



Alcool, tabac, cannabis et statut sérologique pour l'hépatite C chez des patients suivis en centre méthadone : un risque élevé de pathologie tumorale et cardio-vasculaire

Alcohol, tobacco, cannabis and serologic status for hepatitis C: cardiovascular and oncologic complications

Nassir Messaadi*, Christophe Berkhout**, Benjamin Deneuve**, Daniel Leonard**, Michel Goudemand*, Olivier Cottencin*

Les traitements de substitution, principalement prescrits par les médecins généralistes, ont permis d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients dépendant de l'héroïne. Mais ces patients addictifs ont d'autres consommations et dépendances et sont souvent atteints par l'hépatite C. Cette étude a évalué la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans cette population. Elle a croisé ces données avec les sérologies de l'hépatite C. Le recueil de données a été effectué dans l'unité méthadone du service d'addictologie du CHRU de Lille au moyen de questionnaires remis aux patients. Le statut sérologique des patients était tiré du dossier médical. Les résultats portant sur 58 patients trouvaient 21 (36 %) patients dépendants de l'alcool, 48 (83 %) dépendants du tabac et 32 (55 %) avec une consommation problématique de cannabis. 21 (36 %) patients avaient une hépatite C active, parmi lesquels 15 (71 %) consommaient les trois produits. Le bénéfice apporté par la substitution n'est plus à discuter. Cependant, des complications cardio-vasculaires et oncologiques risquent d'apparaître à moyen ou à long terme.

Substitution treatments, mainly prescribed by general practitioners, bettered duration and quality of life among heroin addicted patients. But these patients have other misuses and addictions and are often infected by C hepatitis. This survey assessed the use of alcohol, tobacco and cannabis in this population. It crossed these data with hepatitis C serology. Data collection was carried out in a methadone dispensary center for outpatients by self completed questionnaires. The serologic status of the patients was collected from their medical record. Outcomes from 58 patients found 21 (36 %) patients addicted to alcohol, 48 (83 %) addicted to tobacco and 32 (55 %) with a misuse of cannabis. 21 (36 %) patients had an active C hepatitis, and 15 (71 %) of these were misusing all 3 drugs. Profit of maintenance treatment is no more to be discussed. Cardiovascular and oncologic middle or long term complications are to be expected.

CONTEXTE ET OBJECTIF

L'instauration des traitements de substitution a réduit les décès brutaux par overdose d'héroïne (1, 2) et plus de deux tiers des personnes traitées disent avoir une meilleure qualité de vie (3). Dans notre étude, la posologie moyenne quotidienne était de 94 mg de méthadone par patient (20 à 180 mg). Cependant, lorsque la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis associée est importante les résultats obtenus doivent être relativisés : la majoration du risque

* Université Lille Nord, faculté de médecine, service d'addictologie du CHRU de Lille. ** Université Lille Nord, faculté de médecine, département de médecine générale.

de survenue de maladies cardio-vasculaires et de pathologies tumorales doit être prise en compte, comme l'hépatocarcinome chez les patients atteints d'une hépatite C (4).

L'objectif de cette étude est d'évaluer les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les patients ambulatoires fréquentant l'unité méthadone du service d'addictologie du CHRU de Lille. En plus de leur effet cardio-vasculaire et oncogène intrinsèque, ces produits sont des facteurs aggravant l'évolution de l'hépatite (5-7).

Le statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C a pu être pris en compte, car son incidence est élevée dans cette population (8). La co-in-

Mots-clés : Alcool, Tabac, Cannabis, Statut sérologique VHC, Programme méthadone, Risques cardio-vasculaires, Risques oncologiques.

Keywords : Alcohol, Tobacco, Cannabis, Serologic status for hepatitis C, Methadone maintenance treatment, Cardiovascular complications, Oncologic complications.

fection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est également un facteur aggravant du risque cancéreux (9), mais la faible prévalence du VIH dans le nord de la France (10) ne permettait pas de retrouver des patients séropositifs dans l'échantillon analysé. Il en va de même pour l'hépatite B pour laquelle on retrouve une sérologie par infection positive chez 21 % des toxicomanes en Californie (11) mais seulement 2,7 % en France (12).

LA MÉTHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale. La population concernée est représentée par **les patients ambulatoires** dépendants à l'héroïne fréquentant l'unité méthadone du service d'addictologie du CHRU de Lille, tous inclus pendant une période de 3 mois. Des questionnaires déjà testés et reconnus simples d'utilisation leur ont été remis : **AUDIT** pour l'alcool, test de dépendance nicotinique de **Fagerström** pour le tabac et **CAST** pour le cannabis. Ce choix permet une reproductibilité des réponses et une comparaison facilitée avec d'autres études.

Le test d'identification des troubles en rapport avec l'usage d'alcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test* : **AUDIT**) est le test de dépistage d'usage nocif et de dépendance à l'alcool le plus utilisé en soins primaires. Il comporte une version longue utilisée dans cette étude et plusieurs versions courtes destinées au dépistage rapide en pratique clinique. Stable et fiable, il a été validé en externe et en interne, à condition d'abaisser le seuil de dépistage de l'usage nocif et de la dépendance de 8 points chez les femmes (13, 14).

Le test de dépendance nicotinique de **Fagerström** (*Fagerström Test for Nicotine Dependence* : **FTND**) est le test validé le plus stable et le plus fiable pour évaluer le niveau de dépendance à la nicotine (15). Comme pour le questionnaire de tolérance de **Fagerström** (**FTQ**) dont il est issu, la corrélation entre le score obtenu et les symptômes de manque au sevrage nicotinique reste pourtant faible (16).

Pour l'évaluation de la dépendance au cannabis, le choix du questionnaire était plus difficile. Le test de dépistage le mieux validé et le plus couramment utilisé et cité dans la littérature est le *Severity of Dependence Scale* (**SDS**) (17,

Misg au point Misg au point

18]. En France, il y a un consensus pour utiliser le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) qui fait référence. Ce dernier a été proposé en 2002 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies pour le dépistage des addictions dans le cadre de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) [19-21]. Bien que les statistiques nationales sur la consommation du cannabis se fondent sur ce test, sa validation n'est pas publiée et le questionnaire CAST n'apparaît pas dans la littérature indexée. Nous l'avons pourtant utilisé pour pouvoir comparer les résultats de notre région aux résultats nationaux.

L'administration des questionnaires a été faite par la même personne (NM) au cours d'un trimestre. Elle était suivie d'un court entretien non formalisé et non enregistré mais on notait les remarques des patients.

Le seul critère d'inclusion était l'admission dans le programme de substitution pour syndrome de dépendance à l'héroïne, et celui de non inclusion était le refus du patient.

LES RÉSULTATS

Les 58 patients (34 hommes et 24 femmes) éligibles pour l'étude ont accepté de participer et ont pu être inclus (100%).

La moyenne d'âge de 31,25 ans (IC₉₅ : 21,42-46,25) était comparable dans les deux sexes : 30,58 ans pour les femmes (IC₉₅ : 21,42-45,83) et 31,75 ans pour les hommes (IC₉₅ : 22-46,25). Les femmes représentent plus de 40% des patients et sont majoritairement en âge de procréer. Le retentissement de ces consommations sur le fœtus était donc potentiellement important (21, 22). Aucun patient ne présentait une sérologie positive pour le HIV ou l'hépatite B. Aucune hépatite A aiguë n'a été décelée. **Sur 58 patients ayant complété le questionnaire :**

⇒ **Alcool (questionnaire AUDIT) :** il y avait 20 non-consommateurs (34,48%) et 38 consommateurs (65,52%). Le score à l'AUDIT était supérieur à 9 pour 24 patients (41%) dont 21 avec un score supérieur à 13 (soit 36% de dépendants). 12 (20%) hommes et 9 (15,5%) femmes étaient dépendants à l'alcool.

⇒ **Tabac (score de Fagerström) :** 37 étaient moyennement à fortement dépendants (64%), 11 étaient faiblement dépendants (19%), 7 n'étaient pas dépendants (12%) et 3 ne consommaient pas de tabac.

⇒ **Cannabis (questionnaire CAST) :** 13 étaient non consommateurs (22,40%) et 45 consommateurs (77,6%). Trente-deux patients (55%) faisaient un usage problématique du cannabis.

⇒ **Association alcool, tabac et cannabis :** 30 associaient les 3 produits (52%).

Sur l'ensemble de la population étudiée, le nombre moyen de produits consommés était de 2,38 (DS : 0,745). On n'observait pas sur notre population de différence significative entre les

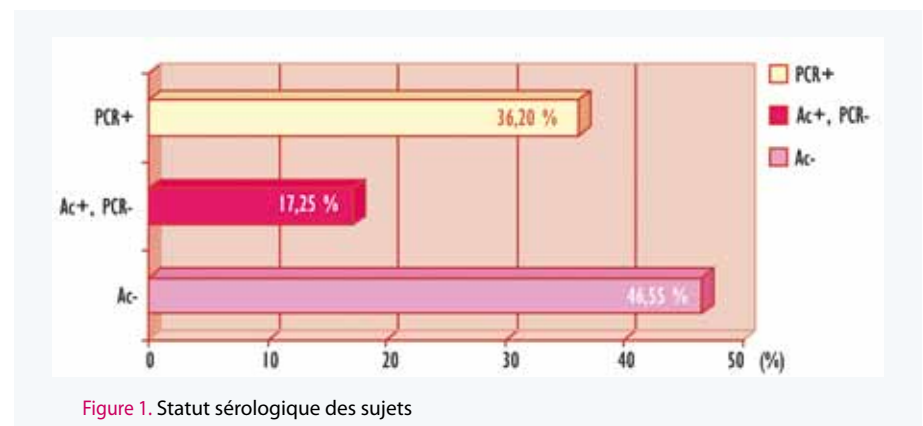


Figure 1. Statut sérologique des sujets

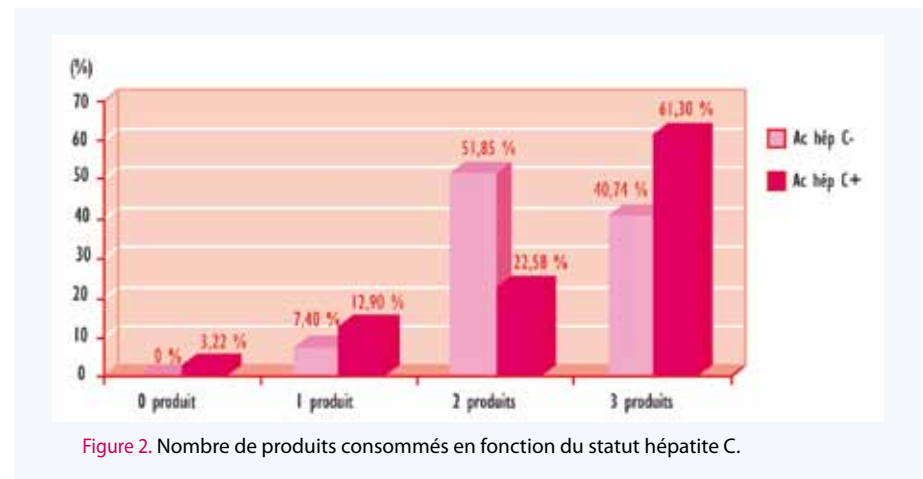


Figure 2. Nombre de produits consommés en fonction du statut hépatite C.

femmes (2,33 [DS : 0,761]) et les hommes (2,41 [DS : 0,743]).

DONNÉES CROISÉES

Quelques données croisées à partir d'un produit de référence : parmi les 21 patients avec une dépendance à l'alcool, 12 ont un usage problématique du cannabis (57,14%) et 17 sont moyennement à fortement dépendant du tabac (81%).

Parmi les 32 patients ayant une consommation problématique de cannabis, 12 sont dépendants à l'alcool (37,5%) et 21 sont moyennement à fortement dépendant du tabac (65,62%).

Parmi les 37 patients moyennement à fortement dépendants du tabac, 17 sont alcoolodépendants (46%) et 21 ont un usage problématique du cannabis (56,75%).

Le statut sérologique pour l'hépatite C des 58 patients retrouvait 31 patients avec des anticorps anti-VHC (53,45%), dont 21 avec une recherche d'ARN positive (36,2%) [figure 1]. Huit femmes (13,8%) et 13 hommes (22,4%) étaient atteints d'une hépatite C active.

Chez les patients ayant une hépatite C active, 1 ne consommait aucun produit, 3 consommaient 1 produit, 2 consommaient 2 produits

et 15 consommaient 3 produits (71,43%). Le score moyen était de 2,48 produits par patient (0 à 3) avec un écart type de 0,928.

La moitié des patients qui consommaient 3 produits était porteurs d'une hépatite C active. La figure 2 résume le nombre de produits consommés en fonction du statut sérologique hépatite C.

DISCUSSION

"J'arrête l'héroïne c'est déjà bien"?

Tous les patients ont répondu aux questionnaires. L'étude s'est axée sur des questionnaires simples et rapides ainsi que sur le suivi biologique réalisé au sein de l'unité de soins.

Notre service offrant une prise en charge personnalisée, l'étude s'est étalée sur une période de 3 mois. Pour les patients ne se présentant pas régulièrement et pour qui une prise en charge bas-seuil était décidée, les questionnaires ne pouvaient donc pas être effectués lors du renouvellement programmé de l'ordonnance.

Le service reçoit les patients tous les matins de 7 h 30 à 12 h 30 du lundi au vendredi. Lors de la mise en place du traitement, les patients sont vus quotidiennement par un médecin, puis un

infirmier qui assure, entre autres, la délivrance du traitement. L'éducateur et l'assistante sociale assurent, pour leur part, le bilan social. Les projets thérapeutiques sont réévalués chaque semaine lors des réunions d'équipe. Ainsi le niveau de prise en charge varie progressivement. Nous n'avons pas évalué la durée moyenne du séjour au sein du service. Cependant, les relais auprès des médecins traitants sont effectués dès que possible afin de favoriser la réinsertion sociale. Des rendez-vous sont programmés deux mois après le relais afin de réévaluer la situation.

Le traitement de substitution réduit largement les risques médicaux (contamination, overdose) et les risques sociaux liés aux infractions à la législation (1). Cependant, la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis induit d'autres risques quand elle est dans le champ du mésusage.

➤ **Nos résultats montrent que la majorité des patients (65,52%) consomment de l'alcool et que 36% sont dépendants.** Plus globalement, il y a 41% des personnes ayant des consommations nocives. Ainsi, 1 personne sur 3 entrant dans l'unité est dépendante de l'alcool. L'étude ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une augmentation des consommations. **Backmund et al. (24)** ont montré que la consommation d'alcool était significativement plus importante chez les patients substitués que chez les patients qui continuaient à consommer de l'héroïne. **Faibank et al. (25)** ont par ailleurs montré que la mise sous méthadone conduisait à une diminution de la consommation de la plupart des substances psychoactives (cocaïne, amphétamines, tranquillisants, marijuana) à l'exception de l'alcool. **Anglin et al. (26)** ont souligné la relation inverse entre la consommation d'alcool et d'héroïne réfutant ainsi des propriétés pro-addictives à l'alcool de la méthadone et ce quel que soit le mode de prise en charge (servage ou substitution). **Rittmannsberger et al. (27)** ont montré que le mésusage d'alcool était déjà présent avant la mise sous méthadone, c'est à dire que la vulnérabilité des patients substitués pouvait être authentifiée avant l'instauration du traitement. **Chatham et al. (28)** ont constaté que la prise en charge des patients dans les centres spécialisés dans la maintenance par traitement de substitution ne prend pas suffisamment en compte l'existence de problèmes liés à l'alcool. En effet, cette dépendance hypothèque gravement le devenir des patients tant sur le plan médical que social.

Parmi les patients qui boivent de l'alcool, l'enquête a retrouvé 55% de patients dépendants, ce qui signifie qu'en cas de réponse positive à la question "consommez-vous des boissons alcoolisées?", une fois sur deux la personne présente une dépendance. Dans cette sous-population, 57% avaient un usage problématique du cannabis (13,5% dans l'étude de **Viano**) [29].

Deux tiers des femmes consommaient de l'al-

Tableau. Description de la population des 58 patients interrogés.

Description de la population	Femmes	Hommes
Population étudiée (n = 58)	24 (41,4%)	34 (58,6%)
Âge : 31,25 ans (ds XX)	30,58 ans	31,75 ans
Femmes en âge de procréer (n = 23) Une femme enceinte (35 mg de méthadone/j) Une femme a accouché (est passée de 60 mg de méthadone en début de grossesse à 100 mg à la fin). Le bébé a été mis sous sirop de morphine pendant 20 j.		
Situation professionnelle : travail (CDD, CDI)	0	6
Sérologie VIH, VHB (n = 0)	0	0
Sérologie VHC Présence d'anticorps (n = 31 ; 53,4%)	13	18
Recherche d'ARN (n = 21 ; 36,2%)	8 (38,1% d'entre eux)	13 (61,9% d'entre eux)
1 H et 1 F sans pcr	1	1
Consommations Alcool (n = 38 ; 65,52%)	16	22
Dépendance à l'alcool (n = 21 ; 36%)	9 (15,5%)	12 (20%)
Dépendance au tabac (n = 55 ; 94,8%)	22	33
Dépendance moyenne/forte (n = 37 ; 64%)	4/13	7/13
Dépendance faible (n = 11 ; 19%)	4	7
Pas de dépendance (n = 7 ; 12%)	1	6
Dépendance au cannabis (n = 45 ; 77,6%)	19	26
Usage problématique (n = 32 ; 71%)	11	21
Association des 3 produits (n = 30 ; 52%)	11	19

cool. Cela amène à être d'autant plus vigilants que l'usage d'alcool est banalisé, notamment au cours de la grossesse. Trente-huit pour cent des consommatrices étaient dépendantes et nécessitaient une aide particulière pour maintenir une abstinence. Dans la population étudiée, la plupart des femmes étaient en âge de procréer. Les nouveau-nés issus de cette population auraient un risque élevé d'être porteurs de séquelles d'exposition prénatale à l'alcool (30).

Un accompagnement est proposé pour le sevrage alcool nécessitant parfois une hospitalisation à temps complet. Le taux des patients ne consommant pas d'alcool (34,5%) était élevé dans la population étudiée. Cela peut s'expliquer par le fait que ces patients, souvent confrontés aux violences parentales secondaires à l'abus d'alcool, ont mis en œuvre des stratégies d'évitement vis-à-vis de ce produit.

➤ **Pour ce qui concernait l'usage de tabac, 95% de la population étudiée étaient des consommateurs.** En population générale, la consommation de tabac était estimée en 2004 à 29,9% (IC₉₅ : 29,3-30,5) [31]. Chez 88% des patients de cette étude, on notait une dépendance et donc un besoin d'aide pour l'arrêt du tabac. La première réponse des patients à la question de l'arrêt du tabac était : "J'arrête l'héroïne c'est déjà bien !". Cette réponse sous-tend la diffi-

culté liée à la dépendance et non à un véritable choix. Un accompagnement fondé sur les différentes thérapeutiques est à proposer afin de ne pas évoluer dans cette théorie du moindre mal. Une formation minimale à la prise en charge de la dépendance au tabac de tous les professionnels intervenant auprès des patients addictifs pourrait faciliter la gestion de cette problématique. Comme le précise l'AFSSAPS, le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Tous les professionnels de santé devraient intervenir en ce domaine en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques du tabagisme de chaque fumeur (32).

Un accompagnement à l'arrêt du tabac est systématiquement proposé et des dérivés nicotiques sont disponibles pour faciliter le sevrage. Les patients désirent parfois des consultations décalées dans l'après-midi, préférant peut-être ainsi un changement de contexte. Les effets additionnels alcool-tabac ne seront pas développés ici.

➤ **Le cannabis était consommé par 77,6% des patients.** De plus, près de la moitié des femmes et deux tiers des hommes en faisaient un usage problématique. La prise en charge était d'autant plus difficile que les patients le banalisaient et le différenciaient totalement du tabac. Ils le consomment surtout le soir, car il leur



apporte un soulagement, apaise leurs tensions anxieuses et favorise le sommeil. Il faut prendre cela en compte lors du sevrage et apporter un soutien psychologique.

Reste que, selon Mallat et Hézode le cannabis aggraverait la progression de la fibrose au cours de l'hépatite chronique C (33, 34).

➤ **Plus de la moitié des patients consommaient les trois produits** (dont plus de 71% de ceux qui avaient une hépatite C) et cela n'est pas sans conséquences somatiques, notamment cancéreuses.

PROPOSER SYSTÉMATIQUEMENT LE DÉPISTAGE

Pour l'hépatite C, les résultats montraient que plus de la moitié (53,45%) des patients avaient été en contact avec le virus. Il faut donc leur proposer un dépistage systématique même s'ils ne sont pas des injecteurs réguliers, la prévalence restant importante parmi eux (35). En effet, dans une enquête 2003-2004, la prévalence de l'hépatite C est élevée chez les personnes qui ont déclaré avoir utilisé des drogues par voie intraveineuse au moins une fois dans leur vie ou par voie nasale : 73% contre 0,86% (IC₉₅ : 0,66-1,0) dans la population générale (36, 37). Un travail de prévention est nécessaire en rappelant aux patients ce risque dès les premières utilisations.

Plus de 36% des patients présentaient une hépatite chronique C active et seuls 4 patients sur 21 bénéficiaient d'un traitement antiviral. Le passage du diagnostic au traitement est souvent difficile et long. Peu de travaux ont étudié la raison de l'insuffisance d'accès au traitement des UD. Les causes identifiées chez ces patients sont de l'ordre des croyances (faible perception des bénéfices du traitement, échecs thérapeutiques fréquents, mauvaise tolérance des médicaments antiviraux...), psychosocial (instabilité sociale, manque de logement, manque ou précarité du travail, manque de lisibilité de la situation sociale à moyen terme...), psychologique (phobies sociales, crainte de la prise en charge dépersonnalisée dans un service d'hépatologie, crainte d'humiliation publique en tant que toxicomane...) et pratique (mauvais état du réseau veineux et crainte des prélèvements sanguins, crainte des biopsies hépatiques, lourdeur du traitement...) [38-41]. Le développement de groupes de parole de patients toxicomanes atteints d'hépatite C pourrait améliorer leur accès au traitement (42).

La lutte contre ce virus est d'autant plus nécessaire que la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, était fréquente dans la population étudiée, favorisant ainsi l'évolution vers l'hépatocarcinome. Plus de 71% de ceux qui étaient porteurs d'une hépatite C consommaient les trois produits. L'absence d'hépatite B pose question d'autant plus que le nombre de pa-

tients non vaccinés est en augmentation. Y a-t-il moins de contaminations ou existe-t-il des virus mutants non détectés ?

CONCLUSION

Le bénéfice apporté par la substitution, en majorité gérée par les médecins généralistes, n'est plus à discuter. Cependant, des complications à moyen ou à long terme risquent d'apparaître. En effet, l'importante consommation de tabac, d'alcool et de cannabis laisse à penser que l'état de santé de ces patients pourra se dégrader plus rapidement, évoluant vers des pathologies cardiovasculaires et tumorales et plus particulièrement ORL, pulmonaire, urinaire et hépatique. Tout patient ayant de telles conduites addictives devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation de ses consommations d'alcool, de tabac et de cannabis, afin de mettre en place des stratégies de soins adaptées et personnalisées. Cette démarche est d'autant plus importante que ces consommations ont été précoces, importantes et associées à d'autres comorbidités comme les hépatites. Les raisons pour lesquelles les consommateurs de cannabis minimisaient systématiquement le risque de ce produit par rapport au tabac reste à étudier. Une attention particulière devrait être portée sur les femmes en âge de procréer afin de limiter cette "cascade" de perte de chance pour les enfants à venir (43).

Cet accompagnement ne peut se faire de manière isolée et la mise en commun de toutes les compétences (professionnelles, sociales, environnementales et familiales) est nécessaire. Ainsi les stratégies de prévention ont toute leur place afin d'éviter ou de retarder la prise de produit, d'éviter les risques infectieux ou les complications somatiques.

Références bibliographiques

1. Agence nationale d'accréditation d'évaluation en santé. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. Conférence de consensus.* Lyon : Anaes 2004.
2. Van den Brink W, Haasen C. *Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients.* *Can J Psychiatry.* 2006;51(10):635-46. Review.
3. Ponzovsky AM, Grinshpoon A. *Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance.* *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007;33(5):631-42.
4. Hollen PJ, Hobbie WL, Donnangelo SF, Shannon S, Erickson J. *Substance use risk behaviors and decision-making skills among cancer-surviving adolescents.* *J Pediatr Oncol Nurs* 2007;24(5):264-73.
5. Alberti A, Benvegnù L, Bocato S, Roberta A, Ferrari A, Sebastiani G. *Histoire naturelle de l'hépatite C et facteurs pronostiques de progression de la maladie.* In: Marcellin P, eds. *Prise en charge des malades atteints d'hépatite virale.* Paris : Elsevier, 2004:37-47.
6. Bruandet A, Lucidarme D, Decoster A et al. *Incidence and risk factors of HCV infection in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France.* *Rev Epidemiol Santé Publique* 2006;54,1:1S15-1S22. French. Erratum in: *Rev Epidemiol Santé Publique* 2006;54(4):384.

7. Hézode C, Mallat A. *Cannabis et hépatite C.* *Revue réseaux hépatites* 2005;36:4-5.
8. Marcellin P, Asselah T, Boyer N. *Histoire naturelle de l'hépatite C.* In: Pawlotsky JM, Dhumeaux D, eds. *Hépatite C.* Paris : éditions EDK, 2004:69-94.
9. Neau D, Winnock M, Castéra L et al. *Groupe d'épidémiologie clinique du sida en Aquitaine. Prevalence of and factors associated with hepatic steatosis in patients coinfecting with hepatitis C virus and HIV: Agence Nationale pour la Recherche contre le sida et les hépatites virales CO3 Aquitaine Cohort.* *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;45(2):168-73.
10. Le Vu S, Semaille C. *Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006.* *BEH* 2008;7-8:49-52.
11. Lum PJ, Hahn JA, Shafer KP et al. *Hepatitis B virus infection and immunization status in a new generation of injection drug users in San Francisco.* *J Viral Hepat* 2008;15(3):229-36.
12. Fhima A, Henrion R, Lowenstein W, Charpak Y. *Two-year follow-up of an opioid-user cohort treated with high-dose buprenorphine (Subutex).* *Ann Med Interne (Paris)* 2001;152 Suppl.3:IS26-36.
13. Dybek I, Bischof G, Grothues J et al. *The reliability and validity of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a German general practice population sample.* *J Stud Alcohol* 2006;67(3):473-81.
14. Reinert DF, Allen JP. *The alcohol use disorders identification test: an update of research findings.* *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(2):185-99. Review.
15. Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke ML, Flessland KA, Pomerleau OF. *Reliability of the Fagerström tolerance questionnaire and the Fagerström test for nicotine dependence.* *Addict Behav* 1994;19(1):33-9.
16. Fagerström KO, Schneider NG. *Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire.* *J Behav Med* 1989;12(2):159-82.
17. Hides L, Dawe S, Young RM, Kavanagh DJ. *The reliability and validity of the severity of dependence scale for detecting cannabis dependence in psychosis.* *Addiction* 2007;102(1):35-40.
18. Martin G, Copeland J, Gates P, Gilmour S. *The Severity of dependence scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off.* *Drug Alcohol Depend* 2006;83(1):90-3. Epub 2005 Nov 28.
19. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Questionnaire CAST.* Beck F, Legleye S. *Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes : ESCAPAD 2002.* Paris : Rapport OFDT, 2003.
20. Karila L, Couteron JM, Reynaud M. *Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif de cannabis.* In: Reynaud M. et al. *Cannabis et santé.* Paris, Flammarion Médecine-Sciences 2004.
21. Beck F, Legleye S, Spilka S, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005.* Tendances 2006;49:1-4.
22. Danel T. *Exposition prénatale à l'alcool : quelles conséquences à l'âge adulte.* *Revue Swaps* 2005;37:6-7.
23. Haute Autorité de santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations Professionnelles.* Paris : HAS, 2005.
24. Backmund M, Schutz CG, Meyer K, Eichenlaub D, Soyka M. *Alcohol consumption in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients - frequency and correlates of use.* *Eur Addict Res* 2003;9:45-50.
25. Fairbank JA, Dunteman GH, Condelli WS. *Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up.* *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993;19:465-74.
26. Anglin MD, Almog JJ, Fisher DG, Peters KR. *Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance*

Mis au point
Mis au point

and drug-free treatment samples. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1989;15:191-207

27. Rittmannsberger H, Silberbauer C, Lehner R, Ruschak M. Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2000;6:2-7.

28. Chatham LR, Rowan-Szal GA, Joe GW, Brown BS, Simpson DD. Heavy drinking in a population of methadone-maintained clients. *J Stud Alcohol* 1995;56:417-22

29. Viano C. Prévalence des consommations de cannabis dans une population alcoolodépendante. Thèse 13/10/03, université de Lille II.

30. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. *Alcoologie Addictologie* 2003;25(2s):45S-104S

31. Haute Autorité de santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière. Service évaluation et santé publique. Saint-Denis La Plaine : HAS 2007.

32. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de laide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique. Paris : AFSSAPS 2003.

33. Hézode C, Roudot-Thoraval F, Nguyen S et al. Daily cannabis smoking as a risk factor for progression of fibrosis in chronic hepatitis C. *Hepatology* 2005;42(1):63-71. Erratum in: *Hepatology* 2005;42(2):506.

34. Mallat A, Hezode C, Lotersztajn S. Environmental factors as disease accelerators during chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2008;48(4):657-665. Epub 2008 Jan 28.

35. Vicente J, Wiessing L, EMCDDA, national focal points and expert networks. European monitoring centre for drugs and drug addiction annual report 2007: positive assessment of HIV in IDUs though hepatitis C still very high. *Euro Surveill* 2007;12(11):E071122.6. Review.

36. Comité stratégique du Programme national hépatites virales. Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C. Paris : CSPNHV 2005.

37. Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en santé. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités de dépistage. Recommandation du comité d'experts réunis par l'Anaes. Paris: Anaes 2001.

38. Cox J, De P, Morissette C et al. Low perceived benefits and self-efficacy are associated with hepatitis C virus

(HCV) infection-related risk among injection drug users. *Soc Sci Med* 2008;66(2):211-20. Epub 2007 Oct 24.

39. Nguyen OK, Dore GJ, Kaldor JM, Hellard ME; ATAHCC Protocol Steering Committee. Recruitment and follow-up of injecting drug users in the setting of early hepatitis C treatment: insights from the ATAHCC study. *Int J Drug Policy* 2007;18(5):447-51. Epub 2007 Feb 21.

40. Laurindo da Silva L. Étude monographique auprès de patients touchés par le virus de l'hépatite C. Paris : ANGREHC, 2005 Jan.

41. Mason S, Watts A, Sheils S, Koorey D. Improving access to HCV treatment: external jugular venepuncture can overcome problems with difficult venous access *Int J Drug Policy* 2007;18(5):433-6. Epub 2007 Feb 21.

42. Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes *Int J Drug Policy* 2007;18(5):406-10. Epub 2007 Apr 30.

43. Lecompte J, Perreault E, Venne M, Lavandier KA. Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec. *Bibliothèque nationale du Canada*, 2002:19-20.

Brèves

SUBOXONE, COMMERCIALISATION ATTENDUE

Le *Journal officiel* du 24 novembre a publié le prix et l'inscription au remboursement de Suboxone® qui laisse espérer une commercialisation prochaine du produit, attendue depuis près de trois ans. Pour autant, le prix communiqué au *J.O.* est une étape administrative qui n'en préjuge pas de la date précise. Pour le directeur médical du laboratoire, le **Dr Rimailho**, qui répondait à une interview de l'Agence de presse médicale (APM), le 26 novembre dernier : "la complexité du domaine de la toxicomanie et des modalités de sa prise en charge thérapeutique en France explique que Schering-Plough continue d'approfondir avec l'ensemble de ses partenaires les conditions optimales de son éventuelle mise à disposition, en complémentarité des produits actuellement sur le marché".

Ce lancement est très attendu par les professionnels qui voient dans ce TSO la possibilité d'élargir leur arsenal thérapeutique.

"Il est déjà disponible dans la plupart des pays européens, et beaucoup de nos patients voyagent et peuvent s'en procurer, soulignait le Dr Didier Touzeau, clinique Liberté à Bagneux et rédacteur en chef du *Courrier des Addictions* à l'APM. Treize pays européens le commercialisent, dont le Royaume-Uni (décembre 2006), l'Allemagne (mars 2007), des pays nordiques (Finlande, Danemark, Norvège, Suède) et des pays de l'Est (Hongrie, Slovaquie, Bulgarie, Roumanie, Slovénie)." "Par ailleurs, les patients sous Suboxone® s'injectent "un peu moins" d'héroïne que ceux sous Subutex®, devait-il ajouter. Les résultats des études en cours comparant l'usage de Subutex® à celui de Suboxone®, vont apporter un éclairage plus précis à ce sujet.

Pour le **Dr Pascal Courty**, du comité de rédaction du *CDA*, (CHU de Clermont-Ferrand), ce nouveau TSO apporte de sensibles améliorations galéniques et de mode de prises par rapport à Subutex* et à ses génériques. Le temps de dissolution en bouche du comprimé de Suboxone* est "plus court", son goût citron est apprécié des patients et les prises sont autorisées en tri-hebdomadaire (une fois tous les deux jours), avec un maximum de 24 mg de buprénorphine, contre seulement 16 mg pour Subutex* et ses génériques. Il ajoute à ce propos : "Actuellement, le médecin peut prescrire une dose quotidienne

supérieure à 16 mg, mais il doit remplir des papiers pour l'assurance maladie. Ce seuil n'est d'ailleurs absolument pas médicalement justifié, c'est une contrainte". Reste qu'il faudra toujours être aussi attentif à l'éducation thérapeutique à son bon usage.

DROGUES, L'EUROPE AUX AGUETS

En Europe comme en France et dans le reste du monde, les addictions posent un problème de santé majeur, dont les impacts, sanitaires, médicaux et sociaux, sont multiples. Le rapport annuel de l'**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies** (OEDT) est plutôt pessimiste : les consommations de cocaïne sont partout en hausse (13 millions d'adultes européens l'ont expérimenté au moins une fois, dont 7,5 millions âgés de 15 à 34 ans), l'héroïne revient notablement sur ce marché (l'Europe compte 1,2 à 1,5 million de consommateurs d'opiacés "à problèmes"), le cannabis baisse mais reste très préoccupant (22,5 millions en ont fumé au cours de l'année), et les ventes en ligne de nouvelles drogues fleurissent, "véritable foire aux substances psychoactives" : en particulier les substituts légaux aux benzodiazépines, désormais plus strictement contrôlés, et le fameux "Spice", très répandu parmi "les boutiques" de psychoactifs en ligne, mix de plantes, cannabinoïdes de synthèse et autres substances non identifiées... www.emcdda.europa.eu

PARIS CONTRE LE "BINGE DRINKING"

La ville de Paris a lancé récemment une campagne, "The binge-Trop boire, c'est le cauchemar", pour lutter contre cette pratique de consommation massive et en très peu de temps d'alcool. Au "menu" : un concours de mini-films vidéo de 30 secondes à 5 minutes, inspirés des films d'horreur et destinés aux 15-25 ans qui seront mis en ligne, sur thebinge-lefilm.com jusqu'au début du mois de mars 2010. Six d'entre eux seront primés de 250 à 1 500 € et serviront à des actions de prévention ciblées.