

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105, rue La Fayette

75 010 Paris

Tél : 33 (0)1 53 20 16 16

Fax : 33 (0)1 53 20 16 00

courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :

<http://www.drogues.gouv.fr>

ARÈS 92 Réseau sida toxicomanie

Hôpital Louis-Mourier

178 rue des renouillers

92 700 Colombes

Tél : 01 46 49 36 36

ISBN : 2-11-092706-2

OFDT - avril 2001

Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale - Étude prospective de suivi de 95 patients



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale

**Étude prospective de suivi de 95 patients
Approche quantitative**

**Jean-François Perdriau
Françoise Bâcle
Martine Lalande
Alain Fontaine**

Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale

**Étude prospective de suivi
de 95 patients
(approche quantitative - octobre 1998)**

**Jean-François Perdrieau
Françoise Bâcle
Martine Lalande
Alain Fontaine**

Avril 2001

« Je me suis donc réintoxiqué parce que les médecins qui désintoxiquent - on devrait dire simplement qui purgent - ne cherchent pas à guérir les troubles premiers qui motivent l'intoxication, que je retrouvais mon déséquilibre nerveux et que je préférerais un équilibre artificiel à pas d'équilibre du tout. »

*Opium
Jean Cocteau*

« On doit avant tout, si l'on veut véritablement conduire quelqu'un à un lieu précis, faire attention à le rencontrer là où il se trouve, et commencer là. Ceci est le secret de tout art qui vise à aider son prochain. »

Soren Kierkegaard!

« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »

Article 2

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non- appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Article 7 - Code de déontologie, décret 95-1000 du 6 septembre 1995

« En terme de problématique collective et communautaire, les maintenances à la méthadone et la politique de réduction des risques dans son ensemble conduisent les villes et leurs habitants à réapprendre à vivre avec les toxicomanes, êtres qui avaient été exclus dans l'invisibilité. »

A. Mino

*Les maintenances à la méthadone
L'information psychiatrique 3-Mars 1995, p. 244*

1. Cité dans *Soigner les toxicomanes* de MOREL (A.), HERVÉ (F.) et FONTAINE (B.), édition Dunod, 1997, p. 268.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CONTEXTE DE L'ÉTUDE	9
LÉGISLATION FRANÇAISE SUR LES STUPÉFIANTS	9
SITUATION DES TOXICOMANES EN FRANCE	11
<i>Prévalence des toxicomanies</i>	11
<i>Programmes de prise en charge</i>	14
<i>Situation sanitaire</i>	14
<i>Dépenses publiques</i>	21
RÉSEAUX VILLE-HÔPITAL TOXICOMANIE	21
<i>Histoire, objectifs et limites</i>	21
<i>Rôle des pharmaciens</i>	22
PRODUITS DE SUBSTITUTION	22
<i>Méthadone</i>	22
<i>Buprénorphine</i>	23
<i>Sulfate de morphine</i>	23
<i>Dérivés codéinés</i>	24
RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	24
SITUATION DANS QUELQUES AUTRES PAYS EUROPÉENS	25
<i>Royaume-Uni</i>	25
<i>Belgique</i>	28
<i>Suisse</i>	29
<i>Pays-Bas</i>	30
CONCLUSION	31
MATÉRIEL ET MÉTHODES	33
MÉDECINS ET PATIENTS	33
RECUEIL DES DONNÉES	34
SAISIE, VÉRIFICATION ET ANALYSE	36

RÉSULTATS	37
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS À L'INCLUSION	37
<i>Toxicomanie</i>	39
SUIVI ET ÉVOLUTION	41
<i>Toxicomanie</i>	43
CONSULTATIONS	47
<i>Prise en charge de la toxicomanie</i>	48
<i>Autres éléments de la prise en charge médicale des patients</i>	50
<i>Discussion</i>	52
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	77
ANNEXE 1 - TABLEAUX	79
ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRES	85

INTRODUCTION

La prise en charge des toxicomanes est en pleine mutation depuis 1995, année au cours de laquelle le nombre de places de substitution à la méthadone dans les centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes a été augmenté de façon importante, rompant ainsi avec la prise en charge traditionnelle en France (1). La plus grande modification législative pour les médecins généralistes a eu lieu la même année avec la réglementation de la substitution en ville autorisant la prescription de buprénorphine haut dosage (buprénorphine) en prescription initiale (2), de la méthadone en relais des centres autorisés, mais interdisant la prescription du sulfate de morphine en tant que produit de substitution pour les héroïnomanes alors que ce produit était prescrit depuis plusieurs années par quelques médecins (3). En effet, certains médecins généralistes prescrivaient des traitements substitutifs en ville de façon illégale en utilisant le sulfate de morphine ou la buprénorphine sous forme de Temgésic® (4).

Le développement de réseaux de proximité pluri-professionnels pour le suivi des patients usagers de drogues est une activité nouvelle pour les médecins généralistes. Cette activité s'est développée depuis 1994 dans notre secteur, notamment autour de la mise en route de traitements de substitution. Un réseau ville-hôpital toxicomanie a été créé à cette époque au sein de l'association Arès 92, réseau ville-hôpital mis en place depuis 1992 pour les malades infectés par le VIH. Il est donc apparu indispensable aux médecins généralistes prenant en charge les toxicomanes dans le cadre de ce réseau d'évaluer leur pratique. Cette étude représente la partie principale de ce travail. Il s'agit d'une étude prospective de suivi en consultation de médecine générale de patients dépendants d'au moins un produit illicite, exception faite du cannabis. Les consommations de tabac, alcool, médicaments pris isolément n'ont pas été étudiées. Les patients substitués ne prenant plus d'opiacés illicites pendant la durée de l'étude ainsi que les patients prenant de la codéine en auto-substitution ont également été inclus. L'objectif est de décrire la population des usagers de drogues suivis en médecine générale, les modalités et le contenu du suivi de ces patients ainsi que leur évolution. La période d'inclusion s'est déroulée du 1^{er} octobre au 31 décembre 1996, chaque patient a été suivi pendant un an. Le médecin devait remplir à chaque consultation une fiche sur le contenu de la consultation, ainsi qu'une fiche sur la situation sociale et la situation de la toxicomanie à l'inclusion puis à six mois et à la fin de l'étude.

Dès le départ, le principe du « suivi conjoint » a été retenu pour les patients en traitement de substitution. Chaque nouveau patient est encouragé à se faire suivre, en parallèle avec les consultations médicales, par les intervenants appropriés (éducateur, psychologue, psychiatre, assistante sociale) d'un centre spécialisé identifié en fonction du lieu de résidence du patient, et selon son choix. Un pharmacien de référence est choisi avec le patient pour la délivrance régulière du traitement.

Les médecins généralistes prennent non seulement en charge le suivi de la substitution, mais aussi les différents problèmes de santé du patient, en rapport direct ou non avec la toxicomanie. L'approche des patients usagers de drogues à travers la prescription de la substitution peut aussi permettre aux médecins généralistes d'améliorer le suivi de l'ensemble des patients toxicomanes, que ceux-ci consultent pour des problèmes de santé sans demande de substitution (grossesse, maladies infectieuses...), ou pour d'autres demandes liées à la toxicomanie (demande de sevrage, d'accompagnement psychosocial...).

Cette étude a pour but de documenter les conditions dans lesquelles la prise en charge de patients usagers de drogues est assurée par des médecins généralistes travaillant en réseau. L'utilisation des services et des traitements proposés, l'évolution de l'usage des drogues, mais aussi des produits de substitution et de l'alcool, et l'évolution de leur insertion sociale permettront de déterminer les enjeux de cette prise en charge pour les patients.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

LÉGISLATION FRANÇAISE SUR LES STUPÉFIANTS

Le premier texte législatif date du 19 juillet 1845. Il régleme la vente, l'achat et l'utilisation des substances vénéneuses, parmi lesquelles l'opium, la morphine et la cocaïne. Il a pour objectif d'interdire le détournement de l'usage pharmaceutique de ces produits à des fins criminelles (5).

Le premier texte de loi répressif date du 12 juillet 1916 (J.O. du 14/07/1916) (6). Il crée le délit d'usage en société et sanctionne la production d'ordonnances fictives. Le cannabis est ajouté à la liste des substances vénéneuses. Ce texte invente la notion de « stupéfiant » en classant les substances vénéneuses en trois tableaux : A : toxiques ; B : stupéfiants ; C : dangereux. Ce terme juridique de stupéfiant avait déjà provoqué un débat à l'Assemblée nationale du fait de son absence de fondement scientifique (7). Le vote de cette loi s'inscrit dans un courant international de prohibition avec la réunion en 1909 de la commission de Shanghai qui limite le commerce de l'opium, et le vote en 1911 de la première convention internationale de La Haye qui renforce la restriction de production, d'importation et d'usage des opiacés (8).

La loi 53-1270 du 24 décembre 1953 introduit la notion d'usager/malade ; elle permet au juge d'astreindre le toxicomane à une cure de désintoxication. Cette mesure ne fut jamais appliquée car les décrets n'ont jamais été publiés.

La collaboration internationale se précise avec l'adoption de deux conventions dans le cadre des Nations Unies, la première en 1961 sur les stupéfiants, et la deuxième en 1971 sur les substances psychotropes. Elles ont pour objet l'interdiction des drogues sans réelle valeur thérapeutique et limitent à des fins exclusivement médicales et scientifiques la production, la fabrication, le commerce et la délivrance aux particuliers des drogues utilisées en médecine (9). C'est dans ce contexte de mise en place d'un arsenal répressif international qu'est votée la loi de 1970.

La loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses » est le texte de référence actuel malgré les quelques modifications qui y

ont été apportées depuis. Elle a pour caractéristiques de ne plus faire la distinction entre usage en société et usage privé et de considérer tout usage comme un délit. De plus « l'usager-délinquant » est aussi considéré comme un malade pouvant bénéficier de soins qui peuvent être proposés par le juge à la place d'une sanction pénale : c'est l'injonction thérapeutique. Ce texte garantit l'anonymat dans les centres spécialisés pour les toxicomanes.

Depuis le premier mars 1994, toutes les dispositions relatives au trafic sont dans le nouveau code pénal, le reste du texte est toujours dans le code de la santé publique (10). Le nouveau code pénal accentue la répression : certains délits deviennent des crimes jugés par une cour d'assises composée uniquement de magistrats professionnels. De plus, des règles de procédure dérogatoires au droit commun ont été mises en place comme en matière de terrorisme.

L'application de cette loi a été quelque peu modifiée du fait de l'adoption d'une politique de réduction des risques suite à la progression du nombre de séropositifs pour les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B (VHB) et C (VHC) dans la population toxicomane. La vente libre des seringues est légalisée par le décret du 13 mai 1987, d'abord à titre provisoire, puis de façon définitive par le décret du 11 août 1989 ; les pharmaciens ont le monopole de cette vente (11), (12), (13). Le décret du 7 mars 1995 autorise la distribution de seringues gratuites dans le cadre d'actions préventives. Il semble, d'après le tableau de bord de la réduction des risques publié un an après la réunion du CRIPS de septembre 1996 à Marseille, que les interpellations dont l'unique motif est le port de seringue soient classées sans suite par le Parquet (14).

La mise en pratique de la légalisation de la vente des seringues reste toutefois encore difficile : l'installation de distributeurs de seringues est encore mal acceptée par les riverains inquiets du risque d'affluence de toxicomanes et de la récupération des seringues (15,16). La distribution de seringues reste par ailleurs interdite dans le milieu carcéral (11), puisque l'usage simple est répréhensible dans la législation actuelle. Néanmoins les prisonniers peuvent acheter et détenir de l'eau de javel depuis décembre 1996 (17). Cette décision a été prise après le rapport du « groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés » de juillet 1996 mettant en évidence que la drogue circule en prison et que les toxicomanes prennent des risques en échangeant et en réutilisant les rares seringues disponibles (18). Toutefois, l'efficacité de l'eau de javel n'est pas démontrée sur le virus de l'hépatite C (19). Il faut noter que le Programme commun des Nations Unies sur le Sida (Onusida), dans un point de vue d'avril 1997, demande que des seringues propres soient distribuées dans les prisons (20).

L'autre volet de la politique de réduction des risques est l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage comme produits de substitution.

Plusieurs rapports et conférences (5, 21-23), ainsi que la situation sanitaire des toxicomanes font discuter le bien-fondé de la distinction légale faite entre les produits légaux et illégaux et l'adéquation de la loi de 1970 à la situation actuelle. La possibilité d'une modification des textes semble envisagée (24) même si la population est réticente (25), (26) alors que 80 % du milieu professionnel y est favorable (27). Ce point de vue des professionnels s'est de nouveau exprimé lors des premières rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie des 12 et 13 décembre 1997 au secrétariat à la santé (28).

SITUATION DES TOXICOMANES EN FRANCE

Prévalence des toxicomanies

Population générale

Il reste difficile d'estimer de façon fiable le nombre de consommateurs de produits illicites du fait de l'illégalité de ces produits et de leur commerce. Les estimations disponibles reposent soit sur des enquêtes faites sur la population générale et donc sujettes au risque de sous-déclaration, soit sur des enquêtes portant sur des populations particulières.

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) estime, dans son rapport de 1996, qu'environ sept millions de personnes en France ont consommé au moins une fois dans leur vie un produit illicite, et que deux millions en auraient consommé dans l'année écoulée (29).

Dans l'enquête Baromètre santé 95 portant sur 1 993 personnes représentatives de la population générale âgée de 18 à 75 ans, citée dans ce même rapport, 16 % des personnes interrogées déclarent avoir pris une drogue au cours de leur vie, contre 12 % en 1992. Dans cette même enquête, 21 % des hommes déclarent avoir consommé un produit illicite au moins une fois dans leur vie contre 11 % des femmes. De même, 32 % des 18-24 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois contre 1,5 % des 60-75 ans. Il s'agit pour 90 % des cas de cannabis (30).

Le nombre de consommateurs de produits illicites autres que le cannabis est beaucoup plus difficile à évaluer dans la population générale. L'OFDT estime qu'il y a 160 000 héroïnomanes (personnes consommant l'héroïne en produit principal, de façon prolongée et régulière) (31). Dans le département des Hauts-de-Seine, où se situe notre étude, on estimait le nombre d'héroïnomanes à 6 000 en juin 1996 (32).

La consommation des autres produits est estimée à partir des patients consultant les structures de soins (hôpitaux et centres spécialisés) ainsi que sur la base des statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS). Ainsi, l'usage de crack, comme produit principal, est à l'origine de 1 % des interpellations et des recours aux soins en 1994, ce qui traduit une forte expansion depuis 1990 ; cette consommation est concentrée sur Paris et sur les Antilles. La cocaïne représente 2 % des drogues consommées la même année (33).

Il est important de noter que la polytoxicomanie est fréquente puisque 62 % des toxicomanes pris en charge en 1994 déclarent consommer plus d'un produit. L'héroïne, produit principal de 55 % des toxicomanes suivis, n'est utilisée en association que par 9 % des polyusagers. Par contre, la cocaïne est utilisée par 2 % des toxicomanes en produit principal et par 14 % des polyusagers. De même, les médicaments psychotropes sont utilisés par 8 % des toxicomanes en produit principal et par 41 % des polyusagers. L'alcool est utilisé par 42 % des polytoxicomanes (34).

Selon la même enquête, 63 % des toxicomanes utilisent la voie veineuse.

L'évaluation du nombre de consommateurs d'ecstasy est plus compliquée, d'une part du fait de l'arrivée récente de ce produit sur le marché, de la faible dépendance engendrée, et donc du nombre restreint de consultations en rapport avec la consommation de ce produit, et d'autre part, du caractère festif de sa consommation, notamment par une population bien insérée (35). L'OFDT estime que 500 000 jeunes consomment de façon habituelle ou occasionnelle de l'ecstasy (36).

L'évaluation du nombre de toxicomanes devrait comprendre également l'évaluation du nombre de consommateurs abusifs de produits légaux : alcool, tabac et médicaments psychotropes. En 1991-1992, 46,1 % de la population de plus de 18 ans (64,5 % des hommes et 29,2 % des femmes) déclarent consommer de l'alcool ; 29,3 % de la même population déclarent fumer (38,4 % des hommes et 21,1 % des femmes) ; 11,3 % déclarent consommer des médicaments psychotropes (8,6 % des hommes et 13,7 % des femmes). Seulement 33,6 % de la population déclarent ne consommer aucun de ces trois produits (20 % des hommes et 46,8 % des femmes) (37).

Une enquête faite en mars 1991 en consultation de médecine générale dans la clientèle de 134 médecins installés dans sept régions différentes montre que 62 % des 1 956 patients ayant accepté de participer à l'enquête (77 % des hommes et 51 % des femmes) déclarent avoir consommé de l'alcool la semaine précédente ; 20 % des hommes déclarent avoir bu au moins 28 verres (soit 280 g d'alcool) et 9 % des femmes au moins 14 verres (soit 140 g d'alcool) ; 27 % des patients déclarent consommer des médicaments psychotropes (21 % des hommes et 30 % des femmes). Dans cette population, il y a 60 % de non-fumeurs, 26 % de fumeurs et 14 % d'ex-fumeurs (38).

Population carcérale

Parmi les personnes condamnées en métropole au 1^{er} octobre 1996, 20,9 % étaient détenues pour infraction à la législation sur les stupéfiants (39), ce qui représente une augmentation de 60 % par rapport au 1^{er} janvier 1988, alors que l'ensemble du nombre de condamnés n'a augmenté que de 10 % (40).

L'administration pénitentiaire estimait en 1994 que les toxicomanes représentaient plus de 15 % de la population carcérale et jusqu'à 30 à 40 % dans les régions d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, et du Nord (41).

Sur les 2 175 toxicomanes vus dans les antennes spécialisées en milieu pénitentiaire, 78 % utilisaient l'héroïne en produit principal, 8 % le cannabis, 5 % la cocaïne, 3 % des médicaments et 2 % l'alcool ; 62 % utilisaient la voie veineuse. Si l'on comptabilise les produits pris en association, 79 % consommaient de l'héroïne, 38 % du cannabis, 28 % de la cocaïne, 31 % des médicaments et 21 % de l'alcool (42). L'étude nationale de prévalence des problèmes d'alcool chez les entrants en maison d'arrêt met par ailleurs en évidence la fréquence des problèmes d'alcoolisme dans cette population. Cette même étude montre que 22 % des hommes ayant un problème avec l'alcool sont des toxicomanes actifs (l'usage du cannabis n'a pas été pris en compte) ainsi que 36 % des femmes. Il est intéressant de noter que seulement 4,3 % des hommes et 0,7 % des femmes sont incarcérés pour un problème lié à l'alcool : conduite en état d'ivresse (43).

Adolescents

Les études concernant la consommation de produits illicites et licites chez les adolescents ont pour la plupart été faites auprès d'élèves du secondaire.

L'étude réalisée en 1991 par l'Institut national de recherche pédagogique (INRP) auprès de 2 335 lycéens scolarisés à Paris, Lille et Nice montre que 22,4 % de ces élèves avaient expérimenté des drogues illicites ; il s'agissait dans 94 % des cas de cannabis (44). L'enquête nationale réalisée par M. Choquet et S. Ledoux en 1993 montre que 15 % des 12 466 adolescents de 11 à 19 ans ayant participé à l'étude avaient consommé au moins une fois un produit illicite : 12 % avaient fumé du haschisch, 5 % inhalé des solvants ou de la colle, 2 % pris des amphétamines, 2 % des hallucinogènes, 1 % de la cocaïne, et 1 % de l'héroïne ; 1 % avaient utilisé des médicaments pour se droguer. Dans cette même étude, 40 % des adolescents consommaient occasionnellement de l'alcool, et 12 % avaient une consommation plus régulière. Parmi les 11-19 ans, 8 % fumaient occasionnellement, 14,5 % quotidiennement (45). Une étude faite chez 1/40 de la population des élèves des collèges et des lycées parisiens entre 1991 et 1996 montre de plus que le pourcentage de fumeurs a augmenté de 21 % en 1992 à 26 % en 1996 (46).

Enfin, l'enquête faite auprès d'un échantillon aléatoire des hommes (âgés de 18 à 22 ans) convoqués dans les centres de sélection des armées par le Service de santé des armées pendant le premier trimestre 1995, soit 10 870 personnes, montre que la proportion de personnes ayant consommé du cannabis au cours des trois mois précédant la visite médicale était de 26 %. Parmi eux, 24 % déclaraient un usage pluri-hebdomadaire et 38 % une fréquence d'usage inférieure à une fois par mois. Moins de 1 % déclarait avoir consommé de la cocaïne ou de l'héroïne (30).

Programmes de prise en charge

La prise en charge des toxicomanes a été officialisée en France par la loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». Cette loi introduit deux notions fondamentales : la gratuité des soins et le respect de l'anonymat. Elle propose aux patients toxicomanes une prise en charge spécifique dans des centres spécialisés réunissant plusieurs types d'intervenants : assistantes sociales, éducateurs, infirmier(e)s, médecins, psychiatres ou psychologues (47). Dans les années 1975-1980, vont se développer les centres de post-cure, de même que des structures d'hébergement (48).

La prise en charge médicale organisée par la loi de 1970 est axée sur les cures de sevrage en ambulatoire ou lors d'hospitalisations et sur le suivi psycho-éducatif. L'utilisation de produits de substitution est réservée à un petit nombre de toxicomanes dans deux centres autorisés : Fernand Widal et Sainte-Anne, à Paris, qui ont chacun 20 places de méthadone. En 1991, 12 nouvelles places sont ouvertes au centre Pierre Nicole à Paris (49). En 1993, des programmes de substitution par la méthadone sont ouverts dans quelques centres spécialisés. Depuis janvier 1995, tous les centres spécialisés peuvent, théoriquement, initier un traitement par méthadone (50). En 1996, 104 centres proposent la méthadone, couvrant ainsi 63 départements (1). Fin 1997, il existe 227 centres spécialisés dont 112 délivrent de la méthadone (28).

En juin 1996, il y avait 200 « places » méthadone dans les Hauts-de-Seine réparties sur cinq des huit centres du département (32).

Situation sanitaire

VIH

Le nombre de malades du Sida contaminés par toxicomanie a diminué depuis 1993 :

- D'après les statistiques du Réseau national de santé publique reposant sur la déclaration obligatoire des cas de Sida par les médecins, le nombre de cas cumulés

d'usagers de drogues injectables malades du Sida au 31 décembre 1997 était de 11 137, soit 23,5 % du nombre total de cas, répartis en 8 225 hommes et 2 912 femmes. On peut y ajouter les 584 cas, soit 1,2 % du total, appartenant à la catégorie homosexuel/bisexuel et usagers de drogues injectables.

- Dans cette population, 316 nouveaux cas de Sida ont été déclarés en 1997, ce qui représente une diminution du nombre annuel de nouveaux cas : de 1 488 nouveaux cas en 1993, ce nombre est passé à 1 300 en 1995 puis à 934 en 1996. Le pourcentage de toxicomanes parmi les malades du Sida a également diminué de 27,1 % en 1993 à 25 % en 1995, 24,1 % en 1996 puis 18,9 % en 1997.

Les chiffres pour les années 1996 et 1997 sont toutefois des données provisoires du fait des retards de déclaration. Parmi ces malades, 20 % ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic de la maladie (22 % des hommes contre 10 % des femmes) : cette proportion est très inférieure à celle observée pour les patients contaminés par voie hétérosexuelle, dont 56 % ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic (51).

L'estimation du nombre de sujets séropositifs pour le VIH est plus difficile. Elle repose sur l'étude de populations particulières : patients consultant dans des centres spécialisés, à l'hôpital, en médecine de ville, dans les centres de santé des prisons, résidents des centres de soins pour toxicomanes avec hébergement. Les estimations du nombre d'usagers séropositifs varient de 2 à 23 % selon la population étudiée et la région :

- Lors du troisième colloque international « Toxicomanies, hépatites, Sida » (THS 3), le taux de séropositivité parmi les toxicomanes a été estimé à 15 % en 1996, alors qu'il était de 25 % en 1984 (52).

- L'enquête du SESI de 1995, portant sur 11 100 toxicomanes utilisateurs de centres spécialisés, 7 000 utilisateurs d'établissements spécialisés et 4 700 utilisateurs de centres sociaux non spécialisés dénombre, selon les structures, 16 à 23 % de séropositifs parmi les toxicomanes (53).

- L'enquête faite en novembre 1995 sur le pôle ville de 12 réseaux toxicomanie ville-hôpital (soit 207 médecins généralistes, 2 médecins psychiatres et 2 médecins ayant une autre spécialité ayant inclus un total de 593 patients) montre que 82 % des patients toxicomanes connaissent leur statut sérologique. Parmi ces patients, 25 % sont séropositifs, soit 21 % du total (54). L'étude de l'état de santé des toxicomanes vus en ambulatoire par les médecins généralistes (STAM) réalisée par l'unité 302 de l'INSERM avec l'association Généralistes et toxicomanies (G & T) en 1996, et portant sur 356 patients toxicomanes répartis sur 25 départements, montre que 13 % de ces patients sont séropositifs (83 % des patients connaissent leur statut sérologique) (55). L'étude des files actives hospitalières réalisée en 1996 dans les établissements hospitaliers de 77 départements montrait par ailleurs

que 25 % des personnes contaminées par injection intraveineuse de drogue étaient toujours considérées comme des usagers actifs de drogues intraveineuses (56).

- F. Facy, dans l'enquête de 1994 sur les toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanies, dénombre 14 % de séropositifs pour le VIH parmi les détenus ayant fait un test de dépistage (89 % des détenus) (42).

- L'enquête semestrielle réalisée par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida du premier semestre de 1996 dans 106 centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement (CSSTH), montre que 91,9 % des résidents connaissent leur statut sérologique pour le VIH : 12,1 % sont séropositifs (57).

- Il existe des différences selon les régions ; ainsi l'enquête de G & T 59/62 de 1995 rapporte 6 % de séropositifs dans la population de toxicomanes suivie par les médecins généralistes des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Le bilan du centre spécialisé Boris Vian de Lille de 1995 ne retrouve que 2 % de séropositifs dans la population toxicomane suivie (58). Une étude faite à Toulouse de février à juin 1996 dans différentes structures auprès de 249 personnes toxicomanes associant les déclarations des patients et un test salivaire a permis de connaître la sérologie pour le VIH de 99 % de cette population, positive dans 15 % des cas (59).

L'Ile-de-France est la région la plus touchée avec 21 442 cas de Sida cumulés enregistrés au 31 mars 1997, soit 46,5 % des cas cumulés enregistrés en France et 11,2 % des cas européens. Néanmoins, le pourcentage de ces cas dans l'ensemble des cas cumulés en France a diminué : il était de 53,0 % en 1987 et de 38,8 % en 1996. Les toxicomanes représentaient 20,2 % de ces cas au 31 mars 1997 (60).

Le département des Hauts-de-Seine est particulièrement touché ; les toxicomanes malades du Sida représentent 30 % des cas de Sida déclarés dans ce département. Le département des Hauts-de-Seine comptait, au 31 mars 1997, 2 374 cas cumulés de Sida, soit 1 732 cas cumulés par million d'habitants. Il se plaçait ainsi au quatrième rang parmi les départements métropolitains les plus touchés. Le groupe de contamination par toxicomanie est stable depuis 1991 et représente 30 % de l'ensemble des déclarations annuelles. Le rapport de 1996 de l'Équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues (ECIMUD) de l'hôpital Louis Mourier de Colombes montrait que sur 102 patients toxicomanes vus soit en hospitalisation, soit en consultation dans les services des urgences, de médecine interne ou de maternité, 84 % des consultants connaissaient leur statut sérologique : 61 % étaient séropositifs (61).

L'étude sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite faite par l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) entre juin 1995 et février 1996

en banlieue parisienne sur 421 personnes toxicomanes rencontrées dans les rues (57 %) et dans des institutions (43 %) montrait que 92 % avaient fait un test de dépistage, positif dans 26 % des cas (62).

VHC

L'évaluation du nombre de personnes contaminées par le virus de l'hépatite C est beaucoup plus difficile du fait que ce n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, et que l'épidémie est plus récente. Surtout, les médecins et les toxicomanes sont beaucoup moins sensibles à la gravité et à la fréquence de cette infection alors qu'elle va représenter un problème de santé publique au moins aussi grave que l'épidémie liée au VIH dans la population toxicomane (63). Sa gravité est majorée en cas de co-infection avec le VIH (64).

Le pourcentage d'usagers contaminés par le VHC varie, selon la population étudiée, de 46 à 72 % des patients ayant fait un test. On peut noter que le pourcentage d'usagers de drogues ayant fait une sérologie VHC est inférieur au pourcentage d'usagers ayant fait une sérologie VIH :

- Une étude réalisée de mai à octobre 1994, dans quatre régions (Ile-de-France, PACA, Lorraine, Centre) sur 6 283 personnes de 20 à 59 ans bénéficiant d'un examen de santé pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) retrouvait 72 personnes porteuses d'anticorps anti-VHC, soit 1,15 % de la population (65).

- Une étude faite entre 1991 et 1994 dans 30 services habilités à prescrire l'interféron, répartis sur le territoire métropolitain (6 664 questionnaires), dénombrait 23,1 % de toxicomanes parmi les patients atteints d'hépatite chronique C (29,9 % des hommes et 13,2 % des femmes) (66).

- L'étude du pôle ville des réseaux toxicomanie ville-hôpital réalisée en 1995 (54) montrait que 68 % des patients toxicomanes avaient fait une sérologie pour le VHC, positive dans 55 % des cas, soit 37 % de l'effectif total. L'étude STAM de 1996 (55) retrouvait 72 % des patients toxicomanes ayant fait une sérologie pour le VHC, positive dans 54 % des cas, soit 39 % de l'effectif total.

- En 1997, le pourcentage de toxicomanes incarcérés infectés par le virus de l'hépatite C était estimé à 52 % et à 80 % pour les usagers de drogues par voie veineuse (67).

- L'étude, déjà citée faite dans les Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes avec hébergement (CSSTH) (57), montre que 82,0 % des résidents connaissaient leur statut sérologique pour le VHC et que 53,3 % étaient séropositifs.

- L'enquête faite à Toulouse (59) en 1996 estimait la prévalence globale du VHC à 67 %. Une étude faite du 1^{er} juillet 1991 au 31 décembre 1992 auprès des consultants du Centre d'information et de traitement des dépendances de Lille

(CITD) demandant une hospitalisation pour sevrage, soit 104 personnes, rapportait 72 % de sérologies positives pour le VHC (68).

- Dans le rapport de 1996 de l'ECIMUD de l'hôpital Louis Mourier (61), le statut sérologique pour le VHC était connu pour 76 % des patients toxicomanes, et positif dans 72 % des cas, soit 55 % de l'ensemble de la population toxicomane.
- L'étude de l'IREP de 1995-1996 (62) montrait que 279 des 421 toxicomanes interrogés, soit 66 %, avaient effectué un test de dépistage pour le VHC, positif dans 46 % des cas, soit 30 % du total.

VHB

L'incidence annuelle de l'hépatite B est estimée en France à 12 cas symptomatiques pour 100 000 habitants. Ces cas symptomatiques ne représenteraient toutefois que 10 % des cas d'infection par le virus de l'hépatite B. Parmi les cas déclarés depuis 1991, une toxicomanie a été signalée dans 19 % des cas (69). Selon les études, la sérologie pour l'hépatite B est positive pour 16 à 29 % des usagers de drogues ayant fait un test. Le pourcentage d'usagers de drogues ayant fait une sérologie VHB reste inférieur au pourcentage d'usagers de drogues ayant fait une sérologie pour le VHC :

- L'étude des réseaux toxicomanie ville-hôpital de 1995 (54) rapporte que la sérologie de l'hépatite B était connue pour 70 % des toxicomanes étudiés, et positif dans 38 % des cas, soit 26 % de l'effectif total.
- L'étude STAM de 1996 (55) rapporte que 25 % des patients toxicomanes étaient séropositifs pour le VHB.
- L'étude de 1991-1992 sur les patients hospitalisés pour sevrage à Lille (68) montre que 33 % des patients avaient au moins un marqueur du VHB positif en l'absence de vaccination.
- Le rapport de l'ECIMUD de Louis Mourier de 1996 (61) montre que le statut sérologique pour le VHB des toxicomanes était connu pour 60 % d'entre eux, positive pour 17 % soit 10 % de l'effectif total.
- L'étude de l'IREP de 1995-1996 (62) montre que 280 (67 %) des 421 toxicomanes interrogés avaient eu un test de dépistage pour le VHB, positif pour 81 (29 %) d'entre eux, soit 19 % du total.

Autres pathologies liées aux conditions d'injection

Les infections cutanées et des tissus mous restent la première cause de consultation en urgence des toxicomanes ; ces infections sont dues à la pratique d'injections non stériles par voie intraveineuse ou sous-cutanée. L'endocardite bactérienne est la première complication systémique de ces injections non stériles. Les atteintes infectieuses ostéoarticulaires sont fréquentes.

Quelques cas de candidose systémique non liée à l'infection par le VIH ont été décrits. Ces cas sont probablement liés à l'utilisation répétée du même citron qui est un très bon milieu de culture pour le candida. La gravité de la candidose systémique est liée aux atteintes ophtalmiques (70).

Le tétanos est devenu rare du fait de la vaccination, néanmoins les médecins doivent rester vigilants sur le statut vaccinal des patients toxicomanes (71).

Mortalité liée à la toxicomanie

Dans sa revue de la littérature, I. Grémy rappelle que la surmortalité des toxicomanes est importante, puisque, selon les études, le nombre de décès est de 3,5 à 63,8 fois plus élevé que dans la population de sexe et d'âge comparables. La mortalité était stable dans les années 1970, puis a augmenté avec l'arrivée du virus du Sida (72). L'OFDT estime qu'il y a eu, en 1995, 1 007 toxicomanes décédés du Sida (73). Les consommateurs d'opiacés ont un taux de mortalité significativement plus élevé que les usagers d'amphétamines et que les poly-toxicomanes.

La part des décès par suicide varie de 1,7 % à 16 % selon les études. Le pourcentage de décès par acte de violence varie de 7,8 % à 28,8 %. La consommation d'alcool est très souvent retrouvée dans les examens *post mortem*, sans qu'elle soit directement incriminée comme cause de décès (72).

Une étude réalisée à Amsterdam auprès de 593 toxicomanes recrutés entre décembre 1985 et juillet 1992 et dont le statut vital a été déterminé au 1^{er} février 1993 retrouvait un taux de mortalité 2,4 fois plus élevé chez les séronégatifs pour le VIH « injecteurs » que chez les séronégatifs pour le VIH « non-injecteurs ». Les utilisateurs réguliers de benzodiazépines (plusieurs fois par jour) avaient un risque relatif ajusté (RRA) de décès de 2,47 ; les personnes qui rapportaient une utilisation prolongée et régulière d'amphétamines (depuis au moins 5 ans) avaient un RRA de décès de 2,48 (74).

L'institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) a analysé les 101 décès par surdose survenus à Paris en 1990. Le produit en cause était dans 90,1 % des cas l'héroïne ; l'alcool était impliqué dans 30 % des cas ; les médicaments, en premier lieu des benzodiazépines, étaient également incriminés dans 30 % des cas (75).

Une étude faite à Sidney en 1995 par entretiens auprès de 329 héroïnomanes rapporte qu'un tiers d'entre eux avait fait une surdose durant l'année. L'analyse des résultats met en évidence trois facteurs prédictifs indépendants favorisant la survenue de surdoses :

- la durée de la toxicomanie (chaque année supplémentaire de toxicomanie augmentait le risque de surdose de 6 %) ;
- le degré de dépendance à l'héroïne ;

- une consommation régulière d'alcool (l'absorption d'alcool précédant la surdose était retrouvée dans 35 % des cas).

En outre, les auteurs identifiaient quatre facteurs de risque de surdoses :

- la consommation concomitante de plusieurs substances agissant sur le système nerveux central (la présence d'au moins un autre déprimeur du système nerveux central était notée dans deux tiers des surdoses les plus récentes ; il s'agissait le plus souvent d'alcool et de benzodiazépines) ;
- le lieu et l'entourage au moment de la surdose (les deux tiers des surdoses avaient eu lieu dans un lieu privé) ;
- la situation de sevrage (13 % des surdoses avaient eu lieu à la sortie de prison) ;
- l'absence de prise en charge thérapeutique : 85 % des surdoses récentes concernaient des sujets se trouvant hors des programmes de traitement ; la date de la dernière surdose était plus ancienne pour les héroïnomanes pris en charge dans un programme de substitution (76).

La responsabilité de médicaments comme la méthadone, le dextropropoxyphène ou la codéine est rapportée dans 30 à 40 % des cas de décès dans certaines séries (77). Davoli a montré, en suivant les 4 200 usagers de drogues par voie intraveineuse (U.D.V.I.) consultant dans trois centres de méthadone à Rome de 1980 à 1988, que le facteur de risque majeur de décès était l'abandon du traitement par méthadone et la reprise de la consommation d'héroïne (75). En 1995, la Direction générale de la santé (DGS) a enregistré dix cas de décès de « méthadoniens » : dans deux cas il s'agissait d'un surdosage dû à une posologie trop importante à l'initiation du traitement ; dans trois cas, il y avait une association avec des benzodiazépines, du Palfium® et du sulfate de morphine ; dans les cinq derniers cas, il s'agissait d'un suicide (78).

Les risques de décès liés à l'utilisation de la buprénorphine haut-dosage sont moins connus du fait de l'utilisation récente et exclusivement française de ce produit. A. TRACQUI et coll. ont publié en février 1997 six cas de décès liés à l'usage de buprénorphine. Dans deux cas, la buprénorphine aurait été utilisée par voie veineuse. Dans tous les cas, les tests ont mis en évidence la présence de plusieurs benzodiazépines dans le sang et dans trois cas la présence d'alcool (77). En avril 1998, A. TRACQUI et coll. avaient constaté quatorze nouveaux cas, soit vingt en quinze mois à l'Institut médico-légal de Strasbourg. On peut estimer qu'il y a eu entre 70 et 100 cas sur l'ensemble du territoire pendant cette période (79).

Le nombre officiel de surdoses était de 228 pour l'année 1997, dont 164 dues à l'héroïne ; il était de 393 en 1996, dont 336 dues à l'héroïne (80).

Les produits légaux sont responsables de beaucoup plus de décès puisque le Haut comité de la santé publique estimait, en 1991, à 50 000 les décès liés à la

consommation d'alcool, dont 12 000 directement. Le professeur Tubiana estimait à 60 000 les décès prématurés liés au tabac en 1987, et prévoyait 120 000 décès prématurés par an au début du siècle prochain (5).

Dépenses publiques

L'évaluation des dépenses publiques en matière de lutte contre la toxicomanie est difficile puisque les dépenses en matière répressive ne sont pas évaluées de façon spécifique, de même que les dépenses de soins, en dehors des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

Le budget officiel consacré à la lutte contre la toxicomanie a été de 982 millions de francs en 1997 (83).

Le montant dépensé par les administrations centrales a été estimé à 4,72 milliards de francs pour l'année 1995, soit 0,3 % du budget de l'état (81). Le budget des administrations locales n'est pas pris en compte dans ce chiffre. Le budget « drogue » de la justice est estimé à 1,520 milliard de francs dont 1,317 milliard pour la détention des personnes emprisonnées ; les auteurs estiment que 210 magistrats (« équivalents temps plein ») se sont exclusivement consacrés aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Le budget « drogue » de la police est estimé à 1,194 milliard de francs, dont 105,085 millions pour les actions de prévention. Le budget consacré à la prise en charge sanitaire des toxicomanes est estimé à 629,10 millions de francs, dont 10,8 millions à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique. La prise en charge des toxicomanes séropositifs pour le VIH n'est pas comptée dans ce chiffre (82).

RÉSEAUX VILLE-HÔPITAL TOXICOMANIE

Histoire, objectifs et limites

Les réseaux ville-hôpital toxicomanie ont été créés par la circulaire DGS/DH du 7 mars 1994 sur le modèle des réseaux existants pour la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH. Les premiers réseaux centrés sur le VIH se sont constitués en 1985 et ont été officialisés par la circulaire DH-DGS 612 du 4 juin 1991 (84).

L'objectif est en premier lieu de réunir autour du patient les différents intervenants dont il a besoin (85), mais aussi de permettre à ces intervenants de se connaître et d'échanger leur savoir (86). Le réseau doit notamment permettre d'améliorer la communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville, ainsi qu'entre médecins et intervenants non-médecins (infirmiers, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs) (87).

La multiplication de ces réseaux pose le problème de la « spécialisation » des médecins généralistes qui y participent, puisque ces réseaux se sont créés soit autour d'une pathologie donnée (VIH, hépatite C, diabète...), soit autour d'une population particulière (toxicomanes, personnes âgées, malades de l'alcool...) (88).

Il y avait 50 réseaux ville-hôpital toxicomanie fin 1997 en France (28). Le réseau « ARÈS 92 ville-hôpital toxicomanie » a été créé en janvier 1995 (89).

Rôle des pharmaciens

Les pharmaciens sont très souvent en contact avec les toxicomanes lors de la délivrance des médicaments, des préservatifs et des seringues (90). Même s'ils ne détiennent plus le monopole de sa vente depuis 1995, les pharmaciens vendent 95 % du matériel d'injection utilisé par les toxicomanes (91). Il faut noter, d'après une enquête de l'IREP de 1988, que 23 % des pharmaciens vendaient déjà des seringues aux toxicomanes avant 1987, ce qui suggère qu'ils se sont engagés dans la politique de réduction des risques avant que cette vente soit légalisée (92).

Les pharmaciens délivrent les traitements de substitution (93). Cette délivrance nécessite un bon contact entre le prescripteur et le pharmacien, car la prise en charge des toxicomanes ne repose pas uniquement sur le produit délivré mais bien sur une aide à la réinsertion et sur un travail sur l'attitude toxicomaniaque. Ce contact est favorisé par l'existence de réseaux, qu'ils soient officiels ou non (94).

L'étude des réseaux ville-hôpital toxicomanie réalisée en 1995 montre que les pharmaciens participaient à onze des douze réseaux existants ; les responsables du dernier réseau n'avaient pas répondu à la question sur la participation de pharmaciens (95).

PRODUITS DE SUBSTITUTION

Méthadone

La méthadone (diphényl- 4, 4 diméthylamino- 6 heptanone- 3 ou C₂₁H₂₇NO) a été découverte en 1941 par les chimistes allemands BOCKMÜL, EHRHART et SCHAUMANN ; elle était utilisée à l'époque pour ses propriétés antalgiques (96). Cette molécule appartient à la famille des agonistes purs ; c'est un agoniste fort du récepteur μ comme la morphine dont elle a des effets proches quand elle est utilisée par voie veineuse. Très lipophile, avec une absorption orale supérieure à 80 %, elle apparaît dans le plasma environ 30 mn après la prise orale, avec un pic plasmatique 2 à 3 h après absorption. Elle est rapidement et fortement fixée par le foie, puis redistribuée progressivement dans l'organisme ; sa demi-vie plasmatique est en moyenne de 35 h (9-87 h) (97).

La méthadone n'est disponible en France que sous forme de sirop de chlorhydrate de méthadone en flacon unidosé de 5, 10, 20, 40 et 60 mg (98) (99).

La méthadone a été utilisée pour la première fois comme produit de substitution en 1964 sur l'hypothèse que la toxicomanie est une maladie métabolique nécessitant un traitement pharmacologique (100).

Buprénorphine

La buprénorphine (21- cyclopropyl- 7 alpha ((S)- 1- hydroxy- 1, 2, 2- triméthylpropyl)- 6, 14- endo- éthano- 6, 7, 8, 14- tétrahydronoropivavine ou C₂₉H₄₁NO₄) a été découverte au début des années 1970 par John W. LEWIS et Alan COWAN ; il s'agit d'une molécule de synthèse dérivée de la thébaïne, alcaloïde de l'opium (101). La buprénorphine a une action agoniste partielle sur le récepteur morphinique μ et des propriétés antagonistes sur les récepteurs delta et kappa. Sa biodisponibilité est d'environ 50 % par voie sublinguale et 16 % par voie orale (102). Après administration sublinguale, le pic plasmatique apparaît après 3 h en moyenne (entre 90 et 360 mn). Son métabolisme est essentiellement hépatique (101). Sa durée d'action est estimée à 29,5 h en raison de la dissociation lente de la liaison aux récepteurs opiacés (103). L'utilisation de la buprénorphine comme produit de substitution est fondée sur l'effet plafond observé dans nombre d'études sur l'animal et sur l'homme aux États-Unis, limitant en principe les risques de surdosage. Cet effet plafond apparaît pour des doses de 16 mg. Pour des doses supérieures à 16 mg, l'effet clinique de cette molécule est identique à celui obtenu pour 16 mg (104). Il faut remarquer que ces études ont été faites avec une solution alcoolique de buprénorphine qui a une disponibilité double de celle des comprimés sublinguaux utilisés en France (105).

La buprénorphine est disponible, en France, sous forme de comprimés sublinguaux dosés à 0,4 ; 2 ; et 8 mg (105).

La buprénorphine est expérimentée en tant que produit de substitution depuis 1978 aux États-Unis et a été utilisée en Belgique à partir de 1983 (106). Elle est commercialisée en France avec l'indication de substitution des patients dépendants de l'héroïne depuis février 1996.

Sulfate de morphine

F.W.A. SERTÜNER a isolé de l'opium, en 1805, un « principe somnifère » qu'il nommera morphine en 1917 (107), (108). La morphine est un agoniste pur et fort, spécifique des récepteurs μ . Les concentrations maximales de morphine après absorption d'un comprimé de sulfate de morphine sont obtenues en 2 à 4 h (109). Son métabolisme est essentiellement hépatique. Sa durée d'action est de 12 h.

Le sulfate de morphine est disponible en comprimés et en gélules dosés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg (110), (111).

Le sulfate de morphine n'a jamais eu d'indication officielle dans la substitution. Il a été utilisé hors autorisation de mise sur le marché (AMM) par certains médecins dans l'attente de la légalisation de la substitution, puis interdit dans cette indication à partir du 30 juin 1996, sauf cas particuliers (112). Pour ces cas particuliers, le médecin prescripteur doit obtenir pour le patient concerné l'accord du médecin conseil de sa caisse primaire d'assurance maladie.

Dérivés codéinés

La codéine a été isolée par P.J. ROBIQUET en 1832 (107). Il s'agit d'un alcaloïde de l'opium, la méthylmorphine. La codéine est un agoniste pur et faible. Son pic plasmatique est obtenu 60 mn après absorption orale. Son métabolisme est hépatique (109). Sa demi-vie plasmatique est de 3 h.

La codéine est disponible sous forme de sirop, de suppositoires ou de comprimés à visée antitussive dosés de 1,5 à 28,4 mg par unité pour les adultes et de 1,235 à 7,8 mg pour les enfants. La codéine existe également en association à d'autres antalgiques (paracétamol et/ou aspirine, noramidopyrine) avec des dosages allant de 6 à 36,83 mg, ou seule à visée antalgique, en comprimés dosés à 40 mg (113).

La codéine n'a jamais eu d'indication officielle dans la substitution mais est utilisée de façon très fréquente par les héroïnomanes en « auto-substitution » (114).

RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les cabinets de médecine générale représentent la structure sanitaire la plus dense et la mieux répartie sur le territoire français. Le cabinet médical est une structure plus souple et parfois plus accessible que les centres spécialisés pour le patient toxicomane (115). Les médecins généralistes n'exerçant pas en centre spécialisé se caractérisent comme des acteurs de proximité, ayant une bonne connaissance de la réalité et de la population locale (116). Ils participent donc au lien que le toxicomane a avec son entourage : intégration dans une vie de quartier, relations familiales. Ils lui permettent également d'être pris en charge dans une structure non spécialisée et donc non stigmatisante : le toxicomane consulte son médecin traitant comme les autres patients (117). Les médecins généralistes ont également une fonction de prévention dans leur rôle de médecin de famille : prévention primaire auprès des adolescents, prévention secondaire en expliquant les risques liés aux produits et à leurs conditions d'utilisation pour les usagers de drogues actifs, prise en charge de leurs parents en consultation ou dans le cadre d'associations ou de

réunions de prévention organisées au niveau local (118). D'autre part, les médecins généralistes peuvent permettre aux patients soit de parler de leur toxicomanie à partir d'une consultation portant sur un problème physique, notamment une complication, soit d'aborder le problème de la dépendance et de ses aspects psychiques (117). Cette liberté dans le choix de l'approche de la toxicomanie favorise l'établissement d'un lien entre usager et médecin (119).

Une enquête réalisée en 1995 sur 300 médecins généralistes représentatifs au niveau national rapporte que 66 % des médecins déclaraient avoir vu au moins un toxicomane au cours de l'année, 20 % de 1 à 2, 31 % de 3 à 9, 10 % de 10 à 19, et 15 % plus de 20 (120). L'enquête de l'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace de novembre 1996 auprès de 577 médecins libéraux (sur 3 265) ayant accepté de répondre à un questionnaire envoyé par voie postale, dont 64 % de généralistes, rapporte que 76 % de ces médecins avaient vu des toxicomanes en consultation : 62 % rarement, 11 % souvent et 3 % très souvent (121). Le travail réalisé par la Société française de médecine générale (SFMG) auprès de 109 médecins généralistes pour valider le dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale rapporte que la toxicomanie représentait 0,14 % des motifs de consultation, le tabagisme 0,32 % et l'alcoolisme 0,59 % (122).

SITUATION DANS QUELQUES AUTRES PAYS EUROPÉENS

Royaume-Uni

La première réglementation date de la première guerre mondiale. Elle rendait illégale la détention de cocaïne et d'opium à moins qu'elles ne soient prescrites par un médecin ou détenues par une personne habilitée (médecin, pharmacien ou personne bénéficiant d'une autorisation du ministère de l'Intérieur). Ce texte, adopté en vertu des pouvoirs extraordinaires que conférait la loi en cas de conflit armé, a été confirmé en 1920 par la loi sur les substances dangereuses (*dangerous drugs act*) qui prenait en compte les exigences de la convention de La Haye de 1911.

La Commission Rolleston concluait toutefois en 1926 que « la morphinomanie et l'héroïnomanie doivent être considérées comme la manifestation d'une maladie plutôt que comme une simple forme de perversité ». Le rapport poursuivait en indiquant que si les tentatives répétées de désintoxication du patient s'étaient révélées inutiles « l'administration indéfiniment prolongée de morphine et d'héroïne pourrait être nécessaire pour les patients capables de mener une vie normale et productive tant qu'ils ingèrent une certaine quantité, en générale réduite, de leur stupéfiant, mais qui n'en sont plus capables autrement ». Ce rapport fonde ce qu'on appellera

plus tard le « système britannique ». La possibilité donnée aux médecins britanniques de prescrire légalement des stupéfiants était unique puisque tous les autres pays européens avaient adopté à cette époque une législation très répressive. Les Britanniques étaient les seuls à accepter que des patients puissent être dépendants d'une substance de façon prolongée et que sa prescription puisse être une solution pour préserver leur intégration dans la société.

Le deuxième texte de loi date de 1967 et faisait suite à la Commission Brain. Il réduisait l'autorisation de prescrire de l'héroïne et de la cocaïne aux toxicomanes aux seuls médecins habilités par le ministère de l'Intérieur. Seuls les psychiatres étaient habilités à demander cette autorisation, ce qui explique la création d'unités de toxicomanie dans les hôpitaux psychiatriques en 1968. Tous les médecins étaient autorisés à prescrire ces deux substances dans leurs autres indications (123). La méthadone sous forme orale et injectable, ainsi que la morphine, pouvaient toujours être prescrites aux patients toxicomanes par tous les médecins (124).

La loi actuelle (*misuse of drugs act*), date de 1973. Elle a simplifié les mécanismes de mise sous contrôle de nouvelles substances ou de modification du degré de contrôle appliqué à une substance en particulier : il n'est plus nécessaire de faire passer les amendements par toute la procédure parlementaire (123).

Un répertoire officiel des toxicomanes (*addict index*) a été créé en 1968 au ministère de l'Intérieur. Ce fichier confidentiel contient des informations fournies par les médecins sur les patients qu'ils considèrent comme étant dépendants de substances opiacées (124).

Le premier programme d'échange de seringues a été ouvert en décembre 1986 (127). La Grande-Bretagne a été le premier pays européen à adopter une politique nationale de réduction des risques, préconisée par le Conseil consultatif sur l'abus de drogues (*Advisory Council on the Misuse of Drugs*) en 1988 (128). Le rapport de ce Conseil concluait que « la propagation de l'infection au VIH représente une plus grande menace du point de vue de la santé des individus et de la santé publique que la toxicomanie » (123).

Il y avait, en 1992, 24 703 toxicomanes signalés sur le répertoire des toxicomanes au Royaume-Uni (123). En 1994, 155 toxicomanes recevaient de l'héroïne injectable et 17 000 de la méthadone, dont environ 10 % sous forme injectable (124).

La consommation de tabac est très importante au Royaume-Uni puisque près d'un homme sur deux et d'une femme sur trois âgés de 20 à 24 ans sont des fumeurs. De même, la consommation d'alcool est un problème majeur, puisque 41 % des garçons âgés de 18 à 24 ans consomment plus de 210 g d'alcool par semaine et qu'une femme sur quatre dans la même tranche d'âge consomme plus de 140 g d'alcool par semaine (125). Ce problème est encore plus inquiétant chez les adolescents puisque 94 % des 14-17 ans prennent de l'alcool au moins une fois par semaine.

La commercialisation des « alcopops » (limonades fruitées et alcoolisées) en 1995 a aggravé ce phénomène puisque 54 % des 14-17 ans en boivent régulièrement, la moitié ayant commencé avant l'âge de 11 ans. En outre, 30 % de ces adolescents disent avoir eu des rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool (126).

Le nombre de cas de Sida déclarés au 31 mars 1998 dans le groupe des utilisateurs de drogues injectables était de 972, soit 6,5 % des cas déclarés par la Grande-Bretagne auprès du Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (129). En 1992, l'OMS évaluait la séroprévalence pour le VIH chez les usagers de drogues à 20 % à Edimbourg, à 5 % à Londres et entre 2 et 2,5 % dans le reste du pays (130). Ces différences locales peuvent être rapprochées du refus des médecins d'Edimbourg de prescrire des stupéfiants jusqu'au début des années 1990 : elles témoignent ainsi de l'efficacité des programmes de substitution et de délivrance de stupéfiants. La faible prévalence du VIH chez les usagers d'héroïne en Angleterre est également probablement liée à la fréquence de la pratique de fumer l'héroïne chez les usagers qui ont commencé à la fin des années 1970 (on dit qu'ils « chassent le dragon »). Cette manière de consommer est celle de la majorité des héroïnomanes en Angleterre depuis le milieu des années 1980 (124).

La prévalence du virus de l'hépatite C est de 60 % dans la population des usagers de drogues, et celle du virus de l'hépatite B de 40 %. Ces chiffres, plus élevés que ceux du VIH, seraient probablement liés à la diffusion plus ancienne des virus des hépatites, avant l'apparition des mesures de réduction des risques, et enfin à leur « infectiosité » et à leur mode de transmission (131).

Le nombre de décès officiellement attribués à l'héroïne était de 40 en 1994 contre 155 attribués à la méthadone (132).

Le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients toxicomanes est très important au Royaume-Uni du fait de l'organisation du National Health Service qui rend obligatoire le recours au généraliste avant de consulter un service spécialisé. Les médecins généralistes britanniques, contrairement aux médecins français, ont toujours été intégrés dans le dispositif de prise en charge des usagers de drogues. Les centres spécialisés ne sont qu'une alternative qui s'est développée plus tard et uniquement dans quelques services de psychiatrie de centres hospitaliers universitaires ; la loi sur les stupéfiants ne fait pas de ces services le centre de la prise en charge des usagers de drogues, contrairement à la loi française de 1970. D'autre part, la gratuité de la médecine ambulatoire en facilite l'accès à une population marginalisée. Enfin, la politique de prise en charge des toxicomanes mise en place depuis 1985 tend à attribuer un rôle accru aux médecins de ville. En 1981, 48 % des déclarations sur le répertoire des toxicomanes au ministère de l'Intérieur étaient déjà faites par les médecins généralistes, ce qui suggère qu'ils s'étaient impliqués dans la prise en charge des toxicomanes bien avant la mise en place de cette politique (133).

Une étude faite par voie postale de mai à août 1985 auprès d'un échantillon représentatif de 1 166 médecins généralistes d'Angleterre et du Pays de Galles, soit 5 % des médecins généralistes de ces deux régions, rapporte qu'un sur cinq des 845 médecins ayant répondu avait vu un usager d'opiacé dans les quatre semaines précédentes. Trente cinq pour cent de ces usagers étaient vus pour la première fois. Selon l'estimation faite par les auteurs de cette étude, les médecins généralistes de ces deux régions avaient vu de 30 000 à 44 000 nouveaux usagers pendant l'année, alors qu'ils n'avaient déclaré que 4 000 nouveaux patients au ministère de l'Intérieur en 1984. Même si certains patients avaient pu consulter plusieurs médecins et donc être déclarés plusieurs fois au cours de la période étudiée, il y aurait donc une sous-déclaration nette des patients au répertoire du ministère de l'Intérieur. Pour cette année 1984, les déclarations des médecins généralistes représentaient 55 % du total des déclarations (134). Une étude rétrospective faite en mars 1995 auprès de tous les médecins généralistes de trois des sept districts sanitaires de la ville de Londres, soit 749 médecins, rapporte que 125 médecins, soit un médecin sur six ayant reçu le questionnaire (seuls 381 médecins, soit 50,9 % des médecins avaient répondu) avaient prescrit de la méthadone sans référer le patient à un centre spécialisé (135). En 1997, la moitié des prescriptions de méthadone émanait des généralistes (136).

Belgique

La Belgique a ratifié toutes les conventions internationales. Le premier texte de loi « concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, désinfectantes et antiseptiques » a été adopté en 1921, puis révisé en 1975. La loi de 1975, toujours en vigueur actuellement, est extrêmement répressive puisque le simple usager, de cannabis comme d'opiacés, peut être puni d'emprisonnement (137). Néanmoins, la peine peut être suspendue ou différée s'il s'agit d'un usage personnel (6).

Cette loi n'a pas de volet sanitaire contrairement à la loi adoptée en France en 1970 : l'initiative est laissée à la société civile. Un des articles de la loi de 1975 stipule que seront punis avec sévérité les médecins qui auront abusivement prescrit des substances psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance. Le port de seringue est également prohibé, au sens où il constitue une présomption d'usage, ce dernier étant lui-même une présomption de détention, et donc une infraction (137). Des centres spécialisés ont néanmoins été créés à partir de 1970. Certains médecins généralistes ont également commencé à faire de la substitution à la même période (137).

Depuis 1983, la prescription de méthadone, comme de buprénorphine qui commençait à être prescrite cette année-là comme produit de substitution par certains médecins généralistes, était considérée par le Conseil de l'Ordre des médecins belges comme un exercice abusif de la liberté thérapeutique. Plusieurs médecins

se sont vus donc condamnés à des peines de prison en vertu de la loi de 1975 (137, 138). La méthadone était considérée comme un traitement expérimental et donc limitée à une prescription restreinte pour quelques dizaines de patients dans les institutions spécialisées.

Au début des années 1990, un groupe de médecins, nommé « Initiative Déontologique Médicale », a obtenu l'annulation par le Conseil d'État des directives de l'Ordre des médecins considérées comme inadéquates au plan scientifique et contraires au principe de la liberté thérapeutique (138). Tous les médecins sont donc maintenant habilités à prescrire la méthadone et la buprénorphine en tant que traitements de substitution (137). On peut remarquer que les médecins généralistes français désirant pratiquer la substitution ont mené le même combat quelques années plus tard.

M. REISINGER estimait qu'il y avait entre 20 et 30 000 toxicomanes en Belgique en 1994 (138), alors que M. Valette estimait ce chiffre entre 10 et 20 000 en 1997 (137). Il y aurait environ 6 000 patients sous substitution (137), dont 400 sous buprénorphine (138). Les usagers belges sont donc principalement substitués par la méthadone, contrairement à ce qui est observé en France.

Au 31 mars 1998, il y avait 151 cas cumulés de Sida dans le groupe des utilisateurs de drogues injectables, soit 6,5 % des cas déclarés pour la Belgique auprès du Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (129).

Suisse

La consommation de stupéfiants n'a été considérée comme un délit qu'en 1975, lors de la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants de 1951 (139). La loi de 1975 autorisait les médecins à prescrire des opiacés sous la responsabilité de l'autorité sanitaire cantonale. Pendant cette période, la substitution était surtout faite par les médecins de ville qui étaient autorisés à faire des primo-prescriptions de méthadone. Seuls quelques services universitaires de psychiatrie avaient des programmes de substitution (140).

En 1989, un rapport de la sous-commission fédérale des drogues mettait en cause les résultats de la politique de répression et de prohibition (139). En 1991, le Conseil fédéral suisse, dans un document intitulé « Mesures fédérales pour réduire les problèmes de drogue », préconisait une politique de diminution des risques (140). Il proposait, à titre expérimental, la prescription d'héroïne, de morphine et de méthadone par voie injectable, ainsi que de l'héroïne à fumer. Le premier programme de prescription d'héroïne était autorisé en 1992 pour 250 patients (141).

En 1994, le projet Prove permettait à 1 146 héroïnomanes de bénéficier de la remise expérimentale d'héroïne. Ce projet devait durer trois ans. En 1997, 796 d'entre eux suivaient toujours ce traitement (142). Le programme de distribution contrôlée d'héroïne a été autorisé à continuer en 1998.

Cette politique de réduction des risques a été remise en cause par l'initiative populaire : « Jeunesse sans drogue » qui proposait de fermer les centres de distribution contrôlée d'héroïne et de rendre illégale la prescription de méthadone pour ne proposer aux usagers de drogues que le sevrage. Cette initiative a été rejetée par 70,6 % des votants lors du référendum du 28 septembre 1997 (143).

Le nombre d'usagers de drogues en Suisse était évalué à 30 000 en 1997, avec 12 000 patients substitués à la méthadone par voie orale (144). Dix-huit centres, dont un en milieu carcéral, prescrivaient des produits injectables à environ 1 000 usagers de drogues ; dans 80 % des cas, il s'agissait d'héroïne, dans 10 % des cas de morphine et dans les 10 % restant de méthadone (145).

Il y avait, au 31 mars 1998, 2 433 cas cumulés de Sida chez les utilisateurs de drogues injectables, soit 39,7 % des cas cumulés en Suisse déclarés au Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (129). La prévalence des contaminations par le VIH chez les usagers de drogues est toutefois passée de 20 % en 1987 à 4 % en 1997 d'après le directeur de l'Office fédéral de la santé publique. Ces résultats montrent que la modification de la loi sur les stupéfiants a été d'une très grande efficacité en terme de réduction des risques puisqu'en dix ans la prévalence des contaminations par le VIH a été divisée par cinq (146).

Pays-Bas

La possession de stupéfiants est illégale depuis 1928. À l'inverse, l'usage de stupéfiants n'est pas répréhensible, mais la répression indirecte est possible du fait de la sanction pour possession (6).

En 1976, une distinction officielle a été établie entre drogues « dures » (héroïne, cocaïne, amphétamines, LSD) et drogues « douces » (cannabis et dérivés). Les premières étaient tolérées à condition de ne pas en transporter plus de cinq grammes ; les secondes étaient en vente, mais celle-ci était réglementée (147).

En raison de l'augmentation du nombre de toxicomanes, la ville d'Amsterdam puis le gouvernement central ont mis en place une politique de prise en charge des usagers de drogues au début des années 1980 (148). Des programmes dit à « bas seuil » se sont développés, permettant aux usagers d'obtenir de la méthadone sans aucune obligation d'arrêt de la consommation d'opiacés autres que la méthadone.

L'objectif de ces programmes était de prendre contact avec les usagers qui ne désiraient ni se sevrer ni entrer dans un programme à « seuil élevé », où la consommation d'autres produits est interdite et la prise en charge globale obligatoire. Ces centres proposaient également des seringues et des préservatifs aux usagers recevant de la méthadone (149). Les premiers programmes européens « bas seuil » ont été créés à Amsterdam (128). La méthadone pouvait également être prescrite par les médecins généralistes (149).

En 1983, un programme de distribution de morphine injectable incluant 37 personnes s'est développé à Amsterdam (150). Les clients recevaient de la méthadone par voie orale avec de la morphine injectable en ampoule (151). Cette mise en place faisait suite à un débat sur la légalisation de l'héroïne, qui avait été refusée à l'époque. En septembre 1997, la Chambre des députés a donné son accord pour la mise en place d'un programme expérimental de distribution d'héroïne à une cinquantaine de toxicomanes (152).

Il y avait 21 000 consommateurs de drogues dures aux Pays-Bas en 1996 (153). Le nombre de ces consommateurs n'a pas augmenté au cours des quinze dernières années (148). En 1992, le pourcentage de toxicomanes touchés par une des formes de prise en charge disponibles était estimé à 70 % à Amsterdam. Ce pourcentage est le plus fort enregistré en Europe, et suggère l'efficacité de l'offre diversifiée de soins (154).

Le nombre de cas cumulés de Sida déclarés dans le groupe des utilisateurs de drogues injectables au 31 mars 1998 était de 507, soit 10,9 % des cas cumulés déclarés pour les Pays-Bas au Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (129). Le pourcentage de toxicomanes séropositifs pour le VIH était estimé à 11 %, attestant ainsi le bien-fondé de la politique du gouvernement néerlandais, puisque la situation sanitaire des usagers y est meilleure que celle des usagers français et que leur nombre est stable (147).

CONCLUSION

Les Britanniques ont admis depuis longtemps que certains usagers ne pouvaient pas être sevrés brutalement et avaient donc besoin, pour une durée plus ou moins longue, de produits de substitution, parfois par voie injectable. Ils n'ont donc pas eu besoin de modifier fondamentalement leur politique pour limiter l'épidémie du VIH et des virus des hépatites.

La politique suisse est caractérisée par trois périodes : la première pendant laquelle la consommation n'était pas pénalisée ; une deuxième pendant laquelle la pénalisation n'a pas permis de juguler l'augmentation du nombre d'usagers de drogues ; et une troisième pendant laquelle le gouvernement a développé une politique de prise en charge des usagers. Cette politique s'appuie sur des programmes d'échange de seringues, de substitution et de délivrance de stupéfiants injectables dans certains cas. Elle a permis une nette diminution de la prévalence des contaminations par le VIH.

Les Pays-Bas se caractérisent par la non-pénalisation de la consommation de stupéfiants. Le gouvernement néerlandais a rapidement réagi à l'augmentation du nombre d'usagers au début des années 1980. Il leur a proposé des structures de

prise en charge très variées permettant à la majorité de ceux-ci d'être suivis, limitant ainsi les risques infectieux et de désocialisation sans que pour autant le nombre d'usagers augmente.

La politique belge a connu une histoire assez semblable à la nôtre, mais avec quelques années d'avance. Les médecins généralistes belges ont dû s'opposer au gouvernement et au Conseil de l'Ordre pour être autorisés à prescrire des produits de substitution. Le nombre de contaminations par le VIH est plus faible qu'en France.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

MÉDECINS ET PATIENTS

Vingt-et-un médecins généralistes volontaires recevant des patients usagers de drogues en cabinet de ville, en centre de santé, en centre spécialisé ou en consultation ambulatoire à l'hôpital ont participé à l'étude. Ces médecins ont été contactés, soit au cours de réunions de réseaux ville-hôpital pour la prise en charge d'usagers de drogues ou de patients séropositifs pour le VIH, soit au cours d'un séminaire de formation continue sur la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH.

Ces médecins devaient inclure les 15 premiers patients vus en consultation entre le 1^{er} octobre 1996 et le 31 décembre 1996 en rapport avec leur toxicomanie :

- patients consommant une drogue illicite avec dépendance, qu'ils utilisent ou non la voie intraveineuse ;
- patients substitués ;
- usagers de codéine en auto-substitution.

Étaient exclus les patients dépendants d'un des produits suivants pris isolément : alcool, benzodiazépines, cannabis et, bien sûr, les patients qui refusaient de participer à l'enquête.

Un numéro d'identification anonyme a été attribué à chacun des médecins participant à l'enquête : de même, chaque médecin a attribué un numéro d'identification anonyme à chacun de ses patients dans l'ordre d'inclusion. Les noms, prénoms, dates de naissance et numéros d'inclusion sur un registre ont été notés sur un registre conservé par chaque médecin jusqu'à la fin de l'enquête. Les patients éligibles non inclus ont également été recensés dans ce registre, avec le motif de non-inclusion.

RECUEIL DES DONNÉES

Chaque patient inclus devait être suivi pendant une durée de un an à partir de la consultation d'inclusion dans l'enquête.

Une fiche « QUI » devait être remplie à l'inclusion du patient, puis six mois et un an plus tard. Elle pouvait être remplie au cours de plusieurs consultations et/ou complétée à partir du dossier du patient, dans un délai de deux mois après son ouverture. Cette fiche permettait d'enregistrer les caractéristiques démographiques et sociales du patient, ses antécédents et sa situation vis-à-vis de l'usage de drogue. (annexe A) :

- dates d'ouverture et de fermeture de la fiche, le délai de remplissage de la fiche ne devant pas excéder deux mois ;
- date de naissance et sexe du patient ;
- identification du ou des intervenant(s) éventuel(s) ayant adressé le patient au médecin ;
- date de la première consultation chez le généraliste, quel qu'en soit le motif ; et de la première consultation pour la toxicomanie ;
- antécédents : nombre d'événements significatifs potentiellement en rapport avec la toxicomanie, et éventuellement date du dernier épisode : overdoses, sevrages, postcures, substitutions antérieures interrompues, incarcérations ou affaires judiciaires, tentatives de suicide et hospitalisations ;
- caractéristiques sociales :
 - vie familiale : mode de vie seul ou en couple (selon les déclarations du patient), nombre d'enfants, en distinguant les enfants à charge et ceux qui ne le sont pas ; dans le deuxième cas, existence d'un droit de visite et nombre de visites effectuées depuis trois mois (nombre estimé par le patient).
 - sources de revenus
 - protection sociale
 - type, mode de financement et stabilité du logement
 - emploi, en indiquant la date et la durée du dernier emploi déclaré
- usage de drogues (y compris drogues licites) : trois questions permettaient d'identifier l'usage régulier actuel, occasionnel et l'usage antérieur des différents produits susceptibles d'être utilisés « à visée de défonce » avec l'âge de la première consommation. Pour chaque question, tous les produits étaient énumérés dans l'ordre du questionnaire :
- substitution en cours : produit prescrit et date de début du traitement ;
- utilisation de la voie intraveineuse (« actuellement », « avant » ou « jamais ») ;

Une fiche « CE QUE L'ON FAIT » devait être remplie par le médecin à chaque consultation, quelle qu'en soit la cause, pendant toute la durée de l'étude. Elle permettait d'enregistrer la demande du patient, les actes réalisés, les propositions du médecin, et la conclusion de la consultation (annexe B) :

- date de la consultation ;
- suivi spécifique de la toxicomanie :
 - demande du patient, proposition du médecin et décision par rapport à la toxicomanie : rien (consultation exclusivement liée à un autre problème de santé) ; prescription ponctuelle ; sevrage ; substitution
 - médicaments prescrits et/ou pris en rapport avec la toxicomanie
 - chevauchements
 - consommation de produits illicites
 - nombre de jours d'arrêt de travail éventuellement prescrits
 - paiement et mode de paiement de la consultation
- suivi des problèmes de santé :
 - poids
 - examen clinique et anomalies éventuelles
 - infection veineuse évolutive
 - état dentaire : bon, mauvais, soins en cours
 - sérologies prescrites et résultats, nombre de CD4 avec les dates de prescription, de réalisation des prélèvements et d'obtention des résultats
 - traitements à visée neuropsychiatrique en cours ou prescrits autres que les traitements de substitution et appréciation du suivi du traitement prescrit lors d'une consultation précédente (selon les dires du patient)
 - prescription et réalisation d'autres examens complémentaires
 - prescription et réalisation de vaccinations
- modalités proposées et effectuées pour le suivi du patient : suivi conjoint, patient dirigé vers un autre médecin ou une autre structure, ou suivi seul par le médecin généraliste ;
- dates d'une hospitalisation éventuelle ;
- utilisation d'une pharmacie unique ou non pour la délivrance du traitement de substitution et/ou d'autres produits (Stéribox® ou seringues, autres médicaments) ;
- existence d'un substituteur parallèle éventuel aux dires du patient ;
- date du prochain rendez-vous ;
- consommation d'alcool ;

- consommation d'alcool déclarée estimée en verres par semaine à partir d'un tableau d'équivalence des boissons alcoolisées les plus usuelles
- nombre d'ivresses depuis la dernière consultation
- consommation déclarée dans les deux heures suivant le lever (en verres)
- demande, offre et décision par rapport à cette consommation : rien, sobriété, ou abstinence.
- proposition et réalisation d'une consultation chez un alcoologue

SAISIE, VÉRIFICATION ET ANALYSE

Les médecins devaient envoyer les fiches remplies régulièrement pour qu'elles soient saisies. Ces fiches ont été saisies par deux médecins coordonnant l'étude, avec vérification croisée pour limiter le risque d'erreurs d'enregistrement. Les fiches incomplètement remplies ou illisibles ont été renvoyées aux médecins au fur et à mesure de la saisie pour correction. À la fin de l'étude, l'ensemble des médecins a été contacté soit directement, soit par téléphone, pour obtenir les dernières corrections et vérifier les données incomplètes ou ambiguës. Les données manquantes ont été complétées à partir des dossiers médicaux et des talons des carnets à souche (date, durée et posologie des prescriptions de stupéfiants).

L'analyse statistique a été effectuée par l'unité d'évaluation de l'hôpital Louis Mourier (département de santé publique de la faculté Bichat) avec le logiciel SPSS 6.1.

RÉSULTATS

Vingt-et-un médecins avaient initialement donné leur accord pour participer à l'étude. Trois d'entre eux n'ont inclus aucun patient car ils n'ont vu aucun usager de drogues durant la période d'inclusion. Trois autres ont abandonné dès le début de l'étude après avoir inclus un total de 18 patients (non retenus pour l'analyse). Ces abandons sont dus à la lourdeur des fiches à remplir à chaque consultation. Quinze médecins généralistes ont inclus 95 patients entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1996 :

- 12 médecins libéraux ;
- 1 médecin travaillant en dispensaire municipal ;
- 1 médecin travaillant à l'hôpital (médecin responsable de l'ECIMUD) ;
- 1 médecin travaillant en centre spécialisé.

Chacun de ces médecins a inclus entre 2 et 13 patients :

- 73 patients (77 %) ont été inclus par les médecins libéraux ;
- 5 (5 %) par le médecin exerçant en dispensaire municipal ;
- 13 (14 %) par le médecin travaillant en centre spécialisé ;
- 4 (4 %) par le médecin travaillant à l'hôpital.

Seuls 5 patients ont refusé de participer à cette étude sans que l'on en connaisse la raison.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS À L'INCLUSION

Âge et sexe

Les patients inclus étaient âgés de 20 à 47 ans, avec une moyenne de 32,6 ans (médiane 33 ans). Ils comprenaient 80 hommes (84 %) et 15 femmes (16 %), soit un sexe ratio H/F de 5,3.

Ancienneté du suivi

La médiane de suivi des 95 patients, pour leur toxicomanie, par les médecins participant à l'étude était de 8 mois (espace inter-quartile : 1 - 18 mois).

Pour les 78 patients inclus par les 13 médecins exerçant soit en libéral, soit en dispensaire, la médiane de suivi pour la toxicomanie était de 10 mois (espace inter-quartile : 3 - 20 mois). Neuf patients étaient suivis par le même médecin généraliste avant d'être pris en charge pour leur toxicomanie, avec une durée médiane de 17 mois (espace inter-quartile 9 - 63 mois).

Personne ayant adressé le patient

Parmi les 78 patients inclus par des médecins travaillant en dehors de structures spécialisées (hôpital ou centre spécialisé) 25 patients (32 %) étaient venus d'eux-mêmes lors de leur premier contact avec ce médecin ; 9 (14 %) étaient venus sur les conseils de leur entourage ; 18 (23 %) avaient été adressés par un centre spécialisé ; 11 (14 %) par le réseau ; 10 (13 %) par un autre médecin de ville ; 3 (4 %) par l'hôpital ; et 2 (3 %) par un pharmacien.

Parmi les 17 patients inclus par les deux médecins travaillant à l'hôpital ou en centre spécialisé, 10 (59 %) étaient venus d'eux-mêmes, 4 sur les conseils de leur entourage et 3 avaient été adressés par le réseau.

Vie familiale

Trente-neuf patients (41 %) vivaient en couple au moment de leur inclusion dans l'étude. Parmi les 92 patients ayant répondu à la question, 58 (61 %) n'avaient pas d'enfant ; 19 (20 %) avaient des enfants à charge ; 12 (13 %) avaient des enfants qui n'étaient pas à leur charge ; et 3 (3 %) avaient des enfants dont certains étaient à leur charge et d'autres non.

Sources de revenu

Parmi les 95 patients inclus, 91 (96 %) avaient au moins une source de revenus à l'inclusion. Sur les 92 pour lesquels nous disposons des réponses aux questions correspondantes :

- 52 (57 %) avaient une activité professionnelle déclarée ;
- 10 (11 %) avaient une activité non déclarée ;
- 6 (7 %) étaient au chômage ;
- 21 (23 %) touchaient le RMI ;
- 5 (5 %) avaient l'allocation adulte handicapé (AAH) ;
- 12 (13 %) étaient aidés par leur famille et 7 (8 %) par leur conjoint ;

- 5 disposaient d'une autre source de revenu non spécifiée.

Ces patients pouvaient avoir plusieurs sources de revenu : il y a eu 118 réponses pour 92 patients.

La durée médiane de l'emploi en cours pour les 40 patients renseignés sur les 52 qui avaient une activité professionnelle déclarée était de 33 mois.

Protection sociale

À une exception près, la quasi-totalité des patients disposait d'une protection sociale lors de leur inclusion dans l'étude :

- 31 (33 %) avaient des droits ouverts à la Sécurité sociale sans protection complémentaire ;
- 20 (21 %) avaient une mutuelle ;
- 46 (48 %) bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % (ALD 30) et/ou de l'aide médicale gratuite (AMG), toujours associées à un autre mode de protection sociale.

Logement

Quarante-neuf patients (52 %) avaient un logement indépendant au moment de leur inclusion ; 35 (37 %) habitaient dans leur famille, 4 chez des amis, 4 en foyer et 1 était sans domicile fixe (SDF) :

- 83 (90 %) des 92 patients pour lesquels nous disposons de cette information avaient un logement stable ;
- 59 (66 %) des 89 patients ayant répondu à la question finançaient eux-mêmes leur logement.

Toxicomanie

Produits utilisés

La très grande majorité des patients déclaraient avoir déjà consommé, au moins une fois dans leur vie, de l'héroïne (99 %), du haschich (94 %), de l'alcool (85 %), de la cocaïne (82 %), des benzodiazépines (77 %) et de la codéine (65 %). (Tableau 1). L'âge médian de début de consommation de ces produits s'étendait de 16 à 24 ans.

Les consommations déclarées au moment de l'inclusion concernaient les produits suivants :

- haschich pour 61 patients (64 %) : régulièrement pour 38 patients, occasionnellement pour 23 ;

- héroïne pour 44 patients (46 %) : régulièrement pour 27 patients, occasionnellement pour 17 ;
- alcool pour 41 patients (43 %) : régulièrement pour 24 patients, occasionnellement pour 17 ;
- benzodiazépines pour 30 patients (32 %) : régulièrement pour 13 patients, occasionnellement pour 17 ;
- cocaïne pour 20 patients (21 %) : régulièrement pour 6 patients, occasionnellement pour 14 ;
- codéine pour 18 patients (19 %) : régulièrement pour 9 patients, occasionnellement pour 9 ;
- ecstasy pour 6 patients (6 %) : régulièrement pour 2 patients, occasionnellement pour 4 ;
- solvants pour 2 patients (2 %) : régulièrement pour 1 patient, occasionnellement pour 1 ;
- amphétamines pour 5 patients (5 %), uniquement occasionnellement ;
- crack pour 4 patients (4 %), uniquement occasionnellement ;
- barbituriques pour 3 patients (3 %), uniquement occasionnellement.

Antécédents

Une proportion importante des patients inclus dans cette étude avait des antécédents médicaux majeurs en rapport avec la toxicomanie :

- 65 (70 %) des 93 patients ayant répondu à cette question avaient déjà été hospitalisés au moins une fois ;
- 41 (44 %) des 94 patients ayant répondu à cette question avaient fait au moins une surdose ;
- 30 (33 %) des 92 patients ayant répondu à cette question avaient déjà fait au moins une tentative de suicide.

Ils avaient également eu affaire à la justice en rapport avec leur toxicomanie :

- 54 (57 %) des 94 patients ayant répondu à cette question avaient déjà eu au moins une affaire judiciaire ;
- 34 (36 %) des 94 patients ayant répondu à cette question avaient déjà été incarcérés au moins une fois.

La très grande majorité avait déjà tenté au moins un sevrage, et, pour une part importante, au moins une substitution :

- 82 (89 %) des 92 patients ayant répondu à cette question avaient déjà tenté au moins un sevrage ;

- 40 (44 %) des 91 patients ayant répondu à cette question avaient déjà pris, au moins une fois, un traitement substitutif ;
- 14 (15 %) des 93 patients ayant répondu à cette question avaient déjà fait au moins une post-cure.

Substitution en cours

Quatre-vingt quatre patients (88 %) étaient substitués au moment de leur inclusion dans l'étude, avec une durée médiane de la substitution avant l'inclusion de 22,4 semaines (pour les 83 patients renseignés) :

- 56 (67 %) avec de la buprénorphine (durée médiane 14 semaines) ;
- 16 (17 %) avec du sulfate de morphine (durée médiane 49 semaines) ;
- 10 (12 %) avec de la méthadone (durée médiane 50 semaines) ;
- 1 avec de la codéine ;
- pour 1 patient, le produit de substitution n'était pas enregistré.

Parmi les 84 patients substitués, 36 (43 %) déclaraient consommer également de l'héroïne ; à l'exception de 9 patients substitués par la buprénorphine, tous avaient déjà tenté au moins un sevrage, et la moitié au moins 3.

Utilisation de la voie intraveineuse

Trente patients (32 %) utilisaient la voie intraveineuse à l'inclusion ; 51 (53,7 %) déclaraient l'avoir utilisée précédemment, et 14 (15 %) ne jamais l'avoir utilisée.

L'utilisation de la voie intraveineuse touchait 7 (64 %) des 11 patients ne recevant pas de traitement de substitution, et 23 (27 %) des 84 patients substitués :

- 16 (29 %) des 56 patients sous buprénorphine ;
- 3 (20 %) des 16 patients sous sulfate de morphine ;
- 3 des 10 patients sous méthadone.

SUIVI ET ÉVOLUTION

À 6 mois, 69 (73 %) des 95 patients étaient toujours suivis par le médecin qui les avait inclus dans l'étude :

- 3 patients étaient suivis en centre spécialisé ;
- 1 patient était suivi par un autre médecin généraliste ;
- 1 patient était en post-cure et 1 à l'hôpital ;
- 1 patient était incarcéré ;

- 1 patient vivait à l'étranger et 1 en province ;
- 14 patients (15 %) avaient été perdus de vue.

À un an, 61 patients (63 % des patients inclus initialement, 82 % des patients encore suivis à 6 mois) étaient toujours suivis par le médecin qui les avait inclus dans l'étude :

- 6 patients étaient suivis en centre spécialisé, dont les 3 qui l'étaient à 6 mois ;
- 1 patient était suivi par un autre médecin généraliste (il s'agissait d'un autre patient que celui identifié comme suivi par un autre généraliste à 6 mois : ce patient avait été perdu de vue) ;
- 1 patient était hospitalisé, il s'agit du même patient qu'à 6 mois ;
- 1 patient était en long séjour ;
- 1 patient vivait à l'étranger, il s'agissait du même patient qu'à 6 mois ;
- 2 patients vivaient en province, dont celui qui vivait en province à 6 mois ;
- 3 patients étaient incarcérés, dont celui qui était incarcéré à 6 mois ;
- 2 patients étaient décédés ;
- 17 patients (18 %) avaient été perdus de vue. On peut noter que parmi les 14 patients perdus de vue à 6 mois, 3 étaient de nouveau suivis par leur médecin à 1 an et 1 était incarcéré.

Les ruptures de suivi sont un peu plus fréquentes pour les patients qui disaient ne pas avoir de travail déclaré lors du bilan précédent mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives : à 6 mois, on observe 18 ruptures de suivi pour les 54 patients qui n'exerçaient pas une activité déclarée à l'inclusion (33 %) contre 8 ruptures de suivi pour les 41 patients qui avaient une activité déclarée à l'inclusion (20 %, $p = 0,13$). À un an, on observe de la même façon 7 ruptures de suivi pour les 36 patients qui n'exerçaient pas une activité déclarée à 6 mois (19 %) contre 4 pour les 33 patients qui avaient une activité déclarée à 6 mois (12 %, $p = 0,4$).

Par contre, la rupture de suivi est significativement associée à l'usage des drogues : 14 des 27 patients qui déclaraient prendre régulièrement de l'héroïne n'étaient plus suivis à 6 mois ($p = 0,007$). Une tendance analogue, mais non statistiquement significative est également observée entre 6 mois et 1 an : 2 des 7 patients qui déclaraient prendre régulièrement de l'héroïne à 6 mois n'étaient plus suivis à 1 an.

À l'inverse, la substitution est significativement associée à la poursuite du suivi : seulement 3 des 11 patients non substitués à l'inclusion étaient encore suivis à 6 mois ($p < 0,001$) ; 1 seul de ces patients était encore suivi à 1 an.

Sources de revenus et protection sociale

Les soixante-neuf patients suivis à 6 mois et les 61 suivis à 1 an avaient au moins une source de revenus, alors que deux de ces patients n'en avaient pas au moment de leur inclusion dans l'étude. La majorité avait une activité professionnelle déclarée, respectivement 52 % (36/69) des patients revus à 6 mois et 59 % (36/61) des patients revus à 1 an (Tableau 2).

Sur les 69 patients revus à 6 mois, 67 avaient une couverture sociale ; sur les 61 revus à 1 an, 60 en avaient une :

- les deux patients qui n'avaient pas de Sécurité sociale à 6 mois en avaient obtenue une à 1 an ;
- 1 patient avait perdu sa protection sociale entre 6 mois et 1 an ;
- 7 patients avaient obtenu une prise en charge à 100 % entre l'inclusion et 6 mois, mais 1 l'avait perdue ;
- 2 patients supplémentaires avaient perdu le bénéfice d'une prise en charge à 100 % entre 6 mois et 1 an.

Logement

Respectivement 58 % (40/69) et 53 % (32/69) des patients revus à 6 mois et à 1 an avaient un logement indépendant. Quel que soit son type, le logement était considéré comme stable pour, respectivement, 96 % (65/68) et 91 % (53/58) de ces patients ; 47 finançaient leur logement à 6 mois et 44 à 1 an (Tableau 3).

Le patient SDF à l'inclusion n'était plus suivi à 6 mois ; de même, le patient SDF à 6 mois ne l'était plus à 1 an.

Toxicomanie

La consommation déclarée de produits illicites a diminué au cours de l'étude, de même que celle d'alcool sauf l'usage occasionnel d'héroïne et de cocaïne, ainsi que la consommation régulière d'alcool (Tableau 4).

Les données concernant la consommation d'héroïne sur l'ensemble de l'année étudiée sont disponibles pour 58 patients.

- Parmi les 36 patients qui déclaraient ne plus consommer d'héroïne à l'inclusion :
 - 30 déclaraient ne plus en consommer à 6 mois, mais 4 de ces patients déclaraient une consommation occasionnelle et 1 patient une consommation régulière à 1 an ;
 - 3 déclaraient une consommation occasionnelle à 6 mois et l'ont conservée à 1 an ;

- 3 déclaraient une consommation régulière à 6 mois, dont 1 déclarait encore une consommation occasionnelle à 1 an et 2 avoir arrêté.

■ Parmi les 12 patients qui déclaraient consommer occasionnellement de l'héroïne à l'inclusion :

- 4 déclaraient ne plus en consommer à 6 mois, mais 1 de ces patients avait repris une consommation occasionnelle à 1 an ;
- 6 ont conservé une consommation occasionnelle jusqu'à la fin de l'étude ;
- 1 patient déclarait une consommation occasionnelle à 6 mois, et régulière à 1 an ;
- 1 patient déclarait une consommation régulière à 6 mois, et avoir arrêté à 1 an.

■ Parmi les 10 patients qui déclaraient consommer régulièrement de l'héroïne à l'inclusion :

- 2 conservaient une consommation régulière à 1 an, dont 1 patient qui avait déclaré une consommation occasionnelle à 6 mois ;
- 1 conservait une consommation occasionnelle à 1 an, après avoir déclaré avoir arrêté à 6 mois ;
- 7 affirmaient avoir arrêté à 1 an, dont 2 qui déclaraient encore une consommation occasionnelle à 6 mois.

Les données concernant la consommation de cocaïne sur l'ensemble de l'année étudiée sont disponibles pour 58 patients.

■ Aucun des 8 patients qui affirmaient n'avoir jamais consommé de cocaïne à l'inclusion n'a déclaré en avoir consommé au cours de l'étude, mais 1 patient a déclaré en avoir déjà consommé à 1 an :

■ Parmi les 43 patients qui disaient avoir déjà consommé de la cocaïne à l'inclusion :

- 3 déclaraient une consommation occasionnelle à 6 mois, dont 1 disait avoir arrêté à 1 an ;
- 3 autres déclaraient une consommation occasionnelle à 1 an ;
- 37 ont déclaré n'avoir jamais consommé de la cocaïne.

■ Parmi les 6 patients qui disaient consommer occasionnellement de la cocaïne à l'inclusion :

- 1 déclarait une consommation occasionnelle à 6 mois, et avoir arrêté à 1 an ;
- 2 déclaraient une consommation occasionnelle à 6 mois et à 1 an ;
- 3 déclaraient avoir arrêté dès 6 mois.
- Le seul patient qui affirmait consommer régulièrement de la cocaïne déclarait une consommation occasionnelle à 6 mois, et avoir arrêté à 1 an.

Les données concernant la consommation d'alcool sur l'ensemble de l'année étudiée sont également disponibles pour 58 patients.

■ Parmi les 9 patients qui déclaraient ne jamais avoir consommé d'alcool (à visée de « défonce ») à l'inclusion, 8 ont conservé cette attitude jusqu'à la fin de l'étude, 1 déclarait une consommation régulière à 6 mois et occasionnelle à 1 an.

■ Parmi les 30 patients qui déclaraient ne plus consommer d'alcool à l'inclusion :

- 17 ont réitéré ces déclarations jusqu'à la fin de l'étude ;
- 3 déclaraient une consommation occasionnelle à 6 mois, mais 2 déclaraient avoir arrêté à 1 an ;
- 6 déclaraient une consommation régulière à 6 mois, mais 1 ne déclarait plus qu'une consommation occasionnelle à 1 an, et 1 disait avoir arrêté ;
- respectivement, 1 et 3 autres déclaraient une consommation occasionnelle ou régulière à 1 an après avoir déclaré ne pas boire à 6 mois.

■ Parmi les 8 patients qui déclaraient consommer occasionnellement de l'alcool à l'inclusion :

- 1 déclarait une consommation régulière à 6 mois et 1 an ;
- 1 déclarait une consommation régulière à 6 mois, mais à nouveau une consommation occasionnelle à 1 an ;
- 1 a conservé une consommation occasionnelle jusqu'au terme de l'étude ;
- les 5 autres patients ont déclaré ne plus boire dès 6 mois.

■ Parmi les 11 patients qui déclaraient consommer régulièrement de l'alcool à l'inclusion :

- 4 conservaient une consommation régulière à 1 an, dont 1 patient qui avait déclaré une consommation occasionnelle à 6 mois ;
- 1 conservait une consommation occasionnelle à 6 mois, et à nouveau à 1 an ;
- 5 déclaraient avoir arrêté à 6 mois, et persistaient à 1 an ;
- 1 déclarait encore une consommation régulière à 6 mois, mais disait avoir arrêté à 1 an.

Substitution

Parmi les patients sous buprénorphine à l'inclusion, 5 sont passés sous méthadone ; 2 étaient sevrés à 6 mois mais n'étaient plus suivis à 1 an, et 3 étaient sevrés à 1 an.

Deux patients qui prenaient du sulfate de morphine ont changé de produit de substitution, un pour la méthadone et l'autre pour la buprénorphine.

Parmi les patients non substitués à l'inclusion, 1 a été mis sous méthadone et 3 sous buprénorphine ; 1 patient sous méthadone à l'inclusion était sevré à 1 an.

Sur les 66 patients substitués à l'inclusion et revus à 6 mois, 25 (33 %) consommaient de l'héroïne au moment de leur inclusion, dont 12 régulièrement.

À 6 mois, 2 patients utilisateurs réguliers d'héroïne n'étaient plus substitués ; 20 des 64 patients toujours sous substitution déclaraient consommer de l'héroïne, mais seulement 5 d'entre eux déclaraient une consommation régulière.

À un an, 4 des patients substitués à 6 mois avaient été perdus de vue ; 3 n'étaient plus sous substitution, dont un utilisateur régulier d'héroïne ; 18 des 57 patients substitués restants déclaraient toujours consommer de l'héroïne, mais seulement 2 régulièrement.

Utilisation de la voie intraveineuse

L'utilisation de la voie veineuse a persisté chez un nombre relativement important de patients, indépendamment de la prise d'un traitement de substitution (Tableau 5).

Les déclarations de 58 patients sur l'utilisation de la voie veineuse sont disponibles sur l'ensemble de la durée de l'étude :

- 5 disaient ne jamais avoir utilisé cette voie au moment de l'inclusion :
 - 2 ont déclaré en cours d'étude avoir utilisé la voie veineuse « avant » (1 à 6 mois et 1 à 1 an) ;
- 39 affirmaient avoir utilisé la voie veineuse « avant » au moment de l'inclusion :
 - 7 ont déclaré l'utiliser « actuellement » à 6 mois, dont 5 ont dit l'utiliser encore à 1 an ;
 - 9 ont déclaré l'utiliser « actuellement » à 1 an ;
- 14 patients déclaraient utiliser la voie veineuse « actuellement » au moment de l'inclusion :
 - 7 ont déclaré ne plus l'utiliser à 6 mois, mais deux d'entre eux affirmaient l'utiliser à nouveau à 1 an.

Au total, 14 des 39 patients qui avaient déclaré ne plus utiliser la voie veineuse au moment de l'inclusion l'utilisaient à nouveau à 1 an ; 5 des 14 patients qui disaient utiliser la voie veineuse à l'inclusion ont déclaré ne plus l'utiliser à 1 an.

Événements en rapport avec la toxicomanie

Au cours du dernier semestre de l'étude, 2 patients ont commis au moins une overdose ; 2 patients ont fait au moins une tentative de suicide au cours de l'étude. Au total, 7 patients ont été hospitalisés une fois, et 6 ont subi des hospitalisations multiples (de 2 à 5) pendant la durée de l'étude (26 hospitalisations ont été enregistrées pendant l'enquête, pour des durées de 1 à 80 jours) ; 2 patients sont décédés au cours des 6 premiers mois de l'étude.

Pendant la durée de l'étude, 2 patients ont fait une tentative de sevrage, et 4 en ont fait deux ; 1 est parti en post-cure pendant le dernier semestre de l'étude.

Au total, 10 patients ont eu au moins une affaire judiciaire au cours de l'étude : 4 patients en ont eu deux, et 1 en a eu trois ; 2 patients ont été emprisonnés une fois au cours de l'étude ; 1 l'a été deux fois.

CONSULTATIONS

Au total, 1 682 consultations ont été enregistrées pendant la durée de l'étude.

Pour 1 552 consultations (92,3 %), l'écart avec la consultation précédente était inférieur à deux mois. Pour ces consultations, l'écart moyen entre deux consultations était de 14,4 jours, et la médiane de 13 jours. Pour les 35 consultations espacées de la précédente de plus de 2 mois, la médiane était de 99 jours.

Si l'on exclut les consultations espacées de plus de 2 mois, l'écart moyen entre deux consultations s'est allongé au cours de l'année observée : il était de 12,6 jours (intervalle de confiance à 95 % : 11,8-13,4) au cours du premier trimestre de l'étude, de 14,2 jours (13,6-14,8) pendant les six mois suivants et de 17,3 jours (15,8-18,7) au cours du dernier trimestre.

Soixante-quinze pour cent des consultations ont eu lieu avant la date prévue, avec, pour les 1 355 consultations (80,5 %) où un rendez-vous avait été pris, une avance moyenne de 1,75 jours.

Cent trente deux consultations n'ont pas été payées au moment de la consultation, soit 8,5 % des consultations si l'on exclut celles du médecin travaillant en centre spécialisé où les consultations sont gratuites. Au total, si l'on décompte les consultations payées avec retard, 93 consultations n'ont pas été payées (6 %).

Le paiement a été assuré par l'AMG dans 25 % des cas et par « dû par autorisation d'avance » dans 32 % des cas (le dû par autorisation d'avance permet au patient pris en charge à 100 % de ne pas avancer le prix de la consultation au médecin qui se fait payer par la Caisse primaire d'assurance maladie).

Un arrêt de travail a été prescrit 82 fois, soit au cours de 5 % des consultations.

Suivi conjoint

Les médecins ont proposé au patient de le revoir pour une consultation ultérieure au cours de 1 673 consultations ; les patients ont adhéré 1 627 fois à cette proposition.

Un suivi conjoint a été proposé au cours de 1 174 consultations, le plus fréquemment avec un médecin hospitalier, un centre spécialisé (pour rencontrer un médecin, un psychiatre ou un psychologue, une assistante sociale, un éducateur ou une infirmière), ou un psychiatre ou un psychologue de ville. La proposition de suivi conjoint avec un psychiatre ou un psychologue de ville est la moins souvent acceptée par le patient, alors que le suivi conjoint avec un médecin hospitalier ou un centre spécialisé est plus souvent accepté (Tableau 6).

Prise en charge de la toxicomanie

Demande du patient, offre du médecin et décision

Une décision par rapport à la toxicomanie a été enregistrée au cours de 1 542 consultations (91,7 %) :

- une décision de (poursuite de) substitution a été prise au cours de 1 521 consultations (90,4 %), concordant avec la demande exprimée par le patient 1 507 fois (99 %) ; 4 fois le patient avait demandé un sevrage ;
- une décision de prescription ponctuelle de produit de substitution a été prise au cours de 10 consultations (0,6 %) ; dans 3 cas le patient avait exprimé une demande de sevrage, et dans les 7 autres il avait fait une demande de prescription ponctuelle ;
- 11 décisions de sevrage ont été prises à la demande du patient.

Pour les consultations où aucune décision par rapport à la toxicomanie n'a été enregistrée, le patient avait exprimé une demande de substitution dans 5 cas et de sevrage dans 1 cas.

Prescription et observance des produits de substitution

La durée moyenne du traitement prescrit, sur l'ensemble de l'étude, était de 13,6 jours (+/-7,2). Elle s'est allongée au cours de l'étude, de 11,7 jours (11,1-12,4) au premier trimestre, à 13,8 jours (13,3-14,3) pendant les 6 mois suivants, puis à 15,4 jours (14,4-16,4) au dernier trimestre.

La durée de prescription variait selon les produits prescrits :

- de 3 à 14 jours pour la méthadone (Tableau 7), avec une durée moyenne de 7,5 ($\pm 0,5$) jours au cours du premier trimestre, et de 9,6 ($\pm 1,1$) jours au cours du dernier trimestre ;
- de 1 à 42 jours pour la buprénorphine (Tableau 8), avec une durée moyenne de 11,9 ($\pm 0,7$) jours au cours du premier trimestre, et de 17,5 ($\pm 1,3$) jours au cours du dernier trimestre ;
- de 4 à 56 jours pour le sulfate de morphine (Tableau 9), avec une durée moyenne de 13,9 ($\pm 1,1$) jours au cours du premier trimestre, et de 14 ($\pm 1,8$) jours au cours du dernier trimestre.

Les durées de prescription supérieures aux durées légales peuvent être obtenues soit en prescrivant une posologie supérieure à celle utilisée par le patient, soit en faisant plusieurs ordonnances au cours de la même consultation avec des dates de délivrance différentes.

La posologie est restée inchangée pour 86,5 % des prescriptions ; elle a diminué pour 7,5 % et a augmenté pour 6 % d'entre elles. Il s'agissait le plus souvent de modifications transitoires compensées lors de consultations ultérieures.

Dans 97,9 % des consultations où un produit de substitution avait été prescrit, les patients déclaraient l'avoir pris lors de la consultation suivante. Au cours de 5,1 % des consultations, les patients disaient avoir pris un traitement qui n'avait pas été prescrit au cours de la consultation précédente, mais avait été prescrit, soit au cours d'une consultation antérieure, soit par un autre médecin.

Consommation de produits illicites

Les patients déclaraient avoir consommé un produit illicite autre que le cannabis depuis la consultation précédente dans 20,6 % des cas. Ils disaient ne pas en avoir consommé dans 66,7 % d'entre eux. Il n'y a pas de réponse pour 12,7 % des consultations.

Les patients affirmaient avoir consommé un produit illicite 44 fois au cours des 288 consultations où de la méthadone a été prescrite (15,3 %). Ils déclaraient 188 fois avoir consommé un produit illicite au cours des 985 consultations où de la buprénorphine a été prescrite (19,1 %), et 98 fois au cours des 355 consultations où du sulfate de morphine a été prescrit (27,6 %).

Chevauchement

La prescription d'un stupéfiant avec chevauchement est une prescription renouvelée avant la fin de la période couverte par la prescription précédente. Il n'y a eu aucune prescription avec chevauchement pour 52 patients sur les 95 inclus (54,7 %), en sachant que 5 d'entre eux n'ont eu qu'une seule prescription de produit de substitution.

Il n'y a pas de réponse à cette question pour 213 consultations (12,7 %).

Un chevauchement a été enregistré au cours de 196 consultations, soit 12,7 % des consultations où une prescription de produit de substitution a été enregistrée :

- 3 des 288 prescriptions de méthadone (1 %) ;
- 132 des 985 prescriptions de buprénorphine (13,4 %) ;
- 61 des 333 prescriptions de sulfate de morphine (17,2 %).

Il n'existe pas de lien avec la déclaration de consommation d'un produit illégal : la notion de chevauchement est notée dans des proportions analogues (12 % versus 13 %) pour les consultations où est évoquée la consommation d'un produit illégal (44/347) et pour celles où sont déclarées d'autres consommations (131/1121, $p = 0,6$).

Consommation d'alcool

La consommation déclarée d'alcool a été notée au cours de 1 260 consultations (74,9 %). Elle était supérieure à 28 verres par semaine (280 g) au cours de 166 consultations (13,1 % des consultations au cours desquelles la déclaration d'alcool a été notée) pour 35 patients. Le nombre d'ivresses a été noté au cours de 1 281 consultations (76,1 %). Des ivresses ont été notées 112 fois (8,7 %) pour 33 patients ; 47 patients n'ont jamais déclaré d'ivresse ni une consommation d'alcool supérieure à 28 verres par semaine.

La consommation déclarée d'alcool dans les deux premières heures après le lever a été notée 1 271 fois (75,6 %) : 54 patients ont déclaré avoir consommé au moins une fois de l'alcool dans les deux premières heures suivant le lever.

Autres éléments de la prise en charge médicale des patients

Mesure du poids et examen clinique

Les patients ont été pesés au cours de 412 consultations (24,5 %) : 18 (18,8 %) n'ont jamais été pesés au cours de l'étude ; 11 de ces patients sont suivis par le même médecin qui n'a enregistré le poids que pour 2 de ses patients au cours de l'étude.

La réalisation d'un examen clinique a été enregistrée au cours de 449 consultations (26,7 %) : 20 patients (20,8 %) n'ont jamais été examinés au cours de l'enquête.

Infections veineuses

L'état veineux a été vérifié au cours de 318 consultations (18,9 %) ; on a constaté 25 fois une infection veineuse, soit au cours de 7,9 % des consultations où l'état veineux a été vérifié : 14 patients (14,6 %) ont eu au moins une infection veineuse

au cours de l'étude ; l'état des veines de 29 patients (30,2 %) n'a jamais été vérifié au cours de l'étude.

État dentaire

L'état dentaire des patients a été vérifié au cours de 266 consultations (15,8 %) :

- l'état dentaire de 36 patients (37 %) n'a pas été évalué pendant l'enquête ;
- 19 des 59 patients examinés au cours de l'enquête (32 %) avaient un bon état dentaire ;
- 19 (32 %) sont allés en consultation chez un dentiste pendant l'enquête.

Sérologies

VIH

Au cours du premier trimestre de l'étude, 67 patients (70,5 %) connaissaient leur statut sérologique ; 4 patients ont eu une sérologie au cours des six mois suivants :

- 21 patients étaient séropositifs (22,1 %) ;
- 50 patients (52,6 %) séronégatifs ;
- 24 (25,2 %), dont 10 suivis par le même médecin, de statut sérologique inconnu.

VHC

Au premier trimestre de l'étude, 52 patients (54,7 %) connaissaient leur statut sérologique ; 7 autres ont eu une sérologie au cours des 6 mois suivants :

- 11 (11,5 %) étaient séronégatifs, dont 1 séronégatif au premier trimestre devenu séropositif au dernier trimestre de l'étude ;
- 48 (50 %) séropositifs ;
- 36 (37,5 %) avaient un statut sérologique inconnu.

VHB

Au cours du premier trimestre de l'étude, le statut sérologique était connu pour 52 patients (54,7 %) ; 8 autres ont eu une sérologie au cours des 6 mois suivants :

- 18 patients (19 %) avaient une sérologie négative ;
- 36 (38 %) avaient été en contact avec le virus de l'hépatite B et étaient guéris ou avaient été vaccinés ;
- 2 (2 %) avaient une hépatite chronique ;
- 3 (3 %) avaient des résultats incomplets ;
- 37 (39 %) n'avaient pas eu de sérologie.

Traitements à visée neuro-psychiatrique

Un traitement à visée neuro-psychiatrique a été prescrit au cours de 317 consultations (18,8 %). La famille de médicaments la plus prescrite est celle des benzodiazépines, prescrites 223 fois (13,2 % des consultations) pour 36 patients. Les autres molécules à visée neuro-psychiatriques ont été prescrites moins souvent (Tableau 10).

Vaccins

Vingt patients (20,8 %) ont reçu au moins un vaccin au cours de l'enquête. Les médecins ont prescrit au moins un vaccin au cours de 77 consultations, aboutissant à 35 séances de vaccinations. Trois vaccinations ont été faites sans prescription préalable notée.

Les vaccinations enregistrées au cours de l'enquête comprennent :

- 23 vaccinations contre l'hépatite B ;
- 13 vaccinations associées contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie ;
- 2 vaccinations contre la poliomyélite seule, 1 contre le tétanos seul, et 1 contre le tétanos et la poliomyélite ;
- 1 vaccination contre le pneumocoque.

Examens complémentaires

Sur l'ensemble de la période de suivi, 346 prescriptions d'examens complémentaires ont été faites (20,5 %) ; seules 77 (22,3 %) ont été réalisées.

Discussion

Les médecins généralistes volontaires qui ont participé à cette étude étaient déjà engagés dans la prise en charge des usagers de drogues. Ils ne sont donc bien sûr pas représentatifs de l'ensemble de la population des médecins généralistes, ni par leur recrutement, ni par leurs modalités de prise en charge des patients toxicomanes. Ils se rapprochent en cela des médecins de l'étude SPESUB définis comme étant déjà impliqués dans la prise en charge des toxicomanes (158). Il est également nécessaire de rappeler que deux des médecins participant à cette étude, responsables de l'inclusion de 17 des 95 patients suivis, travaillent dans un cadre spécialisé, l'un dans un centre spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues et l'autre à l'hôpital où il est responsable de l'ECIMUD. Les résultats de cette étude ne correspondent donc pas uniquement à une pratique « de ville ».

Les contraintes du protocole expliquent probablement le fait que trois médecins aient quitté l'étude au début de la période d'inclusion sans avoir rempli de fiches « ce que l'on fait ». De même, plusieurs médecins n'ont pas inclus les 15

patients prévus alors qu'ils auraient pu le faire, mais ont limité le nombre d'inclusion pour limiter la charge de travail ; ils ont toutefois inclus les premiers patients qu'ils ont vus sans les sélectionner sur des critères arbitraires.

Les réponses données par les patients n'ont pas été vérifiées de façon indépendante. Ces réponses peuvent notamment être biaisées par l'interaction des patients avec leur médecin traitant, responsable du recueil des informations : certains patients peuvent donner la réponse qu'ils croient attendue par le médecin pour ne pas le « mécontenter » ou le décevoir ; de plus, le médecin peut lui-même, dans certains cas, avoir interprété la réponse du patient. Des entretiens réalisés avec les médecins au cours de la période de vérification ont permis de mettre en évidence la difficulté qu'ont eu certains d'entre eux à remplir ces fiches ; d'aucuns se sont acquittés de cette tâche après les consultations, sans que certaines questions aient été posées aux patients, notamment celles qui concernaient la consommation d'alcool.

Caractéristiques des patients

L'âge moyen des patients inclus dans notre étude est de 32,6 ans, comparable à celui des patients toxicomanes inclus dans d'autres études portant sur le même type de population : 29 ans pour l'enquête STAM (55) ; 31,1 ans pour le rapport de site concernant la banlieue parisienne de l'étude multicentrique de l'IREP (62) ; 32,3 ans pour la file active des 126 patients substitués entre juin 1993 et décembre 1994 par les docteurs CARPENTIER et BOISSEAU (155) ; et 31 ans pour les 327 patients des 4 centres méthadone de Genève de la fondation Phénix interrogés au printemps 1995 (156). Le pourcentage d'hommes est de 84 % ; il est comparable à celui des autres études sur les usagers de drogues (73 % à 80 %).

L'âge et la répartition par sexe diffèrent notablement des caractéristiques de l'ensemble des patients consultants en médecine générale : l'âge moyen des patients était de 44,5 ans et les hommes représentaient 42,9 % des consultants dans l'enquête « Actes et fonctions du généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales » de la Société française de médecine générale (SFMG) faite auprès de 250 médecins du 14 mars au 2 avril 1994 (157).

La proportion de patients vivant en couple dans notre étude (41 %) semble supérieure à celle des patients décrits par certaines des autres études publiées : 34 % dans STAM, 36 % dans l'étude de l'IREP, et 29 % dans les centres de Genève en 1995, de même que la proportion de patients ayant des enfants (39 % dans notre étude, de 22 % à 33 % dans les autres). Il faut noter qu'à Genève, l'ouverture d'un quatrième centre permettant le recrutement d'une population plus jeune et apparemment moins bien insérée avait ramené la proportion de patients vivant en couple de 41,5 %, en 1992 à 29 % en 1995. L'étude SPESUB,

contemporaine de la nôtre, et portant sur 942 patients substitués avec le buprénorphine, rapporte des chiffres comparables avec 39,7 % de patients vivant en couple (158).

La bonne insertion sociale des patients inclus dans notre étude est également reflétée par la proportion élevée de personnes disposant d'une source de revenu, voire d'une activité professionnelle déclarée, d'une protection sociale, et d'un logement stable et indépendant. Ces caractéristiques sont proches de celles des patients de la file active des docteurs CARPENTIER et BOISSEAU et de SPESUB. Les patients de notre étude sont, en revanche, mieux insérés que ceux de l'étude STAM où 21 % avaient une activité déclarée continue et 40 % un logement indépendant autofinancé, et que ceux de l'étude de l'IREP où 58 % des usagers n'avaient pas d'activité professionnelle et 9 % n'avaient pas de couverture sociale. Les usagers de drogues de notre étude et de l'étude STAM qui ont fait de la prison sont moins nombreux que ceux de l'étude de l'IREP (36 % et 41 % versus 49 % pour l'IREP).

Au total, si ce groupe est plus jeune, plus masculin, et probablement un peu moins bien intégré que l'ensemble des patients consultant des médecins généralistes, ses caractéristiques suggèrent qu'il représente la partie la mieux socialisée de l'ensemble de la population des usagers de drogues. Les 2 patients SDF inclus dans cette étude ont été perdus de vue 6 mois après la constatation de leur absence de domicile.

Le pourcentage des patients ayant une activité professionnelle déclarée n'a pas varié notablement pendant la durée de l'étude, de même que celui des patients ayant un logement stable et autofinancé. Le pourcentage de personnes ayant une activité non déclarée a baissé pendant le deuxième semestre. Celui des patients aidés par leur famille a diminué d'environ 50 % pendant l'étude, ce qui peut correspondre à une amélioration de l'autonomie de ces individus.

Un patient a perdu sa couverture sociale pendant l'étude, ce qui montre que le risque de désinsertion sociale persiste malgré le suivi et la très bonne couverture sociale de l'ensemble du groupe. À l'inverse, sept autres ont obtenu une prise en charge à 100 % pour au moins une pathologie. On constate une petite augmentation du pourcentage de patients ayant une mutuelle durant l'étude. En revanche, on trouve une diminution du pourcentage de bénéficiaires de l'AMG.

Consommations associées et modes d'utilisation

Ces patients sont des poly-toxicomanes, utilisant cinq produits principaux dont deux « légaux », comme dans les autres études (haschich, héroïne, alcool, benzodiazépines et cocaïne). L'héroïne reste consommée par une proportion importante de patients (46 %), de même que l'alcool (43 %) et les benzodiazépines (32 %),

et ces chiffres varient peu au cours du temps. La consommation de cocaïne ou de codéine n'est évoquée que par environ un patient sur cinq. Les autres produits sont consommés par moins de 10 % des personnes.

Il s'agit de toxicomanies anciennes : l'âge moyen de première consommation est de 16 ans pour les solvants et le haschich, suivis par l'alcool (17 ans) puis l'héroïne et les amphétamines (18 ans). La faible consommation de crack, et l'âge relativement tardif de la première consommation de ce produit sont probablement liés au fait qu'il s'est répandu dans certains quartiers parisiens mais encore assez peu en banlieue et que les patients suivis dans cette étude sont « relativement âgés ». L'âge moyen de la première consommation d'héroïne des patients des centres de Genève est de 19 ans.

Au moins 85 % des patients ont déjà utilisé la voie veineuse, ce qui reflète la part importante de ce mode d'administration en France, confirmée dans d'autres études. On peut remarquer qu'en Grande-Bretagne et en Suisse, où une politique d'information auprès des usagers de drogues et de la population générale a été mise en œuvre, la majorité des usagers sniffe ou inhale l'héroïne et la cocaïne (124, 158). Le pourcentage des patients suivis dans notre étude ayant fait au moins une surdose (44 %) est supérieur à celui de patients ayant fait une surdose dans l'étude de Genève de 1995 (36 %). Le pourcentage de patients suivis dans notre étude ayant fait au moins un sevrage est comparable à celui des centres méthadone de Genève (89,1 % versus 86,4 % à Genève).

Presque un tiers des patients suivis dans notre étude a fait au moins une tentative de suicide. Ce pourcentage est un peu supérieur à ceux rapportés par d'autres études, mais reste du même ordre : 28 % des patients de l'étude STAM et 25 % de l'étude REPSUD.

Au total, malgré le mode de sélection particulier de notre population, ses caractéristiques sont comparables à celles des autres études s'intéressant aux usagers de drogues. Les différences les plus importantes semblent plus refléter les conséquences de politiques de prise en charge différentes selon les pays.

Évolution de la toxicomanie

La majorité des patients perdus de vue au cours d'étude l'ont été pendant les 6 premiers mois. Il est intéressant de noter que sur les 14 patients perdus de vue à 6 mois, 3 étaient de nouveau suivis à 1 an. Ceci montre que le suivi des patients usagers de drogues peut comprendre des interruptions qui n'empêchent pas l'utilisateur de reprendre contact plus tard avec son médecin.

La consommation régulière d'héroïne a nettement diminué au cours de l'étude, alors que la consommation occasionnelle a augmenté. Une partie des patients substitués a donc adopté une consommation récréative d'héroïne. Le pourcentage de

patients ne consommant pas d'héroïne à 1 an est comparable au pourcentage de ceux n'ayant pas consommé d'héroïne pendant les 30 jours précédant l'enquête des centres méthadone de Genève.

La faible consommation régulière et occasionnelle de codéine est probablement liée à une diminution de l'auto-substitution car la majorité des patients reçoivent un traitement de substitution prescrit par leur médecin.

La consommation régulière de cocaïne a disparu, mais sa consommation occasionnelle est restée stable ; la consommation récréative persiste donc malgré la prise en charge. Le pourcentage de patients ne consommant pas de cocaïne à 1 an est le même que celui des patients des centres méthadone de Genève qui n'en ont pas consommé pendant les 30 jours précédant l'enquête.

La consommation régulière d'alcool est globalement restée stable, avec une certaine diminution de la consommation occasionnelle, et surtout de nombreux passages de consommation occasionnelle à régulière et vice-versa. On peut s'inquiéter du nombre important de patients consommant régulièrement de l'alcool à 1 an ; ce produit arrive en deuxième position après le haschich, alors que sa toxicité est importante et souvent majorée pour les usagers contaminés par le VHC et/ou le VHB. Le faible nombre de réponses aux questions concernant l'alcool dans les fiches « ce que l'on fait » témoigne du fait que les médecins prenant en charge des patients dépendants de substances illicites ont des difficultés pour prendre en charge la consommation d'alcool, ce qui confirme les observations réalisées dans d'autres contextes (159).

La consommation de benzodiazépines, tant régulière qu'occasionnelle, a diminué au cours de l'étude. Il faut néanmoins noter que parmi les 6 patients qui déclarent consommer régulièrement des benzodiazépines à 1 an, 4 en consommaient déjà régulièrement à l'inclusion. Il y a donc parmi les patients suivis des usagers dépendants des benzodiazépines.

La consommation de crack, d'ecstasy, d'amphétamines et de barbituriques est restée anecdotique.

La consommation de produits illicites des patients de notre étude est superposable à celle des patients suivis dans les centres méthadone de Genève. Dans ces centres, on note une assez bonne corrélation entre les résultats des déclarations des patients (70,2 %) et les résultats des dosages urinaires (67,6 %). L'utilisation, par une autre voie que la voie orale, d'un produit prescrit comme produit de substitution est considérée comme un usage de produit illicite dans notre étude. Nous n'avons pas prévu de différencier l'usage par une voie autre qu'orale des produits de substitution prescrits de l'usage de produits illicites ; quelques médecins ont toutefois signalé spontanément la consommation de buprénorphine par voie injectable. Au cours de l'enquête SPESUB, 11,6 % des patients déclarent injecter la

buprénorphine ; au cours de l'étude SUBTARES portant sur 40 patients dans quatre réseaux (REPSUD 06, Paris Rive Gauche, Strasbourg et Bordeaux) 31 % des patients déclarent injecter la buprénorphine (160).

Le pourcentage de patients déclarant utiliser la voie veineuse a diminué entre l'inclusion et 6 mois, puis a augmenté entre 6 mois et 1 an. On peut se demander s'il s'agit d'une véritable augmentation du nombre de patients utilisant la voie intra-veineuse, ce qui n'a jamais été décrit dans le suivi des patients substitués, ou d'une meilleure déclaration de cet usage avec la mise en confiance des patients au fil du temps. Ceci est illustré par le fait que parmi les patients disant avoir utilisé la voie veineuse à 1 an, 2 disaient à l'inclusion ne jamais l'avoir utilisée.

Seuls 6 patients ont fait une ou deux tentatives de sevrage au cours de l'étude. Le sevrage n'est plus le principal mode de prise en charge des patients dépendants depuis l'autorisation de la prescription de traitements de substitution. Il faut remarquer que le temps de suivi est court et que les patients n'étaient sous substitution que depuis 22 mois en moyenne ; il faudrait poursuivre cette étude pour pouvoir évaluer la fréquence des demandes de sevrage à plus long terme. Les deux patients sous buprénorphine à l'inclusion qui étaient sevrés à 6 mois n'étaient plus suivis à 1 an. Nous ne savons pas s'il s'agit d'une rechute ou si les patients sevrés n'ont plus eu besoin de voir le médecin qui les substituait et ne sont donc plus venus le voir en consultation.

Deux patients (3 %) ont fait au moins une surdose au cours du dernier semestre de l'étude. Parmi les patients suivis dans les centres méthadone de Genève, 2,4 % ont fait une surdose au cours des 6 mois précédant l'enquête.

Deux patients ont fait au moins une tentative de suicide au cours de cette étude.

Recrutement et suivi des patients usagers de drogues par les médecins généralistes

Seuls 9 des 78 patients inclus par un médecin travaillant en dehors d'une structure spécialisée étaient suivis par ce médecin avant le début de la prise en charge de leur toxicomanie. Le rôle du médecin de famille dans la prise en charge des usagers n'est pas prédominant dans notre étude : le toxicomane s'adresse à un médecin connu comme prenant en charge les usagers. Cette attitude est confirmée par les études d'ÉVAL (120) et de l'URML d'Alsace (121) qui montrent que peu de médecins généralistes voient régulièrement des usagers de drogues en consultation. Les médecins de notre étude, contactés soit au cours de réunions du réseau VIH ou toxicomanie, soit au cours d'un séminaire de formation continue sur la prise en charge des patients séropositifs, sont particulièrement investis dans la prise en charge des usagers de drogues.

Un patient sur sept avait été adressé au médecin qui l'a inclus dans l'étude par le réseau ville-hôpital. Le réseau ARES n'est pas organisé de façon à être un passage obligé pour tous les toxicomanes avant d'être pris en charge par un médecin de ville. Il n'a pas de rôle de répartition des patients entre les médecins du réseau comme dans certains réseaux.

Les consultations conjointes proposées, en cours de suivi, en milieu hospitalier pour la prise en charge des infections par le VIH ou/et des virus des hépatites B et/ou C ou en centre spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues pour une aide sociale ou une thérapie sans que cela pose de problème financier ont été le plus souvent acceptées par les patients. Les médecins de notre étude ont proposé un suivi conjoint avec un médecin hospitalier au cours de 21,3 % des consultations alors qu'ils ne l'ont fait qu'au cours de 2,3 % des consultations de médecine générale de l'étude de la SFMG.

Les propositions de consultation en cabinet médical de ville pour une prise en charge psychiatrique ont été plus mal suivies dans les faits. Les médecins généralistes ressentent plus que les patients le besoin d'un suivi conjoint avec un psychiatre.

Les médecins généralistes de notre étude ont rarement proposé à leurs patients de prendre contact avec une association d'usagers ; il faut noter que ces associations sont récentes et probablement mal connues des médecins. De même, les médecins généralistes ont rarement proposé à leurs patients de voir une assistante sociale, peut-être parce que ces patients étaient suffisamment bien intégrés ou que les médecins se jugeaient capables de les conseiller adéquatement eux-mêmes.

Une prescription d'arrêt de travail a été faite au cours de 4,9 % des consultations (il faut rappeler qu'un peu plus de la moitié des patients ont une activité professionnelle déclarée). L'étude de la SFMG rapporte une prescription d'arrêt de travail au cours de 5,1 % des consultations de médecine générale, soit une fréquence comparable à celle de notre étude.

Seules 6 % des consultations n'ont pas été payées. Les consultations ont été payées dans 56,9 % des cas par AMG ou par DAA. Il y a eu au cours de l'étude de la SFMG 7,8 % d'actes gratuits ou impayés, soit un peu plus que dans notre étude. Les médecins ont donc été payés aussi régulièrement par ces patients usagers de drogues que ce que l'on peut attendre des autres patients.

Prise en charge de la toxicomanie

La substitution est le mode de prise en charge le plus fréquent puisque 88,4 % des patients étaient sous substitution au début de l'étude. La buprénorphine haut dosage était le produit le plus souvent prescrit, ce qui peut s'expliquer par le fait que c'est le seul dont les médecins généralistes ne travaillant pas dans des structures spécialisées peuvent initier la prescription. Le pourcentage de patients sous

sulfate de morphine était également très élevé (19 %) alors que ce produit n'a pas d'AMM pour la substitution : il ne peut être prescrit qu'à des patients qui étaient sous sulfate de morphine avant le 30 juin 1996 et avec l'accord du médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie. Cet accord n'est donné qu'à certains patients séropositifs pour le VIH qui ne peuvent pas être traités par un autre produit de substitution. Ceci reflète le fait que les médecins de notre étude pratiquaient la substitution avant sa légalisation.

Près de 95 % des consultations étaient liées à la toxicomanie. Les rendez-vous étaient le plus souvent programmés (80,5 %), plus que la moyenne des consultations de médecine générale : l'étude de la SFMG rapporte que 57,8 % des consultations en médecine générale sont prévues, soit dans le cadre d'un suivi habituel (35,4 %), soit pour un nouveau contact planifié dans un délai court (22,4 %). Trois consultations sur quatre ont toutefois eu lieu avant la date prévue. Curieusement, ce chiffre est bien supérieur au pourcentage de consultations où il y a eu un chevauchement et au faible nombre de consultations non liées à la toxicomanie.

La posologie des produits de substitution est restée stable sur l'année, ce qui suggère que les médecins et leurs patients se sont engagés dans une substitution à long terme. Le délai entre deux consultations a augmenté significativement entre le premier et le dernier trimestre. La durée moyenne de prescription des produits de substitution a également augmenté entre le premier et le dernier trimestre, ce qui suggère que la durée de prescription des traitements de substitution s'allonge lorsque le traitement paraît équilibré, et/ou lorsque la relation de confiance entre médecin et patient usager de drogues se développe.

Certaines prescriptions de méthadone portaient sur une durée de 14 jours, alors que la loi prévoit une durée maximale de 7 jours ; on peut se poser la question d'une telle limitation chez des patients suivis depuis longtemps, et équilibrés. Le nombre de prescriptions pour 7 jours de buprénorphine a diminué entre le premier et le dernier semestre au profit des prescriptions pour 28 jours.

Le nombre des prescriptions de sulfate de morphine pour 7 et 14 jours est en revanche resté stable, ce qui semble témoigner d'une plus grande méfiance des médecins vis-à-vis de ce produit utilisé en substitution ou d'une plus grande difficulté à stabiliser les patients. Cette dernière proposition s'appuie sur le fait que les chevauchements et la consommation de produits illicites sont plus fréquents pour les patients sous sulfate de morphine que pour ceux substitués avec un autre produit. Il est difficile de déterminer sur la seule base de ces résultats s'il s'agit d'une moins bonne efficacité de ce produit dans cette indication ou d'un biais de recrutement, puisque les patients concernés doivent présenter au moins une pathologie associée pour pouvoir continuer à bénéficier de cette prescription. Il faudrait pouvoir réaliser une véritable étude comparative avec plus de patients, ce qui n'a jamais été fait puisque ce produit a été interdit, alors qu'il n'avait jamais été étudié dans cette indication.

Les chevauchements pour les prescriptions de méthadone sont restés beaucoup plus rares que pour les prescriptions de buprénorphine et de sulfate de morphine : 1 % contre 13,4 % et 17,2 %. Les patients sous méthadone paraissent avoir été mieux équilibrés : les prescriptions sont plus courtes, les patients sont vus plus souvent et donc mieux encadrés. D'autre part les médecins généralistes ne peuvent prendre en charge ces patients qu'en relais d'un centre spécialisé ; les patients sont donc, en principe, équilibrés lors du début de leur prise en charge par un médecin de ville. Il faut noter toutefois que le médecin travaillant dans un centre spécialisé ayant participé à l'étude n'a inclus aucun patient substitué avec de la méthadone. Dans l'étude des centres méthadone de Genève, 5 % des patients sont venus réclamer leur méthadone en avance au moins une fois au cours des 30 jours précédant l'enquête (il faut noter que ces patients doivent venir en moyenne 2,9 fois par semaine pour obtenir leur traitement de méthadone).

Des benzodiazépines ont été prescrites au moins une fois à plus d'un tiers des patients, et un autre hypnotique à près d'un patient sur cinq. Soulignons que presque un tiers des patients consommait des benzodiazépines à l'inclusion et que la dépendance aux molécules de cette famille est importante, ce qui en rend le sevrage difficile. De plus, les médecins avaient l'habitude de prescrire des benzodiazépines aux usagers de stupéfiants avant la légalisation des produits de substitution, bien qu'il semble que depuis cette période certains aient pris conscience de la toxicité de ces médicaments (162). Seulement 12,9 % des patients de l'étude de Genève de 1995 avaient eu au moins une prescription de tranquillisants ou de somnifères. Dans cette étude de Genève, il s'agit, le plus souvent, d'un sevrage progressif des benzodiazépines qui étaient prises à visée de défonce ou pour calmer le manque. Les pourcentages de patients ayant eu au moins une prescription d'antidépresseurs ou de neuroleptiques sont superposables entre les deux études.

La partie du questionnaire sur la consommation d'alcool n'a pas été régulièrement remplie. Elle est, d'autre part, sujette à interprétation car certains médecins disent y avoir répondu sans avoir directement posé les questions aux patients. Ainsi, un certain nombre de patients ont été notés comme ne consommant pas d'alcool soit parce qu'ils ne consommaient pas d'alcool de façon « excessive » d'après le médecin, soit parce qu'ils n'avaient pas de consommation à type d'ivresse. Ceci suggère une sous-estimation par les médecins du problème de la consommation d'alcool chez les patients sous substitution. La consommation d'alcool a été enregistrée au cours de 74,9 % des consultations, alors que celle de produits illicites l'a été au cours de 87,3 % d'entre elles. Une consommation à risque (supérieure à 280 g par semaine) a été notée au moins une fois pour un tiers des patients. Dans l'étude de Genève, 11,9 % des patients déclaraient consommer plus de 6 verres par jour (soit 420 g

par semaine). Des ivresses ont également été notées au moins une fois pour un tiers des patients ; 15,3 % des patients de l'étude de Genève déclaraient avoir eu au moins une ivresse au cours des 30 jours précédant l'étude.

Prise en charge des problèmes médicaux associés

Un examen clinique général ou local n'a été enregistré qu'au cours de 26,7 % des consultations de notre étude, alors qu'il a été fait au cours de 86,8 % des consultations de médecine générale dans l'étude de la SFMG. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les patients usagers de drogues sont vus très souvent en consultations. Toutefois, un patient sur cinq n'a jamais été examiné au cours de l'étude. On peut être étonné par ce fort pourcentage, car l'examen clinique est aussi important que pour les autres patients. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des usagers de drogues doit aussi être de permettre à l'usager de reprendre conscience de son corps et donc d'aborder tous les problèmes somatiques.

Même si les infections veineuses ont été assez rares au cours de l'étude, il est également préoccupant de constater que les veines de près d'un patient sur trois n'ont jamais été examinées. De même, l'état dentaire de plus d'un tiers des patients n'a jamais été vérifié au cours de l'étude, alors que l'héroïne est responsable d'importants dégâts sur la dentition (161).

Le résultat de la sérologie VIH d'un quart des patients est également resté inconnu alors que 29,6 % des patients testés sont séropositifs. Le pourcentage de patients ayant eu une sérologie VIH est bien plus faible que dans les autres études, y compris celle de l'IREP. Le pourcentage de séropositifs est par contre plus élevé que dans toutes les études, sauf celle de l'IREP, ce qui peut correspondre à un « ciblage » des patients les plus à risque, mais peut également être lié à la forte prévalence de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues de la banlieue parisienne.

Plus d'un tiers des patients n'a pas eu de sérologie VHC alors que 81,4 % des patients testés pour le VHC sont séropositifs. Les patients des études de l'IREP et STAM ont été plus souvent dépistés pour le VHC ; la sérologie est plus rarement positive, y compris dans l'étude de l'IREP. La sensibilisation des médecins à la fréquence et à la gravité des hépatites paraît insuffisante. Un patient semble avoir fait une séroconversion pour le VHC en cours d'étude puisqu'il avait une sérologie négative à l'inclusion et positive à 1 an, néanmoins la date de cette première sérologie n'est pas connue.

Les patients ont par ailleurs montré beaucoup de difficultés à réaliser les prescriptions d'examen complémentaires.

Un patient sur cinq a eu au moins un vaccin au cours de l'étude, il s'agit surtout de vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B, pathologies importantes chez les usagers de drogues. Nous ne connaissons pas le statut vaccinal des patients au début de l'étude ; il est donc difficile d'interpréter ce pourcentage de vaccination en cours d'étude.

CONCLUSION

Cette étude de suivi de patients usagers de stupéfiants en consultation de médecine générale s'est déroulée après une modification de la législation sur la prise en charge des usagers de stupéfiants, puisque la buprénorphine haut dosage était commercialisée depuis huit mois quand a débuté la période d'inclusion. Malgré le mode de recrutement particulier des médecins ayant participé à cette étude, la population étudiée est comparable à celle décrite dans d'autres études si ce n'est les pourcentages plus élevés de patients vivant en couple et ayant au moins un enfant. Les patients sont déjà très bien insérés au début de l'étude.

Les médecins généralistes de cette étude ne travaillant pas en structure spécialisée semblent identifiés par les patients comme des « spécialistes » de la prise en charge des usagers de drogues, puisque la grande majorité des patients les ont consultés uniquement pour leur toxicomanie.

La substitution apparaît comme le mode de prise en charge principal des usagers de drogues par les médecins de cette étude ; le sevrage est devenu exceptionnel. Il faut insister sur le fait que cette étude ne s'est déroulée que sur une année et que des demandes de sevrage n'ont peut-être pas eu le temps d'être formulées par les patients. Il faudrait pouvoir suivre ces patients sur une période plus longue.

La substitution des usagers de drogues favorise la prise en charge de leurs problèmes somatiques, comme en témoigne le pourcentage de patients acceptant de consulter à l'hôpital et ayant obtenu une prise en charge pour une affection de longue durée au cours de l'étude. Mais le pourcentage important de patients n'ayant jamais été examinés suggère que certains n'ont pas bénéficié pleinement de cet avantage, quelques-uns de ces médecins ne semblant pas profiter du contact que leur procure la substitution pour prendre en charge les problèmes physiques de leurs patients. La prise en charge psychiatrique semble, de façon générale, encore plus difficile à obtenir.

Une consommation « récréative » persiste pour la cocaïne. La consommation d'héroïne se modifie au cours de l'étude au profit d'un usage récréatif. La poursuite d'une information sur les risques liés au mode de consommation des stupéfiants est nécessaire, d'autant plus que la voie intraveineuse reste le mode préférentiel

de consommation malgré la substitution. Nous n'avons pas étudié la consommation par voie intraveineuse et nasale des produits de substitution, alors que cet usage existe ; il serait nécessaire de préciser la fréquence de ces pratiques, qui peuvent représenter une limite de la substitution par voie orale pour certains patients. La consommation d'alcool apparaît comme un problème inquiétant car le nombre de patients en consommant régulièrement au cours de l'étude reste important et stable, alors qu'il est probablement sous-évalué.

Au total, et malgré ses limites, cette étude apporte une première représentation détaillée des modalités de suivi et de l'évolution de patients toxicomanes suivis par des médecins généralistes sur une durée d'un an, ce qui n'avait jamais été accompli auparavant. La réalisation d'une étude qualitative complémentaire auprès des médecins et de leurs patients devra permettre d'éclairer et de compléter ces premiers résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. « Les traitements de substitution », in *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 1996: 110-111.
2. GIRARD (J.F.), *Note d'information*, ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la santé, 14 décembre 1995.
3. GIRARD (J.F.), *Note d'information*, ministère du Travail et des Affaires sociales, direction générale de la santé, 27 juin 1996.
4. CARPENTIER (J.), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Ellipses, Paris, 1994: 11-21.
5. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Rapport sur les toxicomanies, Éthique et recherche biomédicale, rapport 1993-1994*, La documentation française, Paris, 1996: 83-160.
6. SIMMAT-DURAND (L.), ROUAULT (T.), « Injonction thérapeutique et autres obligations de soins », in *Toxibase*, revue documentaire, 1997 ; troisième trimestre : 1-28.
7. CASSINA (P.), « L'adieu au réel. Pour une approche constructiviste radicale de l'usager de psychotropes », *Intervention*, 1997 ; 59 : 9-20.
8. MOREL (A.), HERVÉ (F.), FONTAINE (B.), *Soigner les toxicomanes*, Dunod, Paris, 1997: 44-45.
9. KAVCYAN (A.), « Drogues et législations, deuxième partie », *Dans Cités*, 1997 ; 11 : 8-12.
10. KAVCYAN (A.), « Drogues et législation, première partie », *Dans Cités*, 1997 ; 10 : 12-15.
11. WIEVIORKA (S.), « La réduction des risques », *Toxibase*, revue documentaire, 1996 ; troisième trimestre : 1-21.
12. LUCAS (B.), « Politique française en matière de drogue, la singularité du cas lyonnais », in *Psychotropes*, revue internationale des toxicomanies, 1996 ; 2,2 : 75-95.
13. EMMANUELLI (J.), « La réduction des risques, une question de santé publique : élaboration et mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des actions de prévention du Sida et des hépatites virales chez les usagers de drogues », *Toxibase*, revue documentaire, 1997 ; premier trimestre : 45-51.

14. GANDILHON (M.), « Le tableau de bord de la réduction des risques », *SWAPS*, 1997 ; 5 : 13-14.
15. GODARD (J.M.), « Distributeurs de seringues : installation controversée en Essonne », *Interdépendances*, 1997 ; 26 : 45-46.
16. « Mairie : bataille autour des seringues », *Nice-Matin*, 18/01/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 95 : 33-34.
17. PRIEUR (C.), « La chancellerie renforce la lutte contre l'introduction de drogues en prison », *Le Monde*, 05/03/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 98 : 99.
18. « Alerte aux seringues souillées en milieu carcéral », *Interdépendances*, 1997 ; 25 : 10.
19. FOURNIER (J.), *Eau de javel et réduction des risques*, IREP, octobre 1996.
20. « Onusida recommande de distribuer des seringues dans les prisons », *Le Monde*, 02/05/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 102 : 17.
21. HENRION (R.) (sous la présidence de.), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, La documentation française, Paris, mars 1995.
22. *Drogues, Églises et société*. Déclaration de la commission sociale de l'épiscopat, avec les analyses des spécialistes, Centurion et Cerf, Paris, 1997.
23. *Compte rendu de la vingt quatrième rencontre du CRIPS, du 13 Avril 1996 sur les traitements de substitution en médecine de ville*, synthèse de l'atelier 1 : Comment réduire les polyprescriptions de psychotropes (opiacés, benzodiazépines, antidépresseurs.), p. 15-16.
24. GOMEZ (M.), « Bernard Kouchner relance le débat sur les drogues douces », *La Croix*, 30/10/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 110 : 1.
25. Sondage exclusif Ifop-l'Edj, *L'événement du Jeudi*, 1997 ; 663 : 35.
26. « Drogue : les Français conservateurs », *Le Quotidien du Médecin*, 27/04/98, dans *revue de presse de toxibase*, 1998 ; 121 : 71.
27. HENRION (R.), « Vers une dépénalisation douce », *Le nouvel observateur*, 1997 ; 1722: 10.
28. FOLLÉA (L.), « Les professionnels de la toxicomanie exigent une révision de la loi de 1970 », *Le Monde*, 16/12/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 113 : 4-6.
29. « Les tendances actuelles », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 12.
30. « Consommation de drogues chez les adultes », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 20-21.
31. « Usagers de drogues et toxicomanies : estimations de prévalence », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 24-25.
32. « On substitue dans les départements », *Substitution Auto-Support infos*, 1996 ; 2: 35.
33. « Produits consommés », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 54-55.
34. « Poly-consommations et administration intraveineuse », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 57-58.
35. FOLLÉA (L.), « Des études soulignent les multiples dangers de la consommation d'ecstasy », *Le Monde*, 17/02/1998, p. 8.
36. WOEHL (A.), « Ecstasy : substances à risques », *L'Alsace*, 27/03/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 99 : 31.
37. RUEFF (B.), *Les malades de l'alcool, alcoolisation à problèmes et alcoolodépendance*, John Libbey eurotext, Paris, 1995: 21-23.
38. HUAS (D.), ALLEMAND (H.), LOISEAU (D.), PESSIONE (F.), RUEFF (B.), « Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste », *La Revue du Praticien-Médecine générale*, 1993 ; 7 : 39-44.
39. « Opérations de lutte contre l'introduction de produits stupéfiants en milieu carcéral », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 7/03/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 98 : 100.
40. GUILLONEAU (M.) et KENSEY (A.), « La santé en milieu carcéral - Eléments d'analyse démographique », *Revue française des Affaires sociales*, 1997 ; 51 (1) : 41-59.
41. LALANDE (F.), « La santé des détenus et l'état du système de soins avant la réforme », *Revue française des Affaires sociales*, 1997 ; 51 (1) : 61-72.
42. FACY (F.), « Système de soins spécialisés aux toxicomanes en milieu carcéral : fonctionnement et suivi épidémiologique et description des toxicomanes vus dans les antennes en 1994 », dans *Toxicomanes incarcérés*, éditions médicales et scientifiques, 1997: 9-19.
43. MICHAUD (P.), « Problèmes d'alcool des personnes incarcérées », *Revue française des Affaires sociales*, 1997 ; 51 (1) : 191-199.
44. DE PERETTI (C.), « Les jeunes et les drogues illicites, études françaises récentes, les cohérences, dans l'éducation à la santé en milieu scolaire », *revue documentaire toxibase*, 1997 ; 1 trimestre : 20-21.
45. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents. Enquête nationale*, INSERM, Paris, 1994: 105-125.
46. DAUTZENBERG (B.), BIRKUI (P.), PERDRIZET (S.), ARCIVAL (C.), RUBAL (J.), PAILLOTET (P.), « Évolution des habitudes tabagiques des collégiens et lycéens parisiens depuis le vote de la nouvelle loi sur le tabac en France (1991 à 1996) », *bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1997, 24 : 112-113.

47. ANGEL (S.), ANGEL (P.), HORWITZ (M.), *La poudre et la fumée, Les toxicomanies : prévenir & soigner*, Acropole, Paris, 1987: 164-169.
48. LERT (F.), FOMBONNE (E.), *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, INSERM, La documentation française, Paris, 1989: 50-51.
49. FOEHRENBACHER (P.), *Traitements de substitution : l'expérience strasbourgeoise de la prescription à la délivrance en officine du chlorhydrate de méthadone et de la buprénorphine-base (Subutex®)*, mémoire de diplôme d'État de docteur en pharmacie, Université Louis Pasteur de Strasbourg, U.F.R. des sciences pharmaceutiques, 1997: 1.
50. « Dispositifs spécialisés de soins, de prévention et d'insertion pour toxicomanes en France », dans : *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 28-31.
51. « Réseau national de Santé publique, surveillance du Sida en France, situation au 31 décembre 1997 », *bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1998 ; 9 : 33-39
52. POURPRIX (C.), « La prévention entravée par la politique de prohibition », *Le Journal du Sida*, 1997 ; 101 : 10.
53. « Plus de 20 000 toxicomanes pris en charge en 1995 », *Actualités sociales hebdomadaires*, 17/04/95, dans *revue de presse de toxibase*, 1998 ; 121 : 21.
54. Ministère du travail et des Affaires sociales, Direction générale de la santé, *Étude des réseaux toxicomanie-ville-hôpital*, 1995: 18-20.
55. FACY (F.), *Résumé des résultats de l'enquête STAM*, INSERM U 302, non publié.
56. NADAL (J.-M.), BOURDILLON (F.), HAURY (B.), ANTOINE (G.), « Les principales caractéristiques de la file hospitalière des personnes atteintes d'infection à VIH en France en 1996 », *BEH*, 1997 ; 23 : 107-108.
57. SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J.-B.) (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida, Saint-Maurice) et les correspondants des CSSTH, « Infection à VIH et VHC et mortalité chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement », *BEH*, 1997 ; 16 : 67-68.
58. RIFF (B.), « Toxicomanie : virus pas jacobins », *Le Généraliste*, 04/04/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 100 : 22-23.
59. BELLO (P.-Y.), PASQUIER (C.), GOURNEY (P.), et le GREATT, « Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification des facteurs de risques associés chez les usagers de drogue de Toulouse », *BEH*, 1998 ; 20 : 81-83.
60. COUSTOU (B.), GRÉMY (I.), *L'infection à VIH en Ile-de-France, volume 1, Les cas de Sida déclarés et la séropositivité*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, octobre 1997.
61. SIMONPOLI (A.M.), *Rapport d'activité de l'année 1996*, ECIMUD Louis Mourier, Réseau ville-hôpital toxicomanie ARÈS 92.
62. IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le HIV et les virus de l'hépatite*, Rapport de sites, Banlieue parisienne, 1996.
63. POL (S.), « Hépatites virales et infection par le VIH », *SWAPS*, 1997 ; 5: 6.
64. LANDAU (A.), « Impact de l'infection par le VIH sur l'évolution des hépatites B et C », *SWAPS*, 1997 ; 5 : 7-8.
65. DUBOIS (F.), DESENCLOS (J.C.), MARIOTTE (N.), GOUDEAU (A.), et le groupe d'étude, « Séroprévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C dans un échantillon national d'assurés sociaux volontaires à un examen de santé de la sécurité sociale », *BEH*, 1996 ; 5 : 17-19.
66. ROUDOT-THORAVAL (F.), PAWLOTSKY (J.-M.), DHUMEAUX (D.), et le groupe d'étude de la prévalence et de l'épidémiologie des hépatites C, « Épidémiologie et morbidité du virus de l'hépatite C en France, étude de 6 664 patients atteints d'hépatite chronique C », *BEH*, 1996 ; 5 : 20-21.
67. KANDEL (M.), « Prisons : alerte à l'hépatite C, Interdépendances », 1998 ; 31 : 47.
68. LUCIDARME (D.), FOUTREIN (P.), CREUSY (C.), FOUTREIN-COMES (M.-C.), MUYSSSEN (A.), BAILLY (D.), PARQUET (P.-J.), FILOCHE (B.), *Prévalence des marqueurs des hépatites C, B et D et des aspects histopathologiques dans un groupe de toxicomanes intraveineux, Gastro-entérologie clinique et biologique*, 1994 ; 18 : 964-968.
69. « Hépatite A et hépatite B : quelques données épidémiologiques », *Prescrire*, 1997 ; 178 : 721.
70. VAN SURELL-SEYLER (C.), « Citron et candidose disséminée chez les toxicomanes par voie intraveineuse », *La Revue Prescrire*, 1996 ; 161 (16) : 297-298.
71. DI MARIA (P.), « La pathologie infectieuse du toxicomane intraveineux », *Prescrire*, 1995 ; 149 (15) : 218-219.
72. GRÉMY (I.), *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes, étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 1997.
73. « Mortalité », dans *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, Paris, 1996: 49-51.
74. GERVASONI (J.-P.), *Facteurs prédictifs de la mortalité chez des consommateurs de drogue à Amsterdam*, Transcriptase, 1996 ; 48 : 2-4.
75. SCHNALL (D.), THAO (P.), « Overdose, derrière les statistiques, une réalité plurielle », *Substitution Auto Support infos*, 1996 ; 1 : 30-32.
76. SORGE (F.), « De la surdose et des moyens de la prévenir », *SWAPS*, 1997 ; 2 : 6-7.

77. TRACQUI (A.), REYNAUD (M.), PETIT (G.), POTARD (D.), LÉVY (F.), KINTZ (P.), COURTY (P.), BOYE (A.), LUDES (B.), « Danger de l'utilisation détournée d'une association benzodiazépines-buprénorphine. Analyse de six décès et propositions », *Synapse*, 1997 ; 133 : 41-46.
78. « Métha & OD », *ASUD journal*, 1995 ; 10 : 10.
79. ROY (P.), « Subutex® : les risques, connus, sont sans commune mesure avec le bénéfice », *Le Quotidien du Médecin*, 30/04/98, dans *revue de presse de toxibase*, 1998 ; 122 : 26-27.
80. FOLLÉA (L.), « L'usage de l'héroïne a régressé en France, La consommation de cannabis de plus en plus réprimée », *Le Monde* du 9 mai 1998, p. 24.
81. « 4,72 milliards de francs contre la drogue », *Interdépendances*, 1997 ; 26 : 9.
82. FOLLÉA (L.), « Le coût budgétaire de la lutte contre les drogues est passé au crible », *Le Monde*, 10/03/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 98 : 2-4.
83. KOVACS (S.), « Enquête de la Cour des comptes, Les gaspillages », *Impact Médecin Hebdo 397*, 20/02/98, dans *revue de presse de toxibase*, 1998 ; 117 : 1-4.
84. BOURDILLON (F.), MARINOT (S.), « L'avenir des réseaux ville-hôpital suspendu à leur capacité d'adaptation », *Le Journal du Sida*, 1997 ; 94 : 18-20.
85. CARPENTIER (J.), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Ellipses, Paris ; 1994 : 61-67.
86. LHOMME (J-P.), « Quel service plus large le médecin du réseau peut-il offrir ?, La prise en charge par le médecin généraliste : seul ou en réseau ? », dans Actes de la conférence-débat : *La drogue, ça se soigne, le médecin généraliste face au toxicomane*, 1995 : 14-15.
87. POL (S.), « Enjeux des réseaux hépatite C », *Le bulletin des réseaux*, 1998 ; 14 : 2.
88. AUBERT (J-P.), « À qui servent les réseaux ? », *Pratiques*, 1995 ; 40 : 33-36.
89. SIMONPOLI (A-M.), *Introduction du séminaire de formation médicale continue : prise en charge des patients toxicomanes*, EPID 92, ARÈS 92, 21-22 Mars 1997.
90. GELBHART (P.), *Place des professionnels de la pharmacie dans les réseaux de prise en charge des toxicomanes. Leur suivi : réseaux buprénorphine, méthadone, médecins praticiens*, Annales de Médecine interne, 1994 ; 145 (3) : 67-68.
91. « Le rôle du pharmacien dans la prévention du VIH », *Lettre d'information du CRIPS*, 1994 ; 30 : 2-7.
92. INGOLD (F-R.), INGOLD (S.), *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues, rapport d'évaluation*, IREP, 1988 : 19-23.
93. CHARPY (G.), « Substitution : une pharmacienne parle ! », *SAS infos*, 1996 ; 3 : 15-19.
94. *Le rôle du pharmacien dans les réseaux, Pharmaciens et toxicomanes, Prévention des risques infectieux. Traitement de substitution*, ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, 1996 : 19-20.
95. Ministère du travail et des Affaires sociales, Direction générale de la santé, étude des réseaux toxicomanie ville-hôpital, 1995 : 8.
96. PINOIT (J.M.), FRANÇOIS (I.), « Monographie de la méthadone », dans *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (95 ; 1997 ; Tours), *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris, 1997 ; 85 : 106-126.
97. BEAUVERIE (P.), KHAN (E.), GHALEH (B.), VAN DE VYVER (M.), POISSON (N.), JACQUOT (C.), *Pharmacodynamie comparée de la méthadone, de la buprénorphine et de la codéine*, Annales de Médecine interne, 1994 ; 145 (3) : 15-18.
98. « Méthadone », *Prescrire*, 1995 ; 154 : 564-569.
99. « Méthadone, nouveaux dosages », *Prescrire*, 1996 ; 162 : 355.
100. DOLE (V.P.), NYSWANDER (M.E.), *Pharmacological Treatment of Narcotic Addiction* (The Eighth Nathan B. Eddy Memorial Award Lecture), NIDA Res. Monogr., 1982 ; 43 : 5-9.
101. PINOIT (J-M.), FRANÇOIS (I.), « La buprénorphine haut dosage. Monographie de la molécule », dans *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (95 ; 1997 ; Tours), *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris, 1997 ; 85 : 187-206.
102. LING (W.), RAWSON (R.A.), « Programme américain de traitement de substitution des opiacés : de la méthadone au LAAM et à la buprénorphine », dans : *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical, Recueil d'études et d'expériences*, Office fédéral de la santé publique, éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1995 : 251-265.
103. AURIACOMBE (M.), O'BRIEN (C.P.), TIGNOL (J.), *La buprénorphine dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*, Annales de Médecine interne, 1994 ; 145 (3) : 27.
104. WALSH (S.L.), PRESTON (K.L.), STITZER (M.L.), CONE (E.J.), BIGELOW (G.E.), *Clinical pharmacology of buprénorphin : Ceiling effects at high doses*, Clinical pharmacology and therapeutics, 1994 ; 55 : 569-580.
105. « Buprénorphine en traitement de substitution », *Prescrire*, 1996 ; 16 : 186-191.
106. MARTINEZ (R.), « Si le Subutex® m'était compté... », *SAS infos*, 1996 ; 2 : 24-27.
107. RULLIÈRE (R.), *Abrégé d'histoire de la médecine*, Masson, Paris, 1981.
108. SNYDER (S.), « Les opiacés », dans *Les drogues et le cerveau, utilité et méfaits des médicaments du cerveau*, coll. L'univers des sciences, Pour la science, diffusion Belin, Paris, 1987 : 37-69.

109. BEAUVERIE (P.), JACQUOT (C.), « Pharmacologie des opiacés, agonistes, ago-antagonistes et antagonistes employés dans la prise en charge des sujets dépendants », dans : TOUZEAU (D.), JACQUOT (C.), *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, édition Arnette, Paris, 1997: 33-56.
110. « Morphine », *Revue Prescrire*, 1996 ; 16 : 369-370.
111. « Morphine (sulfate) », *Revue Prescrire*, 1997 ; 17 : 417.
112. « Sulfate de morphine et traitement de substitution : une évaluation solide est nécessaire », *Revue Prescrire*, 1996 ; 16 : 694-695.
113. Vidal, édition du Vidal, Paris, 1998.
114. SORBÉ (G.), CHABAUD (F.), BINDER (P.), BATÉJAT (B.), PIERRÈS (N.), DUPLA (V.), « Toxicomanie aux spécialités codéinées », Enquête « Codéine un jour », *BEH*, 1996 ; 14 : 66-67.
115. MUCCHIELLI (A.), « Le médecin généraliste, premier partenaire du système de soins », dans : TOUZEAU (D.), JACQUOT (C.), *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, édition Arnette, Paris, 1997: 181-185.
116. LYS (M.), « La toxicomanie, nouveau terrain « humanitaire » ? », *Interdépendances*, 1997 ; 26 : 28-29.
117. AFCHAIN (J.), *Objectifs de formation souhaités par l'association « G & T »*, Pratiques, 1993 ; 33 : 42-43.
118. VELLAY (A.), « Interview », *SWAPS*, 1997 ; 1: 5.
119. SALINGUE-RZEWUSKI (C.), *Médecin généraliste et toxicomane, les effets de leurs représentations réciproques, étude réalisé à partir de 10 cas*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Reims, 1991.
120. NORRY-GUILLOU (F.), BLOCH (J.), MONAQUE (C.), CHARPAK (Y.), « Les médecins généralistes face aux toxicomanes en 1995 », *Psychotropes*, Revue internationale des toxicomanies, 1997 ; 1 : 71-94.
121. *Toxicomanie et pratique médicale, Résultats questionnaire prévention toxicomanie*, Commission santé publique et épidémiologie, Union régionale des médecins libéraux d'Alsace, 1997.
122. *Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, documents de recherches en médecine générale*, numéro spécial, Société française de médecine générale, 1996 ; 47-48.
123. STEARS (A.), « Le système britannique de traitement de la toxicomanie », dans : *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical, Recueil d'études et d'expériences*, Office fédéral de la santé publique, éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1995: 119-127.
124. GOSSOP (M.), « Le système britannique : répondre à l'addiction à l'héroïne », *Psychotropes*, Revue internationale des toxicomanies, 1997 ; 1 : 103-118.
125. « Alcool-tabac : les Britanniques s'accrochent », *Le Quotidien du médecin*, 27/03/98, dans *revue de presse de toxibase*, 1998 ; 119 : 6.
126. « L'alcoolisme des adolescents britanniques », *Le quotidien du médecin*, 21/05/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 103 : 17.
127. VERBOUD (M.), « Le berceau des échanges de seringues », *Le Journal du Sida*, 1992 ; 38-39 : 59-60.
128. COPPEL (A.), *Pratiques de substitution en Europe et réduction des risques*, Annales de Médecine interne, 1994 ; 145 (3) : 73-74.
129. *Surveillance du VIH/Sida en Europe, Premier rapport trimestriel 1998*, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida, 1998 ; 57.
130. OBADIA (Y.), FERONI (I.), « Cinq pays de l'Union, VIH et usagers de drogues par voie intraveineuse : situation épidémiologique et enquêtes de population », *Interdépendances*, 1997-1998 ; 29 : 17-18.
131. LEBEAU (B.), *Pourquoi la réduction des risques a réussi en Grande-Bretagne*, Transcriptase, 1997 ; 54 : 6-9.
132. VALENTINO (V.), « Liverpool freine sur l'héroïne », *Interdépendances*, 1997 ; 27 : 18-19.
133. LERT (F.), FOMBONNE (E.), *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, INSERM, La Documentation Française, Paris, 1989: 54.
134. GLANZ (A.), TAYLOR (C.), *Findings of a national survey of the role of général practitioners in the treatment of opiate misuse : extent of contact with opiate misusers*, British Medical Journal, 1986 ; 293 : 427-430.
135. MOUYEN (G.), « Bilan de prescription de méthadone sans adresser l'héroïnomane à un centre spécialisé chez 125 médecins généralistes londoniens », dans *Le généraliste et les toxicomanies*, Colloque national (8 ; 1995 ; Paris), *Quels sens, Quels liens*, 1995: 91-93.
136. SABATIER (B.), « La méthadone en Angleterre et au Pays de Galles », *SWAPS*, 1997 ; 3: 8.
137. VALETTE (M.), « Les traitements de substitution en Belgique, Tentatives d'état des lieux, problèmes institutionnels et cliniques », *Interventions*, 1997 ; 61 : 20-30.
138. REISINGER (M.), *Bilan de l'expérience de substitution par la buprénorphine en médecine de ville en Belgique*, Annales de Médecine Interne, 1994 ; 145 (3) : 46-47.
139. EICHENBERGER (G.), « Méthadone : de l'histoire des traitements aux enjeux éthiques », *Dépendances*, 1997 ; 1 : 8-16.

140. FELDMAN (N.), MINO (A.), *Les traitements de substitution à Genève*, Annales de Médecine interne, 1994 ; 145 (3) : 31-33.
141. PINOIT (J.-M.), FRANÇOIS (I.), « L'expérience suisse », dans : Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (95 ; 1997 ; Tours), *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*, Masson, Paris, 1997 ; 95-103.
142. BEZAGUET (L.), PIRO (P.), « Le projet Prove », *Interdépendances*, 1997 ; 28 : 21.
143. BUHRER (J.-C.), « La méthode suisse à l'égard de la toxicomanie », *Le Monde*, 01/10/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 109 : 15.
144. Substitution Auto Support infos, 1997 ; 4 : 1.
145. SCHNALL (D.), CHARPY (P.), CHARPY (G.), « Genève : paradis ou enfers de la R.D.R. », *Substitution Auto Support infos*, 1997 ; 4 : 15-23.
146. FOLLÉA (L.), THOMAS ZELTNER, directeur de l'office fédéral de la santé publique : « La prescription d'héroïne est seulement une approche médicale », *Le Monde*, 29/09/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 108 : 35
147. « Comment s'y prennent nos voisins », *L'événement du Jeudi*, 1997 ; 663 : 37.
148. BUNING (E.), « L'approche du problème de la drogue aux Pays-Bas », *Interventions*, 1997 ; 60 : 22-26.
149. BUNING (E.), « La méthadone à Amsterdam : une offre différenciée », dans *Conférence européenne des intervenants en toxicomanie* (2 ; 1996 ; Paris), *Se libérer des drogues et/ou libérer les drogues ?*, Paris, 1996 : 110-112.
150. VAN BRUSSEL (G.H.A.), « Le programme de distribution de morphine à Amsterdam : expériences pratiques », dans *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical, Recueil d'études et d'expériences*, Office fédéral de la santé publique, éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1995 : 161-167.
151. DERKS (J.T.M.), « La distribution de morphine injectable à Amsterdam : évaluation », dans : *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical, Recueil d'études et d'expériences*, Office fédéral de la santé publique, éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1995 : 168-179.
152. « Pratiques divergentes. Face au problème de la drogue, la France et les Pays-Bas ont une approche totalement différente », *Sud-Ouest*, 26/09/97, dans *revue de presse de toxibase*, 1997 ; 108 : 19.
153. LESELBAUM (N.), « L'éducation à la santé en milieu scolaire. Quelles approches des conduites addictives ? », *revue documentaire toxibase*, premier trimestre 1997 : 1-19.
154. TOPUZ (B.), « Méthadone ou pas méthadone ? », *Prescrire*, 1992 ; 122 : 483-484.
155. CARPENTIER (J.), BOISSEAU (C.), CHARPAK (Y.), NORY-GUILLOU (F.), « Analyse de la file active des patients héroïno-dépendants sous traitement substitutif suivis dans un cabinet de médecine générale, Retour sur la période qui a précédé l'officialisation de la substitution », *La Revue de Praticien*, Médecine Générale, 1997 ; 11 : 22-25.
156. *Méthadone : résultats, Évaluation 1995 de quatre programmes médico-psychosociaux*, Fondation Phénix, éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1996.
157. GALLAIS (J.-L.) et all., *Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs Dimensions Médicales et Sociales, documents de recherches en médecine générale*, Société française de médecine générale, 1997 ; 45.
158. DUBURCQ (A.), BLIN (P.), CHARPAK (Y.), *Étude SPESUB, Étude pharmaco-épidémiologique de suivi de l'utilisation de Subutex® en médecine de ville, étude auprès des prescripteurs, Rapport intermédiaire : bilan à l'inclusion et premiers résultats à 6 mois*, non publié.
159. STASTNY (D.), POTTER (M.), *Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes*, British Journal of Addiction, 1991 ; 86 : 307-310.
160. PUECH (A.), LERT (F.), et coll., *Évaluer la mise à disposition de buprénorphine pour la prise en charge des usagers de drogue*, Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM par un groupe de travail dans le cadre d'une convention avec le Secrétariat d'Etat à la Santé, Direction générale de la santé et le laboratoire Schering Plough, Juin 1998.
161. NOSSINTCHOUK (R.M.), *Manuel d'odontologie médico-légale*, Masson, 1991 : 183-185.
162. GEORGE (Y.), MAMMAR (M.), ROUSSEAU (M.), SERVILLAT (T.), VENISSE (J.-L.), *Perception des problèmes de toxicomanie et de dépendances médicamenteuses par les médecins généralistes, résultats comparés de deux études à six ans d'intervalle (1989-1995)*, *Psychotropes*, 1998 ; 1 : 69-81.

ANNEXES

ANNEXE 1

TABLEAUX

Tableau 1 - Produits déjà utilisés à l'inclusion (n=95)

Produit	Patients ayant déjà utilisé le produit		Âge de première consommation	
	nombre	%	Âge médian	N réponses
héroïne	94	99 %	18 ans	93
haschich	89	94 %	16 ans	85
alcool	81	85 %	17 ans	75
cocaine	78	82 %	20 ans	76
benzodiazépines	73	77 %	20 ans	66
codéine	62	65 %	22 ans	56
amphétamines	35	37 %	18 ans	31
barbituriques	28	29 %	20 ans	23
ecstasy	27	28 %	22 ans	26
crack	23	24 %	24 ans	23
solvants	16	17 %	16 ans	16

Tableau 2 - Sources de revenus

Sources de revenus	Inclusion(n = 95)	6 mois(n = 69)	1 an(n = 61)
activité professionnelle déclarée	56 %	52 %	59 %
activité non déclarée	11 %	10 %	7 %
chômage	6 %	9 %	11 %
RMI	23 %	25 %	20 %
AAH	5 %	9 %	10 %
conjoint	8 %	12 %	7 %
famille	13 %	10 %	7 %

Tableau 3 - Conditions de logement

Logement	Inclusion(n = 95)	6 mois(n = 69)	1 an(n = 61)
indépendant	52 %	58 %	53 %
famille	37 %	29 %	27 %
ami	4 %	1 %	3 %
foyer	4 %	1 %	3 %
SDF	1 %	1 %	2 %
autre	1 %	4 %	5 %
sans réponse	0 %	4 %	6 %
autofinancé	66 %	68 %	72 %
Stable	90 %	96 %	91 %

Tableau 4 - Toxicomanie

Produits	Inclusion (n = 95)		6 mois (n = 69)		1 an (n = 61)	
	régulier	occasionnel	régulier	occasionnel	régulier	occasionnel
haschich	40 %	24 %	30 %	17 %	30 %	19 %
héroïne	28 %	18 %	10 %	26 %	7 %	26 %
alcool	25 %	18 %	22 %	14 %	23 %	11 %
benzodiazépines	14 %	18 %	10 %	10 %	10 %	5 %
codéine	9 %	9 %	3 %	6 %	2 %	2 %
cocaine	6 %	15 %	0 %	14 %	0 %	13 %
ecstasy	2 %	4 %	1 %	0 %	0 %	3 %
solvants	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
amphétamines	0 %	5 %	0 %	1 %	0 %	0 %
crack	0 %	4 %	1 %	1 %	0 %	2 %
barbituriques	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Tableau 5 - Utilisation de la voie veineuse

	Inclusion		6 mois		1 an	
	nombre de patients	utilisent voie I.V.	nombre de patients	utilisent voie I.V.	nombre de patients	utilisent voie I.V.
Ensemble des patients	95	30 (32 %)	69	17(25 %)	61	23(38 %)
non substitués	11	7	2	1	3	1
sous méthadone	10	3	11	2	9	3
sous buprénorphine	56	16(29%)	42	10(24 %)	37	13(35 %)
sous sulfate de de morphine	16	3	13	4	10	5

Tableau 6 - Modalités de suivi conjoint

Modalités de suivi conjoint	Proposé	Réalisé	
	n	n	%
centre spécialisé	395	234	59 %
médecin hospitalier	358	182	50 %
psychiatre ou psychologue	317	77	24 %
association d'usagers	29	15	52 %
spécialiste autre que psychiatre	29	10	34 %
assistante sociale	26	15	58 %
autre médecin généraliste	20	8	40 %

Tableau 7 - Durée des prescriptions de méthadone

Durée des prescriptions	Premier trimestre		Dernier trimestre	
	nombre de consultations	%	nombre de consultations	%
7 jours	56	92 %	24	61 %
14 jours	4	7 %	15	39 %

Tableau 8 - Durée des prescriptions de buprénorphine

Durée des prescriptions	Premier trimestre		Dernier trimestre	
	nombre de consultations	%	nombre de consultations	%
7 jours	135	47 %	30	19 %
14 jours	112	39 %	56	36 %
21 jours	12	4 %	13	8 %
28 jours	24	8 %	51	33 %

Tableau 9 - Durée des prescriptions de sulfate de morphine

Durée des prescriptions	Premier trimestre		Dernier trimestre	
	nombre de consultations	%	nombre de consultations	%
7 jours	25	30 %	17	29 %
14 jours	41	49 %	31	52 %
21 jours	9	11 %	1	2 %
28 jours	9	11 %	10	17 %

Tableau 10 - Traitements neuro-psychiatriques

Traitements	Consultations aboutissant à une prescription		Patients ayant eu au moins une prescription	
	n	%	n	%
benzodiazépines	223	13,2 %	36	37 %
antidépresseurs	109	6,5 %	12	12 %
autres hypnotiques	77	4,6 %	21	22 %
neuroleptiques	5	0,3 %	4	4 %
carbamates	8	0,5 %	5	5 %
anti-histaminiques	7	0,4 %	3	3 %

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRES

Questionnaire « Qui »

QUI **JO** **6 mois** **1 an**

Date d'ouverture de fiche Date de fermeture de fiche

N° Médecin Date de naissance Sexe M F

Vie familiale

En couple (Oui/Non)	<input type="text"/>
Nombre d'enfants à charge	<input type="text"/>
Droit de visite (Oui/Non)	<input type="text"/>
Nombre de visite dans les 3 derniers mois	<input type="text"/>

Sources de revenus

Aucune	<input type="text"/>
Activité professionnelle déclarée	<input type="text"/>
Activité professionnelle non déclarée	<input type="text"/>
Chômage indemnisé	<input type="text"/>
RMI	<input type="text"/>
Allocation adulte handicapé	<input type="text"/>
Conjoint	<input type="text"/>
Famille	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Protection sociale

Aucune	<input type="text"/>
Sécurité sociale	<input type="text"/>
Mutuelle)	<input type="text"/>
AMG	<input type="text"/>
IALD 30	<input type="text"/>

Logement

Indépendant	Dans foyer	<input type="text"/>
Chez famille	SDF	<input type="text"/>
Chez amis	Autre	<input type="text"/>
Autofinancé	Stable	<input type="text"/>

Emploi déclaré

Date de début du dernier emploi	<input type="text"/>
Durée du dernier emploi	<input type="text"/>

Toxicomanie

	Produit(s) réguliers actuel(s)	Produit(s) associé(s) occasionnel(s)	Produit(s) déjà utilisé(s)	Âge de la première consommation
Alcool				
Amphétamines				
Barbituriques				
Benzodiazépines				
Cocaïne				
Crack				
Ecstasy				
Haschich				
Héroïne				
Médicaments codéinés et opiacés hors substitution				
Solvants				
Autre				

Substitution en cours

Produit utilisé	<input type="text"/>	Depuis quand	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	--------------	----------------------

Voie IV

Actuellement	<input type="text"/>	Avant	<input type="text"/>	Jamais	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-------	----------------------	--------	----------------------

Antécédents

	Oui	Non	Combien	Date de la dernière
Overdose				
Sevrage antérieur				
Post-cure				
Substitution antérieure				
Incarcération				
Affaire judiciaire				
Tentative de suicide				
Hospitalisation				

Adressé par

Vient de lui-même	<input type="text"/>
Hôpital	<input type="text"/>
Centre spécialisé	<input type="text"/>
Autre médecin de ville	<input type="text"/>
Réseau	<input type="text"/>
Psy...	<input type="text"/>
Pharmacien	<input type="text"/>
Entourage	<input type="text"/>

Questionnaire « Ce que l'on fait » (à chaque consultation)

N° Médecin	N° Patient								
Date									
Par rapport à la toxicomanie									
	Demande	Offre	Décision	Demande	Offre	Décision	Demande	Offre	Décision
Rien									
Prescription ponctuelle									
Sevrage									
Substitution									
Médicament	Prescrit	Pris	Prescrit	Pris	Prescrit	Pris	Prescrit	Pris	
Conso. produit illicite									
Chevauchement									
Arrêt de travail (jours)									
Consultation payée									
Par rapport aux problèmes de santé									
Poids									
Examen clinique fait									
Anomalie éventuelle									
Infection veineuse actuelle									
État dentaire									
Sérologies	faite (date)	résultat	prescrit	résultat	prescrit	résultat			
VIH (confirmé par W.Blot)									
CD4									
Ag HBs/AcHBs/Ac HBc									
VHC (confirmé par Ribia)									
Traitement	prescrit	pris ou fait	prescrit	pris ou fait	prescrit	pris ou fait			
Vaccins (préciser)									

Suivi du patient						
Patient orienté ailleurs	Où		Où		Où	
	proposé	fait	proposé	fait	proposé	fait
Patient suivi par moi						
Hôpital						
Centre spécialisé						
Autre médecin généraliste						
Spécialiste non hospitalier						
Psy... libéral ou CMP						
Association d'usagers						
Assistante sociale						
Hospitalisation (dates)						
Pharmacien unique	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Substituteur parallèle	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Date du prochain RDV						

Aide au calcul de la consommation déclarée d'alcool en verres

Un verre bistrot quel que soit l'alcool consommé = 1 verre

Une canette de bière ordinaire (25 cl) = 1 verre

Une boîte de « 8,6 » ou de 10° (50 cl) = 4 verres

Un litre de vin = 8 verres

Une bouteille de 75 cl de vin = 6 verres

Une bouteilles de 75 cl de pastis ou de whisky = 24 verres

Alcool et toxicomanie (ce que l'on fait)

Date									
Conso déclarée d'alcool en verres/semaine									
Nombre d'ivresses depuis la consultation précédente									
Prise d'alcool dans les 2 h suivant le lever (Oui/Non)									
	Demande	Offre	Décision	Demande	Offre	Décision	Demande	Offre	Décision
Conseil abstinence									
Conseil sobriété									
	proposé	fait	proposé	fait	proposé	fait	proposé	fait	
Consult. chez alcoologue									

