

Table des matières

Mot de bienvenue	2
Partenaires organisateurs	3
Préambule et objectifs généraux	4
Renseignements généraux et plan des installations	5
Programme - Journée de formation pré colloque -22 octobre 2008	6
Programme - 23 octobre 2008	7
Programme - 24 octobre 2008	8
Résumés activités de formation pré colloque	9 à 11
Résumés des conférences	12 à 18
Résumés des activités de formation continue (AFC)	18 à 51
Notes biographiques	52 à 63
Résumés originaux des activités en anglais	64 à 68
Espaces destiné à la prise de notes personnelles	69 à 73
Annulations - Présentations PowerPoint et conférences en baladodif- fusion (podcasting)	74

Mots de bienvenue

Au nom du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran), il me fait plaisir de vous souhaiter la bienvenue au Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes.

Depuis 1986, le Cran s'est engagé à promouvoir le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone ainsi que l'adoption des meilleures pratiques en la matière. Cet engagement s'est entre autres concrétisé par l'implantation du Service d'appui pour la méthadone en 2000 ainsi que par l'organisation des éditions successives du colloque de formation interdisciplinaire sur les traitements de substitution, dont la première, en 1999, réunissait une trentaine de personnes.

En 2006, les commentaires que vous nous avez transmis, par le biais de l'évaluation de la sixième édition de l'événement, nous ont permis de constater à quel point l'échange international pouvait être un formidable vecteur de ressourcement professionnel et d'amélioration réciproque des pratiques. C'est donc avec un vif enthousiasme que nous nous sommes lancés dans l'organisation de l'événement international qui nous réunit aujourd'hui.

Toutefois, seul, rien de tout cela n'aurait été possible. Je tiens donc tout particulièrement, à remercier nos partenaires belges, français et suisses qui nous ont apporté un soutien d'une importance capitale dans l'organisation et la promotion de ce colloque. Je remercie également les membres des comités scientifique et conseil à l'organisation pour leur précieuse contribution ; ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et nos autres partenaires financiers, qui, depuis le début de l'aventure, nous assurent un soutien constant.

Je vous souhaite donc un bon colloque et espère que celui-ci sera placé sous le signe de l'ouverture, de l'échange et de la promotion des pratiques les plus prometteuses en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes et des problématiques qui y sont associées.

Sylvie Des Roches
Directrice générale du Cran

C'est avec grand plaisir qu'au nom des membres du comité scientifique et du comité-conseil à l'organisation, je vous souhaite, à mon tour, la bienvenue.

Avec pour point de départ le constat de l'existence, au sein de la francophonie, de nombreuses particularités dans les pratiques en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes, le comité scientifique a voulu faire de ce colloque une plateforme francophone d'échanges internationaux.

Les communications qui vous seront présentées couvrent de nombreux aspects de la problématique complexe qu'est la dépendance aux opioïdes. Elles seront donc, nous en sommes persuadés, un terreau propice aux échanges sur les pratiques, et à l'enrichissement mutuel de celles-ci. Par ailleurs, le haut niveau d'expertise des conférenciers qui se succéderont vous permettra sans conteste de mettre à jour vos connaissances, dans le but d'identifier les pratiques les plus prometteuses et de vous les approprier.

Dans le but de mieux servir encore les objectifs d'apprentissage du colloque, nous avons choisi d'apporter une importante modification au programme diffusé en mai dernier. En effet, nous avons appris il y a quelques semaines que, contrairement à ce qui était initialement prévu, les résultats préliminaires du projet de recherche clinique NAOMI, un projet de recherche portant sur l'efficacité de la prescription médicale d'héroïne dans le traitement de la dépendance pourraient être présentés dans le cadre du colloque. Cette présentation étant d'un intérêt majeur, nous avons fait le choix de vous la présenter en conférence plénière d'ouverture, en lieu et place de la conférence initialement prévue. Le comité scientifique tient à remercier le docteur Robert G. Newman qui a généreusement accepté de céder sa tribune aux docteurs Brissette et Marsh, chercheurs au projet NAOMI.

Je conclus en vous rappelant l'importance de compléter les formulaires d'évaluation qui vous seront remis. Ceux-ci seront en effet déterminants pour orienter l'organisation de la prochaine édition de l'événement. Bon colloque à toutes et à tous.

Éric Fabrès
Responsable de l'organisation du colloque

Partenaires organisateurs

Le Premier colloque international francophone
sur le traitement de la dépendance aux opioïdes
a été organisé par

Le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)
Montréal, Québec, Canada

En collaboration avec

**L'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
(ANITeA)**
France

Le Collège Romand de médecine de l'addiction (COROMA)
Suisse

**La Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes
(FEDITO)**
Bruxelles, Belgique

Le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA)
Suisse

La Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM)
Suisse

Préambule

En Belgique, en France, en Suisse, au Québec, ou ailleurs dans la francophonie, les pratiques cliniques en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes présentent des similitudes, mais aussi de nombreuses différences.

Par exemple, la palette des médicaments disponibles s'élargit, inégalement selon les pays, et nous renvoie à la question du traitement le mieux adapté à la situation de chacun des patients. Par ailleurs, l'organisation des services, la nature et la place des interventions menées par les pairs-aidants, la gestion des effets indésirables, le traitement des comorbidités, le soulagement de la douleur, les modalités d'intervention psychosociale et le soutien à l'insertion sont autant de questions abordées de façon singulière en fonction des contextes nationaux, voire régionaux.

En dépit de cette multiplicité d'approches, il existe des questionnements communs, qui rendent l'échange international nécessaire. C'est donc dans le but d'échanger pour enrichir mutuellement nos pratiques, que nous vous invitons à participer au Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes.

Objectifs généraux du colloque

Au cours de ce colloque, les participants pourront :

- échanger sur les similitudes et différences observables dans leurs expériences cliniques;
- procéder à une mise à jour des connaissances relatives aux pratiques thérapeutiques liées au traitement de la dépendance aux opioïdes;
- comparer les approches pharmacologiques et psychosociales développées dans différents pays.

Renseignements généraux

Lieu

Toutes les activités organisées dans le cadre du Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes se dérouleront au Centre Mont-Royal, sis 2200, rue Mansfield, Montréal (Québec) H3A 3R8 – Canada

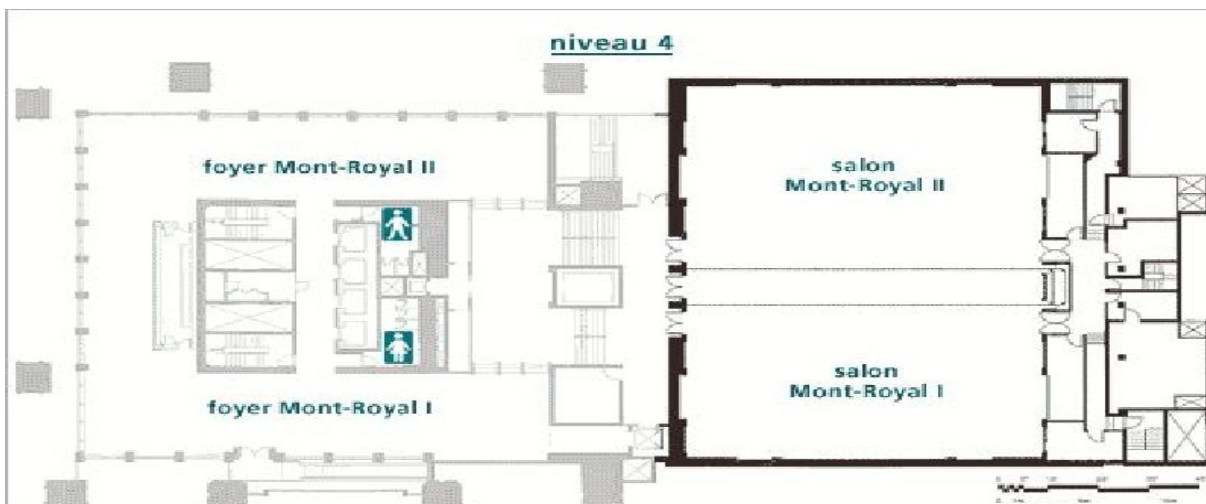
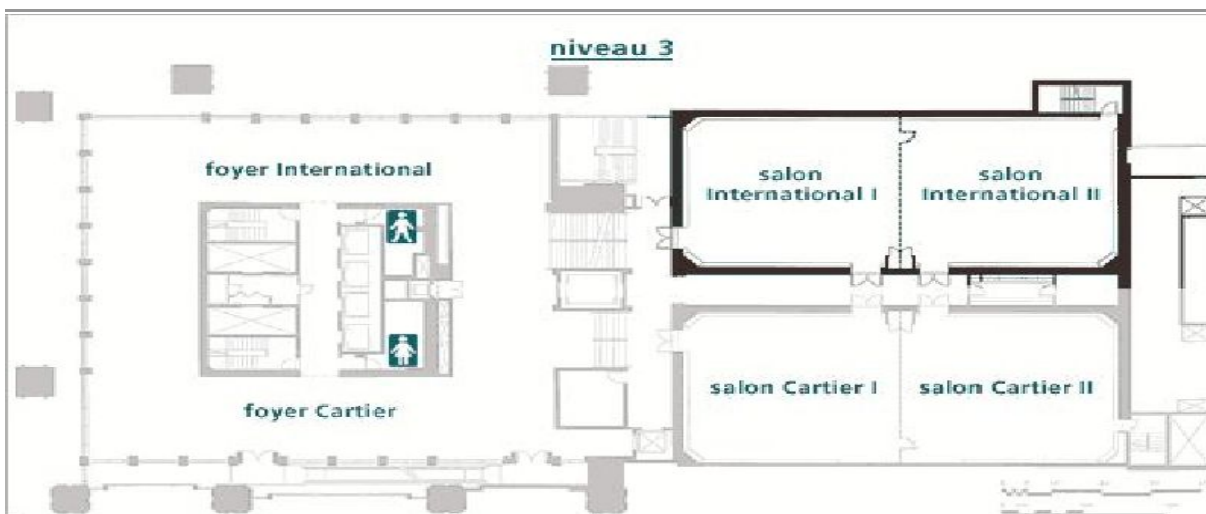
Inscription et information

Tout au long du colloque, un membre de l'équipe d'organisation sera à votre disposition au bureau des inscriptions situé au niveau III, du Centre Mont-Royal.

Traduction simultanée

La majorité des activités se dérouleront en français. Toutefois, certaines conférences seront prononcées en anglais. Un système de traduction simultanée vers le français sera disponible pour l'ensemble de ces activités, à l'exception de la formation sur le traitement de l'hépatite C du 22 octobre à 13 heures et de la conférence sur le traitement de l'hépatite C chez les personnes dépendantes du 24 octobre à 8h30.

Plan des installations



Programme

Mercredi 22 octobre 2008

Heure	Activité	Salle
7 h 30	Accueil et inscription	Foyer Cartier (niveau III)
8 h 30	<p>Formation A</p> <p>L'utilisation de la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale : L'expérience française</p> <p>Docteur Claude Magnin, Médecin généraliste, Vice président de l'Association nationale médecine générale et conduites addictives, Besançon, France</p>	International I et II (niveau III)
11 h 30	Repas libre	
13 h	<p>Formation B</p> <p>Le traitement de l'hépatite C (formation en anglais, sans traduction simultanée)</p> <p>Docteure Diana Sylvestre, Médecin addictologue, Directrice générale, clinique OASIS, Oakland, États-Unis</p>	International I et II (niveau III)
13 h	Rencontre du Réseau d'Aide aux Personnes en traitement pour leur Dépendance aux Opiacés du Québec (RAPDOQ)	Salon Mansfield # 6 (Rez-de-chaussée)
16 h	Pause santé	Foyer International (niveau III)
16 h 30	<p>Forum – débat</p> <p><i>Question 1</i> : « Doit-on éviter l'indication systématique d'un traitement de substitution pour traiter la dépendance aux opioïdes ? »</p> <p>Panel : Docteur Alain Morel, France ; monsieur Guy-Pierre Lévesque, Québec ; monsieur Antonio Guzman Marin, Belgique</p> <p><i>Question 2</i> : « Le traitement de la dépendance est-il l'objectif ultime des traitements de substitution ? »</p> <p>Panel : Docteur Pierre Lauzon, Québec ; monsieur Fabrice Olivet, France ; monsieur François Hervé, France</p>	International I et II (niveau III)
18 h	Cocktail d'ouverture du Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes	Foyer International (niveau III)

Programme

Jeudi 23 octobre 2008

Heure	Activité	Salle
8 h	Accueil et inscription	Foyer Cartier (niveau III)
9 h	Allocutions d'ouverture	Mont-Royal II (niveau IV)
9 h 15	Conférence plénière d'ouverture Résultats du premier essai clinique randomisé de prescription d'héroïne en Amérique du nord (projet NAOMI)	Mont-Royal II (niveau IV)
10 h 30	Pause santé	Foyer International (niveau III)
11 h	Conférences C1, C2, et C3a au choix	C1 – International I C2 – International II C3a – Mont-Royal II
12 h	Repas	Foyer Mont-Royal (niveau IV)
13 h 30	AFC J1P1 AFC 1, 3, 4 et 5 au choix	AFC 1 – International I AFC 3 – Cartier I AFC 4 – Cartier II AFC 5 – Mont-Royal II
14 h 40	AFC J1P2 AFC 6, 7, 8, 9 et 10 au choix	AFC 6 – International I AFC 8 – International II AFC 7 – Cartier I AFC 9 – Cartier II AFC 10 – Mont-Royal II
15 h 40	Pause santé	Foyer International (niveau III)
16 h	AFC J1P3 AFC 11, 12, 13, 14 et 15 au choix	AFC 11 – International I AFC 13 – International II AFC 12 – Cartier I AFC 14 – Cartier II AFC 15 – Mont-Royal II
17 h	Soirée libre	

Programme

Vendredi 24 octobre 2008

Heure	Activité	Salle
7 h 30	Accueil et inscription	Foyer Niveau III
8 h 30	Conférences C1, C2, C3b et C4 au choix (C3 en anglais sans traduction simultanée)	C1 – International I C2 – International II C3b – Cartier I C4 – Cartier II
9 h 40	AFC J2P1 AFC 13 (reprise), 16, 17, 18, 19 au choix	AFC 17 – International I AFC 19 – International II AFC 13 – Cartier I AFC 16 – Cartier II
10 h 40	Pause santé	Foyer International (niveau III)
11 h 10	AFC J2P2 AFC 20, 21, 22, 23, 24 au choix	AFC 24 – International I AFC 21 – International II AFC 20 – Cartier I AFC 23 – Cartier II AFC 22 – Mont-Royal II
12 h 10	Repas	Foyer Mont-Royal (niveau IV)
13 h 30	AFC J2P3 AFC 12 (reprise), 21 (reprise), 25, 26 et 27 au choix	AFC 25 – International I AFC 12 – International II AFC 21 – Cartier I AFC 26 – Cartier II AFC 27 – Mont-Royal II
14 h 30	Pause santé	Foyer International (niveau III)
15 h	Conférence plénière de clôture Bilan et perspectives : le point de vue des partenaires organisateurs Monsieur Jean-Pierre Couteron , ANITeA, France Docteure Barbara Broers , SSAM et Coroma, Suisse Madame Sylvie Des Roches , Cran, Québec Docteur Serge Zombek , FEDITO, Belgique	Mont-Royal II (niveau IV)
15 h 30	Allocution de clôture Madame Marie-Josée Guérette Sous-Ministre adjointe Direction générale des services sociaux Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Mont-Royal II (niveau IV)

Résumés

Journée de formation pré colloque

Formation A - L'utilisation de la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale: L'expérience française

Docteur Claude Magnin, France

Résumé

Dans les pays qui ont mis en place les traitements de substitution dans la dépendance aux opiacés, la Méthadone constitue la molécule de référence.

La France possède l'originalité d'avoir choisi comme molécule dominante la buprénorphine, plus connue par sa dénomination commerciale Subutex. Acquise tardivement au principe de la substitution, la France a, depuis 1995, largement rattrapé son retard en garantissant un accès facilité à cette thérapeutique.

Agoniste opiacé partiel, la buprénorphine qui se présente sous la forme de comprimés de différents dosages, possède les propriétés pharmacologiques capables de supprimer l'effet de manque et de permettre au patient de se passer progressivement de l'héroïne ou de tout autre opiacé licite mais détourné de son usage médical.

Sa caractéristique d'agoniste partiel et notamment son effet dose-plafond lui assurent une sécurité d'utilisation qui a largement participé au choix de cette molécule par les pouvoirs sanitaires et politiques.

Prescrite en médecine de ville et délivrée en pharmacie d'officine, buprénorphine a connu un succès rapide participant ainsi à l'amélioration de l'état de santé et de la situation sociale des patients opio-dépendants, à la diminution des overdoses, à la régression des infections notamment du VIH.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication à la prise de buprénorphine. Au contraire, toutes les études disponibles confirment l'intérêt majeur pour la future mère et l'enfant à naître de cette thérapeutique, au même titre que la Méthadone.

Cependant, sa spécificité d'agoniste partiel qui ne satisfait qu'une partie seulement des patients, sa relative facilité de dissolution favorisant son injection, la possibilité de le réduire en poudre pour le sniffer, les conditions même de sa délivrance par certains praticiens mal formés ou parfois peu scrupuleux, ont entraîné des effets indésirables qu'il n'est pas possible d'ignorer.

Le passage à la Méthadone constitue alors l'alternative thérapeutique adéquate et la plus fréquemment proposée.

Il est donc nécessaire de définir des règles de bonnes pratiques et de poser les bonnes indications de la prescription de buprénorphine qui doivent permettre le recours à cette molécule dans des conditions de bonne sécurité et de réelle efficacité thérapeutique.

Résumés

Journée de formation pré colloque

Formation B - Le traitement de l'hépatite C

Docteur Diana Sylvestre, Californie, États-Unis

Résumé (notre traduction)

Cette formation proposera aux participants une vue d'ensemble sur l'épidémie d'hépatite C, sur l'interprétation des tests ainsi que sur les stratégies de traitement qui s'y rattachent.

Approximativement 50 à 90% des usagers de drogue par injection (UDI) sont porteurs du virus de l'hépatite C, une maladie virologique pouvant dégénérer en cirrhose et entraîner la mort. La transmission du virus de l'hépatite C est relativement aisée, entre autres par le biais du partage d'aiguilles, de seringues et d'autres ustensiles utilisés pour l'injection, tels les cotons, les cuillères et l'eau. Malgré le fait que la majorité des nouveaux cas et des cas existants d'hépatite C est liée aux pratiques d'injection de drogues, beaucoup d'UDI ont difficilement accès au dépistage, à l'éducation préventive et au traitement de cette condition. Par ailleurs, le fait que de nombreuses personnes participant à la transmission du virus ignorent leur statut virologique et ne savent pas comment réduire les risques de propagation, contribue à faire augmenter la morbidité et la mortalité de cette affection.

Malgré sa réputation, l'infection par le virus de l'hépatite C est souvent bénigne et une bonne partie des personnes qui y ont été exposées ne nécessitent pas de traitement. Dans les deux premières décennies de l'infection, la maladie est relativement bénigne, tout particulièrement si les personnes atteintes modèrent leur consommation d'alcool. Après 15 à 20 ans, approximativement 20% des personnes ayant une infection active vont développer une cirrhose du foie, avec un risque annuel de 4% de développer une maladie du foie décompensée et des carcinomes hépatocellulaires. Dans ce cas, une intervention doit être entreprise avant le développement de la cirrhose afin de limiter les conséquences de cette maladie.

Il est généralement supposé que l'augmentation du niveau d'ALT est une conséquence de l'hépatite C chronique, mais cela n'est pas nécessairement vrai. En fait, seulement 15% des personnes atteintes d'hépatite C vont présenter des taux anormaux d'ALT persistants alors que chez plus de 40% des patients les taux d'ALT demeurent à un niveau normal. Par conséquent, il est important d'utiliser des modalités de dépistage de l'hépatite C basée sur les facteurs de risques et non sur les tests sanguins.

Le test de dépistage de l'hépatite C consiste en la recherche d'anticorps. Il permet donc d'indiquer l'exposition primaire au virus, mais non si l'infection est active ou chronique. Effectivement, à peu près une personne sur quatre élimine spontanément l'infection aiguë et n'est exposée ni aux risques cliniques de l'hépatite C, ni au risque de transmission du virus aux autres. Les 75% des personnes restantes vont développer une infection chronique caractérisée par une virologie de l'hépatite C détectable.

Seuls, les tests viraux directs peuvent être utilisés pour diagnostiquer l'hépatite C chronique. Les tests les plus couramment utilisés en la matière sont le PCR et le TMA. Une personne positive au test recherchant les anticorps, mais négative aux tests viraux n'est pas infectée par l'hépatite C. Par contre, un résultat positif aux tests viraux diagnostique une infection active. Les charges virales sont généralement assez hautes (situé autour du million), mais, contrairement au VIH, elles ne sont pas des indicateurs très utiles en matière d'évolution de la maladie. Un autre test, appelé génotype est la clef pour comprendre les effets potentiels du traitement : entre 40 et 80% des personnes exposées au traitement vont éliminer le virus et connaître une rémission.

Résumés

Traitement de l'hépatite C—suite

Six à douze mois de traitement à l'interféron et à la ribavirine constituent le traitement standard de l'hépatite C. Celui-ci est très ardu. L'interféron est habituellement administré sur une base hebdomadaire sous la forme d'une injection sous-cutanée alors que la ribavirine est administrée quotidiennement par voie orale. Les effets indésirables sont très fréquents et prennent la forme des symptômes grippaux, d'anémie, de fatigue sévère et de dépression. La prise en charge optimale des effets indésirables est importante pour favoriser le maintien en traitement, qui est, ultimement, la clef du succès thérapeutique. Des études ont en effet démontré que les meilleurs taux de réponse au traitement ont été observés chez des patients qui ont été en mesure de prendre 80% de la médication prescrite, et ce, durant minimalement 80% de la durée de traitement projetée.

En raison du défi que représente l'adhésion au traitement, des effets secondaires indésirables fréquents des médications utilisées et du potentiel élevé de rechute, les usagers de drogues ont beaucoup de difficulté à accéder au traitement de l'hépatite C en milieu spécialisé. Pour cette raison, les médecins qui ont une expertise dans le traitement des addictions ou qui ont un contact actuel avec les patients sont souvent les mieux placés pour offrir le traitement de l'hépatite C à ces patients. De nombreux outils ont été développés pour soutenir les médecins dans le suivi du traitement de l'hépatite C. Quelques-unes de ces stratégies, incluant celles qui ont été spécifiquement adaptées au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues, seront présentées et discutées dans le cadre de cette formation.

Résumés

Conférence plénière d'ouverture

Résultats du premier essai clinique randomisé de prescription d'héroïne en Amérique du nord

Docteure Suzanne Brissette, Québec, Canada

Docteur David Marsh, Colombie-Britannique, Canada

Docteure Eugenia Oviedo-Joekes, Colombie-Britannique, Canada

Docteur Pierre Lauzon, Québec, Canada

Docteur Martin Schechter, Colombie-Britannique, Canada

Résumé

La dépendance chronique aux opioïdes s'accompagne de taux élevés d'infection au VHC et au VIH, de risques accrus de surdose, d'une situation socio-économique précaire, d'une implication soutenue dans la criminalité et d'une perte notable de la qualité de vie des consommateurs. Ces méfaits se traduisent par des coûts exorbitants en frais de santé et de justice.

Le traitement de maintien à la méthadone (MMT) est le traitement actuellement recommandé pour soigner la dépendance aux opioïdes. Ce traitement n'est toutefois pas efficace pour 15% à 25% des personnes qui le reçoivent. Suite à l'expérience observée dans plusieurs pays européens (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne), des chercheurs nord-américains ont mis sur pied un projet visant à évaluer l'efficacité de la prescription d'héroïne sous supervision médicale auprès des personnes dépendantes des opioïdes qui ne répondent pas aux traitements conventionnels.

Le projet NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*) est un essai clinique multi-centrique randomisé et contrôlé comparant un programme de prescription d'opioïdes injectables au traitement avec méthadone. Le projet de recherche cible une population dépendante des opioïdes depuis au moins 5 ans et utilisatrice d'héroïne injectée. Les sujets doivent être âgés d'au moins 25 ans en plus d'avoir fait deux tentatives de traitement, dont un épisode de maintien avec méthadone.

Entre mars 2005 et mars 2007, 1473 personnes ont demandé de participer à NAOMI et 251 d'entre elles ont été sélectionnées dans l'étude (Vancouver = 192; Montréal = 59), 140 (56%) étant randomisées dans le groupe qui recevait un opiacé injectable (groupe expérimental) et 111 (44%) dans le groupe contrôle recevant le traitement avec méthadone.

Les résultats après douze mois de traitement indiquent que 87,6% des sujets qui ont reçu le traitement injectable sont retenus en traitement versus 54,1% des sujets randomisés au traitement méthadone. Le nombre de sujets qui ont amélioré leur condition dans le domaine de la consommation de drogues (mesuré par l'Euro-ASI) est beaucoup plus important dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Les sujets randomisés dans le volet injection ont également enregistré une diminution plus marquée du nombre de jours de consommation d'héroïne et d'autres opioïdes illicites et du nombre de jours d'injection « illicites » dans le mois précédent le suivi. Les résultats suggèrent également que la prescription d'héroïne est un traitement hautement sécuritaire pour le sujet.

Résumés

Conférences

C1 - Traitement en milieu spécialisé /traitement dans la Communauté : Enjeux organisationnels et cliniques

Professeur Jacques Besson, Suisse

Résumé

Dans la plupart des pays occidentaux, la prise en charge des patients toxicodépendants a fortement évolué depuis un demi-siècle en fonction des besoins de santé publique et de santé mentale. Ainsi, l'offre thérapeutique est souvent hétérogène et colorée par les idéologies qui ont marqué l'histoire de ces prises en charge. Il en résulte de nombreux clivages, entre monde médical et social, résidentiel et ambulatoire, somatique et psychiatrique, individuel et communautaire, etc. La Suisse ne fait pas exception à ce phénomène. A Lausanne, dans le Canton de Vaud, une expérience de mise en réseau des différents acteurs se déroule depuis 1996, avec l'ouverture du Centre Saint-Martin, un centre interdisciplinaire ambulatoire pour l'accueil, l'orientation et le suivi des patients toxicodépendants de la région lausannoise, rattaché au Service de psychiatrie communautaire du CHUV.

Le fondement conceptuel de cette expérience repose sur la conviction qu'il faut passer du jugement moral au jugement clinique et apprendre à identifier les différents besoins des patients toxicodépendants à tous les niveaux. Tout d'abord le niveau somatique (bilan de santé, sérologies) puis psychiatrique (comorbidités primaires, secondaires et circulaires) et motivationnel (stades du changement) puis l'analyse systémique du contexte du patient (actualité de la crise) et enfin socio-culturelle (ressources sociales, culture, spiritualité).

C'est pourquoi le Centre a été d'emblée conçu de manière interdisciplinaire, avec une équipe médicale somatique et psychiatrique soutenue par une équipe de soins infirmiers, mais aussi d'une équipe socio-éducative, ainsi que de psychologues tant cliniciens que psychothérapeutes. Cette structure lui a permis de trouver une place centrale dans le dispositif vaudois, en offrant les complémentarités médicales nécessaires aux institutions socio-éducatives de la région, mais aussi les ressources sociales et psychiatriques/psychologiques aux médecins généralistes de la région. En effet, dans le Canton de Vaud, les deux tiers des traitements de substitution sont assurés par les médecins de premier recours, seulement un tiers des patients, pour la plupart polymorbides, étant traités en milieu spécialisé (ambulatoire ou résidentiel).

La création d'une unité de sevrage spécialisée en milieu psychiatrique universitaire (la Calypso), évoluant vers la prise en charge de séjours hospitaliers de crise en addictologie, est venue compléter depuis 1998 l'offre du Centre St-Martin. Plus récemment la palette thérapeutique s'est élargie avec la création d'une équipe mobile d'addictologie de liaison, permettant d'apporter du soutien addictologique spécialisé là où les besoins sont les plus pressants, dans les divisions générales de l'hôpital psychiatrique et dans les institutions résidentielles.

Cette organisation a grandement facilité la mise en réseau du patient souffrant d'addiction dans le Canton, et une réflexion est en cours pour appliquer les recommandations de 2001 de l'OMS pour la santé mentale, avec la mise en place d'un système de services, piloté par l'autorité cantonale de santé publique et d'action sociale.

Résumés

Conférences

C2 - Traitement de la dépendance aux opioïdes : Les différentes approches thérapeutiques

Docteur Marc Auriacombe, France

Docteur Alain Morel, France

Résumé

Les traitements de la dépendance aux opiacés ont une finalité commune : créer les conditions permettant à la personne de réduire si ce n'est d'arrêter ses consommations de drogues et les risques associés, de sortir de l'illégalité, de s'occuper de sa santé et de trouver les moyens d'une meilleure insertion sociale. Pour y parvenir, les traitements de sevrage visent l'abstinence sans assistance médicamenteuse au-delà de la période de manifestation de la « dépendance physique ». Les traitements de substitution apportent quant à eux deux ordres d'aides : la prescription médicale à moyen ou long terme d'un médicament qui évite les signes de sevrage sans produire d'euphorisation, et un cadre de relation et d'accompagnement psychosocial adapté.

Mais le terme de « substitution », s'il n'est pas explicité, peut créer des malentendus sur la place et les objectifs de ces traitements.

Différents outils pharmacologiques sont à disposition pour ces traitements de substitution. De même, différents cadres d'utilisation et modes d'accompagnement psychosociaux et psychothérapeutiques peuvent être mis en place. Ils exigent des soignants une bonne capacité d'évaluation et de coordination, et des modalités de traitements suffisamment pensés, organisés et diversifiés. Mais leur efficacité dépend moins des méthodes utilisées que du partage actif des objectifs et de l'alliance thérapeutique entre l'utilisateur et le soignant.

C3 - Le traitement de l'hépatite C chez les personnes dépendantes des opioïdes

Docteure Diana Sylvestre, États-Unis

Résumé (notre traduction)

Bien que la majorité des patients atteints d'hépatite C aient une histoire de dépendance, la plupart d'entre eux sont considérés comme de mauvais candidats au traitement en raison de leur usage de drogue, de leurs problèmes de santé mentale, de leur niveau de stabilité psychosociale, etc. Malgré tout, une mise à jour de l'évidence en la matière suggère que ces patients, qui présentent un challenge, peuvent être traités avec succès pour leur hépatite C lorsque l'organisation des services prend en compte leurs besoins spécifiques.

La clinique O.A.S.I.S, située à Oakland, en Californie. Oakland est un centre urbain présentant des taux de criminalité, de violence, de pauvreté et d'usage de drogues élevés. La séroprévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection ayant une longue période de consommation y excède les 90%. Dans ce contexte, la clinique O.A.S.I.S a développé un groupe d'éducation par les pairs qui est offert chaque semaine et se déplace dans le milieu. Sous la responsabilité d'un professionnel de la santé et d'un pair-aidant, les participants reçoivent les informations appropriées sur les

Résumés

Conférences

diverses facettes de l'hépatite C. Ceci les motive à procéder à un dépistage pour l'hépatite C, à se faire vacciner contre l'hépatite A et B, et à s'engager dans un traitement de l'hépatite C, si cela s'avère pertinent. Les participants sont également encouragés à devenir des éducateurs au sein de leur communauté afin de favoriser la diffusion de l'information sur l'hépatite C et de réduire les méfaits qui y sont associés. La structure et les modes de fonctionnement de ce modèle seront présentés dans les détails dans le cadre de cette conférence.

En complément, la clinique O.A.S.I.S a développé une variété d'outils et de stratégies visant à améliorer la prise en charge de l'hépatite C chez les personnes ayant un problème de dépendance. Durant la conférence, les participants visionneront l'une des vidéos d'éducation sur l'hépatite C par les pairs pour usagers de drogues actifs. Les impacts de cette vidéo de 7 minutes sur une cohorte randomisée de 100 personnes, ont été étudiés dans le cadre d'une étude contrôlée de 12 semaines menée dans un lieu d'échange de seringues. À l'issue de la recherche, il s'est avéré que le groupe ayant été exposé à la vidéo avait, statistiquement parlant, une bien meilleure connaissance de l'hépatite C. Ils atteignaient également de meilleurs scores aux tests relatifs aux attitudes et à la motivation, présentaient un meilleur taux de dépistage de l'hépatite C ainsi qu'un meilleur taux de vaccination pour l'hépatite A et B.

Les résultats préliminaires d'une étude plus importante portant sur les vidéos d'éducation par les pairs sur des personnes dépendantes en traitement seront également présentés. Celle-ci a été réalisée sur un échantillon de 450 sujets de recherche, sur une durée de 12 semaines et vise également à évaluer les impacts d'une brève intervention vidéo, en matière de changement dans les connaissances, l'attitude, la motivation à l'égard des traitements de substitution à la méthadone ainsi qu'en matière de taux de dépistage de l'hépatite C et de vaccination contre l'hépatite A et B.

Pour terminer seront présentés les résultats d'une étude sponsorisée par les Instituts nationaux de santé des États-Unis (U.S National Institutes of Health). Celle-ci a été menée au sein de la clinique O.A.S.I.S. Cette étude était basée sur l'hypothèse que des consommateurs actifs d'héroïne pouvaient être traités avec succès pour leur hépatite C après une période de stabilisation de 3 à 6 mois de traitement à la buprénorphine. Malgré la présence de nombreux obstacles, incluant ceux inhérents à l'intervention en dépendance, à la santé mentale et à l'instabilité psychosociale, un taux de réponse virologique soutenu de 40% a pu être observé chez les patients traités avec l'interféron « Pegylated » et ribavirine.

Résumés

Conférences

C4 - La place de l'intervention des pairs-aidants dans le continuum des services offerts aux personnes en traitement de substitution

Monsieur Fabrice Olivet, France

Monsieur Guy-Pierre Lévesque, Québec, Canada

Intervention numéro 1 : « De l'automédication à la substitution, quelle éducation à la santé une association d'auto-support peut-elle dispenser aux usagers de TSO ? » - Monsieur Fabrice Olivet, France

Résumé

Les traitements de substitution aux opiacés ont longtemps fait figure d'OVNI dans l'espace sanitaire français. Pendant quelques années, la question même de leur pertinence thérapeutique a fait l'objet de débats passionnés parmi les spécialistes de l'addictologie, appelée alors « acteurs de la lutte contre la drogue ». Lors de ces discussions les pairs-aidants - que nous préférons appeler groupes d'auto-support - ont toujours soutenu le point de vue des soignants acquis à la politique de réduction des risques (RdR). Leur point de vue était le suivant : la substitution est un soin à part entière, ce qui suppose d'admettre au préalable que l'usage des drogues est une pathologie comme une autre.

Or, de façon très paradoxale, l'expérience accumulée par ASUD depuis 15 ans, montre que la place dévolue aux patients dans la substitution est tout à fait spécifique et ne peut être assimilée à celle d'un malade « ordinaire ».

Les 23 et 24 juin 2004, à Lyon, lors de la première conférence de consensus sur les traitements de substitution, nous nous sommes interrogés sur l'approche que nous pouvons avoir de ces questions en tant que groupes de pairs. La réponse fournie par les différentes antennes d'ASUD était dépourvue d'ambiguïté, toute approche pédagogique concernant les usagers substitués repose sur l'énoncé suivant :

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont bien plus qu'un simple traitement dès lors que les opiacés demeurent des produits illicites et conséquemment l'usage des drogues ne peut se résumer à une simple pathologie. Poser le problème ainsi permet de préciser les limites d'un médicament qui, par ailleurs, peut-être vendu sur le marché illicite en tant que drogue et la spécificité d'un dialogue médecin/patient où le patient est quelquefois mieux informé sur sa prétendue pathologie et son traitement supposé que le médecin lui-même.

Une fois cette question abordée, c'est la place dévolue aux groupes d'auto-support « dans le continuum des services » qu'il convient de préciser. Le rôle d'ASUD s'inscrit de manière différente selon que l'on travaille à élaborer une forme d'éducation à la santé, pour guider les patients dans leurs choix, ou bien que l'on aspire dans un second temps à les représenter auprès des instances de décisions sanitaires.

L'éducation à la santé en matière de substitution c'est d'abord s'interroger sur :

- le savoir spécifique que le patient développe à propos de ses propres réactions (au manque, à la frustration ou au plaisir),
- la valeur thérapeutique de la satisfaction physiologique et psychique apportée par les TSO.

Résumés

Conférences

Lorsque des patients sont en position de savoir interroger leurs propres sensations et de rompre avec une vision toxicomaniaque, le patient devient sujet et non plus objet, et le rôle d'un groupe comme ASUD est de mieux comprendre la place occupée par les patients eux-mêmes à l'intérieur du cadre très particulier de la prescription d'opiacés. Par exemple, le patient est-il l'élément déterminant de la réussite ou de l'échec d'un traitement ?

Car nous pensons que les usagers doivent pouvoir choisir leur molécule de TSO, ainsi que leur dosage, ils doivent également être considérés comme le facteur déterminant d'un certain nombre de décisions les concernant, pour éviter les échecs thérapeutiques et le retour au marché noir ou les simples « dépannages ».

Dans le contexte actuel, un excellent médecin qui détermine la molécule de référence et les prises du patient sans tenir compte de la volonté de celui-ci court à la catastrophe alors qu'un praticien qui se contente de remplir des ordonnances sous la dictée de son patient peut parfois obtenir de très bons résultats.

À partir de ce postulat, comment ne pas s'aliéner l'ensemble des praticiens, des lors qu'on leur conteste le leadership induit par la connaissance des produits et des modes de consommation. À l'inverse, comment convaincre les usagers d'abandonner le double discours : victime de la société face aux praticiens, toute puissance et agressivité dans les rapports entre « toxics ».

La vraie solution c'est « l'alliance thérapeutique », un compromis qui suppose une grande humilité de la part du corps médical et l'abandon de la toute-puissance du côté des usagers. Cette alliance est possible, c'est sur elle que reposent les réussites incontestables de la substitution en matière de santé publique, cependant cette approche responsabilisante et déculpabilisante doit être complétée par un travail de lobbying auprès des autorités sanitaires. Compte tenu du caractère spécifique de ces traitements, comment conjuguer représentation des patients, défense des usagers de drogues, et lobbying auprès des instances politiques ?

Intervention numéro 2 : « Rien à propos de nous sans nous ...dans un continuum de services. »

Monsieur Guy-Pierre Lévesque, Québec, Canada

Résumé

Le but de cette présentation est de sensibiliser les participants à l'importance de donner une place significative aux pairs (i.e. aux personnes qui consomment des drogues, les UD/Usagers de Drogues) dans un continuum de services et programmes qui leur sont destinés.

À la fin de cette présentation, les participants connaîtront mieux cette approche et posséderont les éléments leur permettant d'amorcer une réflexion en lien avec une démarche d'intégration des pairs (UD) dans un continuum de services et programmes qui leur sont destinés.

En prenant pour exemples des initiatives qui sont actuellement en place (ou l'ont déjà été), le conférencier examinera comment il pourrait être possible pour les professionnels et les gouvernements de faciliter la participation et donner plus d'espace et de latitude aux pairs. Le but visé par cette intégration étant que les pairs soient impliqués significativement dans toutes les étapes et à tous les paliers au sein des projets et programmes pour lesquels ils ne sont actuellement, dans les modèles dits « traditionnels », que de simples usagers de services.

Il fera ressortir quelles sont les répercussions positives qui découlent de telles démarches, autant pour la communauté des pairs, la population en général que pour le gouvernement.

Résumés

Conférences

Grâce à son expérience personnelle et professionnelle en tant que « pair », le conférencier fournira un point de vue privilégié lui permettant de proposer des pistes afin d'aborder les différents défis qui surviennent lors de la réalisation d'approches d'intégration des pairs. De plus, en lien avec son expérience concrète (et de grande valeur parce que peu de gens la possèdent) il proposera des solutions innovatrices et réalistes en lien avec ces défis.

Concernant les limites déjà identifiées par certains observateurs en matière de collaboration professionnels/pairs, le conférencier s'attardera sur les principales limites qu'il a pu lui-même observer au cours des dernières années dans les projets d'intégration des pairs auxquels il a participé ou qu'il a côtoyés. Il soulèvera les principaux défis à relever et présentera des voies à explorer. Il proposera des pistes pour les réflexions qui se doivent d'être faites par les personnes prenant part à ces projets.

Finalement, il expliquera l'importance et la pertinence de l'intégration des pairs dans un continuum de services afin d'amener à une meilleure compréhension et de plaider en faveur de cette nouvelle approche des services destinés aux pairs UD.

Activités de formation continue

AFC 1 - Parcours de réinsertion socioprofessionnelle d'une personne dépendante des opiacés

Madame Chantale Perron, Québec, Canada

Résumé

Au cours de cette présentation, une personne en traitement pour sa dépendance aux opiacés tracera le parcours qui lui a permis de réussir sa réinsertion socioprofessionnelle.

Son expérience personnelle mais aussi celle d'autres personnes dépendantes auprès desquelles elle travaille lui permettront de présenter les principaux obstacles et défis qui peuvent apparaître au cours d'un cheminement de réinsertion socioprofessionnelle d'une personne dépendante aux opiacés.

La conférencière identifiera quelques stratégies novatrices de soutien (projets québécois) qui permettent d'affronter ces défis et obstacles. Elle en ressortira quelques projets qui sont particulièrement intéressants sous plusieurs aspects, comme, par exemple : parce qu'ils sont très innovateurs ou des projets menés par des pairs, etc. Elle les présentera et les expliquera plus en détails.

Finalement, la conférencière, en tant que personne qui a eu un parcours de réinsertion socioprofessionnelles donnera son point de vue sur la situation actuelle au Québec en 2008 en lien avec les défis à relever en matière de soutien à apporter à des personnes dépendantes aux opiacés qui veulent réussir leur réinsertion.

A la fin de cette activité, les participants sauront à quoi peut ressembler le parcours de réinsertion socioprofessionnelle d'une personne dépendante aux opiacés. Ils connaîtront aussi quels sont les défis qui peuvent se présenter au cours d'un tel parcours. Ils seront en mesure de nommer quelques stratégies innovatrices québécoises de soutien.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 3 - Prise en compte de l'hypogonadisme induit par l'usage prolongé d'opioïdes

Docteur Pierre Lauzon, Québec, Canada

Résumé

La prévalence de la baisse de libido et de la dysfonction érectile, chez les hommes traités avec la méthadone, est supérieure à 70% selon certaines études. Dans ce groupe de patients, on observe aussi une baisse du taux moyen de testostérone sérique comparativement à la population générale ou aux patients traités avec buprénorphine.

La détection de l'hypogonadisme est recommandée chez certains groupes de patients à risque et susceptibles de bénéficier du traitement. Le traitement chronique avec des opioïdes constitue une de ces catégories. Le prélèvement doit être fait dans les heures qui suivent le réveil pour tenir compte de la variation circadienne. Un résultat anormalement bas doit être confirmé par un deuxième test.

Le diagnostic est posé en présence de symptômes ou signes cliniques et d'un taux clairement diminué de testostérone sérique. L'examen clinique ainsi que le bilan de laboratoire permettent de distinguer entre l'hypogonadisme secondaire associé à l'usage chronique d'opioïdes de l'insuffisance testiculaire primaire.

D'autres conditions médicales (cirrhose, déperdition de poids associée au VIH, etc.) ainsi que des médicaments couramment prescrits aux patients sous méthadone (antidépresseurs, antipsychotiques, etc.) sont également associés à l'hypogonadisme ou à des dysfonctions sexuelles masculines.

Une fois la décision de traiter prise, diverses préparations sont disponibles autant par voie IM, SC, orale que transdermique. Chacune a ses avantages et inconvénients. Le coût du traitement varie énormément : de quelques dollars par mois pour les vieilles préparations parentérales à plus de cent dollars pour les autres préparations.

Une fois le traitement entrepris on doit vérifier que les taux sériques de testostérone se situent dans la normale pour le groupe d'âge. On doit aussi rechercher la présence d'effets indésirables du traitement comme la polycythémie qui survient surtout chez les hommes plus âgés. La santé prostatique doit aussi être vérifiée régulièrement tant par l'examen clinique que par le suivi de l'ASP.

Pour les patients réticents à la thérapie hormonale de substitution, une diminution des doses de méthadone ou le passage à la buprénorphine peut être proposé. On doit également vérifier si d'autres médicaments que la méthadone ne sont pas en cause dans le problème présenté par le patient.

D'autres notions seront également révisées au cours de la conférence : notamment, l'effet du traitement de l'hypogonadisme sur la dysfonction érectile, sur la prévention de l'ostéoporose, sur les fonctions cognitives, sur la répartition du poids corporel et le syndrome métabolique, sur les symptômes dépressifs ne répondant aux antidépresseurs, sur le vieillissement.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 4 - Le traitement de substitution en milieu carcéral - L'expérience Suisse

Docteur Messaoud Benmebarek, Suisse

Résumé

La Suisse s'est dotée depuis 1992 d'un système de lutte contre la toxicomanie selon une politique dite des quatre piliers. Celle-ci se fonde sur l'intégration simultanée du traitement, de prévention, des mesures de réduction des risques et de répression. Le milieu carcéral est celui où les quatre piliers sont appliqués diversement d'une prison à l'autre et d'un canton à l'autre.

Le Code pénal suisse (CPS) est composé de peines et de mesures. Les peines sont exécutées en milieu pénitentiaire et les mesures dans un milieu qualifié d'approprié. Celui-ci peut s'avérer être la prison. Certaines mesures s'appliquent spécifiquement (article 60 CPS) aux personnes toxicodépendantes. Les mesures sont exécutées sans délai, alors que les peines sont souvent différées faute de places disponibles.

Comment articule-t-on un traitement de substitution avec les successives étapes du parcours judiciaire d'une personne toxicodépendante ?

En Suisse, le quart de la population carcérale présente un problème de dépendance à la drogue. Ce chiffre est en dessous de la réalité des personnes détenues ayant un problème de dépendance aux substances psychoactives. L'incarcération est un épisode souvent récurrent dans le long et tumultueux parcours des personnes toxicodépendantes.

Selon les recommandations de l'académie suisse de médecine, les personnes détenues ont droit à des soins équivalents à ceux des personnes libres. Le législateur accorde au détenu, capable de discernement, le droit au respect de sa volonté en matière de soins.

Comment le traitement de substitution est-il conduit dans un milieu voué à la répression et non aux soins ?

Le traitement de substitution semble être celui qui bouscule nombre de pratiques et de présupposés relatifs à la « conduite à tenir » face à une personne toxicodépendante privée de liberté. Il remanie en profondeur la notion de traitement approprié dispensé en milieu carcéral.

Comment le milieu carcéral s'est-il aménagé pour laisser place à une pratique de soins qui fait encore débat parmi les professionnels des addictions ?

Quelles sont les règles éthiques et médicales qui régissent une telle pratique en prison ? Comment articule-t-on un traitement de substitution en milieu carcéral avec le réseau extracarcéral ?

C'est à ces questions que je vais articuler ma présentation sur l'expérience suisse en matière de traitement de substitution en milieu carcéral. J'illustrerai ma présentation par notre pratique dans les prisons du canton de Vaud. La pratique dans les autres cantons sera également abordée.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 5 - Comment intervenir auprès de patients présentant un trouble de la personnalité ? : « Trouble de personnalité limite et addiction : Programme de Thérapie Comportementale Dialectique »

Monsieur Jean-Marie Rossier, Suisse

Sommaire de la présentation

- Présentation de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) : les étapes de son évolution et ses indications actuelles ;
- Le trouble de personnalité borderline réorganisé par la TCD : perspective bio sociale de la personnalité, vulnérabilité émotionnelle et environnement invalidant ;
- L'indication aux addictions : commorbidités entre le trouble de personnalité état limite / borderline et les addictions, la dérégulation émotionnelle ;
- Les différents modes intégrés du programme de TCD : la psychothérapie individuelle, l'entraînement aux compétences en groupe, la consultation téléphonique, la réunion de consultation des thérapeutes, ainsi que les traitements auxiliaires (pharmacothérapie, hospitalisation en cas de crise, relais vers les services d'urgence, groupe entraide) ;
- La psychothérapie individuelle : les buts, la hiérarchie des cibles, les comportements suicidaires et parasuicidaires, les stratégies et les techniques thérapeutiques ;
- L'entraînement aux compétences en groupe : les buts, la description des 4 compétences ou modules enseignés, les contenus des séances :
 1. mindfulness ou la pleine conscience,
 2. la régulation des émotions,
 3. la gestion de la crise ou la tolérance à la détresse,
 4. l'amélioration des relations ou l'efficacité interpersonnelle
- Le setting du groupe, les hypothèses théoriques et les résultats observés, évaluation des participants et des thérapeutes ;
- La consultation téléphonique : intérêt, buts et contenus ;
- La réunion de consultation des thérapeutes : intérêt, buts et contenus
- Intérêts du traitement intégré : le groupe comme « prêt à porter », l'individuel comme « sur mesure », la consultation téléphonique comme « service après vente » ;
- Intérêts de la TCD dans la prise en soins des patients souffrant d'addiction : l'enseignement et l'apprentissage des compétences en groupe se font sous forme de modules prédéfinis, avec des séances aux contenus programmés. Ainsi, il est possible de s'engager dans un suivi à durée limitée, de dépasser les évitements individuels, sans s'égarer dans les vicissitudes du quotidien que les troubles grossissent : sous cette forme, on quitte l'anecdotique ou le trop factuel pour se centrer sur le fonctionnement essentiel. Tout comme les faits divers ne font pas l'actualité du monde, le traitement des urgences ne permet pas le rétablissement durable du fonc-

Résumés

Activités de formation continue

tionnement. Bien sûr, en parallèle et de manière intégrée, le suivi en individuel permettra de faire du « sur mesure » et de suivre au plus près les méandres d'une trajectoire personnelle.

- Attitudes particulières envers les patients pour maintenir l'alliance thérapeutique : dialectique entre acceptation du trouble et soutien au changement, hypothèses originales concernant les patients, engagements contractuels du thérapeute et du patient.

Conclusions vers de nouvelles indications : l'anxiété sociale, la dépression résistante et récidivante

AFC 6 - Traitements de substitution et approche "à bas seuil" : l'opportunité d'un traitement centré sur la relation thérapeutique – le cas du centre Diapason (Charleroi, Belgique)

Monsieur Pablo NICAISE, Belgique

Monsieur Tony GUZMAN MARIN, Belgique

Docteur Ivan O. GODFROID, Belgique

Monsieur Jean-Michel PLANCHE, Belgique

Résumé

I. PRESENTATION DE DIAPASON

1. Maison d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS)
 - En 1997, la Belgique a créé les MASS. Objectif principal : faciliter l'accès aux soins pour les personnes dépendantes aux drogues qui, pour des raisons diverses, ne font pas appel aux services de soins ou s'en trouvent exclues.
 - "Diapason" est une MASS, située à Charleroi (Wallonie, Belgique), région socialement et économiquement défavorisée, qui connaît un niveau de souffrance sociale et psychique élevé.
 - "Diapason" est un centre pluridisciplinaire ambulatoire, composé de médecins, psychologues et intervenants socio-éducatifs. Outre un objectif général de réinsertion des usagers de drogues par le développement de stratégies facilitant l'accès aux soins (bas seuil d'accessibilité), des objectifs intermédiaires peuvent être mentionnés : répondre rapidement et efficacement aux demandes, augmenter la qualité de vie des consommateurs, contribuer à la réinsertion sociale et professionnelle, stimuler l'entrée du patient dans un programme thérapeutique de longue durée.
2. Le bas seuil d'accessibilité : un moyen pour favoriser les rencontres
 - Bas seuil d'accessibilité = outil permettant l'entrée en relation avec les personnes qui fréquentent le centre. Accueil inconditionnel. Lieu central de l'institution = Salle d'Accueil, lieu de séjour convivial, où l'on peut se déposer et où sont mis à disposition divers biens et services, ainsi que la possibilité de contacts avec les soignants. But recherché :

Résumés

Activités de formation continue

que des démarches puissent émerger sans que la personne s'y sente contrainte. L'accès à la méthadone y est considéré comme un moyen supplémentaire de développement de contacts.

II. TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : UNE QUESTION DE PERSPECTIVE

- Classiquement, finalité des traitements de substitution liée directement à la cessation de la prise de drogue (sevrage, abstinence, prévention de la rechute). Perspective causaliste-linéaire : consommation \rightarrow produit de substitution \rightarrow abstinence.
- Logique qui met en jeu la capacité de la personne pour se soustraire à la consommation du produit et accéder au sevrage. L'échec renvoie à l'incapacité de la personne (temporaire ou momentanée), à son manque de motivation, etc.
- Donc, l'offre de soins classique : 1. d'emblée porte sur la nécessité impérieuse du sevrage, 2. estime la motivation de l'individu comme une capacité/incapacité, 3. difficultés/manques perçus en tant qu'éléments potentiellement perturbateurs du projet thérapeutique, 4. traitement de substitution considéré comme un mal nécessaire utilisé mécaniquement pour arriver au sevrage, parfois le plus rapidement possible.
- Perspective de Diapason : postule que les assuétudes sont l'expression d'une forme de relation particulière au monde et aux autres. C'est donc cette forme de relation qui est placée au centre de la problématique, et qu'il va s'agir d'analyser et de travailler. But : utiliser la relation pour permettre à la personne de reconsidérer ce mode relationnel.
- Travail relationnel préalable nécessaire à tout projet thérapeutique ultérieur, puisqu'il vise aussi la relation avec les soignants futurs (relation thérapeutique).
- Le traitement de substitution est utilisé avant tout comme un support à la relation.
- Donc, à la différence de la perspective de soins classique, l'offre de Diapason : 1. porte sur les possibilités d'entrée en relation en laissant le produit de côté, 2. estime que la motivation est reliée aux échanges relationnels, 3. les difficultés/manques perçus en tant qu'éléments de compréhension de la relation et du projet thérapeutique, 4. traitement de substitution "catalyse" ce travail d'élaboration relationnelle.

III. ELABORATION DU MODELE RELATIONNEL

- À partir d'une recherche-action (1999-2001), Diapason a formalisé un modèle thérapeutique centré sur la relation. Ce modèle distingue diverses positions relationnelles.
- Notion de position inspirée de Mélanie Klein qui complète les stades de développement de Freud.
- De manière similaire, la notion de position dans le modèle de Diapason a pour vocation d'améliorer l'approche en stades ou phases (i.e. Prochaska & Di Clemente), utilisée pour rendre compte de l'évolution d'un patient dans un parcours.
- Notion de position : vise la relation intervenant / "patient" et non ce dernier. Ce n'est pas l'intervenant qui place le patient dans une position ou le patient qui se positionne lui-même selon ses dires et ses actions. Au contraire, le positionnement résulte de l'interaction entre le patient et les intervenants.
- Ainsi, l'outil permet d'évaluer le patient et l'intervenant dans ce qu'il vise comme finalité à une

Résumés

Activités de formation continue

intervention précise.

- Notion de position : n'induit pas une logique évolutive linéaire. Des aller-retour sont donc possibles sans que l'on puisse parler de régression.
- Trois positions-clé identifiées : 1. position d'accueil, 2. position d'élaboration de la relation, et 3. position d'accompagnement. Désignent des modes relationnels distincts qui se mettent en place à chaque rencontre entre chaque patient et chaque intervenant, et qui délimitent les possibilités et des objectifs de travail à chaque rencontre. Elles permettent aussi un décodage de la dynamique relationnelle entre les patients et les différents intervenants, et nous aident à cerner la place particulière qu'occupe le produit dans le tissu socio-affectif du patient.
- Usage différencié du traitement de substitution en fonction du positionnement relationnel : la méthadone joue tour à tour un rôle de "produit d'appel" facilitant l'entrée en contact, de régulateur des contacts, de catalyseur de l'élaboration relationnelle, d'objet de négociation...
- Dynamique relationnelle favorisant la reconnaissance mutuelle, la confiance, la mise en question et l'auto-évaluation du mode de vie relationnel de l'usager. La stabilisation des consommations de drogues, voire l'arrêt de celles-ci, sont des conséquences de ce travail relationnel.

IV. ILLUSTRATION CLINIQUE DE L'USAGE DU POSITIONNEMENT RELATIONNEL, Y COMPRIS POUR CE QUI CONCERNE LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

AFC 7 : Le rôle du pharmacien dans les traitements de substitution aux opioïdes - Identifier les barrières pour mieux les dépasser - Regards croisés Suisse/Québec

Olivier Bugnon, Suisse

Sophie Du Pasquier, Suisse

Antoine Wildhaber, Suisse

Joseph Amiel, Québec, Canada

Résumé

Les addictions ne respectent évidemment pas les frontières et le pharmacien est, dans chaque pays, appelé à participer plus étroitement aux mesures de prévention et de prise en charge de ces problèmes de santé publique. Le regard croisé sur les expériences suisses et québécoises, résumées ci-après, sera l'occasion d'ouvrir une discussion plus large sur les barrières existantes et les pistes envisageables pour les dépasser.

EXPÉRIENCE SUISSE

Depuis les années 70, la Suisse a construit sa politique en matière de drogue sur un modèle dit à 4 piliers - répression, traitement, prévention, aide à la survie (par ordre d'investissement financier) - à quoi s'ajoutent des mesures innovatrices telles que le traitement avec prescription d'héroïne. Les pharmaciens ont soutenu cette approche en facilitant sur tout le territoire l'accessibilité à l'échange

Résumés

Activités de formation continue

de seringues, à la fabrication et la délivrance des diverses formulations galéniques de méthadone ainsi qu'aux messages de prévention.

Au XXI^{ème} siècle, la voie pragmatique continue à évoluer en fonction du progrès des neurosciences, de la génétique et des méthodes psychosociales de type cognitivo-comportemental. Ceci doit reposer sur une véritable culture de réseau permettant une collaboration de tous les intervenants concernés. Les pharmaciens sauront-ils s'adapter à ce nouveau paradigme et démontrer leur plus-value professionnelle et sociale ? Quelle doit être l'identité du pharmacien dans un tel réseau interdisciplinaire ? Quelles sont les barrières rencontrées par les praticiens et les pistes envisageables pour les dépasser ? Ces questions sont au cœur d'une étude confiée par l'Office Fédéral de la Santé Publique et le Coroma (Collège Romand de Médecin de l'Addiction) à l'unité de recherche en Pharmacie communautaire de l'École de pharmacie Genève-Lausanne (Prof Olivier Bugnon et Sophie Du Pasquier, cheffe de projet). Nul doute que l'expérience suisse dans sa diversité cantonale (26 cantons, avec autant de lois sanitaires différentes, constituent la confédération helvétique) et linguistique est un laboratoire des plus intéressants pour une réflexion internationale.

La qualité de la prise en charge reste soumise à de grandes variations des pratiques médico-administratives locales ou intercantionales. Parmi les barrières exprimées par les pharmaciens : disparité de la quantité et de la précision des documents officiels à remplir en officine ; l'absence de document liant le médecin traitant, le patient et le pharmacien ; le manque d'informations médico-sociales. La qualité de la communication avec les médecins est jugée bonne mais tend à rester superficielle ou trop rare. À l'aise dans la fabrication et la dispensation de méthadone, les pharmaciens expriment un besoin de formation complémentaire pour la prise en charge médico-sociale des patients. Le format souhaité pour ces formations est la participation à des réseaux d'échanges intra- ou interprofessionnels à visée pratique. Le besoin de formation dans les autres formes d'addictions que celle aux opioïdes (p.ex. alcoolisme, cocaïne, drogues festives, etc.) est encore plus pressant.

Des prototypes de documents de référence ont été mis en consultation : une charte de collaboration ; un contrat thérapeutique multipartite définissant les modalités de collaboration ; un formulaire de transmission d'informations médecin-pharmacien ; un formulaire de suivi de la dispensation de méthadone. La consultation a mis en exergue à la fois la satisfaction des pharmaciens de disposer de tels instruments, mais aussi la crainte d'un cadre administratif trop rigide. Les médecins ont émis eux des doutes sur l'accès du pharmacien aux données cliniques ou sociomédicales.

En parallèle, la prise en charge globale des addictions a été introduite dans les programmes de formation prégraduée, postgraduée et continue ; le symposium annuel Coroma (2005) ainsi que des réunions régionales d'échanges interprofessionnels ont été organisées. Un réseau de pharmaciens romands (Coropha) se constitue en 2008 en temps que relais bidirectionnel avec le dicastère « pharmacien » du Coroma (représentant : Dr Antoine Wildhaber).

Tout ceci confirme que la prévention et la prise en charge des addictions font bien partie de la pratique de l'officine et que le défi à long terme est de rendre effectif sur le terrain une culture de la communication et du partenariat à un niveau local et suprarégional.

EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Au Canada et au Québec la méthadone est la principale substance utilisée dans le cadre du traitement de substitution aux opioïdes, le Suboxone n'étant disponible que depuis décembre 2007 avec un usage encore très limité. Malheureusement, malgré des progrès récents, ces soins sont encore difficiles d'accès au Québec. Nous ne rejoignons que 25 % de la population héroïnomane. C'est certes une amélioration, mais, comparé au modèle européen qui rejoint 50 à 60% de la population héroïnomane, nous avons encore beaucoup de retard.

Résumés

Activités de formation continue

Une des portes d'accès au traitement est le CRAN, centre de recherche et d'aide aux narcomanes. Le CRAN a été fondé en réponse à une crise en 1986. Le gouvernement avait alors alloué un budget afin d'organiser des services pour des patients déjà en traitement de substitution à la méthadone, mais dont le médecin avait perdu son permis de la prescrire. Au Canada la méthadone est une substance contrôlée et les médecins doivent obtenir une exemption à la loi fédérale pour la prescrire. En plus du CRAN, pionnier et chef de file dans le traitement de sevrage à la méthadone, il existe au Québec plusieurs autres centres ainsi qu'un réseau de médecins affiliés.

Au départ, basée sur l'abstinence et la réhabilitation sociale, cette approche ne rejoignait pas les attentes de notre clientèle, nous nous sommes donc orientés vers un modèle visant la réduction des méfaits. Bien que tous les pharmaciens puissent exécuter une ordonnance de méthadone, il n'y a que peu de pharmacies qui le font. En 1980 nous étions 4, aujourd'hui nous sommes un peu plus de 200 sur les 1600 pharmacies du Québec qui offrent ce service. Il existe 4 types de programme au Québec; un axé sur le sevrage et l'abstinence, un axé sur un sevrage rapide de 49 jours, un programme de maintien régulier et un programme de maintien à bas seuil d'exigence.

Le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont réuni un groupe d'experts qui ont produit les lignes directrices de l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opioïdes. Écrit en 1999 et révisé en 2003, ce document guide les médecins et les pharmaciens en leur fournissant un cadre de référence pour le traitement des problèmes complexes et multiples reliés à la dépendance aux opiacés. On y retrouve l'état de la situation des héroïnomanes au Québec, le mode d'action de la méthadone, la description des différents programmes, ainsi que tous les aspects administratifs reliés à la prescription de la méthadone avec des exemples d'ordonnances, de contrat. Cet outil précieux contient aussi des recommandations reliées à l'organisation des soins et des services. Le rôle des différents intervenants y est décrit.

Au Québec, la méthadone est obtenue par l'entremise des pharmacies. Le patient choisit une pharmacie avec son médecin. Afin d'améliorer les résultats cliniques et pharmaco-thérapeutiques du traitement de substitution à la méthadone, le pharmacien offre des services de counselling en exécutant l'ordonnance. En effet, il a un contact régulier avec le patient qui lui permet d'évaluer l'évolution du traitement et ainsi, d'assurer la continuité des soins avec le médecin traitant. Il est donc important qu'il travaille en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Le pharmacien constate quotidiennement l'aspect physique du patient, il peut détecter les indices d'intoxication ou de sevrage, des changements de son apparence ou de son état de santé. De plus, il assure le suivi pharmaco-thérapeutique quant aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses, à la prise de médicaments en vente libre. Il peut constater s'il y a détresse psychologique ou la présence d'un besoin obsessionnel de drogues. Le pharmacien peut refuser de servir la dose de méthadone si le patient se présente intoxiqué par des drogues ou des médicaments ou de l'alcool. Cette situation exige que le pharmacien communique avec le médecin. Le rôle du pharmacien consiste aussi à communiquer avec le médecin lorsque :

- le patient ne s'est pas présenté à la pharmacie pendant 3 jours consécutifs,
- en cas de divers problèmes comportementaux,
- lorsqu'un problème de santé physique survient,
- lorsqu'une dose de méthadone a été perdue ou volée
- si le patient refuse de faire un test de contrôle urinaire,
- lorsque le patient consomme plusieurs médicaments.

Résumés

Activités de formation continue

- Suite à un changement de pharmacie ou à une expulsion de la pharmacie.

Pour assumer pleinement son rôle, le pharmacien doit faire preuve d'empathie et avoir une grande capacité d'écoute. Il doit avoir de bonnes connaissances en toxicomanie, comprendre l'état du patient, surtout en début de traitement lorsque le dosage de méthadone peut être mal ajusté, ou lors de mélange à d'autres substances, pouvant être nocif pour le patient. Le pharmacien développe un lien privilégié avec le patient car il le voit tous les jours pendant au moins 3 mois jusqu'à l'octroi de privilèges. Il est donc le témoin, au quotidien, de l'évolution de son traitement, de son état de santé, mais aussi de ses éventuelles rechutes. Il est donc le lien au quotidien entre le médecin et le patient. En période de pénurie de médecins, le pharmacien joue un rôle clef dans le suivi et la communication de l'information entre les intervenants. Il assure la continuité des soins avec l'équipe pluridisciplinaire ou avec le médecin traitant.

AFC 8 - Le traitement intégré de l'infection HIV et des hépatites chez les patients sous traitement de substitution : un modèle utile et qui marche !

Dr Martine Monnat, Suisse

Résumé

Assurer le suivi et traiter l'infection HIV et les hépatites des patients toxicodépendants devient une priorité autant pour les patients que pour des raisons de santé publique (diminuer la transmission de ces virus et les coûts de la santé). Cela reste cependant très difficile. Les comorbidités psychiatriques et sociales, les consommations et le manque d'adhésion thérapeutique ainsi que les effets secondaires des traitements et les interactions médicamenteuses, rendent, en effet, ces prises en charge complexes. Constatant que les spécialistes renoncent souvent à prendre en charge ces patients jugés trop instables, nous avons développé des programmes de suivi et de traitement du HIV et des hépatites en collaboration avec les spécialistes du Centre hospitalier universitaire. Le principe étant d'intégrer ces traitements au suivi habituel du patient et d'utiliser la prise journalière de méthadone pour garantir la compliance.

Patients : Le Centre St-Martin (CSM) est un centre ambulatoire d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement pour les patients toxicodépendants de Lausanne et sa banlieue (220'000 habitants). Il offre des prises en charge médico-psycho-sociales assurées par des médecins somaticiens, des psychiatres, des infirmiers, des intervenants sociaux et des psychologues. Le CSM collabore avec les médecins installés et prend en charge les patients les plus démunis. Depuis son ouverture, en 1996, plus de 3'000 patients ont consulté. Fin 2007, la file active est de 370 patients dont plus des 2/3 sont sous traitements de substitution et polytoxicomanes. La prévalence du HIV et de l'hépatite C chez les 276 patients testés est respectivement de 21 % et de 76 %.

Résultats : Parmi les 59 patients HIV, 40 sont pris en charge au CSM, les autres étant suffisamment stabilisés pour être suivis par la consultation spécialisée. Plus de la moitié des 40 patients suivis au CSM sont sous tri-thérapie. Ces tri-thérapies ont permis une stabilisation de l'infection HIV (virémies indétectables) qui a contribué à une amélioration de la situation globale des patients et à une diminution des risques de transmission du virus car nos patients reconnaissent consommer et avoir, parfois, des relations sexuelles non protégées. Ces tri-thérapies ont nécessité une adaptation, souvent

Résumés

Activités de formation continue

importante, des doses de méthadone en raison des interactions médicamenteuses, ainsi que le développement de stratégies pour assurer la prise régulière du traitement.

Plus des 3/4 des patients du CSM ont une hépatite C chronique pour laquelle un traitement est indiqué mais refusé par les hépatologues qui invoquent les troubles psychiatriques concomitants, le manque de régularité des patients et le risque de rechute et de réinfection. A ce jour, une trentaine de patients ont été traité pour leur hépatite C, les 15 premiers dans le cadre d'une étude multicentrique suisse en voie de publication. Le taux de réussite de même que les effets secondaires sont semblables à ceux observés dans la population non toxicomane. L'expérience acquise grâce à ces premiers traitements nous a permis de mieux évaluer et anticiper les risques du traitement chez des patients, dont les ¾ présentent une comorbidité psychiatrique, et de réaliser l'intérêt de traiter les patients lorsqu'ils sont encore sous traitement de substitution, alors que les spécialistes recommandent, en général, de terminer le traitement de la dépendance avant d'envisager une thérapie pour l'hépatite.

Conclusions :

Le développement de traitements intégrés pour le HIV et les hépatites a permis d'assurer la prise en charge des patients qui ne pouvaient être suivis par les spécialistes.

Ces traitements ont contribué à l'amélioration globale des patients et concourent à la diminution du risque de transmission du virus HIV et des hépatites.

Le traitement de l'hépatite C chez les patients toxicodépendants est facilité s'il est organisé dans un centre de traitement des dépendances où une évaluation et un suivi psychiatrique peuvent être assurés ainsi qu'un contrôle journalier des effets secondaires et de la compliance via la remise du traitement de substitution

AFC 9 : Traitement de la dépendance aux opioïdes : l'empowerment appliqué aux personnes en traitement – Le modèle de Méta d'Âme

Monsieur Guy-Pierre Lévesque, Québec, Canada

Résumé

Le but de cette présentation est d'examiner le contexte social de la culture de l'empowerment chez les usagers de services de substitution, ceci ayant conduit à l'émergence des interventions menées par des pairs aidants.

Le conférencier s'intéressera aussi aux concepts essentiels liés à l'empowerment. Celui-ci abordera l'empowerment communautaire, expliquera les objectifs, les stratégies et verra à faire ressortir les raisons qui permettent à ce type d'empowerment de rejoindre le plus souvent des groupes de personnes qui n'ont pas de pouvoir reconnu, qui sont marginalisées et stigmatisées, dans notre cas, les personnes toxicomanes.

Aussi, le conférencier fera un survol d'une application pratique de l'empowerment: l'organisme Méta d'Âme. Sa mission, l'historique de sa fondation, de même que le rôle et la stratégie d'intervention par des pairs aidants seront abordés.

Résumés

Activités de formation continue

Finalement, un projet très particulier et novateur touchant l'empowerment sera présenté : le projet d'habitation Prométhéus (objectifs, clientèle desservie, particularités du projet, etc.).

AFC 10 : Traitement de la dépendance aux opioïdes : les mesures prises par le Collège des médecins de l'Ontario pour favoriser le suivi des patients en première ligne.

Monsieur Wade Hillier –Ontario, Canada

Résumé (notre traduction)

Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario a pris en charge la gestion des programmes de méthadone en 1996. Initialement, celui-ci était chargé :

- De mettre en œuvre de brefs programmes de formation en médecine de l'addiction ;
- D'établir des lignes directrices, ou des standards généralement applicables, en matière d'utilisation d'agonistes opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes ;
- D'assurer une revue des prescriptions d'agonistes opioïdes de ses membres, dans le cadre de traitement de la dépendance aux opioïdes ;
- Juger de la pertinence d'octroyer et de retirer à ses membres le permis d'administrer, de prescrire ou de fournir de toute autre façon des agonistes opioïdes pour le traitement de la dépendance aux opioïdes.

La première partie de la présentation décrira le programme méthadone du Collège des médecins de l'Ontario en veillant à mettre en évidence son approche, visant à rendre disponible des services de qualité en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone au sein de la province. Les initiatives du Collège pour le recrutement et la formation des médecins seront également présentées. Les preuves du succès de ces initiatives seront décrites en s'appuyant sur des données issues de la revue des pratiques médicales et d'une enquête sur la satisfaction des patients.

L'augmentation du nombre de cliniques et de patients recevant un traitement à la méthadone en Ontario, a conduit le public et les politiciens à porter une attention particulière à ce champ de pratique. En 2006, en réponse à l'intérêt accru des médias relatif à l'accessibilité du traitement à la méthadone à travers la province, le ministre de la Santé de l'Ontario a formé un comité de travail sur le traitement de maintien à la méthadone. Ce comité, formé de professionnels, de patients et de membres du public, visait à dresser un bilan de l'état actuel des services de traitement avec la méthadone et de déterminer les actions à mettre en œuvre pour répondre aux besoins identifiés. Cette démarche a donné lieu à 26 recommandations ainsi qu'à l'engagement de nouveaux fonds visant à financer de nouvelles initiatives ciblant les soins infirmiers, les pharmacies, les médecins ainsi que la sensibilisation du grand public aux meilleures pratiques en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes. Ces initiatives seront décrites dans la seconde partie de l'exposé.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 11 - Prise en charge intégrée du Syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention dans un programme de substitution à la méthadone

Monsieur Jean Godinat, Suisse

Docteur Miguel Marset, Suisse

Résumé

Le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) se présente à nos jours comme une entité clinique qui ne serait pas la simple apparition simultanée d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à l'abus de substances, mais bien un nouveau syndrome, résultat de leur interaction, qui va se différencier des troubles psychiatriques classiques dans son diagnostic et dans son pronostic, nécessitant une prise en charge spécifique.

Selon différentes études, entre 10 à 20 % de la population avec abus de substances présente des antécédents de THADA (Goodwin & al., 1995; Horton & al., 1987; Carroll & Rousanville, 1993).

Les programmes de substitution de la Fondation Phénix (créés en 1985) révèlent une forte proportion de patients opérant un transfert de consommation de l'héroïne vers la cocaïne. Nos approches cliniques ont mis en évidence, chez certains patients traités avec la méthadone, une comorbidité primaire (troubles de l'attention, de la concentration, anxiété et impulsivité) déterminante dans les conduites d'automédication.

Dans notre pratique clinique nous préconisons une prise en charge conjointe et intégrée de la synergie clinique entre le THADA et l'abus de substances: traitement de la comorbidité psychiatrique et des dépendances associées, intégrant la psychopharmacologie et les approches psychothérapeutiques qui visent, entre autres, à préparer le patient à l'intégration d'une nouvelle identité: transfert des compétences et ressources développées pendant la période sans traitement (apprentissage, savoir, créativité, désirs, humour...) sur le nouvel état psychique induit par le traitement du syndrome.

Notre approche dans le domaine du THADA pour les patients traités en programme de méthadone s'avère très prometteuse. Les patients participants à une prise en charge intégrée présentent une bonne réponse par rapport aux symptômes cibles du THADA et la majorité d'entre eux ont un fonctionnement psychosocial meilleur par rapport à celui qu'ils avaient avant le début du traitement.

Notre communication porte sur les résultats d'une recherche épidémiologique s'adressant à une cohorte de 400 patients en programme de méthadone. À partir des résultats, nous mettrons en évidence nos approches thérapeutiques tant au niveau neurobiologique que psychothérapeutique. Nous répondrons à deux questions:

- Comment optimiser le traitement de substitution chez des patients présentant un THADA ?
- Quels outils thérapeutiques employer pour aider ces patients à retrouver un meilleur équilibre clinique et psychosocial ?

Résumés

Activités de formation continue

AFC 12 - Médecine générale et traitements de substitution en France et en Belgique : Législations, pratiques médicales, résistances et enjeux

Docteure Caroline Jeanmart, Belgique

Résumé

La médicalisation de l'usage de drogues en France et en Belgique fut et est toujours l'objet de nombreux débats. L'annonce récente du démarrage d'un projet-pilote de délivrance d'héroïne sous contrôle médical dès l'automne 2007 à Liège (1) et les vives réactions qu'elle n'a pas manqué de susciter, en sont encore la preuve.

Dans les deux pays, les politiques de réduction des risques ont bouleversé les relations entre usagers de drogues et les médecins. Les généralistes et les spécialistes du soin ont ainsi peu à peu fait l'expérience des relations avec les usagers de drogues. Toutefois, l'introduction et la légalisation (2) de deux traitements de substitution (méthadone et Subutex®) ne signifient nullement l'acceptation de la prise en charge des usagers de drogues par tous les médecins généralistes et encore moins des pratiques homogènes. Ainsi, bien que théoriquement, nous soyons passés du paradigme de l'abstinence à celui de la réduction des risques, nombre de médecins généralistes restent réticents, voire opposés, à recevoir et à accompagner l'utilisateur de drogues illicites dans sa démarche de soins qu'elle vise l'abstinence ou la réduction des risques.

Notre intervention est organisée en trois temps.

1. Législations et dispositifs : les traitements en France et en Belgique

Le premier temps est consacré à un bref détour historique retraçant l'introduction des traitements de substitution dans les deux pays. Il s'agit de souligner les différences et d'en expliquer les conséquences sur les pratiques médicales.

A titre d'exemple : la France est le plus gros prescripteur de Subutex® d'Europe, alors que la Belgique a une « longue tradition méthadone » et n'a introduit le Subutex® qu'au début des années 2000. La France a également opté dès les années 1970 pour un dispositif spécialisé, alors que la Belgique ne privilégie pas la spécialisation. Quel est l'impact de ces différences sur la pratique du médecin généraliste ?

2. Des pratiques hétérogènes : variabilité des logiques de prise en charge

Le deuxième temps (cœur de l'intervention) constitue une plongée dans les pratiques des médecins généralistes belges et français. Différentes questions sont abordées : Quels types de pratiques développent-ils ? Quels arguments avancent-ils pour les défendre ? A quelles difficultés (personnelles ou encore en rapport à l'Ordre des médecins ou la justice) sont-ils confrontés ? Quels sont les éléments facilitateurs et les résistances qui définissent les pratiques ? Quelles sont les différentes logiques développées par les médecins et comment cohabitent-elles ?

(1) Pour plus de détails, voir Anseau M., Gustin F., Hodiaumont F., *et al.*, DHC. Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Etude de faisabilité et de suivi : rapport final, Gent, Academia Press, 2005.

(2) Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour toxicomanes dépendants des opiacés, qui précise que seuls ces deux médicaments auront une indication de traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002, *M.B.*, 1^{er} octobre 2002.

Résumés

Activités de formation continue

Ainsi, tout médecin généraliste n'accepte pas de prendre en charge l'usager de drogues, quelle que soit la drogue illicite consommée. Certains refusent d'emblée, d'autres acceptent en imposant un cadre ferme, d'autres encore se bricolent une pratique relativement souple flirtant parfois avec la légalité. Nous reviendrons sur ces trois profils de médecins en développant leur logique, leurs arguments ainsi que les facteurs qui les expliquent (le rapport aux confrères, le rapport à la drogue, leur définition de la médecine, l'importance des expériences passées ainsi que l'impact des législations). Ainsi, les médecins élaborent leurs pratiques en fonction de leurs expériences passées et de leurs connaissances, de leur définition de l'usage de drogues et des prises en charge, de leur représentation des réglementations, puisant dans les ressources disponibles et s'inscrivant dans un cadre imposé.

3. Pour une réflexion sur les enjeux : quelle place la médecine générale souhaite-t-elle prendre dans le traitement de la dépendance et quelle place lui laisse-t-on ?

Enfin, le troisième temps est consacré à différentes interrogations qui sont au cœur de la pratique avec les usagers de drogues. Des questions centrales sont abordées avec les participants, le but n'étant pas forcément d'y apporter une réponse tranchée, mais de permettre de réfléchir sur sa propre pratique. Une de ces interrogations est la suivante : le médecin généraliste est-il réellement l'acteur émergent des soins aux usagers de drogues ? En Belgique et en France, la pratique reste fortement concentrée sur un nombre restreint de praticiens. Bien que certaines études montrent que le nombre de prescripteurs de traitement de substitution augmente, on constate toutefois que la proportion des médecins n'ayant prescrit qu'à un ou deux patients est non négligeable. Une interrogation de fond doit ainsi être pensée : faut-il laisser à tous l'opportunité d'accompagner quelques patients quitte à ce que quelques médecins hors de toute formation et connaissance prennent des risques avec les patients, ou faut-il émettre des conditions strictes et invariables (par le biais de directives de l'Ordre des médecins ou d'une législation spécifique comme c'est le cas en Belgique) quitte à « faire fuir » des médecins potentiellement intéressés ? Il semble que les législations actuelles ne sachent pas quelle voie prendre : à la fois elles prônent un élargissement des prescriptions, mais également un plus grand contrôle donnant lieu à un univers de pratiques complexes, mouvant et indécis.

L'enjeu est donc de savoir si les pouvoirs publics et les professionnels de santé considèrent l'usager de drogues comme un délinquant, comme un malade ou comme un citoyen/acteur de sa propre santé. En fonction de cette définition, les pratiques des uns et des autres prennent des formes distinctes.

Cette communication s'inscrit dans la lignée d'une thèse de doctorat en sociologie défendue en décembre 2007 à l'Université de Lille et intitulée : « Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France) » (sous la direction de Dominique Duprez).

Résumés

Activités de formation continue

AFC 13 - Comment terminer un traitement aux agonistes opiacés ?

Docteur Marc Reisinger, Belgique

Résumé

Une question nouvelle

Cette question a été peu discutée jusqu'à présent. Il y a une dizaine d'années encore, en France, l'énergie de la plupart des intervenants en toxicomanie était consacrée à empêcher le début de ces traitements. Un psychanalyste allait, par exemple, jusqu'à affirmer que l'amélioration du mode de vie, la réduction du risque d'infections HIV et de la mortalité ne suffisaient pas à justifier les traitements de substitution : « Pas de complicité au nom de quoi que ce soit à l'égard d'une pratique substitutive » (Hugo Freda). Pour lui, il était manifestement préférable de mourir sans traitement agoniste que de vivre avec. Le Dr Olievenstein, maître à penser de l'époque, parlait du traitement à la méthadone comme d'une manière de « vivre à genoux » (sous entendant qu'il valait mieux « mourir debout »).

L'émergence des traitements agonistes (méthadone, buprénorphine) est assez récente en Europe. Ce manque de recul entraîne encore une tendance à prescrire des doses aussi basses que possible, le moins longtemps possible.

Ceci est le contraire d'une démarche rationnelle, car la dépendance aux opiacés est une affection chronique récidivante qui nécessite un traitement de durée indéterminée, à dose adéquate, comme toute affection chronique.

Pourquoi ces résistances face à la durée ? L'ancienne vision idéologique des traitements agonistes n'a pas disparu. Certains les pratiquent à leur corps défendant et la qualité des soins s'en ressent. Même des praticiens dénués de préjugés négatifs restent anxieux à l'idée de s'engager dans des traitements longs, car ils n'ont pas encore assez de recul pour être certains que ces traitements sont bénéfiques et qu'ils pourront un jour les achever. Les patients eux-mêmes ressentent l'anxiété des soignants, qui s'ajoutent à la culpabilisation familiale et sociale de rester dépendants d'une substance. Par conséquent, ils réclament souvent des traitements rapides à doses aussi faibles que possible.

Harcelés par les adversaires des traitements agonistes, les praticiens de ces traitements ont pris l'habitude de négliger la question de leur caractère « interminable » ou non, pour se concentrer sur des questions pratiques : comment traiter ?

Comment faire ?

Personnellement je dirais que le premier objectif de ces traitements est de guérir « l'obsession de la fin du traitement » chez les soignants, les patients et dans le milieu environnant. Ceci suppose une démarche introspective des soignants: en quoi l'altérité les dérange, pourquoi veulent-ils la faire disparaître aussi rapidement que possible ? Il faut également aider les patients à prendre conscience de leur culpabilité, de leur impatience, du déni de leurs difficultés, et déceler les pressions familiales et sociales.

Le deuxième objectif est d'atteindre une dose adéquate. La dose initiale doit être augmentée jusqu'à la disparition des quatre symptômes suivants :

- Suppression du manque et arrêt de l'usage quotidien d'héroïne. Le traitement de la dépendance purement physiologique n'est cependant que le premier objectif. Il existe une dépendance plus large, qui met en jeu tout un mode de vie : dépendance aux lieux, aux moments, aux personnes, qui réclame une protection et des doses de médicament plus élevées.
- Arrêt de l'abus d'alcool et de tranquillisants.

Résumés

Activités de formation continue

- Disparition des envies spontanées et des rêves d'héroïne (parfois précurseurs de rechutes).
- Enfin, la dose adéquate est atteinte lorsqu'un patient peut résister aux « tentations », c'est-à-dire aux offres d'héroïne.

Peut-on définir quantitativement cette dose adéquate ? Non, car la dose nécessaire de méthadone dépend du métabolisme individuel et varie d'un ordre de grandeur de 1 à 17. Pour atteindre un taux sanguin efficace, certains patients auront besoin de 50 mg/jour de méthadone, d'autres peuvent avoir besoin de 850 mg/jour.

Cependant, il n'est pas nécessaire de procéder à une mesure du taux sanguin de méthadone. Ce dosage est complexe, car il faut distinguer les deux formes (énantiomères) de la méthadone. On peut, plus simplement, se fier aux quatre symptômes décrits plus haut, plutôt qu'à la demande des patients qui est souvent inférieure à leurs besoins réels (contrairement aux idées reçues).

Il faut soutenir le patient et l'aider à atteindre la dose efficace.

Ensuite, quand et comment diminuer et arrêter le traitement ? Tout d'abord, il est essentiel de résister aux demandes de diminution, tant que tous les 4 symptômes ci-dessus n'ont pas disparu. Ensuite il faut réaliser une diminution très lente des doses, «homéostasique », imperceptible, car toute perception physique de diminution entraîne des effets psychiques déstabilisants.

Conclusions

- Les traitements de substitution ne sont pas interminables.
- Il s'agit de traitements de longue durée : 10-15 ans de traitement régulier
- Premier objectif : atteindre dose adéquate
- Maintenir cette dose pendant quelques années
- Diminuer très lentement (1mg/mois)
- Créer un cadre normalisant pour réduire la marginalisation.

Ce dernier point est essentiel. L'impression qu'il s'agit de traitements à vie n'est pas seulement le résultat du manque de recul chronologique en Europe. Cette impression prédomine aussi aux États-Unis, où la méthadone est utilisée depuis plus de 40 ans.

La pratique américaine est vaste en termes quantitatifs (ancienneté et nombre de patients traités), mais étroite en termes qualitatifs.

La méthadone est délivrée dans des dispensaires spécialisés, séparés de l'ensemble du système médical. Ces centres consolident l'identité des patients en tant que toxicomanes, au lieu de la faire disparaître. Il existe des listes d'attente à l'entrée. La méthadone est donc recherchée en rue et les patients sont tentés de la revendre pour acheter de l'héroïne. Ce qui rend les traitements moins efficaces et oblige les programmes à fonctionner de manière rigide, empêchant l'autonomisation des patients: prise quotidienne de la méthadone sur place, contrôles urinaires, exclusion des patients en cas de rechutes.

Le système des dispensaires de méthadone américains renferme une contradiction qui l'empêche d'atteindre son but. Il n'est pas étonnant que le lancement du Subutex/Suboxone rencontre un succès important, car ce médicament est prescrit dans un cadre « normal » (médecine de ville), ce qui est une nouveauté totale.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 14 - Dépendance aux opioïdes et développement des habiletés parentales : Présentation de projet d'appartements supervisés Logis Phare.

Madame Sophie Bel, Québec, Canada

Résumé

Le projet Logis Phare s'est formé quand je faisais le suivi des femmes enceintes au CRAN, suite à plusieurs constats. Il s'agissait de créer une structure d'appartements supervisés à prix modique, s'inspirant des coopératives de logements, qui pourrait répondre au besoin de ces jeunes parents. La majorité des structures supervisées existantes s'adressent en général exclusivement à la mère et à ses enfants. La plupart des femmes suivies pendant la grossesse sont en couple, et tiennent à le rester. Certaines mères perdent la garde de leurs enfants au profit du père et il nous semblait pertinent de proposer un lieu propice au développement des habiletés parentales, à la réalisation de leur projet de réinsertion (retour aux études ou sur le marché du travail), dans un environnement sécuritaire. Le projet a accueilli sa première résidente en novembre 2005. Depuis, avec nos partenaires du Mûrier, nous avons dû apprendre à nous adapter et à répondre à de multiples situations. Aléas cliniques aussi bien que financiers qui nous ont forcés à faire évoluer l'encadrement prévu initialement sans pour cela renoncer à nos objectifs de départ. Nous pensons avoir trouvé un certain équilibre de fonctionnement, bien que cet équilibre soit toujours sujet à remise en question.

AFC 15 - Traitement avec prescription d'héroïne : bilan de 10 ans d'expérience en Suisse

Docteur Christoph Bürki, Suisse.

Résumé (notre traduction)

Histoire des traitements avec prescription d'héroïne en Suisse

La prescription d'héroïne a été introduite en Suisse en 1994. Elle était l'une des nombreuses réponses à la menace, pour la santé publique et l'ordre public, que représentait l'épidémie d'usage de drogues par injection, qui devenait très visible dans la plupart des grandes villes germanophones de la confédération ; prenant la forme d'immenses scènes ouvertes d'usage de drogue. Dans un premier temps, l'initiative de prescription d'héroïne fut mise en œuvre sous la forme d'une étude clinique nommée PROVE ; réalisée à partir d'une cohorte non randomisée répartie dans plusieurs centres. Cette étude était menée conjointement par l'Institut de recherche sur les addictions de Zurich et l'Office fédéral de la santé publique, en étroite collaboration avec de nombreuses villes, institutions sanitaires et sociales ainsi qu'avec les cantons.

La prescription d'héroïne, ou le traitement assisté par héroïne (HAT) comme on le nomme aujourd'hui, a été introduit en complément à différentes modalités de traitement. Le traitement de maintien à la méthadone était alors accessible dans la plupart des cantons, non seulement dans les centres

Résumés

Activités de formation continue

spécialisés, mais auprès de l'ensemble des médecins. Les mesures de réduction des méfaits telles que les sites d'échanges de seringues, des centres à bas seuil d'exigences d'accès, avec salles d'injections, existaient également dans la plupart des villes de Suisse. En outre, un nombre suffisant de lits de désintoxication et un bon nombre de places de traitement résidentiel à long terme (2 ans et plus) étaient disponibles. Donc le traitement avec prescription d'héroïne visait, et vise encore aujourd'hui, des personnes ne pouvant être rejointes par les approches de traitement plus traditionnelles ou dont le traitement avec celles-ci s'est soldé par un échec. Plus précisément, avant de bénéficier d'un traitement avec prescription d'héroïne, un patient devait et doit toujours : 1) prouver qu'il est dépendant des opioïdes depuis minimalement deux ans, 2) prouver qu'il a fait plusieurs tentatives de traitement infructueuses, 3) avoir minimalement 20 ans (18 ans aujourd'hui), 4) présenter de sérieuses conséquences sanitaires ou sociales associées à sa dépendance, 5) être officiellement domicilié dans une zone couverte par une clinique de prescription d'héroïne.

Cadre législatif

Les résultats de l'étude PROVE, publiés en 1996, mettaient en évidence les résultats positifs du traitement avec prescription d'héroïne en termes de mortalité, de santé, de situation sociale, d'usage d'héroïne illégale, d'usage concomitant d'autres substances ainsi qu'une impressionnante diminution des activités criminelles et délinquantes, corroborée tant par les déclarations des sujets de recherche, que par les observations des forces de police et une analyse des données relatives aux emprisonnements. De plus, une analyse du rapport coûts/bénéfices démontra que le traitement avec prescription d'héroïne était rentable pour la société suisse. Les résultats impressionnants de cette étude conduisirent l'Office fédéral de la santé publique à faire du traitement avec prescription d'héroïne une forme légale et reconnue de traitement externe de la dépendance aux opioïdes. La Diaphin®, nom commercial de l'héroïne de prescription devint une médication enregistrée et remboursée par le système d'assurance-santé.

À deux reprises, des référendums fédéraux sur la prescription d'héroïne ont été tenus et ont confirmé la perception positive du public à l'égard de ce type de traitement. Cela a probablement fait du traitement avec prescription d'héroïne le traitement médical le plus approuvé démocratiquement, mais aussi le plus hautement contrôlé au monde.

Dans l'intervalle, un corpus de recherche prenant de l'ampleur, tant au niveau national qu'international, s'est joint au projet initial suisse. Plus particulièrement, les études hollandaises et allemandes ont confirmé les résultats obtenus en Suisse, et ce, avec des protocoles de recherche méthodologiquement plus rigoureux (échantillons randomisés).

La clinique KODA à Berne

Notre clinique a vu le jour en 1994. Elle fut la seconde à être implantée sur un total de 20 cliniques en Suisse. Le nombre de patients en traitement a graduellement augmenté jusqu'en 2002, lorsque nous avons atteint le nombre de 200. Aujourd'hui, il n'y a plus de liste d'attente, ce qui indique que le niveau de saturation a été atteint dans notre groupe cible de personnes présentant une dépendance sévère et consommant depuis longtemps. Ceci correspond aux observations épidémiologiques décrivant une diminution de l'incidence d'usage d'héroïne en Suisse ainsi qu'une augmentation de l'âge moyen des patients s'adressant aux institutions de traitement des dépendances ou de réduction des méfaits.

KODA est le plus grand centre de traitement avec prescription d'héroïne en Suisse. Il fonctionne avec une équipe de 35 professionnels de différents champs d'expertise, dont la plupart travaillent à temps partiel.

Résumés

Activités de formation continue

Pratique clinique du traitement avec prescription d'héroïne

Au cours des 14 dernières années, une importante expérience clinique en matière de prescription d'héroïne a été accumulée par les centres suisses, conduisant à la production de lignes directrices cliniques et de recommandations. Celles-ci furent dans un premier temps publiées sous forme de manuel par l'Office fédéral de la santé publique, précisant la composition des équipes et les mandats des différents intervenants, les modalités organisationnelles et l'équipement requis pour les cliniques de prescription. Graduellement, les médecins du domaine des addictions ont pris en charge la production des lignes directrices cliniques par le biais sous-comité de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM). Aujourd'hui il existe des guides de pratique pour différents aspects du traitement avec prescription d'héroïne, tant sur le plan national, au niveau législatif et professionnel, qu'au niveau local. Ces recommandations touchent à la prescription additionnelle de méthadone, à l'usage concomitant de benzodiazépine et de cocaïne, au dosage, ECG, à l'exclusion, à la terminaison de traitement, à l'hospitalisation des patients, à l'hypoxie, à l'intoxication, à l'usage intramusculaire ou oral de Diaphin®, aux tests de laboratoire, au traitement multidisciplinaire, à la possibilité d'emporter des doses à domicile, aux effets secondaires, etc.

Difficultés, limites et challenges du traitement avec prescription d'héroïne aujourd'hui

Un sous-groupe de patients en traitement avec prescription d'héroïne ne parvient pas à se stabiliser de façon substantielle au cours du traitement et maintient son usage de cocaïne ou autres substances. Pour ceux-ci, un contact quotidien avec l'équipe soignante permet de mener des interventions motivationnelles ainsi que de prendre des mesures de réduction des méfaits de tout genre, par exemple en matière de détection et de traitement précoce de complications somatiques. Toutefois, davantage d'interventions en lien avec l'usage de cocaïne doivent être développées.

Quelle personne dépendante profite le mieux de quel traitement et à quel prix ? Il est généralement difficile de répondre à cette question en matière de traitement des dépendances, non seulement lorsque l'on s'intéresse au traitement avec prescription d'héroïne. En Suisse, sur les 25 000 usagers de drogues estimés, la majeure partie (environ 15 000) bénéficie d'un traitement de maintenance à la méthadone ou à la buprénorphine (environ 500), 2000 personnes sont en traitement résidentiel et seulement 1300 personnes sont traitées avec prescription d'héroïne. Le traitement avec prescription d'héroïne est donc une intervention de seconde, voire de troisième ligne, s'adressant à un public spécifique ayant échoué avec d'autres traitements, qui a sa place dans le continuum des services offerts aux personnes dépendantes des opioïdes. Il s'agit d'un traitement efficace, bien que long (50% des patients demeurent en traitement après 3,3 ans et certains sont en traitement depuis 14 ans). Celui-ci doit en effet être considéré comme un traitement à long terme régulier pour dont les payeurs des taxes, les politiciens et les compagnies d'assurance doivent sans cesse être convaincus de l'utilité et des bénéfices qu'il génère au regard de la nature chronique de la maladie qu'est la dépendance aux opioïdes.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 16 - La prise en compte de la souffrance psychique dans le traitement des addictions en Centre Thérapeutique Résidentiel.

Monsieur François Hervé, France

Madame Agathe Bouillet, France

Résumé

Tout d'abord, nous nous attacherons à distinguer la souffrance psychique de la maladie psychiatrique : si la souffrance psychique accompagne le plus souvent la maladie psychiatrique, elle peut aussi se rencontrer sur des terrains non pathologiques. Nous nous attacherons alors à en distinguer les contextes (souffrance préexistante, souffrance induite par la dépendance) et les manifestations, en particulier sur deux axes : l'altération de la puissance d'agir, l'altération de la capacité à communiquer.

À partir de ces éléments, nous illustrerons les modalités de prise en charge permettant de tenir compte de cette souffrance, et qui permettent d'articuler les soins médicaux nécessaires à la personne avec son projet de vie.

Nous montrerons la coexistence de temporalités du soin différentes (le temps de la médecine, le temps de l'insertion, le temps psychique...) et le travail de liaison de ces temps nécessaire à la réduction de la souffrance et à la mise en œuvre d'un projet personnel.

Enfin, il ne suffit pas de proposer des programmes que nous pensons pertinents, encore faut-il qu'ils soient suffisamment explicites pour faire percevoir aux personnes les bénéfices qu'elles peuvent en tirer.

Nous aborderons donc en conclusion de cette conférence les modalités de communication, ou les pièges à éviter afin de proposer à notre public des dispositifs adaptés à leurs besoins.

AFC 17 - Prise en compte de la dépendance à l'alcool dans les protocoles de substitution à la méthadone, réflexion autour de deux approches.

Docteur Thomas Rathelot, Suisse

Docteur David Knobel, Suisse

Résumé

Une dépendance à l'alcool est fréquemment retrouvée chez les patients en substitution de méthadone. Dès lors, la question de l'administration d'un tel psychotrope à un patient potentiellement alcoolisé, avec les craintes liées à la potentialisation des effets sédatifs, est récurrente dans les centres de traitement par méthadone. Nous allons discuter ici du changement dans notre institution qui a vu le passage d'un protocole d'évaluation basé sur l'éthylomètre à un protocole basé sur l'évaluation clinique globale.

Résumés

Activités de formation continue

Le protocole précédant s'appuyait sur l'éthylomètre avec une limite fixe à partir de laquelle le traitement de méthadone ne pouvait être administré qu'après évaluation médicale. Ceci, dans un contexte de "pression culturelle" conduisant souvent à des modifications ou des suspensions d'administration du traitement de substitution. Ce système basé sur l'évitement de tout risque de surdosage fonctionnait avec un contrat général appliqué à tout patient sous substitution. Ce protocole a comme effet secondaire indésirable que tout patient avec une dépendance à l'alcool, et se présentant donc régulièrement ou toujours avec une alcoolémie supérieure au seuil prédéterminé, ne peut pas bénéficier d'une substitution stable. Il met régulièrement notre consultation en crise, notamment en raison de la violence de certains patients se voyant refuser leur traitement.

Ces difficultés ont conduit à la mise en place d'un nouveau protocole centré sur l'état clinique du patient, en particulier son état de vigilance. L'état de vigilance est un indicateur plus fiable de la capacité d'un patient à supporter une prise d'un médicament déprimeur de système nerveux central comme la méthadone. Les patients présentant une dépendance alcoolique chronique peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge de leur addiction opioïde sans risquer de voir leur traitement de méthadone interrompu brusquement en fonction d'un seul examen paraclinique ne présentant que peu de signification physiologique (tolérance).

Depuis le changement de protocole, il est maintenant possible de prendre en soins des patients présents une polytoxicomanie alcool et opiacés, dans un climat non violent et centré sur les besoins du patient, tout en s'assurant de la sécurité d'utilisation de la méthadone. La dépendance à l'alcool, initialement source de conflit et d'exclusion devient un élément intégré dans la problématique clinique générale du patient.

AFC 19 – Grossesse et traitement de la dépendance aux opioïdes : le modèle d'intervention proposé du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)

Docteur Samuel Harper, Québec, Canada

Madame Anne-Marie Mecteau, Québec, Canada

Résumé

Une grossesse chez une femme en traitement de substitution est une situation complexe sur le plan médical et psychosocial. Elle constitue une fenêtre d'intervention propice au changement et peut mobiliser plusieurs forces vers une nouvelle motivation. L'interdisciplinarité s'avère essentielle pour soutenir le parent dans sa démarche. Le Cran, en partenariat avec le CSSS Jeanne Mance, offre un service périnatalité pour les femmes en traitement de substitution.

Le docteur Samuel Harper, qui assure le suivi médical dans le cadre de ce service, partagera avec vous ses constats quant à la spécificité de travailler auprès de cette clientèle. Le cadre du suivi méthadone/grossesse, le sevrage néo-natal, l'allaitement et l'impact du « rooming in » compteront parmi les thèmes abordés. Anne-Marie Mecteau, qui a le mandat d'offrir des services psychosociaux aux femmes enceintes, discutera, entre autres, des défis reliés à l'offre de service, dont l'objectif est de s'adapter à la spécificité de chaque personne.

Résumés

Activités de formation continue

Le rôle de l'entourage, la liaison entre ressources et le maintien en traitement sont particulièrement déterminants dans le suivi. Des expériences négatives antérieures avec le réseau de la santé et des services sociaux peuvent affecter l'ouverture face à l'offre de service, ce qui devient un enjeu clinique important. À partir d'illustrations cliniques, nous tenterons de vous présenter notre approche auprès de cette clientèle, qui se veut à la fois systémique et axée sur la femme.

L'offre de service périnatalité conçoit la relation thérapeutique comme facteur facilitateur dans le développement du lien d'attachement entre la mère et le nouveau-né. En travaillant en amont de l'accouchement, nous souhaitons favoriser que la femme puisse vivre le processus de la naissance et de la maternité le plus positivement possible, et avoir recours aux ressources qui peuvent l'aider, avec confiance.

AFC 20 - Prise en charge en réseau de patients substitués. Une expérience française de partenariat secteur public/secteur privé, fondé sur la transdisciplinarité dans le département de la Loire

Monsieur Jo-Marie Collard, France

Stéphane Riou, France

Résumé

L'intervention visera à montrer l'intérêt d'organiser prescription et accompagnement de la substitution aux opiacés à l'intérieur de deux réseaux très structurés, articulant :

- D'une part, le secteur hospitalier public, mobilisant un service ambulatoire spécialisé l'UTDT (l'Unité de Traitement de la Dépendance et de la Toxicomanie du CHU Bellevue de Saint-Étienne) et un centre d'addictologie l'ELSA (l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie du Centre Hospitalier de Roanne).
- D'autre part, le secteur médico-social privé représenté par le Centre Rimbaud, un centre de soins associatif présent sur les sites de Saint-Étienne et de Roanne. Il propose une palette de prestations variées et complémentaires : accompagnement médico-social, hébergement thérapeutique (appartements relais, travailleurs de rue, des outils d'aide à la réduction des risques et des consultations spécialisées médico-psychologiques).
- Enfin, la médecine de ville et la pharmacie d'officine.

On s'attachera à démontrer comment dans une agglomération de taille moyenne (250 000 habitants à Saint-Étienne soit un dixième de Montréal) et une petite ville (40 000 habitants pour Roanne) un tel mode d'organisation établi par convention entre les établissements, est à même de mettre en œuvre une prise en charge globale de patients lourdement marginalisés par de longs parcours de polytoxicomanie.

Cette démonstration sera illustrée par des exemples cliniques et la description d'outils innovants permettant :

Résumés

Activités de formation continue

- un renforcement des équipes et une meilleure coordination de la prise en charge des toxicomanes (mise à disposition de personnels soignants, transfert de service),
- un management motivationnel et une politique de formation des différents acteurs du réseau (échanges de pratique, formation d'adultes relais),
- une protection contre le risque de toute-puissance,
- une démarche de resocialisation qui peut être accompagnée dans la longue durée.

Enfin, on verra comment cette organisation, représentée dans les différents lieux décisionnels de notre secteur, permet aussi bien de défendre la cohérence que de garantir la pérennité et l'adaptabilité de nos dispositifs d'aide et de soin dans l'intérêt de nos usagers.

AFC 21 - Vieillesse des patients en traitement de substitution : défis et perspectives

Docteure Barbara Broers, Suisse

Résumé

Objectif général

Discuter des défis que pose le vieillissement d'une importante partie des personnes dépendantes des opioïdes traitées avec une médication de substitution.

Avec l'introduction des traitements de substitution et les mesures de réduction de méfaits, la très grande surmortalité liée aux overdoses et infections VIH chez les usagers de substances psychoactives a diminué. Aussi, en plusieurs pays européens, l'héroïne n'est plus «à la mode» chez des jeunes, qui consomment davantage de l'alcool et des drogues stimulantes. Ceci pris ensemble fait que l'âge moyen des patients en traitement de substitution d'opiacés augmente de façon continue. Par exemple, à Genève, l'âge moyen des patients en traitement de méthadone était de 30 ans en 1995, de 37 ans en 2003. En Suisse, l'âge moyen des patients à l'entrée en traitement de substitution par diacétylmorphine était de 31 ans en 1995, 33 en 2000, 35 en 2006. Pour l'ensemble des patients dans ces programmes la moyenne d'âge était 39 ans en 2006, avec 17% d'entre eux âgés de plus que 45 ans (âge maximum 69 ans)

À part l'augmentation de l'âge d'autres facteurs influencent la santé de ces patients :

- augmentation de la poly-consommation ;
- augmentation de la prescription des médicaments psychiatriques ;
- conséquences à long terme des hépatites chroniques, notamment HCV

À Genève, nous avons répertorié les causes d'hospitalisation des usagers de substances à l'hôpital général depuis 1993, et de façon intermittente les causes de consultations médicales ambulatoires dans des programmes de substitution d'opiacés.

Résumés

Activités de formation continue

Nous avons constaté l'évolution suivante :

- à l'hôpital: nette baisse des hospitalisations pour des problèmes liés au VIH, fluctuation des hospitalisations pour abcès (liées à l'introduction des mesures de réduction de méfaits et usage de cocaïne), augmentation des hospitalisations pour cirrhose hépatique, cancers (notamment hépatique, pulmonaire et ORL), interactions médicamenteuses et fractures pathologiques (sur inactivité physique et usage chronique d'opiacés) ;
- en ambulatoire : baisse des consultations pour problèmes infectieux aigus, mais augmentation des consultations pour interactions médicamenteuses (surtout syndrome de QT-long), complications des insuffisances hépatiques (HCV non traité plus consommation excessive d'alcool), et maladies liées à une nutrition inadéquate, inactivité physique, et tabagisme (comme obésité, diabète type 2, hypertension, bronchite chronique et COPD, ostéoporose précoce, etc.)

On peut considérer qu'on est de plus en plus concerné par des « problèmes de gériatrie avant l'âge de 50 ans »

Les défis

Les professionnels du domaine des addictions devraient être conscients de ces changements démographiques et des problèmes médicaux que posent les patients en traitements de substitution. L'éducation du patient et les conseils de réduction des méfaits devraient inclure aussi les comportements de santé habituels comme la nutrition, l'activité physique, l'usage de tabac et de l'alcool.

Les médecins devraient être conscients des risques liés aux poly-prescriptions, surtout en cas d'insuffisance hépatique. Le traitement (précoce) de l'hépatite C devrait être encouragé.

Pour les patients il y a le défi de gérer plusieurs maladies chroniques à la fois (addiction plus le reste...), la complexité des traitements et plusieurs changements de comportements de vie.

Au niveau communautaire et sociétal les défis seront de mettre en place des structures de soins adéquates (home spécialisées ? équipes mobiles ?) et maintenir une volonté politique et sociale de soutien aux populations défavorisées.

AFC 22 - Toxicodépendance et troubles psychiques : le défi thérapeutique posé par les troubles concomitants

Docteur Isabelle Gothuey, Suisse

Résumé

La cooccurrence de problématiques d'abus ou de dépendance aux substances psychotropes et troubles psychiques est d'une grande fréquence, variant de 16 % à 57 % de prévalence vie selon les études^{1,2} On relèvera d'une part que l'abus de substances est très fréquent parmi les patients présentant des pathologies psychiatriques³ ; et que d'autre part les patients dépendants d'alcool et de drogues sont susceptibles de développer ou d'aggraver des symptômes psychiatriques dus à l'effet des substances consommées. Ces deux problématiques sont donc souvent intriquées et interagissent mutuellement l'une sur l'autre⁴.

Résumés

Activités de formation continue

Ceci conduit généralement à porter un « double diagnostic », soit un diagnostic de trouble mental et un diagnostic d'une ou plusieurs pathologies addictives (abus ou dépendance) associées. Plusieurs hypothèses explicatives, non exclusives les unes par rapport aux autres, sont avancées pour expliquer cette association.

- Les troubles psychiques peuvent être primaires et préexister avant le début de la conduite addictive. Cette dernière est alors comprise comme une forme « d'automédication » d'une souffrance psychique sous-jacente.
- Les troubles psychiques sont secondaires, liés aux effets de la substance consommée, ou s'installent durablement en raison des conséquences à long terme de la conduite addictive.
- Il existe des facteurs développementaux de vulnérabilité communs aux troubles mentaux et aux conduites addictives, dont de possibles relations biologiques.
- Enfin, les deux troubles peuvent exister de manière concomitante sans forcément de liens de causalité l'un avec l'autre.

Un grand intérêt est porté depuis plusieurs années à ces patients présentant des troubles concomitants, dits « doubles diagnostics », notamment parce qu'ils mettent à mal les stratégies usuelles de soins prévues pour les personnes dépendantes ou pour les personnes souffrant de maladie mentale. Certains travaux ont ainsi montré le caractère peu efficace des méthodes traditionnelles de prise en charge des addictions quand il existait une pathologie mentale associée. On a aussi pu montrer que ces patients utilisent plus fréquemment les services médicaux et sociaux, sont plus souvent suicidaires, présentent une moins bonne compliance au traitement⁵, sont souvent instables du point de vue de leur hébergement et adoptent plus régulièrement des comportements criminels ou violents.⁶ Enfin, ces formes d'addictions s'avèrent généralement de plus mauvais pronostic⁶. Le but de cette présentation est de faire un état des lieux des connaissances scientifiques sur les troubles concomitants et des différentes stratégies de soins possibles.

Bibliographie

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.
2. [Kranzler HR, Rosenthal RN](#). Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *Am J Addict* 2003; 12 (Suppl.) 1:26-40.
3. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999; 174:150-153.
4. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 235-253.
5. [Drake](#) RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsych* 1996;66: 42-51.
6. Havassy BE, Alvidrez J, Owen KR. Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *Am j Psychiatry* 2004, 161(1):139-145.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 23 – Hépatite C, l'accompagnement au-delà de la prescription : intervention par les pairs aidants

Madame Laurence Mersillan, Québec, Canada

Résumé

Vision globale de l'hépatite C

180 000 millions de personnes dans le monde, 240 000 au Canada, 50 000 au Québec.

Sept fois plus de personnes atteintes qu'avec le VIH, beaucoup plus virulent puisque le virus vit quelques heures à l'air.

2000 cas dépistés /année au Québec, 10% sont traités. Augmentation du nombre de cancers liés à un diagnostic d'hépatite C et augmentation du nombre de décès chez les personnes hospitalisées (les seuls comptabilisés).

Le fléau continue à progresser dans nos pays en l'absence d'une politique gouvernementale claire pour l'éradication du désastre et la sensibilisation de la population afin de prévenir les nouvelles contaminations et de faire taire les tabous et autres idées reçues. Un manque flagrant de connaissances sur la maladie et ses modes de transmission n'est pas un vecteur susceptible d'enrayer l'épidémie.

Il faut donc répondre à l'ampleur de l'épidémie par l'éducation, l'action sociale et les services communautaires.

Motivation et objectifs menant à la création d'un centre d'aide

J'ai appris en décembre 2001 que j'étais porteuse d'une hépatite C chronique, génotype 1, probablement contractée 20 ans plus tôt lors d'une transfusion sanguine.

Je travaillais comme intervenante dans une maison d'hébergement sida. Forte de quelques années d'étude de médecine, le VIH, la co-infection VHC et/ou VHB faisaient partie de mon quotidien. J'avais l'habitude d'expliquer la maladie, d'accompagner les patients, et de les supporter au meilleur de mes possibilités et connaissances.

J'avais déjà pu constater que l'hépatite C n'était pas bien connue, souvent laissée de côté, associée à des tabous, et surtout le parent pauvre du VIH en matière de ressources à cause du manque de symptômes apparents qui n'en faisait pas une urgence à traiter.

C'est un ensemble de tous ces facteurs qui a fait que j'ai pensé être capable de fonder une ressource communautaire en hépatite C. Pour répondre à des besoins criants, pour faire circuler la bonne information, pour aider la population atteinte et leurs proches, pour publier des brochures vulgarisées correspondant mieux aux attentes du public, pour rendre accessible le traitement à un plus grand nombre, mais aussi pour sensibiliser et former d'autres intervenants.

La dynamique suggérée, au travers des services proposés

- Prévention, information : pour générer une prise de conscience collective de la potentielle gravité de l'hépatite C et engendrer une démarche de dépistage chez les personnes concernées.

Résumés

Activités de formation continue

- Aide, soutien, écoute pour les patients sur traitement et leurs proches, afin de briser l'isolement et répondre aux attentes.
- Références médicales, liens avec les services médicaux concernés pour patients nouvellement dépistés, pour les personnes atteintes mal informées ou sans suivi.
- Promotion de la recherche.
- Publications.
- Formation d'intervenants de centres communautaires ayant une clientèle à risque ou touchée par le VHC.
- Ateliers hépatite C et traitement dans les centres carcéraux.

Les répercussions sur les personnes atteintes et leurs proches

- La reconnaissance des patients atteints, la volonté d'échange pour tirer profit de l'expérience d'autrui, mais aussi pour briser l'isolement, justifient l'importance de la parole commune.
- L'accompagnement aux démarches en vue d'entreprendre un traitement est un grand soulagement pour les patients et les proches, qui sont souvent démunis face à la problématique. La collaboration avec le réseau de la santé permet le suivi psychosocial de ces personnes.

L'importance d'une complicité à double sens établie avec les équipes médicales traitantes

- L'association est un espace de paroles, elle autorise un autre temps d'échange, elle permet l'expérimentation d'un autre type d'accompagnement au-delà de la prescription ou de la relation duelle.
- Un regroupement de professionnels et de malades autour d'un objectif commun.
- Échange nécessaire pour valider les actions, et s'assurer que l'information dispensée soit pertinente.

Le pouvoir des groupes de patients

- La légitimité et la représentativité d'un groupe de personnes dédiées à une cause spécifique, peut avoir un réseau d'influence politique, médiatique et sociale de grande portée.
- Le groupe de patients sert aussi à faire connaître ce que vivent les personnes atteintes à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les hépatites.

« Il ne faut pas juger d'un homme par ce qu'il ignore, mais par ce qu'il sait » (Vauvenargues)

La connaissance par la vulgarisation de l'information

Le manque de sensibilisation indique clairement que peu de gens comprennent l'ampleur du problème. L'hépatite C étant une maladie infectieuse pour laquelle il n'y a encore aucun vaccin, elle représente une menace importante à la santé publique.

La non-existence de campagnes de sensibilisation, fait en sorte qu'il faut:

- promouvoir le droit à l'information de toute personne concernée par les hépatites,
- favoriser la connaissance des hépatites,
- orienter les appelants vers les services de proximité les mieux adaptés à leurs besoins (associations, professionnels de santé, CLSC, etc....),

Résumés

Activités de formation continue

- soutenir les personnes atteintes ainsi que leurs proches,
- publier des brochures dans un langage simple et accessible à tous

Un complément important à l'équipe médicale

- Par l'entremise des groupes de support, de la ligne d'écoute accessible sept jours sur sept.
- Pour une préparation, un soutien pendant et post traitement.
- Grâce à un échange et une confiance réciproque entre les équipes soignantes et l'équipe associative.

Une prise en charge des patients grâce à l'implication

- Un conseil d'administration «Par et Pour» composé d'une majorité de personnes atteintes pour que les décisions soient prises par la population concernée.
- L'implication personnelle des personnes atteintes est une réponse à un besoin fréquemment mentionné qui positive ainsi l'aspect psychologiquement négatif de la maladie.

Un bilan positif sans discrimination

Priorité de santé publique, les hépatites constituent des affections d'une gravité potentielle, caractérisées par une grande multiplicité de situations à risque, de tableaux cliniques et de conséquences d'administration sur la vie courante.

L'expertise des centres communautaires en matière d'adaptation à une clientèle marginalisée n'est plus à prouver.

Un organisme communautaire s'inscrit comme un dispositif d'information, de prévention, de soutien et de formation, tout en préservant la confidentialité, en annihilant les jugements et l'exclusion.

AFC 24 - L'approche motivationnelle auprès de patients psychotiques et toxicomanes : l'expérience de l'équipe DD (double diagnostic) du CHUM

Docteure Martine Vincent, Québec, Canada

Monsieur Claude Potvin, Québec, Canada

Résumé

L'équipe DD offre des services spécialisés de groupe à des patients psychotiques (ex. schizophrénies, troubles schizo-affectifs, etc.) et toxicomanes. Actuellement, deux groupes sont offerts dont l'un d'eux s'adresse spécifiquement à des jeunes patients âgés entre 18 et 30 ans. Les groupes ont lieu une heure par semaine et sont animés par trois thérapeutes. Chacun des groupes peut accueillir de 6 à 8 participants et est semi-ouvert. La durée du traitement est indéterminée. Les participants des groupes sont suivis par une équipe traitante et un partenariat s'est établi entre ces équipes et l'équipe DD. Notre service correspondrait à ce qu'on nomme un traitement parallèle qui se fait, contrairement aux traitements parallèles habituels, dans une même institution. Notre approche, pour sa

Résumés

Activités de formation continue

part, est intégrée dans les groupes mêmes. Nous intervenons sur les deux problématiques que nous percevons comme interreliées, la drogue n'étant pas un corps étranger qu'on peut extraire, mais bien un élément de la structure psychique du patient, la structure psychotique en ce qui nous concerne.

Les services de l'équipe DD ont été mis sur pied en octobre 1993. Les professionnels et médecins impliqués à l'époque avaient le souci de combler les lacunes quand l'accessibilité des services pour les patients suivis en psychiatrie et présentant des problèmes d'abus ou de dépendance à des substances psychotropes. Depuis cette initiative, plusieurs adaptations ont été nécessaires, entre autres, l'adoption de l'approche motivationnelle et psychanalytique. La première approche nous permet d'être attentifs aux aspects motivationnels liés aux deux problématiques (ex. ambivalence quant à la consommation de drogues, résistance face aux traitements pharmacologiques, etc.). Pour sa part, l'approche psychanalytique nous permet de comprendre la dynamique complexe entre la substance et l'équilibre psychique précaire que l'individu a tenté de construire. Nous nous sommes rendu compte que les patients psychotiques du groupe sont surtout aidés par la fonction contenante du groupe (dimension affective). Le groupe permet donc d'accueillir et de contenir les éléments que les patients ne peuvent élaborer ou intégrer par eux-mêmes et ainsi à freiner les agirs toxicomaniaques et délirants.

Dans le but d'éviter de confondre les deux approches, nous insisterons lors du colloque sur les techniques inspirées de l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick en glissant quelques mots, sans plus, sur l'approche psychanalytique. Suite à une présentation des concepts fondamentaux de l'approche motivationnelle, nous illustrerons les différentes étapes de changement (pré contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute) et les stratégies d'intervention les plus susceptibles d'aider le patient à chacune de ces étapes. Nous terminerons en présentant les pièges à contourner et les techniques thérapeutiques des phases d'intervention de l'approche motivationnelle soit « construire la motivation au changement » (phase I) et « renforcer l'engagement au changement » (phase II). Des illustrations de cas permettront de mettre en lumière les enjeux liés aux problématiques ainsi que les techniques.

AFC 25 - Patients souffrant d'addictions et traitement des traumatismes psychiques avec l' E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization et Reprocessing).

Monsieur Claudio Reto Crotti, Suisse

Résumé

Cette communication sur le traitement des traumatismes psychiques avec une population de patients souffrant d'addictions relate l'expérience en cours dans le cadre des prises en charge psychothérapeutiques ambulatoires proposées aux patients du Centre de Grand-Pré de la Fondation PHENIX à Genève (Suisse).

Un grand nombre de nos patients souffrant d'addictions sont victimes de lourds traumatismes psychiques indépendamment de leurs âges et de leurs origines socio-culturelles.

La fréquence de leur apparition, l'intensité des émotions négatives générées, les conséquences sur le plan des comportements adaptatifs et l'impossibilité d'intervenir efficacement à long terme sur les

Résumés

Activités de formation continue

effets nuisibles de ces traumatismes, ont abouti à la tentative d'utiliser un instrument thérapeutique tel que l'E.M.D.R.

L'utilisation de la thérapie E.M.D.R. avec un certain nombre de patients du Centre a débuté en 2004 et se poursuit actuellement avec des patients provenant d'autres centres de la Fondation ainsi que de patients « externes ».

Le but de mon travail avec ces patients victimes de traumatismes est le suivant :

- proposer un instrument de travail leur permettant d'aboutir à la disparition des symptômes liés aux événements traumatiques du passé ;
- diminuer l'état de stress ;
- favoriser à long terme, la disparition des comportements addictifs.

Ma communication consistera en :

1. Une brève présentation de la thérapie E.M.D.R.:

- définition des patients (avec ou sans traitement de substitution) susceptibles de bénéficier de ce traitement psychothérapeutique ;
- les contre-indications ;
- les préalables au traitement :
 - le diagnostic des troubles dissociatifs ;
 - la vérification des capacités d'auto-apaisement grâce au « lieu sûr » ;
 - les possibilités de mobilisation des ressources du patient ;
- le cadre thérapeutique : nombre de séances, fréquence, rythme (continu ou alterné selon l'évolution de la psychothérapie).

2. Quelques chiffres relatifs à l'ensemble de l'expérience concernant

- le cadre thérapeutique ;
- les types de traumatismes traités ;
- le nombre de demandes de psychothérapie, les psychothérapies entreprises, interrompues, terminées.

3. Trois brefs résumés cliniques des thérapies E.M.D.R. actuellement pratiquées selon qu'il s'agisse :

- d'un patient « externe » souffrant d'une dépendance légère ;
- d'un patient en traitement de substitution ;
- d'un patient en psychothérapie « classique » nécessitant une intervention ciblée et de courte durée sur un traumatisme en particulier.

4. Un bilan des objectifs atteints.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 26 - Le journal d'ASUD : de la presse du coeur à la presse du corps.

Monsieur Fabrice Olivet, France

Résumé

Le journal de l'auto support des usagers de drogues (ASUD) est une initiative émanant d'un groupe de pairs pris dans le malstrom de l'épidémie de sida au début des années 90 (le premier numéro est paru en février 1992).

Quinze années et 35 parutions plus tard, le journal d'ASUD est un outil de santé publique reconnu, financé de manière pérenne par le ministère de la Santé, apprécié des structures de soins, utilisé par les professionnels et les usagers, et agréé par l'État comme un partenaire officiel de la mise en place des politiques de drogues.

Comment un engagement militant, essentiellement venu du coeur, inscrit dans la mouvance très contestataire de la lutte contre les discriminations frappant toxicomanes et homosexuels, a-t-il pu devenir une entreprise de presse sanitaire, financée, entre autres, par une multinationale pharmaceutique ?

ASUD journal a forgé son identité en dénonçant le caractère inique des lois qui pénalisent l'usage des drogues au regard de la citoyenneté et de la simple équité. En ce sens, c'est une « presse du coeur » qui a fonctionné comme un étendard pour des milliers d'exclus, victimes de leur penchant irrésistible pour un type de toxique non reconnu par l'État.

Mais le journal est aussi une « presse du corps » qui livre, trois fois par an des conseils de mieux-vivre avec les drogues, basés d'abord sur des considérations sanitaires n'ayant pas de lien direct avec la lutte contre les injustices. Cette contradiction interne permet de soulever l'un des paradoxes majeurs, inscrit aux fondements de ce que l'on appelle la politique de réduction des risques de ce côté-ci de l'Atlantique, et que certains nomment réduction des méfaits ou des dommages dans le nouveau Monde.

Certes le journal d'ASUD doit son succès initial à des considérations identitaires, *le journal des drogués zeureu* - du nom d'un sous-titre aujourd'hui disparu - a canalisé au grand jour une vraie souffrance que l'épidémie de sida a légitimée dans sa dimension protestataire. Mais les problèmes de tous les jours rencontrés par les utilisateurs de drogues sont très souvent techniques, et toujours rationnels. Ce sont des questions de dosages, de choix de molécules, de techniques d'injections qui font jusqu'à aujourd'hui le succès du journal d'ASUD.

Cette présentation va donc tenter de préciser en quoi le caractère discriminant des lois qui pénalisent l'usage des stupéfiants a pu orienter l'image d'ASUD vers un modèle militant, qui reste le ressort identitaire classique d'un groupe de pairs usagers de drogues, et comment cette nouvelle manière de s'exprimer sur les drogues est aussi une presse du "corps", nouvel outil pour nos sociétés du XXI e siècle profondément marquées par le phénomène des addictions.

Résumés

Activités de formation continue

AFC 27 - Soulagement de la douleur chronique chez les personnes en traitement de substitution aux opioïdes

Docteur Jean-Marc Pépin, Québec, Canada

Résumé

Le soulagement de la douleur chronique non cancéreuse (DCNC) chez les personnes en traitement de substitution aux opioïdes relève tout un défi pour le clinicien.

Les diagnostics sous-jacents à cette douleur sont, la plupart du temps, inconnus ou tout au moins imprécis et l'abus d'opiacés illicites ou d'origine médicale est présent depuis un long moment. De ce fait, il devient donc difficile d'établir si le niveau de douleur nécessite toujours l'utilisation d'opiacés.

La première étude canadienne sur la DCNC a révélé qu'environ 29 % des adultes canadiens souffraient de DCNC. La prévalence allait de 22 % chez les gens âgés de 18 - 34 ans à 39 % chez les 55 ans et plus.

Une étude américaine a noté que 24 % des gens en centre de désintoxication souffraient de douleur chronique et ce constat s'élevait à 37 % chez ceux suivis dans un programme de substitution avec la méthadone. Il est donc clair que la douleur n'épargne personne et pas davantage ceux qui reçoivent de la méthadone ou de la buprémorphine, comme on a malheureusement tort de croire.

Le discours voulant que les gens sous méthadone soient d'emblée traités pour leur douleur est encore bien présent et a pour effet que ces derniers sont sous traités pour leur douleur ou carrément non traités. Cela génère frustrations, irritabilité et comportement d'abus à d'autres substances, ce qui viendra amplifier le tableau de douleur.

Beaucoup de craintes sont toujours vivantes chez de nombreux médecins en regard de la prise en charge de la douleur chronique même chez ceux qui supervisent un programme de méthadone – La crainte d'être abusé par un patient manipulateur, celle d'un surdosage d'opiacés ou encore la crainte d'une enquête de l'ordre professionnel – Tout ceci viendra miner la relation de confiance qui doit primer dans un programme de substitution aux opiacés.

La prise en charge de la DCNC à l'intérieur d'un programme de substitution à la méthadone passera par une bonne connaissance des mécanismes de la douleur et de leurs altérations chez le toxicomane; des particularités de la méthadone et de l'utilisation pertinente des médicaments coanalgésiques et opiacés. Mais, en tout premier, il nous faut établir un lien de confiance de part et d'autre, croire notre patient, reconnaître sa souffrance en surmontant nos tabous, nos peurs.

Face à ce tableau clinique très complexe où les composantes physiques et psychiques s'enchevêtrent, le travail en équipe est indispensable pour établir nos limites et conserver notre objectivité.

Ces personnes auront aussi plus de chances d'améliorer leur qualité de vie en diminuant le harcèlement émotionnel qu'est la douleur chronique et, de ce fait, pourront se réadapter plus solidement.

ATELIER

Soulagement de la douleur chronique non cancéreuse chez les personnes en traitement de substitution aux opioïdes.

Résumés

Activités de formation continue

PLAN:

- Gravité du problème de DCNC au Canada
- Prévalence de la DCNC chez les toxicomanes
- Notion de pseudo-dépendance aux opioïdes
- Sous-traitement de la douleur et évolution vers la douleur chronique
- Toxicomanie et douleur
- Méthadone : a) Action, b) Limite, c) Tabous
- Prise en charge de la DCNC en toxicomanie et particularités avec un programme de substitution avec la méthadone.

Résumés

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter les curriculum vitae abrégés des conférenciers, sur notre site internet à l'adresse : www.txsubstitution.info

Docteur Claude Magnin

Le docteur Magnin est médecin généraliste. Il exerce en centre de santé pluridisciplinaire ainsi que dans un centre de soin spécialisé en toxicomanie (CSST Solea) à Besançon en France, où il est responsable médical. Le docteur Magnin est vice-président de l'Association nationale médecine générale et conduites addictives et membre fondateur du « Réseau 25 », un réseau d'intervenants en addictologie œuvrant depuis 1996 en Franche-Comté. Il est également membre de la commission nationale sur les addictions du ministère de la Santé ainsi que du groupe de travail sur les traitements de substitution aux opioïdes.

Docteur Diana Sylvestre

La docteure Sylvestre est docteure en médecine, diplômée de la « Harvard Medical School ». Elle est également diplômée en addictologie et en médecine internationale et est professeure assistant de médecine clinique à l'université de Californie à San Francisco. Elle est directrice générale de la clinique OASIS, située à Oakland, en Californie, aux États-Unis. OASIS est une clinique médicale communautaire sans but lucratif qui s'adresse à des personnes souffrant de dépendance et de maladie mentale. La clinique offre le traitement de l'hépatite C et fait de la recherche clinique en la matière.

Le docteur Sylvestre s'intéresse tout particulièrement au développement de modèles d'intervention éducationnels et médicaux en matière de traitement de l'hépatite C chez des patients présentant des défis particuliers.

Docteur Suzanne Brissette

La docteure Suzanne Brissette a fait ses études de médecine à l'Université de Montréal, au Québec, où elle a également obtenu une maîtrise en sciences biomédicales. Elle est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et assume actuellement la chefferie du Service de médecine des toxicomanies à l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. La docteure Brissette est, de plus, chercheure responsable du site montréalais du projet NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*). Elle a un intérêt particulier pour le traitement de la toxicomanie, tout particulièrement pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, ainsi que pour la réduction des méfaits et l'évaluation de programmes. La docteure Brissette est également co-auteur de plusieurs articles scientifiques spécialisés et médecin consultant pour les formations buprénorphine au Canada.

Notes biographiques

Conférenciers

Docteur David Marsh

Le docteur David Marsh est docteur en médecine. Il est spécialisé en médecine de l'addiction, spécialité pour laquelle il a obtenu des certifications des Sociétés canadienne, américaine et internationale de médecine de l'addiction. Le docteur Marsh est actuellement chef de médecine au département de médecine de l'addiction du *Vancouver Coastal Health and Providence Health Centre*, en Colombie-Britannique au Canada. Il est également directeur médical, pour les problématiques liées aux addictions, au *HIV/AIDS Services and Aboriginal Health, Vancouver Community, Vancouver Coastal Health*. Il est investi dans plusieurs projets de recherche, incluant le projet de recherche clinique NAOMI, un réseau sur les problématiques d'addiction et de santé mentale fondé par Michael Smith ainsi qu'un projet sur les nouvelles pratiques émergentes en matière d'usage de drogues par voie intraveineuse. Le docteur Marsh est l'un des trois canadiens à avoir reçu le prix « Nyswander Dole » pour ses contributions professionnelles dans le champ de la dépendance aux opioïdes. Il est l'auteur de deux livres sur le traitement de substitution à la méthadone et est co-auteur d'une trentaine d'articles scientifiques révisés par un comité de pairs. Il a été président et trésorier de la Société canadienne de médecine de l'addiction et, avant de s'installer à Vancouver, était directeur du département de médecine de l'addiction au « Centre for Addiction and Mental Health » à Toronto.

Professeur Jacques Besson

Le professeur Besson est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec une formation en psychiatrie sociale et en addictologie. Il est professeur à l'Université de Lausanne, et est Chef du Service de psychiatrie communautaire au Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne, en Suisse.

Le docteur Besson est également président du Comité scientifique de la Société suisse de médecine de l'addiction. Il démontre des intérêts particuliers pour la recherche intégrée en addictologie, pour la recherche interdisciplinaire ainsi que pour l'organisation des systèmes en santé mentale.

Docteur Alain Morel

Le docteur Alain Morel est médecin psychiatre et addictologue. Il est enseignant en addictologie pour les Universités Paris 5 et Paris 8 et est directeur général de l'Association Oppelia qui gère 10 Centres des soins, de prévention et de réduction des risques en addictologie en France. Le docteur Morel est par ailleurs co-fondateur et premier président de la Fédération européenne des intervenants en toxicomanie et Secrétaire général de la Fédération Française d'Addictologie. Il présida la conférence de consensus sur les « stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », tenue en juin 2004 à Lyon, en France et démontre un intérêt particulier pour la prévention et le traitement des conduites addictives. Il est l'auteur de plusieurs livres et articles spécialisés, dont le dernier, co-écrit avec Jean-Pierre Couteron, est paru en mai 2008, sous le titre : « Les conduites addictives – comprendre, prévenir, soigner ».

Notes biographiques

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Docteur Marc Auriacombe

Le Docteur Marc Auriacombe est médecin psychiatre, responsable médical du Département d'Addictologie du CH Charles Perrons et du CHU de Bordeaux, en France. Après ses études de médecine, sa spécialité de psychiatrie (DES), et un DEA de neurosciences à Bordeaux, Marc Auriacombe a été recruté pour une période de deux ans par l'Université de Pennsylvanie comme *Fellow* de recherche et de clinique dans le Département de psychiatrie. C'est dans ce cadre qu'il a approfondi sa formation en addictologie et en recherche dans l'équipe de C.P. O'Brien. C'est aussi dans ce cadre qu'il a suivi une formation au Centre for Cognitive Therapy et a été supervisé par le Pr. A.T. Beck. Depuis son retour à Bordeaux (1992), Marc Auriacombe a gardé une collaboration active avec l'Université de Pennsylvanie dont il est « Adjunct Assistant Professor ». Le Docteur Marc Auriacombe est également professeur de psychiatrie et d'addictologie à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 (Université de Bordeaux). Il est responsable de l'enseignement de l'addictologie pour les étudiants en médecine ainsi que pour la formation de 3^e cycle professionnel pour les médecins (Capacité d'addictologie clinique et DESC d'Addictologie) et les professionnels de santé non-médecins (Diplôme d'Université addictions aux substances et conduites addictives). Il est l'auteur de plus de 150 publications traitant principalement des déterminants de l'usage de substance chez les usagers de substances dépendants et des comportements d'usage chez les pratiquants de conduites potentiellement addictives (jeu, achat, alimentation). En 2002, le prix « Chimère d'argent », dédié à ceux qui rêvent d'un monde meilleur pour les personnes dépendantes, a été attribué au docteur Auriacombe par EUROPAD. Il a également été missionné par l'*American Psychiatric Association* pour siéger sur le groupe de travail chargé de préparer la cinquième édition du DSM, à paraître en 2012.

Monsieur Fabrice Olivet

Monsieur Fabrice Olivet est détenteur de diplômes supérieurs en histoire contemporaine. Il est directeur d'ASDUD (Auto support d'usagers de drogues), une association de patients agréée par le Ministère de la Santé et des Sports, en France et rédacteur en chef d'ASUD Journal. Il est également membre titulaire de la Commission nationale des addictions (publication au Journal Officiel du 13 décembre 2006).

Monsieur Guy-Pierre Lévesque

Après avoir été chargé de projet pour le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran), dans le but de rechercher le financement permettant l'ouverture d'un centre de jour pour venir en aide aux personnes dépendantes des opioïdes en traitement méthadone, monsieur Guy-Pierre Lévesque est fondateur et directeur général du centre Méta d'Âme, à Montréal au Québec. Détenteur d'un certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, il cumule diverses fonctions d'administrateur dans des organismes, locaux, provinciaux, nationaux et internationaux. Il est entre autres membre fondateur du NOTAC (*National Opiate's Treatment Association of Canada*), et administrateur d'INPUD (*International Network of People Using Drugs*) et de l'IHRA (*International Harm Reduction Association*). Monsieur Lévesque démontre un intérêt marqué pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de dépendances ainsi que pour la promotion et la défense des droits, le militantisme, l'autohabilitation (*empowerment*) et l'implication des pairs dans un continuum de services pour les traitements et le rétablissement. Lors de la conférence internationale sur la réduction des méfaits

Notes biographiques

Conférenciers

organisée par l'IHRA en 2007, la mention d'honneur "*The Advocate of the year 2007*" lui a été décernée par la [National Alliance of Methadone Advocates](#) (NAMA), pour son leadership ainsi que pour la contribution de Méta d'Âme auprès des personnes recevant un traitement médical pour la dépendance aux opiacés à Montréal et à travers le monde.

Madame Chantale Perron

Madame Chantale Perron a une formation en lettres. Depuis 10 ans, elle œuvre dans le domaine du VIH/sida, du VHC et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, en milieu communautaire. Après avoir été directrice du journal « Pusher d'infos », depuis 2007, elle est agente de liaison au centre Méta d'Âme. Elle démontre un intérêt marqué pour la réduction des risques et des méfaits, l'autohabilitation (*empowerment*) et la défense des droits des usagers de drogues.

Docteur Pierre Lauzon

Le docteur Lauzon est médecin généraliste à Montréal au Québec. Il est chargé de formation clinique au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et exerce actuellement en tant que médecin au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran), dont il est l'un des deux médecins fondateurs, ainsi qu'au Service de médecine des toxicomanies de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Le docteur Lauzon est également responsable du volet clinique du projet de recherche NAOMI pour le site de Montréal. Il démontre un intérêt particulier pour l'évaluation de nouvelles approches en matière de traitement des dépendances ainsi que pour l'aide par les pairs.

Docteur Messaoud Benmebarek

Le docteur Messaoud Benmebarek est médecin psychiatre, titulaire d'une capacité en alcoologie et toxicomanie (Nancy-France) et d'un diplôme universitaire en Santé Publique (Nancy-France). Il enseigne la psychiatrie légale aux étudiants de 4^{ème} année de médecine au département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Vaud, en Suisse, ainsi qu'aux étudiants de 4^e année de Droit, Criminologie et Psychologie à l'université de Lausanne. Il est également formateur pour le Groupement de Recherche et d'études des addictions (GREAA) où il est responsable du module de formation intitulé : « Addiction et travail sous contrainte ». Le docteur Benmebarek est également psychiatre-chef de clinique, chargé des questions d'addictions au service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire-Vaud et a été psychiatre référent pour la Fondation du Levant à Lausanne de 1999 à 2007. Il démontre un intérêt particulier pour le développement des soins en milieu carcéral pour les personnes toxicodépendantes et est l'auteur de plusieurs articles scientifiques spécialisés.

Notes biographiques

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Monsieur Jean-Marie Rossier

Monsieur Jean-Marie Rossier est détenteur d'un Diplôme Études Supérieures Spécialisées (DESS) en Psychologie clinique et pathologique, qu'il a complété par un Diplôme universitaire (DU) de thérapie cognitive et comportementale ainsi que par un certificat universitaire en thérapie comportementale dialectique. Depuis dix ans il est psychologue spécialisé en psychothérapie FSP à la Fondation Phénix à Genève en Suisse. Il démontre un intérêt particulier pour la prise en soins de patients présentant une addiction et un trouble de personnalité « état-limite ou borderline », tant sur le plan clinique que sur celui de la recherche.

Docteur Ivan Godfroid

Le docteur Ivan Godfroid est médecin spécialiste en psychiatrie. Il est conférencier pour l'extension de l'Université Libre de Bruxelles, en Belgique. Il est également directeur clinique de la Maison d'accueil socio sanitaire pour usagers de drogue « Diapason » et médecin responsable du Service d'intervention de crise et d'urgence psychiatrique (unité de crise « assuétudes ») du Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi. Il démontre un intérêt particulier pour les questions d'addiction, pour les troubles de la personnalité ainsi que pour la psychosomatique. Il est l'auteur de plusieurs articles scientifiques et ouvrages spécialisés ainsi que de plusieurs essais sur l'existence, abordant, entre autres, le thème de l'addiction.

Monsieur Pablo Nicaise

Monsieur Pablo Nicaise est sociologue politique, spécialisé en matière de politiques publiques de santé mentale et politiques en matière de drogues. Il est actuellement assistant-chercheur à l'École de Santé publique de l'Université Catholique de Louvain, en Belgique, au sein de l'Institut "Santé et Société". Il prépare une thèse de doctorat sur les politiques publiques en santé mentale. Il est expert en politiques de santé mentale au sein du Centre collaborateur de l'OMS pour la Santé et les Facteurs psychosociaux. Antérieurement, a travaillé pendant plus de 10 ans à l'étude des usages de drogues et des toxicomanies en Belgique, au sein du Laboratoire de Psychologie médicale, d'Alcoologie et d'étude des Toxicomanies de l'Université libre de Bruxelles, notamment sur l'évaluation organisationnelle et institutionnelle de services et de programmes de soins pour personnes toxicomanes, (recherche-évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS) (2001), évaluation organisationnelle de la pratique des traitements de substitution aux opiacés (2005)), et l'étude des politiques en matière de drogues. Monsieur Nicaise démontre un intérêt particulier pour les pratiques des professionnels de santé, les relations thérapeutiques (patients-soignants), le rôle des institutions de soins dans l'orientation des politiques de santé publique, les pratiques de réseau, la dimension idéologique des pratiques et politiques de soins. Il est également co auteur de nombreux articles spécialisés.

Notes biographiques

Conférenciers

Monsieur Antonio Guzman Marin

Monsieur Antonio Guzman Marin est psychologue et psychothérapeute systémicien. Depuis 2005, il est directeur de l'ASBL DIAPASON, une Maison d'Accueil Socio Sanitaire (MASS) pour usagers de drogues située à Charleroi, en Belgique. Antérieurement à ce poste de direction, il a travaillé pendant 12 ans en tant que psychothérapeute et référent clinique. Monsieur Guzman Marin est très impliqué dans la réflexion entourant la mise en place des réseaux de soins pour les services spécialisés en assuétudes dans la région de Charleroi et du Centre (Hainaut, Belgique). Il démontre également un intérêt particulier pour le développement de projets permettant la prise en compte de l'implication citoyenne des usagers de drogues confrontés aux projets des professionnels de la santé en matière d'assuétudes, ainsi que pour la parentalité des usagers de drogues.

Monsieur Joseph Amiel

Monsieur Joseph Amiel est pharmacien. Il est actuellement propriétaire de deux pharmacies délivrant de la méthadone dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes, à Montréal au Québec. Monsieur Amiel est pharmacien formateur pour le programme national de formation sur l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Il est très impliqué dans sa communauté, tant au sein de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, dont il est vice-président, qu'au sein du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) dont il est membre fondateur et actuel président du conseil d'administration.

Professeur Olivier Bugnon

Le professeur Olivier Bugnon est docteur en sciences pharmaceutiques. Il est actuellement professeur adjoint en pharmacie communautaire de la Section des sciences pharmaceutiques de l'université de Genève et de l'université de Lausanne, en Suisse. Il est également pharmacien-chef et responsable qualité de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne ainsi qu'expert mandaté par Pharma-Suisse (la Société suisse des pharmaciens). Son équipe de recherche s'intéresse aux modèles de collaboration médecins-pharmaciens-soignants pour un usage plus sûr et efficient des médicaments (p.ex. assistance pharmaceutique d'établissements médico-sociaux, cercles de qualité médecins-pharmaciens, consultations d'adhésion thérapeutique, analyses de médications, prise en charge interdisciplinaire des addictions, continuité et gestion intégrée des soins). De 1996 à 2007, il a été membre du *Postgraduate Education Planning Committee on Pharmaceutical Care* de la Fédération internationale pharmaceutique (FIP).

Notes biographiques

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Docteure Martine Monnat

La docteure Martine Monnat est docteure en médecine, spécialiste en médecine interne. Elle est actuellement médecin responsable du Centre St-Martin, à l'Unité de toxicodépendance du Service de psychiatrie communautaire (PCO) du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP-CHUV), à Lausanne, en Suisse. Elle est également médecin associée au DP-CHUV et au Département de médecine et santé communautaires (DUMSC) où elle est médecin responsable des soins délégués dans un Centre d'accueil à seuil bas. De 1995 à 1998, la docteure Monnat a œuvré en tant que médecin de rue à Lausanne dans le cadre d'un projet financé par l'Office fédéral de la santé publique. Elle démontre un intérêt particulier pour le développement de programmes de prise en charge pour les patients les plus vulnérables (bas seuil) afin de les intégrer et de les garder dans le réseau de soins, pour le développement de programmes de traitements pour les atteintes somatiques associées à la toxicodépendance (hépatites, HIV ...) ainsi que pour le développement des interventions en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues. La docteure Martine Monnat est par ailleurs l'auteure de nombreux articles scientifiques et spécialisés.

Monsieur Wade Hillier

Monsieur Wade Hillier est responsable des programmes méthadone au Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario à Toronto (Canada), où il est entre autres chargé du recrutement et de l'évaluation des médecins prescrivant de la méthadone. Il est également coordonnateur du conseil sur les drogues auprès du maire de Toronto, administrateur de la « Toronto Drug Treatment Court », membre du conseil torontois de réduction des risques (Toronto Harm Reduction Taskforce) et membre du conseil méthadone de l'Ontario. Il est l'auteur principal des lignes directrices ontariennes pour l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes (2005) et des lignes directrices ontariennes pour l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la douleur (2004).

Monsieur Jean Godinat

Monsieur Jean Godinat est psychologue et psychothérapeute FSP. Il est actuellement directeur du Centre Plainpalais, un centre de traitement des addictions proposant des traitements de substitution, pour la fondation Phénix à Genève, en Suisse. Monsieur Godinat démontre un intérêt particulier pour l'utilisation de l'hypnose dans le traitement des addictions.

Notes biographiques

Conférenciers

Madame Caroline Jeanmart

Madame Caroline Jeanmart est docteure en sociologie. Elle a soutenu sa thèse de doctorat intitulée : « Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France) », le 6 décembre 2007. Elle est actuellement chargée de recherche à l'Unité de socioéconomie de la santé de l'École de santé publique de l'Université catholique de Louvain, en Belgique, où elle collabore à plusieurs projets de recherche relatifs à la dépendance et à la santé mentale.

Madame Jeanmart est également membre de plusieurs comités scientifiques et réseaux, dont le comité de contenu du Portail francophone d'appui aux professionnels pour l'avancement du traitement de la dépendance aux opioïdes, le comité scientifique de l'association française « Généralistes et toxicomanie », le pôle Interdisciplinaire de Recherche sur les Conduites Addictives, Nord – Pas de Calais, etc. Elle est de plus auteure de nombreux articles scientifiques, communications aux professionnels et aux chercheurs.

Docteur Marc Reisinger

Le docteur Marc Reisinger est médecin psychiatre à Bruxelles en Belgique. Il est vice-président d'EUROPAD (Association Européenne de Traitement de la Dépendance aux Opiacés) et membre fondateur de la « *World Federation for the Treatment of Opioid Dependence* ». En 1985, il fut l'auteur du premier article mondial sur le traitement de la dépendance à l'héroïne à l'aide de buprénorphine (*Drug and Alcohol Dependence*, 1985). En 1994, il fut le coprésident de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution en Belgique. Entre 1985 et 1995, il collabore à la mise en route des traitements de substitution en France et au lancement de la buprénorphine haut dosage (Subutex). De 1996 à 2001, il agit en tant que consultant pour la fondation Soros et collabore au développement des traitements de substitution en Europe Centrale et de l'Est (Pologne, Hongrie, Tchéquie, Slovaquie, Slovénie, Roumanie, Russie). En 1997, le docteur Reisinger reçoit le prix Nyswander-Dole à Chicago. Le docteur Reisinger se positionne comme le défenseur d'un modèle de soins fondé sur la prescription de traitements de substitution par les médecins de première ligne, sur le respect des droits individuels et sur le refus de toute stigmatisation des dépendances. Il est également l'auteur de nombreux articles, chapitres et ouvrage spécialisés.

Madame Sophie Bel

Madame Sophie Bel est détentrice d'un certificat en toxicomanie ainsi que d'un baccalauréat et d'une maîtrise en sexologie. Elle est intervenante psychosociale au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) depuis 1994, où elle est entre autres responsable de la supervision et de l'encadrement du service d'appartements supervisés Logis Phare. Elle démontre un intérêt particulier pour les projets résidentiels s'adressant aux clientèles marginalisées.

Notes biographiques

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Docteur Christoph Bürki

Le docteur Christoph Bürki est médecin psychiatre. Il travaille actuellement pour le service de psychiatrie universitaire à Berne, en Suisse où il est directeur médical du centre KODA, un centre de traitement avec prescription d'héroïne. Au cours des dix dernières années, il a été responsable du traitement de quelque 200 patients recevant un traitement avec prescription d'héroïne, en lien avec une équipe interdisciplinaire. Entre 2003 et 2007, le docteur Bürki a coprésidé le sous-groupe des médecins prescripteurs d'héroïne au sein de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM). Il démontre un intérêt particulier pour la prévention des overdoses d'héroïne de rue, la réduction des méfaits et le traitement de la dépendance aux psychostimulants, tout particulièrement la cocaïne.

Monsieur François Hervé

Monsieur François Hervé est titulaire d'un DESS en psychologie clinique et pathologique ainsi que d'un DEA en psychologie clinique et sociale. Il est par ailleurs diplômé de l'École Nationale de Santé publique. Il est actuellement directeur d'un établissement de soins, en France et est vice-président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictions (ANITeA). Monsieur Hervé est également membre de la commission Addiction du ministère de la Santé et est l'auteur de plusieurs ouvrages spécialisés. Il démontre un intérêt particulier pour l'histoire des addictions et de leur traitement.

Madame Agathe Bouillet

Madame Agathe Bouillet est conseillère en économie sociale et familiale. Elle est membre du groupe de travail de l'ANITeA Île-de-France sur l'Hébergement thérapeutique et exerce actuellement les fonctions de chef de service dans un centre thérapeutique résidentiel.

Docteur David Knobel

Le docteur David Knobel est docteur en médecine, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (FMH). Il est actuellement chef de clinique au Service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève, en Suisse, où il est responsable d'une consultation spécialisée dans la substitution. Il démontre un intérêt particulier pour les répercussions des problématiques relationnelles des patients sur le fonctionnement des programmes de soins.

Notes biographiques

Conférenciers

Docteur Thomas Rathelot

Le docteur Thomas Rathelot est médecin psychiatre. Il est actuellement cadre dans un centre universitaire de traitement de substitution méthadone et diacétylmorphine, en Suisse. Il démontre un intérêt particulier pour la problématique « usage de cannabis et schizophrénie » ainsi que pour l'approche psychodynamique des addictions.

Docteur Samuel Harper

Le docteur Samuel Harper est médecin de famille au Centre de Santé et de Services sociaux Jeanne-Mance (CSSS Jeanne-Mance) à Montréal au Québec. Il est également membre de l'équipe de périnatalité du Centre des naissances de l'Hôpital St-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et est associé au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) pour le suivi des patientes enceintes en traitement de substitution à la méthadone. Le docteur Harper est par ailleurs chargé d'enseignement de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et co-responsable de l'enseignement sur le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone qui s'adresse aux résidents en médecine familiale à l'UMF du CLSC des Faubourgs. Il démontre un intérêt particulier pour les problématiques liant périnatalité et toxicomanie ainsi que pour la santé des personnes en situation d'itinérance.

Madame Anne-Marie Mecteau

Madame Anne-Marie Mecteau est détentrice d'un baccalauréat avec spécialisation en toxicomanie. Après avoir œuvré pendant sept ans comme intervenante spécialisée auprès des travailleuses du sexe dans le « downtown eastside » de Vancouver (Colombie-Britannique, Canada), elle est actuellement intervenante psychosociale au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran), à Montréal au Québec. Madame Mecteau est responsable des services de périnatalité offerts par le Cran. À ce titre, elle est membre du comité de périnatalité du Centre des naissances de l'Hôpital St-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Elle démontre un intérêt particulier pour les diverses problématiques vécues et ou perçues par les femmes toxicomanes.

Stéphane Riou

Monsieur Stéphane Riou est chef de service éducatif à l'Association Rimbaud, à Saint Étienne, en France

Notes biographiques

Conférenciers

Classement par ordre d'apparition au programme

Monsieur Jo-Marie Collard

Monsieur Jo-Marie Collard est éducateur spécialisé. Il est de plus détenteur d'un Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissements sanitaires et sociaux (CAFDES). Il est actuellement directeur d'un Centre de soins spécialisé pour toxicomanes (CSST), à Saint-Étienne en France.

Docteure Barbara Broers

La docteure Barbara Broers est docteure en médecine. Elle œuvre actuellement en tant que responsable d'une équipe de médecins généralistes travaillant dans différentes unités du Service d'Abus de Substances des Hôpitaux universitaires de Genève, en Suisse. Elle est médecin adjoint et chargée de cours. Elle est coauteure de différents articles scientifiques et est de plus responsable de l'appui logistique du Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA) et vice-présidente de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM). Elle démontre un intérêt particulier pour les aspects somatiques des addictions, pour l'enseignement, ainsi que pour le dépistage, l'évaluation et l'orientation des patients présentant une problématique de consommation de substances.

Docteure Isabelle Gothuey

La docteure Isabelle Gothuey est médecin spécialisée en psychiatrie et en psychothérapie FMH, formée en addictologie, en thérapie familiale psychanalytique, en thérapie de groupe psychanalytique et en recherche clinique orientée patient. Elle est actuellement médecin responsable des unités de traitement des dépendances du secteur psychiatrique Est vaudois pour la Fondation de Nant, en Suisse. La docteure Gothuey est maîtresse d'enseignement et de recherche, elle est membre du Collège Romand de médecine de l'addiction (COROMA) et agit en tant qu'expert au sein des groupes d'intervention du programme PPMT, un programme de perfectionnement des médecins en toxicomanie. Elle est l'auteur de différents articles, tant scientifiques que spécialisés, ainsi que du livre : « Toxicodépendance : problèmes psychiatriques courants », édité par le COROMA. Elle démontre un intérêt particulier pour la recherche et la clinique des troubles concomitants.

Madame Laurence Mersillan

Madame Laurence Mersillan a une formation médicale. Elle est actuellement directrice fondatrice du Centre d'aide aux personnes atteintes d'hépatite C (CAPAHC), à Montréal au Québec. Elle est également intervenante pair-aidante à Méta d'Âme, centre de jour et d'entraide pour héroïnomanes et personnes en traitement à la méthadone. Madame Mersillan démontre un intérêt particulier pour l'hépatite C, les co-infections et la toxicomanie. Elle est l'auteure de différents documents d'information sur l'hépatite C.

Notes biographiques

Conférenciers

Docteure Martine Vincent

La docteure Martine Vincent est docteure en psychologie (Ph. D). Elle est actuellement psychologue au département de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, au Québec, où elle est responsable de l'équipe « double diagnostic ». Elle est également assistante de recherche dans des projets en toxicomanie et en santé mentale et superviseuse d'étudiants à la maîtrise ou au doctorat. La docteure Vincent démontre un intérêt particulier pour les approches de groupe auprès de patients psychotiques et toxicomanes qui permettent l'intégration des divers problèmes.

Monsieur Claude Potvin

Monsieur Claude Potvin est travailleur social à la clinique des Jeunes Adultes Psychotiques du Centre hospitalier de l'université de Montréal où il agit en tant que cothérapeute, avec la docteure Vincent, pour le groupe « double diagnostic », spécifiquement construit pour les jeunes psychotiques et toxicomanes.

Monsieur Claudio Reto Crotti

Monsieur Claudio Reto Crotti est psychologue/psychothérapeute, formé en thérapie familiale systémique, en hypnose et en EMDR. Il est actuellement directeur du Centre du Grand-Pré de la fondation PHENIX à Genève, en Suisse. Il démontre un intérêt particulier pour tout ce qui touche à la psychotraumatologie.

Docteur Jean-Marc Pépin

Le docteur Jean-Marc Pépin est docteur en médecine familiale. Depuis 1984, il œuvre à temps partiel au Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes Domrémy Mauricie/ Centre du Québec, à Trois-Rivières, au Québec. Le docteur Pépin est également chargé de cours aux programmes d'études en toxicomanie, de l'Université de Sherbrooke au Québec. Il démontre un intérêt particulier pour la neurophysiologie de la toxicomanie, pour la double problématique toxicomanie/santé mentale ainsi que pour la douleur chronique.

Résumés originaux

Pré colloque

Formation B: Le traitement de l'hépatite C

Docteur Diana Sylvestre, United-States

Abstract

This hepatitis C training workshop will provide attendees with an overview of hepatitis C epidemiology, natural history, interpretation of tests, and treatment strategies.

Approximately 50-90% of injection drug users (IDUs) have been exposed to hepatitis C, a viral illness that can lead to cirrhosis, end stage liver disease, and death. Transmission is very efficient, and is related to the sharing of needles, syringes, and other injection paraphernalia, including cottons, cookers, and rinsewater. Despite the fact that the majority of new and existing cases of hepatitis C are related to injection drug use, many IDUs find it difficult to access testing, education, and treatment services for this condition. In addition to contributing to unnecessary morbidity and mortality, this also leads to ongoing viral transmission by persons who are unaware of their condition and how to reduce its spread.

Despite its reputation, hepatitis C infection is often benign, and many of those who have been exposed may not need treatment. In the first 2 decades of infection, the disease is relatively benign, particularly if persons moderate their alcohol consumption. After 15-20 years, approximately 20% of those with active infection will develop cirrhosis of the liver, with an ongoing 4% annual risk for developing decompensated liver disease and hepatocellular carcinoma. Intervention should be undertaken prior to the development of cirrhosis in order to limit the consequences of this disease.

It is commonly assumed that ALT elevations are a necessary consequence of chronic hepatitis C infection, but this is not necessarily true. In fact, only 15% of persons with hepatitis C will have persistently abnormal ALT levels and over 40% will have ALT levels that remain persistently within the normal range. Therefore, it is important to offer screening for hepatitis C based on risk factors, not blood testing.

The screening test for hepatitis C is an antibody-mediated EIA (enzyme immunoassay); this test is indicative of prior exposure but not active, chronic infection. Indeed, approximately 1 in 4 persons clear the acute infection spontaneously, and they therefore are not at risk for the clinical consequences of hepatitis C or of transmitting this disease to others. The remaining 75% of persons who are exposed will develop a chronic infection characterized by detectable hepatitis C viremia.

Only direct viral testing can be used to diagnose chronic hepatitis C infection. Some common tests used are the PCR and TMA assays. A person with a positive antibody test but negative viral test is NOT infected with hepatitis C, but the presence of viremia is diagnostic of active infection. Viral loads are typically quite high, usually in the millions, but unlike HIV are not helpful for monitoring the progress of the disease. Another viral test called the genotype is the key to understanding the potential outcome of viral treatment: between 40% and 80% of persons undergoing therapy will clear the virus with treatment and are probably cured.

Six to 12 months of interferon and ribavirin therapy is the standard of care for hepatitis C, and treatment is fairly arduous. Interferon is generally administered as a weekly subcutaneous injection and ribavirin is administered orally in daily split doses. Side effects are routine and include flu-like symptoms, cytopenias, severe fatigue, insomnia and depression. Aggressive management of these side effects is important to maintain treatment adherence, which ultimately is the key to treatment suc-

Résumés originaux

Pré colloque

cess. Studies have shown that maximal treatment response rates are seen only in persons who are able to take 80% of their prescribed medications for at least 80% of the projected duration of therapy.

Because of the adherence-related challenges, the potential for significant medication side effects, and the potential for relapse to drug use, drug users often find it difficult to access hepatitis C treatment in subspecialty settings. For this reason, physicians with addiction expertise or who have ongoing medical relationships with patients are often best positioned to offer hepatitis C treatment to these patients. Many management tools have been developed to assist physicians with monitoring patients through hepatitis C treatment, and some of these strategies, including those tailored specifically to address the unique challenges of hepatitis C-infected drug users, will be discussed in this workshop.

Conférences

Conférence C3 : Le traitement de l'hépatite C chez les personnes dépendantes des opioïdes

Doctor Diana Sylvestre, United-States

Abstract

Although the majority of patients with hepatitis C have a history of addiction, many are considered poor treatment candidates due to ongoing drug use, mental illness, psychosocial stability, etc. However, the evidence to date suggests that these challenging patients can be successfully engaged and treated for HCV in settings that address their special needs.

The O.A.S.I.S. Clinic is located in Oakland, CA, an urban area with high rates of crime, violence, poverty, and drug use. Seroprevalence rates of hepatitis C exceed 90% in long term drug injectors. In this setting, the O.A.S.I.S. clinic has developed an interactive peer-based education group that is offered each week on a walk-in basis. Under the combined tutelage of a medical professional as well as experienced peers, group attendees are educated about the multifaceted aspects of hepatitis C as a means of motivating them toward obtaining appropriate hepatitis C testing, hepatitis A and B vaccinations, and hepatitis C treatment if it is indicated. In addition, group members are also encouraged to become community educators to spread the word about hepatitis C and reduce the harms associated with it in their communities. The structure and workings of this model will be discussed in more detail.

In addition, the O.A.S.I.S. clinic has developed a variety of tools and strategies to improve hepatitis C outcomes in persons with a history of addiction. In this session, participants will view one of our peer-based hepatitis C education videos for active drug users. The impact of this 7-minute video was studied in a 100-person, prospective, randomized, controlled 12-week study at a local syringe exchange. Over the study period, the intervention group showed highly statistically and durable improvements in knowledge, as well as improvements in attitude/motivation scores, hepatitis C testing rates, and hepatitis A and B vaccination rates.

Preliminary results of a more extensive peer-based video education curriculum for in-treatment drug

Résumés originaux

Pré colloque

users will also be presented. This 450-subject 12-week study is similarly studying the impact of a brief video intervention on knowledge, attitudes, motivations toward behavior change in patients maintained on methadone, as well as hepatitis C testing rates and hepatitis A and B vaccination rates.

Finally, a study sponsored by the U.S. National Institutes of Health was conducted at the O.A.S.I.S. clinic; this study hypothesized that active heroin users could be successfully transitioned to hepatitis C treatment after a 3-6 month period of stabilizing them with buprenorphine. Despite the presence of numerous barriers, including intervening drug use, mental illness, and psychosocial instability, an overall sustained virologic response rate of 40% was seen in patients treated with pegylated interferon and ribavirin. The results of this study will be presented in more detail.

Activités de formation continue

AFC 10: Opioid Dependence Treatment: Measures taken in Ontario in support of front-line service provision

Wade Hillier, Ontario, Canada

Abstract

The College of Physicians and Surgeons of Ontario took over the Methadone Program in Ontario in 1996. It is charged primarily with the following:

- Brief programs of education in addiction medicine,
- The establishment of guidelines or standards applicable generally to the use of opioid agonists in the management of opioid dependence,
- A program to review prescribing of opioid agonists by members in the management of opioid dependence, and
- Decide whether to issue, refuse to issue, or withdraw a permit for a member to administer, prescribe or otherwise furnish opioid agonists for the management of opioid dependence.

The initial part of this session will discuss the components of the College's Methadone Program which focuses on a quality assurance approach to the provision of methadone to treat opioid dependence in Ontario. It will describe College initiatives for recruitment and training of physicians and will present evidence for the success of the program using data from a review of physician practice and a survey of patient satisfaction.

With the rise in the numbers of clinics and patients on methadone in Ontario, additional attention has come to this area of practice from the public and politicians. In 2006, in response to increasing media attention on the provision of methadone across the Province, the Ontario Health Minister announced a Methadone Maintenance Treatment Practices Taskforce bringing together professionals, patients and the public to review the current state of methadone in the Province and to put forward recommendations on how to address the identified needs. The result was 26 recommendations and

Résumés originaux

Activités de formation continue

an announcement of additional funding for new initiatives focused on nursing, pharmacy, physicians, public awareness and best practices. These initiatives will be described in the second half of this session.

AFC 15: Prescription Heroin: Ten Years of Treatment Experience in Switzerland

Doctor Christoph Bürki, Switzerland

Abstract

History of heroin assisted treatment in Switzerland

Heroin prescription was first introduced in Switzerland in 1994 as one of many answers to the public health and public order threats presented by the epidemic of intravenous drug use largely becoming visible in the form of huge open drug scenes in all major German speaking Swiss cities. It was at first implemented in a multi-center non-randomized cohort study called PROVE, lead by the Institute for addiction research in Zuerich and the Federal office of Public health, in close collaboration with many cities, health and social institutions and cantons.

Heroin prescription or heroin assisted treatment (HAT), as it is called today, was introduced in addition to a pre-existing network of different treatment modalities: Methadone maintenance was available in most cantons, not only in specialized clinics but also on prescription by any doctor. Harm reduction measures like needle and syringe exchange and low threshold street agencies with injection rooms were running in many Swiss cities. Furthermore a sufficient number of inpatient detoxification beds as well as a good number of residential treatment places for long term treatments (up to two years or more) was available. So heroin prescription was (and still is today) aimed at patients who could not be reached by these more traditional treatment approaches or patients who had failed them. More precisely, in order to enter HAT, a patient had and still has to 1) prove his heroin addiction lasts for at least two years, 2) prove to have failed in several attempts to treat his addiction, 3) be at least 20 years of age (today: 18) 4) present with serious health and/or social consequences of his use and 5) have official residency in or around the respective prescription clinic.

Legislation

The results of the PROVE study, published in 1996, showed positive results for patients in HAT with regard to mortality, health, social situation, use of illegal heroin, concomitant use of other substances and most impressively a huge decline in criminal and delinquent activities resulting in a sharp decrease of self reported delinquent activities, victimisation, observations by the police, convictions, and imprisonment. Furthermore, in a cost-benefit analysis, HAT was shown to be cost effective to Swiss society. The impressive results of the early heroin research lead to the introduction of a legislation by the Federal office of public health, making HAT an established and legally available form of outpatient treatment. Diaphin®, the brand name of prescription heroin, is a registered medication, paid for by the (mandatory) health insurance system.

Twice so far, federal referendums about heroin prescription have taken place and confirmed the positive perception of HAT in the public, making it certainly the democratically best sanctioned but also one of the most highly regulated medical treatment in the world.

Résumés originaux

Activités de formation continue

In the meantime, a growing national and international body of research has joined the initial Swiss study. Especially the large Dutch and German studies could confirm the Swiss results in a more rigorous, e.g. randomized study protocol.

The KODA clinic in Berne

Our clinic was established 1994 as the second of a total of over 20 clinics in Switzerland. Patient numbers gradually increased until 2002, when we reached roughly 200 treatment places. Nowadays there is no relevant waiting list any more, indicating that a saturation level has been reached in our target group of heavily addicted, long-time heroin addicts. This well complies with the epidemiological observation that heroin use, (especially incidence), in Switzerland is decreasing, and average age in a variety of drug treatment or harm reduction institutions tends to rise.

KODA is the biggest HAT clinic in Switzerland and we have a team of 35 professionals from different fields, most of them working part time.

Clinical Practise of HAT

In the past 14 years of HAT, a large clinical experience with heroin prescription could be accumulated in Swiss centers, leading to a growing number of clinical guidelines and recommendations. These were first published in a handbook by the Federal office of public health, along with precise, mandatory standards regarding staffing, organisation and equipment of prescription clinics. Gradually, the doctors in the field are taking over the responsibility for treatment guidelines within a subcommittee of the Swiss Society for Addiction Medicine SSAM.

Today guidelines and treatment recommendations exist about many aspects of HAT on a national legislative level, a national professional level or on a local level, e.g. regarding additional prescription of methadone, concomitant benzodiazepine and cocaine use, dosing regimes, ECG, exclusions from/hospitalisation of patients, hypoxia, intoxication, intramuscular and oral application of Diaphin®, lab-testing, multidisciplinary treatment, take home doses, responsibility/liability-issues, side effects, etc.

Problems, limitations and challenges of HAT today

A subgroup of patient in HAT can not stabilize substantially in the course of their treatment, and continues to use cocaine and/or other substances. For those, daily contact with a professional team in the frame of HAT still provides a good basis for motivational interventions, as well as for harm reduction measures of all kind, for example with regard to early detection and treatment of somatic complications, but further interventions especially with regard to cocaine use must be developed.

Which addict profits most of which treatment modality, of which substance and to what price? This question is generally difficult to answer in the field of substance abuse, not only with regard to HAT. In Switzerland, of the estimated 25'000 drug addicts, the large part (~15'000) is in methadone maintenance or in buprenorphin treatment (~500), some 2000 are in residential treatment, and only about 1'300 are in heroin assisted treatment. HAT therefore clearly is a second (or third) line treatment for a specific group of heavily addicted patients, who have failed in other treatments. HAT has its distinct place in this stepped care treatment model. It is basically a cost efficient treatment, but since treatment duration is relatively long (50% of the patients are still in treatment after 3.3 years of treatment, some are still in treatment after 14 years of HAT), it has to be considered a classic long term treatment, and tax payers and politicians as well as health insurance companies need to be convinced over and over again of the usefulness of this long term aimed treatment and of the benefit in view of the chronic nature of the underlying disease.

Notes personnelles

A series of horizontal lines for taking notes, organized into several groups separated by small gaps.

Notes personnelles

Lined area for personal notes, consisting of multiple horizontal lines for writing.

Notes personnelles

A series of horizontal lines for taking notes, organized into several groups separated by short vertical dashes.

Notes personnelles

A series of horizontal lines for taking notes, organized into five groups of four lines each, separated by a short vertical line on the left side.

Information importante

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, les activités de formation continue (AFC) numéro 2 et 18 ont malheureusement du être annulées.

Présentations PowerPoint et conférences en baladodiffusion (podcasting)

Les présentations Powerpoint des conférenciers ainsi que les bandes sonores de la plupart des conférences seront accessibles, dès le mois de novembre 2008, sur le *Portail francophone d'appui aux professionnels, pour l'avancement du traitement de la dépendance aux opioïdes*, dans la section « formation continue »

à l'adresse:

www.txsubstitution.info

Pour être informés de la mise en ligne de ces documents, nous vous invitons à vous rendre à cette adresse et à vous inscrire à notre liste de diffusion en inscrivant votre adresse courriel (email) dans l'espace réservé à cet effet.