des Addictions, Limeil-Brévannes
Dr Didier FREMAUX, Unité Toxicomanie, CH Pinel, Amiens
Pr Christophe LANCON, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le Trait d'Union est une association loi de 1901, qui gère des services et des établissements dédiés à la prise en charge des toxicomanies et plus largement des addictions.

L'établissement que dirige le Dr Morel est un CSST comportant 2 structures dans les Hauts-de-Seine. Les équipes y comptent au total 5 médecins et une trentaine d'autres salariés, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues.

LES OBJECTIFS DU PLAN

Un « Plan Hépatites » a été élaboré pour les 2 Centres, avec 4 objectifs :

1. L'actualisation des dépistages : Dépistage annuel pour chaque patient
2. L'amélioration de l'accès au traitement : On estime couramment à 60 % la proportion d'usagers de drogues VHC +, dont au moins 20 % sont justiciables immédiatement d'un traitement. Appliquée à la file active du CSST, cette évaluation aboutit à une prévision de 100 malades qui devraient être déjà sous traitement ou y avoir accès.
3. La sensibilisation à la campagne de vaccination contre l'hépatite B
4. La mise en place d'un dispositif offrant à chaque malade une unité de lieu, d'acteurs de soins et de temps, pour la prise en charge des hépatites dans le cadre de l'accompagnement global, médico-psychosocial, dispensé par l'institution :
 - Dépistage
 - Premier bilan biologique
 - Fibrotest éventuel
 - Décision de mise sous traitement
 - Prescription de ce traitement
 - Suivi et prise en charge des effets du traitement
 - Décision de fin de traitement
 - Suivi post-traitement.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Dépistages, Accès au traitement, Unité de lieu, de temps, d'acteurs,



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is on the left side of the page, and a solid horizontal line is at the top of the dotted area.

PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST CHEZ LES MIGRANTS CONSULTANT DANS LES MISSIONS FRANCE DE MÉDECINS DU MONDE

PAUTI M-D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : La Mission France de Médecins du Monde (MDM) a pour objectif de faciliter l'accès aux soins et aux droits dans le système de droit commun des populations vulnérables et de témoigner sur leurs difficultés. Les risques d'infection aux VIH, hépatites et IST, sont rarement abordés en consultation médicale avec les patients venant avec une toute autre demande. Or, les pays d'origine des patients, essentiellement migrants, sont des pays à forte prévalence de ces pathologies.

Matériel et Méthode : L'objectif du projet est d'assurer au quotidien des actions de prévention, d'accompagnement vers un dépistage du VIH, des hépatites, des IST, et l'accès au traitement pour les populations rencontrées dans au moins 6 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) recevant un nombre important de migrants (Saint-Denis, Lyon, Rouen, Marseille, Paris, Toulouse) et auprès de deux programmes auprès des personnes se prostituant: Lotus Bus à Paris, Funambus à Nantes soit environ 15 000 bénéficiaires par an, à 92 % étrangers.

Un dépistage est proposé systématiquement à tout nouveau patient après un entretien de prévention individualisé ou lors de la consultation médicale.

Résultats : Nous présentons les résultats du CASO de Paris sur l'année 2006 :

VIH

Nombre de dépistages : 910

Nombre de séropositivité : 30

Prévalence parmi les patients dépistés : 3.3 %

Hépatite B (AgHBS+)

Nombre de dépistages : 940

Nombre de séropositivité : 72

Prévalence parmi les patients dépistés : 7.7 %

Hépatite C

Nombre de dépistages : 950

Nombre de séropositivité : 45

Prévalence parmi les patients dépistés : 4.7%

Discussion : D'après l'InVS, la prévalence du VIH parmi les patients dépistés dans les CDAG est estimée à 0.47 % entre 1996 et 2005 et à 0.22 % dans les laboratoires de ville ou hospitaliers entre 2001 et 2005. L'enquête transversale 2004 sur le profil des consultants dans les CDAG montre que la plus forte prévalence est retrouvée parmi les consultants immigrés (2.61%).

L'enquête réalisée par l'InVS et la CNAM en 2003-2004, auprès des assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, montre une prévalence de 0.86 % pour le VHC et de 0.68 % pour le VHB (AgHBS+). Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences. Chez les patients dépistés dans les centres de MDM, la prévalence du VIH est 7 fois plus importante que dans les CDAG, celles des hépatites B et C sont respectivement 11 et 5 fois plus importantes que la moyenne nationale.

Conclusion : Les centres de MDM, accueillant en majorité une population migrante, sont des lieux privilégiés pour informer, prévenir, proposer un dépistage et accompagner vers les soins ces personnes particulièrement exposées aux risques.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

VIH, hépatites, IST, prévention, dépistage, migrants / HIV, hepatitis, STI, prevention, testing, migrants



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Introduction : La prise en charge des U.D, l'accès aux soins sont clairement défini. Cependant, notre expérience en CSST nous amène à constater l'influence des différents profils d'usagers sur les modalités d'application du disposition de soin et demande à l'équipe soignant de les adapter aux usagers. Nous proposons de voir les aléas du dépistage et pour certains l'accès au soin spécialisé.

Qui sont ces usagers difficiles à intégrer dans une prise en charge globale et quelles attitudes pratiques pourraient être envisagé ?

Méthode : Enquête rétrospective menée sur les 611 UD du CSST"Le Tourniquet"ayant sniffé et/ou injecté au moins une fois dans leur vie.Les données de l'étude sont recueillies à partir des résultats biologiques.

Résultats : Au total, 485 (79,4%) personnes (81 hommes et 19 femmes) ont été diagnostiquées. La prévalence du VHC est de 20%, 71% ont bénéficié d'une consultation spécialisée. La séroprévalence du VIH est de 2,4%. La seroprévalence de co-infection est de 2,4%.

79,4% des usagers dépistés sont compliants et ne présentent de réelles difficultés dans la prise en charge ni de co morbidités psychiatriques . Dans ce groupe 45 (9,2%) avaient une réticence au dépistage (peur de la prise de sang, appréhension des résultats, continuité des pratiques à risques non verbalisées). Les demandes renouvelées de l'ensemble des acteurs du dispositif de soin ont conduit à une acceptation des sérologies.

Parmi les 20,6% non dépistés, 43(34,1%) n'ont été vue qu'une à trois fois, le contexte de la prise en charge ne permettait pas la demande de dépistage.83(65,9%) , avaient un parcours de soin chaotique en situation sociale précaire avec des co morbidités psychiatriques marquées. La prise en charge sociale et psychiatrique était une priorité pour l'adhésion aux soins.

Discussion - conclusion : Les troubles psychopathologiques sévères prennent le devant de la scène et mettent en second plan la réalisation du bilan sérologique.

Ce dernier ne peut être opportun que sur une prise en charge à moyen ou long terme et demande de la part de l'équipe soignante de garder à l'esprit la nécessité d'une prise en charge globale psychiatrique et médicale. Le dépistage chez les usagers de drogues devrait être la priorité de l'ensemble des soignants des CSST.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Séroprévalence VIH et VHC, comportements à risques, dépistage, orientation
Seroprevalence VIH and HCV,at-risk behaviours,détection, orientation

Dr Philippe RICHARD - PH généraliste - CSST Tourniquet - Poitiers
Martine. BIDAUD - Cadre de Santé - CSST Tourniquet - Poitiers
Dr valérie ROUMY - Hépatite - CHU Poitiers
martine.bidaud@ch-poitiers.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page. A solid vertical line is on the left side of the page, and a solid vertical line is on the right side of the dotted lines.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'APLEAT gère un CAARUD, deux CSST et des Appartements de coordination thérapeutique.

Notre CSSTA est engagé depuis plusieurs années dans la lutte contre les hépatites, notamment sur le volet prévention/ RDR, engagement consolidé par notre CAARUD depuis sa création.

Concernant le soin du VHC, nous avons pu constater un décalage entre les avancées médicales récentes, les recommandations issues des conférences de consensus, et les représentations des usagers de drogues.

Nous avons pu identifier différents freins à l'accès ou au bon déroulement de la démarche de soin.

Afin de lever ces freins et d'améliorer la prise en charge du VHC chez nos patients, nous avons développé une série d'actions spécifiques, du dépistage à l'accompagnement dans le soin.

Nous proposons un dépistage "sur place", un complément diagnostic, une rencontre rapide avec un hépatologue pour la réalisation d'un Fibroscan, un accompagnement renforcé du patient dans sa prise en charge en service spécialisé.

Le parcours "dépistage-diagnosticaccès aux soins" est accompagné par l'équipe du CAARUD pour tous les patients de l'association, quel que soit l'établissement où ils sont suivis.

Cela permet pour le patient de dissocier la phase de "diagnostic" du VHC de la prise en charge "addiction" dans un premier temps. Une fois la phase de diagnostic établie, il fait le choix ou non de démarrer un traitement si celui-ci lui est proposé.

L'accompagnement du patient jusqu'au traitement (levée des freins) est assuré de façon conjointe par les équipes du CAARUD et de l'établissement "réfèrent" afin d'intégrer la prise en charge de son hépatite à sa démarche globale de soin.

Des actions d'éducation thérapeutique ciblées pour les usagers de drogues sont entreprises avec les patients en parallèle de leur prise en charge hospitalière.

Nous présenterons nos modalités d'action, nos objectifs, les liens partenariaux développés, les effets positifs de nos actions, les difficultés rencontrées, ainsi que l'impact observé sur les patients dans les démarches de soin et de réduction des risques (qu'ils soient atteints d'hépatite ou non, traités ou pas).

Le soin de l'hépatite C chez les usagers de drogues est souvent envisagé comme difficile, voir impossible par certains spécialistes, acteurs médico-sociaux, voir par les patients eux mêmes.

Nos actions facilitent l'accès aux soins du VHC, avec des effets positifs pour les patients, à l'hôpital et dans le cadre du soin spécialisé aux usagers de drogues.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Usager de drogues, Accompagnement renforcé, Dépistage, Accès aux soins, Diagnostic, Education thérapeutique, Réduction des Risques.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, starting from the top left and extending across the page.

IMPACT OF INTERFERON ALPHA IMMUNOTHERAPY ON TRYPTOPHAN METABOLISM IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C.

VIGNAU J
COSTISELLA O
CANVA V
IMBENOTTE M
DUHAMEL A
LHERMITTE M

RÉSUMÉ / ABSTRACT

The proinflammatory cytokine interferon (IFN) alpha is commonly used in the treatment of patients with hepatitis C but its administration is often responsible for neuropsychiatric side effects (low mood, fatigue, sleep-wake disorders, irritability and weight loss). Various mechanisms have been incriminated to explain the production of depression and anxiety symptoms, among which serotonergic hypothesis is supported by a growing body of evidence. The latter posits that IFN-alpha is responsible for central serotonin (5-HT) depletion by deviating its precursor, tryptophan (TRP), to a catabolic kynurenine (KYN) pathway through induction of indoleamine 2,3 dioxygenase (IDO). The aim of the study was to examine the time variation of 5-HT blood (serum and platelet) levels and serum KYN/TRP ratio along with instauration of IFN-alpha therapy and to correlate these biological variations with mood fluctuations.

METHOD: Patients. 10 patients (mean [SD] age 45 [12.7] years, range 29-63; 3 male, 7 female) with chronic hepatitis C eligible to receive IFN-alpha (1.5 µg/kg/week Viraferon®, Schering-Plough, administered subcutaneously) were recruited from the Gastroenterology department of the University hospital of Lille, France. Patients with cirrhosis, HIV or Hepatitis B or D co-infection, persistent intravenous addiction, corticoid therapy or any DSM-IV axis 1 psychiatric disorder (diagnosed with MINI interview) were excluded. Patients with chronic active hepatitis C were assessed at baseline and monthly during the first semester of IFN-alpha and ribavirine bi-therapy. **Measurements.** The Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) were used to assess depression and anxiety fluctuations. Serum and platelet serotonin levels were determined by HPLC with coulometric detection. Simultaneous quantification of TRP and KYN was determined by means of HPLC with fluorescence detection (TRP) or UV detection (KYN). **Statistics.** TRP, KYN concentrations and KYN/TRP ratio as well as MADRS and HAM-A measures were performed at three time points (day1, weeks 4 and 12) of IFN-alpha therapy. Analysis of variance used a linear model (with subject as the random factor) and correlation between measures used an autoregressive model of order 1. For all probabilities, the level of significance was set at $p < .05$.

RESULTS: Two patients were excluded before the first post-treatment assessment (results not shown). In the 8 remaining patients, we observed significant increase of KYN/TRP ratio from baseline to early (week 4) and late (week 12) assessments (respectively, mean [SD] 5.57[5.24], 13.52[15.53] and 29.78[14.11], with $p = .04$). Similarly, significant increase in the MADRS (respectively 7.13[5.2], 12[6.9] and 16.6[8.6], with $p = .03$) and HAM-A (respectively 9.25[6.27], 15.1[6.95] and 18.7[6.27], with $p = .02$) mean scores were observed. Serum and platelet serotonin levels showed no significant variation with time.

CONCLUSION: The results are consistent with the physiopathological hypothesis of an induction of IDO underlying depressive and anxiety symptoms related to IFN-alpha therapy in patients with chronic active hepatitis C. Yet, this pilot study allows no firm conclusion since sample effective is weak and delay between IFN-alpha weekly injection and psychiatric and biological assessment was not controlled and thus may have biased our findings. However, these encouraging results advocate for further exploration of tryptophan metabolism for a better understanding of individual vulnerability to IFN-alpha-induced psychiatric adverse effects.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Hepatitis C, Chronic - Drug therapy - Human - Immunotherapy - Interferon Alfa-2a - Adverse effects
Kynurenine/blood - Serotonin/blood - Tryptophan/blood.

Dr Jean VIGNAU
Centre Hospitalier Universitaire - Service d'Addictologie 57, boulevard de Metz
59037 Lille Cedex, France
Tel : +33 320 44 60 98 - Fax : +33 320 44 54 37
j-vignau@chru-lille.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

INTERETS D'UNE INFORMATION BREVE SUR LES RISQUES LIES A L'HEPATITE C : ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION FREQUENTANT NOTRE CONSULTATION ADDICTOLOGIQUE

VILLEGER P
CHEVALIER C
ROUYER V
ARTHUS M
MOREAU D

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Notre travail est parti d'un constat : les patients addicts qui nous consultent sont concernés par les comorbidités infectieuses, en particulier par l'hépatite C (49% + à J0). Il existe un déficit de dépistage (40% des sérologies sont connues à J0 en incluant des patients suivis de longue date). A cela s'ajoute un manque d'information et de nombreux freins à la prise en charge.

Notre action vise donc à favoriser une démarche de prévention, d'améliorer les connaissances du patient, de favoriser le dépistage et d'augmenter le nombre de prise en charge à partir d'un programme d'interventions brèves, répétées suivant un questionnaire simple, utilisable par tout médecin, infirmier ou autre intervenant.

Les évaluations et informations brèves sont répétées à M1 ; M3 ; M6 et M12 et le patient évalue ce programme à M12.

516 patients ont participé à ce programme sur une année.

Les résultats montrent qu'il est capital de s'inscrire dans la durée. Ainsi un patient sur 5 suit nos conseils et se fait dépister dans le mois mais pour près de la moitié des autres patients la répétition de l'information n'est payante qu'à plus long terme.

L'information favorise la motivation au traitement. On passe ainsi de près de 10 % de sujets HVC + favorables à l'idée d'un traitement à M1 à plus de 80 % d'entre eux à M6. Enfin l'impact de l'information sur la consommation de substances psychoactives est amplifiée par la répétition mais seulement sur la cible visée.

A partir de cette étude, il sera important de mesurer, en amont, dans les cabinets des confrères de ville, l'impact de la transposition de ce type d'intervention brève et répétée. L'étude ouvre aussi un champ de réflexion sur des interventions régulières inscrites dans la durée des équipes de liaison en addictologie. Quel impact sur l'accès aux soins (HVC ou autre) et sur la rétention dans le(s) programme(s) de traitement.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Non communiqué...



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting from the top left and extending across the page.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Théorie : L'émergence du virus de l'hépatite C dans le corps et dans le psychisme vient déstabiliser l'équilibre psychique du sujet. L'histoire du sujet va être re-questionnée à travers l'expérience de la maladie. Aussi peut-on se demander comment le virus vient s'articuler à la problématique du sujet ? Quelle place le virus va prendre dans la problématique de dépendance du patient toxicomane ? Peut-on considérer le virus comme venant prendre la place d'objet chez les patients infectés par l'hépatite C ? Ceci étant à entendre et prendre ne compte dans un contexte familial et environnemental singulier.

Méthode : A la lumière d'une clinique auprès des patients infectés par l'hépatite C, nous proposons deux cas cliniques pour illustrer l'élaboration du groupe GRAPH depuis trois ans. Cas clinique d'une dame ancienne toxicomane, en traitement pour l'hépatite C. Elle se mettait en danger par rapport au traitement : biologiquement et psychologiquement en difficulté. Mais refusant d'arrêter ou de diminuer les doses de traitement.

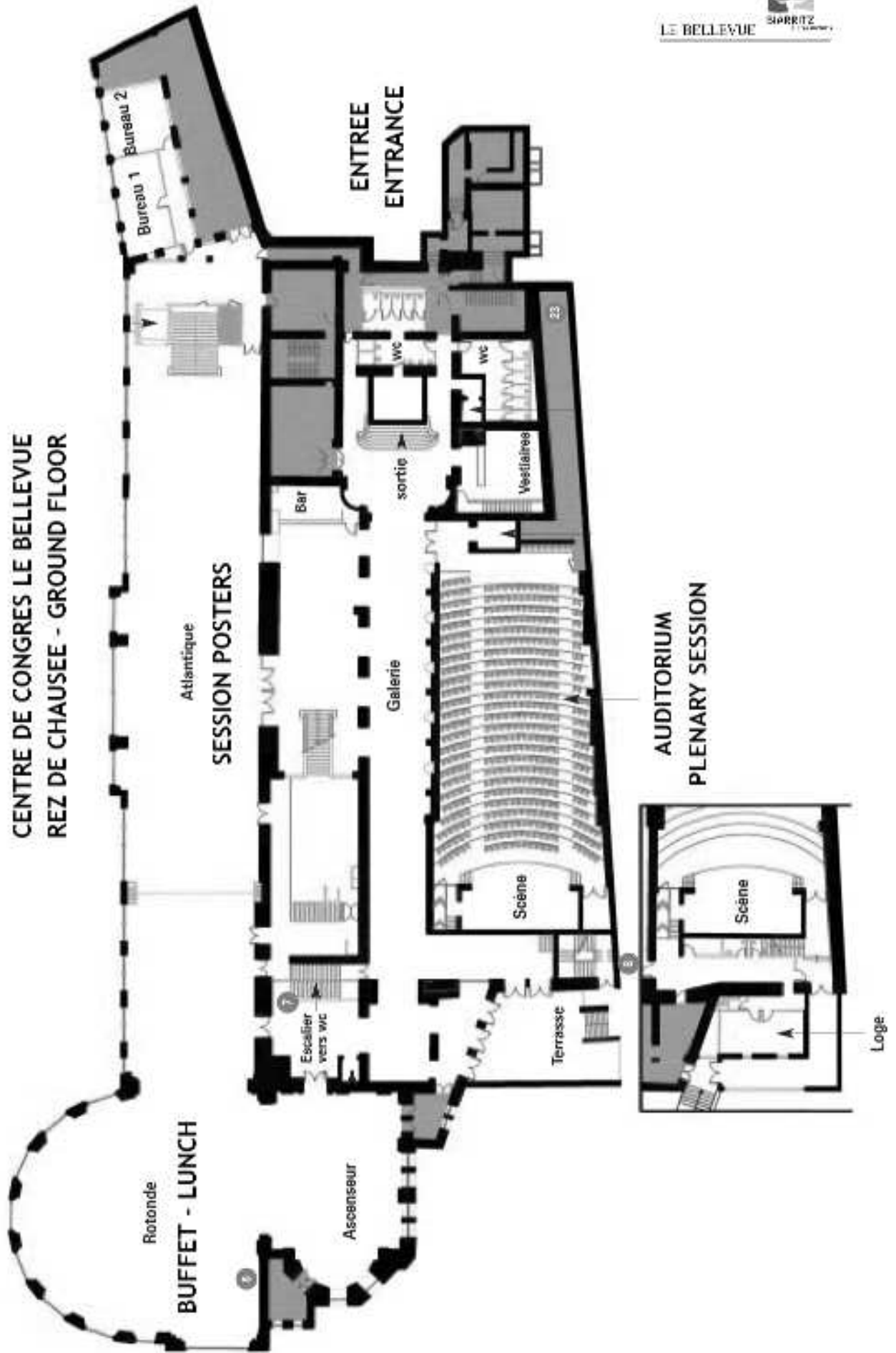
Résultats : L'émergence du virus vient re-questionner tout son passé de toxicomane, avec la question de la culpabilité, de la dette et de la réparation qui se joue à travers le traitement. L'effet du traitement sur le corps n'est pas sans rappeler des « sensations du passé de toxicomanie », difficile à gérer pour le patient. L'interféron interfère avec l'histoire et le psychisme du sujet. Que fait revivre le produit comme sensations dans le corps ? De plus, l'histoire familiale d'un père décédé d'une maladie somatique lorsque la patiente était très jeune et d'une mère peu étayante, nous interpelle sur la manière dont on a pris soin d'elle enfant. Comment peut-on prendre soin d'elle à présent en tant qu'adulte infecté par l'hépatite C ?

Conclusion : Evitons les dogmes : entre les antidépresseurs en préventif et le refus catégorique du médicament, il y a un intermédiaire à trouver.

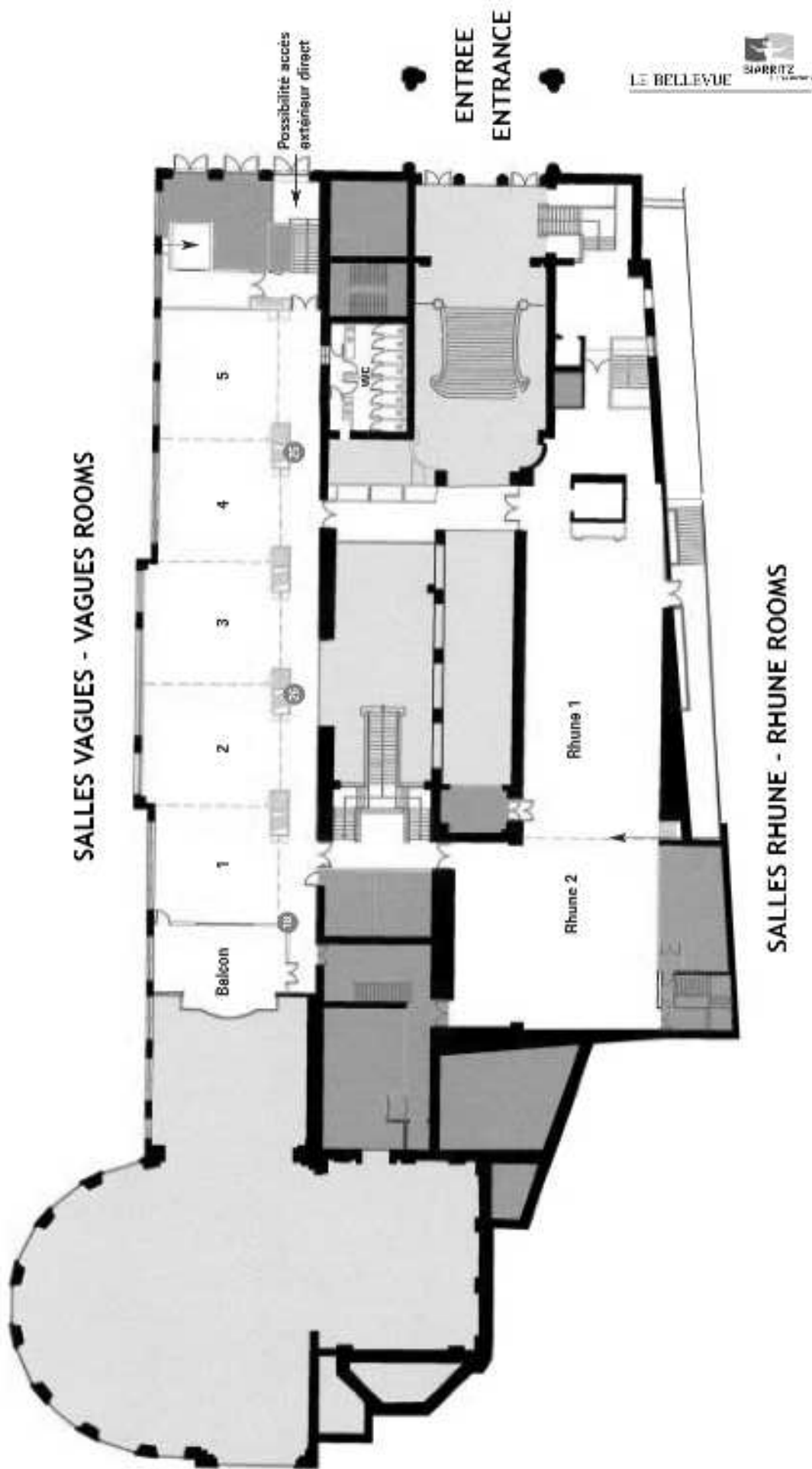
La plus grande des toxicomanies est celle des idées reçues !
Importance d'une prise en charge pluridisciplinaire pour des patients complexes à prendre en charge.

MOTS CLÉS / KEYWORDS

Dimension psychologique ; hépatite C ; toxicomanie.



CENTRE DE CONGRES LE BELLEVUE
1^{ER} ETAGE



INDEX DES AUTEURS

ABERGEL A.....	185	COSTE J-M.....	107
AFFLELOU S	21	COSTES J-M.....	29-103
AGUERRETXE COLINA A.....	173	COSTISELLA O	219
149-113--87--67-189		COURTY P	185-109
AKNINE X.....	183-23	COUTINHO R.....	81
ARTHUS M.....	221	CROQUETTE-KROKAR M	31
ASSELAH K.....	187	CROTTI C	111
AUBERT J-P.....	199	DANEL T.....	161
AUCLAIR C	109	DAULOUEDE J-P.....	189
AUGIS M.....	117	173-135-67-139-117-115-113-87-149	
AURIACOMBE M.....	189-157-155	DE LEDINGHEN V	193
151-49-139-123-121-117-115-113-87		DEBRUS M	179
AURIACOMBE S.....	157-151	DELAVAUT B	179
AUTHIER N.....	185	DELILE JM	193
BADIN B.....	89	DENIS C	157-155-139-121-117-115
BARDOT V	91	DEPARIS B.....	119
BARY M	187	DEVIRM V	135
BAUDIN M	167	DOFFOEL M.....	191
BEAUVÉRIE P	159	DUBERNET J.....	189
BELTRAN V.....	189-117-115-113-87-67-149	DUBOST S	185
BEN LAKHDAR C	93	DUHAMEL A	219
BERDAH C.....	199	DUROT C.....	161
BERGER D.....	109	ENSELME E.....	223
BERNARD C	103	EUZET I	137
BERTRAND B.....	165	FAGNANI F	191
BIDAUD M	215	FATSÉAS M	157
BLANCHE J	49	155-151-139-123-121-117-115	
BLANCHET F	105	FERONI I.....	49
BONNET C.....	115	FLEURY B.....	151
BOUKHAIMAIR A	187	FLINOIS A	125
BOURLIERE M	191	FOUCHER J	193
BOURSEUL V.....	199-95	FOURNIER G	105
BROERS B	167-99-97	FRANÇOIS A.....	167
BRUNELLE E	143	FREMAUX D	209
CADET-TAÏROU A	45	GALLAND P	137
CANVA V.....	219	GANDILHON M.....	127
CARRIERI M.P	49	GATIGNOL C	129-103
CASTERA P	101	GAUCHET A.....	205-197-75-195
CATRIX S	187	GAUDONEIX M.....	159
CATTAN L	143	GERBAUD L	109
CHAKROUN N	67	GERVAIS A.....	199
CHASSAGNE L	211	GOURARIER L.....	199
CHEDHOMME E.....	25	GRALL-BRONNEC M	47
CHEDRU MF.....	103	GUILLOT C	187
CHERIF A.....	205	HAYEM C	191
CHERIF H.....	131	HENRY Ch	75
CHEVALIER C	221	HERRAN E.....	113
CHOSSEGROS P	57	HIMMELFARB E	141
COLLOMBAT J	101	IMBENOTTE M.....	219-161
COMPTON W	27	J. VIGNAU (Lille).....	52
CORNETTE C.....	105	JACQUEMONT M-C.....	161

JAYLE D	129-103	PIHET S.....	153
JOVER G	133	PIHET S.....	147
JUGE D	135	PODEVIN P	89
JULLIEN V	193	PORCHET P-A	107
JUNGMANN J	199	PRADEILLE J-L	179-67-149
KOUBAA K	137	PRINS M.....	81
KRAEMER M.....	107	RANDL K.....	185
KUMMER J-A	107	REILLER B.....	193
LANCON C	209	REISINGER M	43
LANG JP	75	REVIRIEGO E	157-151
LARRIBEAU R	99	REYNAUD-MAURUPT C.....	45
LATOUR V.....	201-171-169	RICHARD P	215
LAVIE E.....	155-139-121-117-115	RIESEN J	153-147
LAVIGNE S.....	141	ROCHER B	47
LE BLANC C.....	185	ROCHET E.....	171
LE MOAL M	33	ROSENHEIM M	191
LEAL F.....	201-193	ROUMY V	215
LEBEAU B	143	ROUSSELET M	155
LEGLEYE S	127-29	ROUX P	49
LERT F	129	ROUYER V.....	221
LEVASSEUR L.....	71	ROZSYPAL G	217
LHERM J.....	203	RUTSCHMAN O	99
LHERMITTE M	219-161	SALOMON L	191
LIBERSA C	161	SANA M	79
LLORCA P.M.....	185	SANANES M	199
LONJON-DOMANEC	191	SANCHEZ J.....	179
MAITRE C	149-113	SARRASIN F.....	99
MANGON E	35	SCHOEFFLER M	75
MANI C	167	SCHOENY M.....	207
MARCELLIN P	191	SCOTTO DI CESARE E	193
MARSET M	37	SMIT C	81
MARTIARENA P	135	SPIRE B	49
MARTINEAU F	93	SWARTEBROECKX M	223
MARZO JN	71	SWENDSEN JL.....	149
MASSIDA Z	117	SWINGEDOUW V	157
MELIN P.....	205-197-195-75-207	TAIEBI F	197
MEROUEH F	73	TOUTAIN C	217
MERROUCHE W	193	TOUZEAU D	203-145-105
MICHEL L	209-75-65	UEHLINGER C	153-147
MIDDLETON O	103	VACQUEREL A	89
MOREAU D	221	VAN BRUSSEL G	81
MOREL A	211	VAN DEN BERG C	81
NIELSEN P	39	VANDAMME M.....	161
NOËL D	89	VENISSE J-L	47
NORMAND J	77	VERMEULEN B	99
OBRADOVIC I.....	41	VERNEX N	159
OLAIZOLA C	173-149	VIGNAU J	219-161
OLIVET F	175-63-61-59	VIGUIE P	185
OUI B	189	VILLEGER P	221
OUZAN D.....	191	VILLES V	49
P. POLOMENI (Paris)	53	VOISE F.....	177
PAUCHARD E.....	153	VRAY M	191
PAUTI M-D	213	WILMES C	223
PAWLOTSKY JM.....	191	YAKOUB S.....	51
PEDOWSKA D	145-177	ZULLINO D	97
PEYRE A	145		
PFAU G	179		



Artiste Peintre PASCAL

Né en Suisse en 1960 l'artiste travaille comme paysagiste et fait des études d'architecture, avant de découvrir sa vocation: la pratique de la peinture.

Le peintre Pascal explore les registres créatifs les plus hétérogènes de la peinture, en laissant dans chaque tableau sa marque de fabrique particulière.

Le monde du peintre Pascal est un monde à part, sans hiérarchie apparente ni temporalité précise.

Il accuse une vitalité créatrice visionnaire. Ses tableaux vivent, au sens propre du mot: il suffit de les exposer à une lumière différente et les couleurs s'allument, un nouveau monde inattendu se dévoile.

Atelier Galerie des Halles
Artiste peintre Pascal
Place des Halles2
CH-2000 Neuchâtel
Switzerland

Phone : +41 79 226 93 73
Mail : info@galeriepascal.ch
Web : <http://galeriepascal.ch>



THS 8 - LES RENCONTRES DE BIARRITZ 2007
8ème Colloque International Toxicomanies-Hépatites-Sida
aura lieu du 23 au 26 octobre au Centre de Congrès le Bellevue

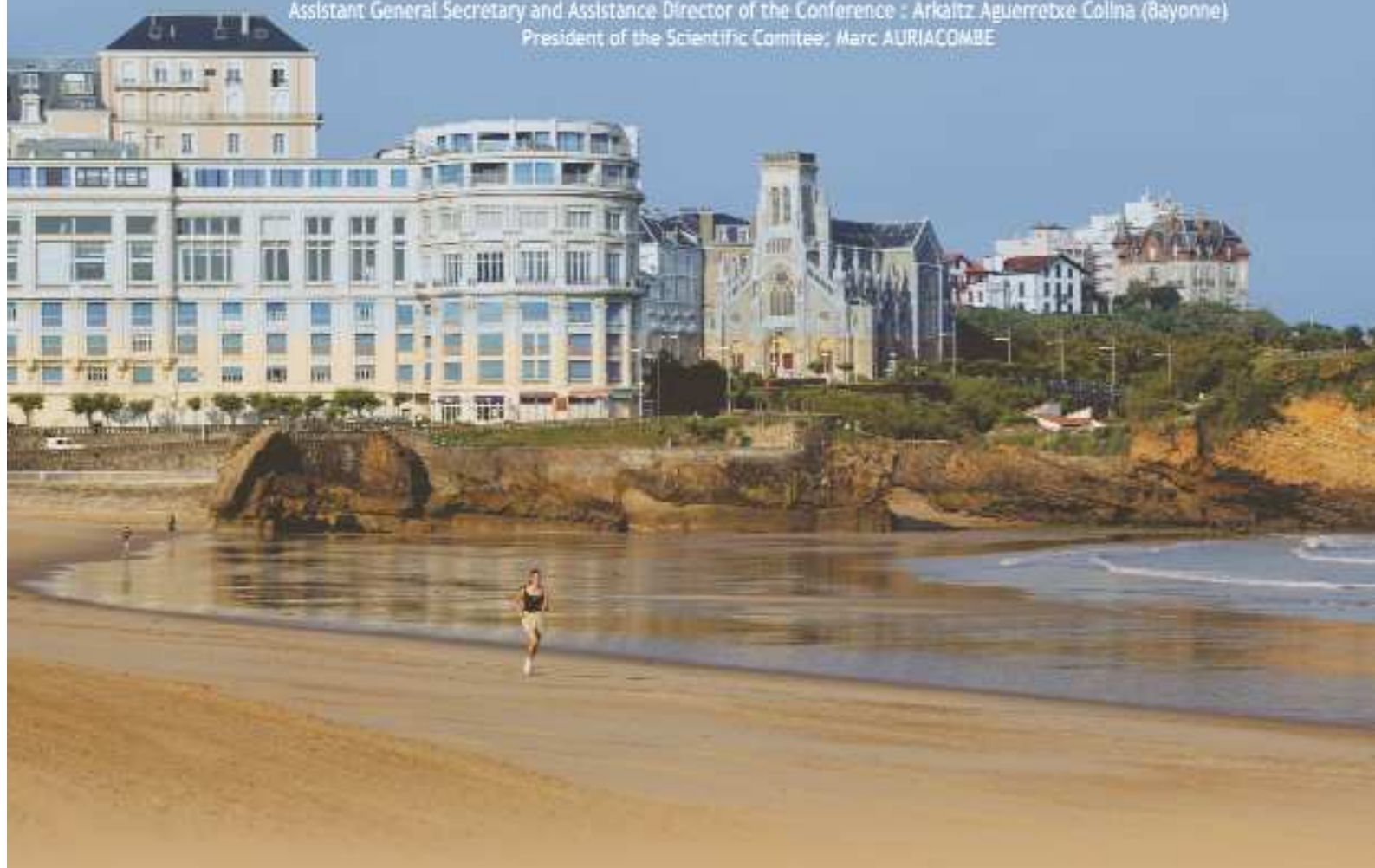
Présidents d'Honneur : Messieurs les Professeurs Maurice TUBIANA (Paris)
Jean TIGNOL (Bordeaux) et Charles O'BRIEN (Philadelphie)

Président du Congrès : Dr Jean-Jacques Déglon (Genève)
Secrétaire Général du Congrès & Directeur du Colloque : Dr Jean-Pierre Daulouède (Bayonne)
Secrétaire Général Adjoint & Directeur Adjoint du Colloque : Arkaltz Aguerretxe Collina (Bayonne)
Président du Comité scientifique : Marc AURIACOMBE

THS 8 - THE BIARRITZ MEETING 2007
8th International Congress Addiction-Hepatitis-Aids
will take place from october 23 to 26 at the Bellevue Center of Congress

Honorary presidents: Sirs Professors Maurice TUBIANA (Paris)
Jean TIGNOL (Bordeaux) and Charles O'BRIEN (Philadelphie)

President of the Congress : Dr Jean-Jacques Deglon (Genève)
General Secretary of the Congress and Director of the Conference : Dr Jean-Pierre Daulouède (Bayonne)
Assistant General Secretary and Assistance Director of the Conference : Arkaltz Aguerretxe Collina (Bayonne)
President of the Scientific Comité: Marc AURIACOMBE



ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION BIZIA
ORGANIZED BY BIZIA ASSOCIATION

en partenariat avec la SETHS et en partenariat transfrontalier avec MUNDUKO MEDIKUAK (Bilbao)
with the partnership of SETHS and transborder partnership of MUNDUKO MEDIKUAK (Bilbao)



BIZIA



soutenu par - supported by

