

Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes

Dritte Nationale und Internationale Substitutions-Konferenz

18 - 19 OCTOBRE 2012

Centre International de Conférences Genève

ABSTRACT BOOK

Soutien financier et scientifique / *Finanzielle und wissenschaftliche Unterstützung:*

- **Office fédéral de la santé publique / Bundesamt für Gesundheit** (Schweiz)
- **Département fédéral des affaires étrangères / Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten** (Schweiz)
- **République et canton de Genève**
- **Groupe Pompidou - Réseau MedNET** de coopération en région méditerranéenne sur les drogues et les addictions (Conseil de l'Europe)
- **Centre hospitalier universitaire vaudois, Service de psychiatrie communautaire**
- **Arud** (Zürich)
- **Université de Lausanne** (Fondation Ernest Rub)

Évènement associé / *In Verbund mit:*

International Society of Addiction Medicine

14th annual meeting / 15 - 18 october 2012 / www.ISAM2012.org

SOMMAIRE / INHALTSVERZEICHNIS

- Jeudi 18 octobre / <i>Donnerstag, 18. oktober</i>	p. 4
- Vendredi 19 octobre / <i>Freitag, 19. oktober</i>	p. 5
- Symposiums et ateliers TDO / <i>Workshops und Symposien NaSuKo</i>	p. 6 - 9
- Abstracts matinée commune / <i>Gemeinsamer Vormittag ISAM / TDO / NASUKO</i>	p. 10 - 11
- Abstracts plenum TDO	p. 12 - 13
- <i>Abstracts Plenar-Referate NaSuKo</i>	p. 14 - 15
- Abstracts symposiums et ateliers TDO	p. 16 - 35
- <i>Abstracts Workshops und Symposien NaSuKo</i>	p. 36 - 38
- Abstracts session posters / <i>Postersession</i>	p. 39 - 45

REMERCIEMENTS / DANK

Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois

Infoset.ch

Fondation pour l'art moderne et contemporain, Genève

Musée d'art moderne et contemporain, Genève

Maison de l'Ancre, Genève

Etablissements publics pour l'intégration, Genève

Fondation Le Relais, Morges

Edité par la Société suisse de médecine de l'addiction

Reproduction autorisée sur demande préalable et mention de la source

Octobre 2012

Ecrit et réalisé par le Service de psychiatrie communautaire - CHUV - 7 rue St-Martin, CH-1003 Lausanne

Sur mandat et avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique

Mise en page et impression : Fillion imprimerie

Les deux conférences réunies à Genève les 18 et 19 octobre 2012, TDO et NASUKO, sont consacrées au même thème : les traitements basés sur la substitution de la dépendance aux opioïdes. C'est un hasard des calendriers respectifs de ces deux manifestations, qu'elles aient lieu la même année. L'Office fédéral de la santé publique, qui en est le commanditaire, a demandé à la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM), de les mettre sur pied en même temps et au même endroit. L'échange d'expérience en termes de bonnes pratiques étant leur but premier, l'une ne peut qu'enrichir l'autre.

Pour ces éditions 2012, un accent particulier a été mis sur l'analyse comparée des cadres législatifs nationaux qui délimitent la faisabilité et l'accessibilité de ces traitements. Une étude en ce sens a été commandée à l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel. Ces cadres légaux représentant des contraintes précises pour les professionnels socio-sanitaires, il apparaissait opportun de prendre le recul nécessaire pour en interroger la pertinence en terme de santé publique et de droit de la santé. Dans la continuité des deux premières rencontres TDO à Montréal et Paris, ces questionnements vont constituer la toile de fond aux réflexions et débats qui auront lieu dans les 19 symposiums et ateliers TDO et les 11 symposiums et ateliers NASUKO. Avec en introduction l'exposé du plaidoyer de la Global Commission on Drug Policy quant à l'urgence d'améliorer les dispositions relatives au Droit à la santé dans les politiques publiques drogues et addiction, deux tables rondes s'efforceront d'établir les liens indissociables entre politiques nationale et internationale, droit constitutionnel, espaces de recherche interdisciplinaires ouverts à l'innovation, et meilleure reconnaissance du travail des professionnels sur le terrain.

Genève, ville d'échanges internationaux fondés sur la tradition humanitaire et le travail des organisations intergouvernementales, de même que sur les valeurs de paix et de solidarité, constitue le lieu de prédilection pour entamer un dialogue franc et ouvert entre les cultures professionnelles et nationales représentées lors de ces rencontres.

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des groupes qui ont contribué à la préparation de ces deux journées, et nous vous souhaitons un excellent congrès.

Au nom des comités d'organisation,

Die beiden Konferenzen TDO und NASUKO, die am 18. und 19. Oktober gemeinsam in Genf stattfinden, sind dem gleichen Thema gewidmet: der substituionsgestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit. Es ist dem Zufall der Zeitpläne zu verdanken, dass beide Konferenzen dieses Jahr durchgeführt werden. Das Bundesamt für Gesundheit, das Auftraggeber ist, hat die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) beauftragt, die beiden Konferenzen zur gleichen Zeit, am gleichen Ort durchzuführen. Da der Erfahrungsaustausch über die Gute Praxis das Hauptziel beider Konferenzen ist, stellen sie für einander zweifelsohne eine Bereicherung dar.

In diesem Jahr wird dem Vergleich der nationalen Gesetzgebungen, die entscheidend sind für die Durchführbarkeit und den Zugang zu den substituionsgestützten Behandlungen, ein besonderes Augenmerk beigemessen. Das Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg wurde beauftragt, eine entsprechende Studie durchzuführen. In Anbetracht der Tatsache, dass die nationalen Gesetzgebungen massgeblich für die Arbeit der Gesundheitsfachpersonen sind, scheint es angemessen, etwas Abstand zu nehmen und ihre Angemessenheit aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit und des Gesundheitsrechts zu prüfen. Um eine Kontinuität zu den ersten beiden TDO-Konferenzen von Montreal und Paris herzustellen, bilden diese Fragestellungen die Grundlage für die Reflexionen und Diskussionen, die im Rahmen der 19 TDO- und 11 NASUKO-Symposiums und -Workshops stattfinden. Im Anschluss an das Plädoyer der Global Commission on Drug Policy über die Notwendigkeit, die Bestimmungen für das Gesundheitsrecht in den Drogen- und Suchtpolitiken zu verbessern, wird an zwei Runden Tischen versucht, die engen Verbindungen zwischen nationaler und internationaler Politik, Verfassungsrecht und interdisziplinären Forschungsvorhaben, die offen sind für Innovationen und eine bessere Anerkennung der Arbeit der Fachleute vor Ort, aufzuzeigen.

Genf, Stadt des internationalen Dialogs, geprägt durch die humanitäre Tradition und die Arbeit der zwischenstaatlichen Organisationen sowie die Werte des Friedens und der Solidarität, ist der ideale Ort für eine offene Diskussion zwischen den verschiedenen nationalen und beruflichen Kulturen, die an diesen Konferenzen vertreten sind.

Wir wünschen Ihnen einen spannenden Kongress.

Im Namen des Koordinationskomitees

René Stamm,
Office fédéral de la santé publique
Bundesamt für Gesundheit
Comité international TDO

Thilo Beck,
Schweizerische Gesellschaft
für Suchtmedizin
Programmkomitee NaSuKo

Olivier Simon,
Société suisse
de médecine de l'addiction
Comité de liaison ISAM-TDO-NaSuKo

JEUDI 18 OCTOBRE / DONNERSTAG, 18. OKTOBER

dès/Ab 8 h

Enregistrement, café / *Registrierung und Kaffee*

Matinée commune *Gemeinsamer Vormittag* ISAM / TDO / NaSuKo - Salle 2

Traduction simultanée / *Simultanübersetzung* : français / Deutsch / english

8 h 30

Modération : Prof. Daniele Zullino

Evaluer scientifiquement le potentiel de risque des substances psychoactives ***Ein rationaler Ansatz zur Erfassung der Schädigung durch Substanzkonsum***

Prof. David Nutt, Imperial College, London

9 h 20

PAUSE

10 h 00

Modération : Prof. Jacques Besson

Allocution de bienvenue / *Begrüssung*

M. Pascal Strupler, Directeur de l'Office fédéral de la santé publique
Direktor Bundesamt für Gesundheit

10 h 10

La Commission mondiale pour la politique des drogues

The Global Commission on Drug Policy

Mme Ruth Dreifuss, membre de la Global Commission on Drug Policy,
ancienne conseillère fédérale / *Mitglied der Kommission, Alt Bundesrätin*

10 h 50

Législations des pays francophones en matière de traitement de substitution

Vergleichende Gesetzgebung im Bereich Substitutionsbehandlung

Prof. Olivier Guillod, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel

11 h 30

Table ronde : médecine de l'addiction, santé publique et droits humains

Runder Tisch: Suchtmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, menschenrechte

Mme Ruth Dreifuss ; Prof. Olivier Guillod : Dr Gilberto Gerra, United Nations Office on Drugs and Crime ; Dr William Lowenstein, Groupe TSO de la Commission addiction, Paris, France ; Prof. Vladimir Poznyak, World Health Organization

Modération : Dr Barbara Broers, Société Suisse de médecine de l'addiction (SSAM) ; M. Jean-Félix Savary, Groupement romand d'étude des addictions (GREA)

12 h 15

Official ISAM closure - Prof. Hannu Alho, President ISAM

12 h 30

REPAS BUFFET

Programme TDO - Salle 2

(en français)

Programm NaSuKo - Saal 3-4

(Deutsch, traduction simultanée en français)

13 h 30

Modération : Mme Nathalie Latour

Les traitements de substitution vus par les patients : de multiples trajectoires d'appropriation

M. Emmanuel Langlois,
Centre Emile Durkheim,
Université Bordeaux Segalen

Moderation: Dr Thilo Beck

RAHMENBEDINGUNGEN / EMPFEHLUNGEN ***Der Schweizer Weg, ein Blick in die Zukunft***

CONTEXTE ET RECOMMANDATIONS **La voie suisse : une vision d'avenir**

Dr Toni Berthel, EKDF / CFLD
Revidierte Behandlungsempfehlungen,
kantonale Richtlinien SGB* - Stand der Dinge
Recommandations suisses révisées
pour les TDO, état des lieux

Dr Daniel Meili, SSAM; Dr Hans Gammeter, FOSUMOS,
Vereinigung der KantonsärztInnen der Schweiz

14 h 15

PAUSE

14 h 45

Symposiums et ateliers parallèles
T1, T7-1, T8, T9, T12, T14

Zeitgleiche Workshops und Symposien
N1, N2, N4

16 h 15

PAUSE

16 h 30

Modération : Dr Serge Zombek

Traitement de substitution à la diacétylmorphine : une hérésie ?

C. Figiel, SSM ALFA, Service assuétudes
ISOSL, Liège, Belgique

Moderation: Dr André Kuntz

18 JAHRE HEGEBE IN DER SCHWEIZ** **HeGeBe international: Stand der Evidenz** **18 ANS DE PRESCRIPTION D'HÉROÏNE EN SUISSE**

Etat de la littérature scientifique internationale

Prof. Michael Krausz, University of British
Columbia, Vancouver

HeGeBe Schweiz: Alles klar und viele Fragen offen / Questions ouvertes

Dr Hannes Strasser, UPK Basel

17 h 15

Activités satellites / *Sonderveranstaltungen* TDO / NaSuKo

dès 19 h 30

APÉRITIF ET REPAS / ABENDESSEN au café-restaurant du parc des Bastions

VENDREDI 19 OCTOBRE / FREITAG, 19. OKTOBER

8 h 30	Enregistrement, café / <i>Registrierung und Kaffee</i>	
	Programme TDO - Salle 2 (en français)	Programm NaSuKo - Saal 3-4 (Deutsch, traduction simultanée en français)
8 h 45	Modération : M. Ludovic Henrard, Dr Olivier Simon Enjeux de la substitution dans les pays du réseau MedNET Prof. Jallal Toufiq, Centre national de prévention, de traitement et de recherche en addictions (CNPTR), Observatoire national des drogues et addictions, Salé-Rabat	Moderation: Dr Claudine Aeschbach, Dr Daniel Meili SGB QUO VADIS? Erfahrungen und Erwartungen für die Weiterentwicklung der Praxis der SGB Expériences et attentes en matière de développement des pratiques des TDO PD Dr Markus Backmund, Praxiszentrum im Tal, München
9 h 20	Les droits de l'homme au chevet des TDO : enseignements et lendemain du jugement de la Cour suprême du Canada concernant les services d'injection supervisée Maitre Louis Letellier de St-Just, Cactus Montréal	Was das Gemeinwesen leisten kann oder soll Ce que la communauté peut faire ou doit faire Mult. Dipl. Ing. Agr. Thomas Kessler, Präsidialdepartement Kanton Basel Stadt
9 h 55	L'usage d'opiacés en Europe : situation et tendances Frank Zobel, Chef de l'unité scientifique "Politiques, évaluation et coordination des contenus", Observatoire européen des drogues et des toxicomanies	Was ist eine gute Behandlung, und wer muss dazu welchen Beitrag leisten? Les ingrédients actifs d'une bonne prise en charge, qui fait quoi ? Lic. phil. Andreas Bachmann, ethik im diskurs GmbH
10 h 30	PAUSE	
	Programme TDO	Programm NaSuKo (en allemand uniquement)
10 h 50	Symposiums et ateliers parallèles T2, T5, T7.2 T10, T11, T15	Zeitgleiche Workshops und Symposien N3, N5, N10, N11
12 h 20	REPAS BUFFET - Sessions posters (12 h 30 - 13 h 15)	
13 h 30	Symposiums et ateliers parallèles T3, T4, T6, T13, T16, T17, T18	Zeitgleiche Workshops und Symposien N6, N7, N8, N9 T13 (Übersetzung)
	Table ronde commune TDO / NaSuKo - Salle 2 Gemeinsamer runder Tisch TDO / NaSuKo Traduction simultanée / <i>Simultanübersetzung</i> : français / Deutsch	
15 h 00	Innover entre politique, pratique, science et conscience Innovation im Spannungsfeld zwischen Politik, Ethik, Praxis, Wissenschaft Avec les représentants politiques et scientifiques des pays organisateurs : Mit Vertretern aus den organisierenden Ländern Jean-Pierre Couteron, Fédération Addiction, Paris, France Prof. Nady El Guebaly, International Society of Addiction Medicine Dr Christian Figiel, projet TADAM, Liège, Belgique Dr Albert Herszkowicz, Direction générale de la santé, Paris, France Dre Carole Morissette, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Canada Dr Alain Poirier, ancien sous-ministre adjoint et directeur national de santé publique, Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec, Canada Prof. Jallal Toufiq, Centre national de prévention et de recherche en toxicomanie, Salé-Rabat, Maroc Prof. Thomas Zeltner, Fondation Science et Cité, ancien directeur de l'OFSP, Suisse Modération : Richard Cloutier, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada	
16 h 30	Official TDO / NaSuKo closure Dr Robert Hämmig, president / präsidant SSAM Verrée	

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Jeudi après-midi - Salle 3

T1 : Soins de santé primaires / seuil bas

Modération : Claude Magnin, Martine Monnat

Un dispensaire de soins dans un comptoir d'échanges de seringues : améliorer l'accès aux soins des usagers de drogue par injection en situation de grande précarité

C. Payen, F. Bartholeyns, Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges, et Centre de recherches criminologiques, Université libre de Bruxelles, Belgique

La Médecine Générale ambulatoire française : entre militantisme et indifférence

C. Magnin, Groupe MG addictions, Besançon, France

L'intervention spécifique aux femmes héroïno-dépendantes qui pratiquent l'injection mutilante

L.-F. Rainville, CRAN, Montréal, Canada

Dispensation de traitements : activité mineure ou levier à la prise en charge ?

C. Durand et coll., Centre Saint-Martin, CHUV, Lausanne, Suisse

Vendredi matin - Salle 3

T2 : Continuité des soins

Modération : Dominique Lamy, Daniel Hers

La concertation bas seuil : organisation d'une réflexion transversale sur les pratiques, les dispositifs et les politiques

E. Husson, Mass de Bruxelles-Projet Lama-Transit, Belgique

La continuité des soins entre réduction des risques et finalité de l'intervention

N. Bremshey, Centre de réadaptation en dépendance Laval, Canada

Les binômes, un dispositif socio-sanitaire comme modalité institutionnelle de réponse à la discontinuité des soins addictologiques ambulatoires

R. Jeannin et coll., Hôpital Avicenne, Université Paris-13, Bobigny, France

Le centre de soins en addictologie "bus méthadone de Paris" comme passerelle d'accès aux soins et aux droits pour les populations précaires

E. Avril, T. Dusouchet, CSAPA Gaïa, Paris, France

Vendredi après-midi - Salle 5

T3 : Milieu pénitentiaire

Modération : Messaoud Benmebarek, Thierry Favrod-Coune

Migration et toxicodépendance en milieu carcéral

M. Benmebarek, SMPP-CHUV, Lausanne, Suisse

Intégration de personnes sous main de justice dans un parcours de soins coordonnés en lien avec le CSAPA avec hébergement - la santoline

G. Poppa, E. Benoit, CSAPA Tivoli, Dijon, France

Analyse des risques du circuit et du flux logistique de la méthadone en milieu carcéral et mesures d'amélioration

E. Weibel et coll., UNIGE, Genève, Suisse

Guide des traitements de substitution aux opioïdes en milieu carcéral

L. Michel et coll., Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge Française, Paris, France

Traitements de substitution dans les prisons suisses : présentation d'un vade mecum "maladies transmissibles et addictions en prison"

C. Ritter, consultante indépendante, Genève, Suisse

Vendredi après-midi - Salle 6

T4 : Comorbidités somatiques

Modération : Pierre Lauzon, Anne François

Le traitement de l'hépatite C chez les personnes alcoolodépendantes et toxicodépendantes : les défis de l'accès et de l'adhérence

J. Bruneau, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

Stratégies combinées pour le traitement et la prévention du VIH chez les usagers de drogues bas-seuil

E. Castro et coll., Centre Saint-Martin, CHUV, Lausanne, Suisse

Particularités du vieillissement chez les personnes dépendantes des opioïdes

P. Lauzon, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

Poursuivre un traitement de substitution par diacétylmorphine (héroïne) lors d'une hospitalisation en soins généraux

T. Musset et coll., Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

Vendredi matin - Salle 2

T5 : Comorbidités psychiatriques

Modération : Isabelle Gothuey, Ramzi Haddad

Recherche-action : comorbidités troubles de la personnalité avec comportements impulsifs et assuétudesA. Bouchez¹, R. Clavie², ¹Département des soins aux patients, ²Administration, H.N.P. Saint-Martin, Dave, Belgique**Les contributions des traumatismes infantiles et du trouble post-traumatique chez les sujets dépendants aux substances**

C.-E. Laguerre, CHU Toulouse, France

Addictions et psychose : état des lieux

I. Gothuey, Fondation de Nant, Corsier-sur-Vevy, Suisse

Devenir des troubles dépressifs et du risque suicidaire après initiation d'un traitement par méthadone : résultats de l'essai ANRS-méthaville

L. Michel et coll., Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge Française et Inserm, Paris, France

Le double diagnostic de maladie mentale sévère et toxicodépendance : la nécessité d'une sensibilisation dans les milieux psychiatriques

A. Rady et coll., Université d'Alexandrie, Egypte

Vendredi après-midi - Salle 2

T6 : Éducation à la santé et psychoéducation

Modération : Pierre Sainte-Marie, Ludovic Henrard

De la rue aux soins

L. Lacroix, S. Forel, Service d'addictologie, Genève, Suisse

PES POSTAL : accès au matériel de consommation pour les usagers de drogues : mise en place d'un programme expérimental de prévention par voie postale

C. Duplessy Garson, J.-L. Bara, association SAFE, en partenariat avec Psychoactif et la Fédération Addiction, Paris, France

Utilisation des directives anticipées en addictologie : de la contrainte à l'autodétermination

T. Rathelot, Y. Khazaal, Service d'addictologie, HUG, Genève, Suisse

L'enjeu de la reconnaissance des pharmaciens comme éducateur de santéN. Bonnet¹, A. Borgne^{1,2}, ¹RESPADD, ²Service d'addictologie, Hôpital René-Muret, Sevran, France

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Jeudi après-midi - Salle 16

T7-1 : MedNET / Contexte régional moyen-oriental

Modération : Jallal Toufiq, Diane Steber

Présentation générale du programme MedNET

F. Mabileau, Groupe Pampidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg, France

Programme de recherche égyptien en toxicodépendance : prévalance de l'usage d'alcool et de substances au Caire

A. Khoweiled, Ministère de la santé et de la population d'Égypte et Département de psychiatrie, Université du Caire, Égypte

Mise en place d'un traitement de substitution à la buprénorphine au Liban

R. Haddad, Psychiatrie, SKOUN, Beyrouth, Liban

Vendredi matin - Salle 14

T7-2 : MedNET / Dispositifs émergents au Maghreb

Modération : Soumia Berrada, Sophia Achab

Cadre légal tunisien de lutte contre les stupéfiants

N. Ben Salah, Direction générale de la santé, Ministère de la santé, Tunis, Tunisie

Toxicodépendance en Algérie : état actuel et perspectives

M. S. Laidli, Comité national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Alger, Algérie

Évaluation du traitement de substitution par la méthadone au Centre national de traitement, de prévention et de recherche en addictions de l'Hôpital Arrazi de Rabat-Sale

F. Elomari, Hôpital Azzari, Salé, Maroc

La prescription de méthadone au CHU de Casablanca : deux ans d'expérience

S. Berrada, Service d'addictologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc

Jeudi après-midi - Salle 7-8

T8 : Contexte MENA / Communications libres

Modération : Nabil Ben Salah, Astrid Wuethrich

Pour un partenariat efficace : la guidance parentale

D. Matar Karam, Oum el Nour, Beyrouth, Liban

Faut-il traiter ou faut-il gérer ?

M. Tabti, Hôpital psychiatrique de Blida, Algérie

Évaluation de la spiritualité chez les patients toxicodépendants sevrés au cours de programmes de réhabilitation basés sur le modèle des douze étapes

A. Rady et coll., Université d'Alexandrie, Égypte

Problèmes de dépendance aux opioïdes rencontrés dans notre région, diagnostic de situation et perspectives d'intervention

L. Adjabi, Association INFO-COM Jeunes de Guelma, Algérie

Jeudi après-midi - Salle 4

T9 : Pairs-aidants, proches, approches participatives

Modération : Fabrice Olivet, Catherine Van Huyck

L'observatoire du droit des usagers, le droit au service d'une meilleure prise en chargeF. Olivet¹, N. Latour², ¹ASUD, ²Fédération Addiction, Paris, France**Thérapie avec les proches : thérapie familiale et/ou cothérapie ?**

P. Beytrison, ASTHEFIS, Fondation Phénix, Genève, Suisse

Refondation du projet thérapeutique du CSAPA de la Haute-Marne centré sur le droit des usagers

M. Schmitt-Petit et coll., Comité de Haute-Marne (ANPAA), Chaumont, France

Vendredi matin - Salle 4

Opérations boule-de-neige, récit d'une expérience de transmission d'informations de réduction des risques d'usagers à usagers

C. Lonfils, Modus Vivendi asbl, Bruxelles, Belgique

T10 : Milieu résidentiel et réinsertion

Modération : Hervé Durnat, Thierry Musset

Institutions résidentielles et réinsertion socio-professionnelle

P. Roduit, CRIAD et Fondation Le Relais, Morges, Suisse

Au-delà des TSO dans un centre résidentiel : une expérience genevoise autour des benzodiazépines

K. Roztocil et coll., Service de médecine de premier recours, en collaboration avec l'association ARGOS, Genève, Suisse

HESTIA, un projet de réinsertion sociale par le logement

S. Penelle, X. Richir, Projet HESTIA, Lama ASBL, Bruxelles, Belgique

Les vacances de la personne toxicodépendante

M. Blaise, E. Picot, Centre médical Marmottan, Paris, France

Vendredi matin - Salle 7-8

T11 : Évaluation des programmes / Assurance qualité

Modération : Christophe Thoreau, Elise Roy

QuaThéDA : la norme de qualité pour les structures proposant une substitution aux opioïdes en Suisse

A. Bernhardt Keller, Centrale nationale de coordination des addictions, Infodrog, Berne, Suisse

Évaluation de l'impact de l'utilisation de bandelettes urinaires sur la prescription de médicament de substitution

C. Victorri-Vigneat et coll., CHU de Nantes et Réseau toxicomanie de la région nantaise, France

Le portrait des traitements de substitution au Québec et le GAIN comme outils d'évaluation, de monitoring et de gestion de la qualitéP. Savard¹, P. Desrosiers², ¹CRAN, Montréal, ²ACRDO, Montréal, Canada**Europasi : mesure de l'efficacité de la communauté thérapeutique Trempline**

O. Iezzi, C. Thoreau, Trempline asbl, Châtelet, Belgique

Jeudi après-midi - Salle 2

T12 : Quel opioïde pour quel traitement ?

Modération : Marc Auriacombe, Didier Jutras-Aswad

Quels opioïdes pour quelles interventions ?

M. Auriacombe, Université Victor Segalen, Bordeaux, France

Attitude des usagers d'héroïne envers un projet pilote de traitement assisté par héroïne

C. Magoga, I. Demaret et coll. TADAM, Service de Psychiatrie et Institut des sciences humaines et sociales, Université de Liège, Belgique

Le respect par le médecin des recommandations concernant la buprénorphine est-il lié à sa fréquence de prescriptions ?

P. Binder, T. Beneytout, Faculté de médecine, Département de Médecine Générale, Poitiers, France

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi après-midi - Salle 18

T13 : Pharmacocinétique et pharmacogénétique

(traduction simultanée français-allemand)

Modération : Chin Eap, Daniele Zullino

Rôle de la pharmacogénétique et de la pharmacocinétique dans l'efficacité analgésique et la toxicité des opioïdes

C. Samer, Pharmacologie et toxicologie clinique, HUG, Centre suisse de toxicologie humaine appliquée, Université de Genève, Suisse

Interactions entre génome et prescription d'opioïdes

J. Lötsch, Pharmazentrum Frankfurt/ZAFES, Institute of Clinical Pharmacology, Johann Wolfgang Goethe-University, Frankfurt am Main, Allemagne

Pharmacogénétique et cardiotoxicité de la méthadone et de la buprénorphine

C. Eap et coll., Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique, CHUV, Prilly-Lausanne, Suisse

Jeudi après-midi
Salle 15

T14 : Atelier relatif aux cadres légaux des TDO

Modérateurs : Christine Guillain, René Stamm
Avec la participation de O. Guillod, Université de Neuchâtel, Suisse, A. Herszkowicz, Bureau des pratiques addictives, Direction Générale de la Santé, Paris, France et L. Letellier de St-Just, Cactus, Montréal, Canada

Vendredi matin - Salle 13

T15 : Dispositifs socio-sanitaires

Modération : Nicole Marois, Erika Castro

Le DCIST : l'outil d'indication des personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud

J.-P. Gervasoni, S. Luyet et coll., IUMSP, Lausanne, Suisse

Manières de dire et manières de faire de la RDR en contexte régional bruxellois

L. A. Noel, Modus Vivendi asbl, GRAP-ULB, Bruxelles, Belgique

Approches de gestion innovantes : du silo au réseau, des frontières volent en éclatsN. Marois¹, É. Hamel², ¹Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, ²Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher, Longueuil, Canada**Le projet Riboutique : articulation d'un réseau autour d'une scène ouverte**

E. Eric Husson, Service ambulatoire, Mass de Bruxelles-Projet Lama-Transit, Bruxelles, Belgique

Vendredi après-midi - Salle 15

T16 : Gouvernance, relève médicale

Modération : Suzanne Brissette, Jean-Alain Dubois

Certificat international en médecine de l'addiction de l'ISAM : une décennie d'expérience

N. El-Guebaly, C. Violato et coll., University of Calgary, Canada

Pousser le phénomène des drogues dans sa forme la moins inacceptable : pistes d'avenir

T. Decorte, Institute for Social Drug Research, Université de Gand, Belgique

Vendredi après-midi - Salle 14

La relève médicale des TDO en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

J. Faucon et coll., Centre de réadaptation en dépendance de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Sainte-Anne des Monts, Canada

Beaucoup d'appelés, peu d'élus

J. Bruneau, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

T17 : Regards croisés 1

Modération : Caroline Theisen, Martine Monnat

La continuité des soins en addictologie à l'épreuve de l'inquiétude : premiers résultats d'une étude qualitative (ETHNAA)

A. Reyre et coll., Hôpital Avicenne, Université Paris-13 et de Paris-11, France

Dosage de seringues de shoot de buprénorphine et de sulfate de morphineN. Authier^{1,2}, D. Richard³, ¹Centre addictovigilance, CHU de Clermont-Ferrand, ²INSERM, Université d'Auvergne, ³Laboratoire de pharmacotoxicologie, CHU de Clermont-Ferrand, France**Femmes, toxicodépendance et traitement EMDR**B. M. Perez Dandieu¹, E. Othily², ¹Planterose, CEID, Bordeaux, ²CEID Périgueux, France**Prise en charge des assuétudes en première ligne : mise en place d'un modèle proactif**

G. Van Woensel, Maison médicale du quartier des Arsouilles, Namur, Belgique

Vendredi après-midi - Salle 13

T18 : Regards croisés 2

Modération : Marie Grall-Bronnec, Véronique De Germond

Dépendance à l'alcool et toxicodépendance, un défi pour les équipes thérapeutiques

N. Vljic et coll., Fondation de Nant, Montreux, Suisse

Dépendance aux opioïdes et traitement de substitution : attention au jeu pathologique

M. Grall-Bronnec et coll., CHU de Nantes et Centre hospitalier, Morlaix, France

Repérer le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité en consultation d'addictologie : les enjeux diagnostiques à partir de trois cas cliniques

J. Cholet et coll., Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, France

Dépistage tardif de la maladie schizophrénique chez le patient addict-polydépendant

K. Bartolo, CHU Sainte-Marguerite/Addictologie-Psychiatrie, Marseille, France

WORKSHOPS UND SYMPOSIEN NASUKO

Workshops NaSuKo (Nur auf Deutsch)

N1: Benzodiazepine in SGB: Therapie? Substitution? Entzug?

Donnerstag Nachmittag - Saal 5
C. Caflisch¹, M. Vogel², ¹Zentrum für Abhängigkeits-
erkrankungen, PUK Zürich, ²Zentrum für Abhänge-
igkeitserkrankungen, Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel, Schweiz

N2: Sinn und Unsinn der SGB in Haft: Anfangen, Weiterfahren, Aufhören? Beikonsum und suchtspezifische Massnahmetherapien

Donnerstag Nachmittag - Saal 18
B. Chatterjee, Gefängnisärztin Amt für Freiheitsentzug
und Betreuung Kanton Bern, Burgdorf, Schweiz,
D. De Santis, HIV-/Präventionsbeauftragte Anstalten
Hindelbank, Schweiz

N3: Substitution im Alter – auch Süchtige altern

Freitag Vormittag - Saal 6
R. Hälgi, Infodrog, K. Dürsteler-MacFarland, Zentrum
für Abhängigkeitserkrankungen, UPK Basel, Schweiz

N4: Integrierte medizinische Versorgung

Donnerstag Nachmittag - Saal 17
P. Bruggmann, Arud, Zürich, Schweiz

N5: Der therapeutische Effekt von Schadenminderung

Freitag Vormittag - Saal 18
R. Hämmig, UPD, Bern, Schweiz

N6: Kinder von Eltern in SGB

Freitag Nachmittag - Saal 16
G. Kling, Therapieangebot Zebra für Kinder
und Jugendliche aus suchtselasteten Familien,
Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW), Schweiz

N7: Mehr als Methadon? Individualisierte, diversifizierte SGB in der Praxis

Freitag Nachmittag - Saal 3
T. Beck, Arud, Zürich, Schweiz

N8: HeGeBe Schweiz - und sie bewegt sich doch!?

Freitag Nachmittag - Saal 7-8
O. Berg, Arud, Zürich, Schweiz; O. Schmid, Janus, Zentrum
für heroingestützte Behandlung, UPD, Basel, Schweiz

N9: Psychische Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen Gestaltung von Setting und Therapie

Freitag Nachmittag - Saal 4
C. Aeschbach, Psychiatrischer Dienst
für Abhängigkeitserkrankungen Basel Land,
Liestal, Schweiz

N10: Optimale Versorgung? Oft vernachlässigte Themen in SGB

Freitag Nachmittag - Saal 15
G. Pitscheider, FOSUMOS, FOSUMIS, Praxis Parlami,
Altdorf, Schweiz

Symposium NaSuKo (Nur auf Deutsch)

N11: Symposium "Neues aus Deutschland und Österreich"

Moderator: André Kuntz, Roger Mäder

Modellprojekt test it : Szenenahe HIV/HCV Schnelltests für Drogenkonsumenten in niedrigschwelligen Einrichtungen

D. Schäffer, W. Rensmann, S. Michel, Deutsche
AIDS-Hilfe, Berlin

Substitutionsbehandlung in Deutschland - Licht - und Schattenseiten 2012

H.-G. Meyer-Thompson, Abteilung für Abhängigkeit-
erkrankungen, Asklepios-Klinik Nord-Ochsenzoll,
Hamburg

Neues zur Substitutionstherapie aus Österreich

H. Haltmayer, Ambulatorium Suchthilfe Wien

TDO Symposium

(Simultanübersetzung D/F)

T13 : Pharmakokinetik und Pharmakogenetik

Moderator: Chin Eap, Daniele Zullino

Pharmakogenetische und pharmakokinetische Aspekte von analgetischer Wirkung sowie Toxizität von Opioiden

C. Samer, Pharmacologie et toxicologie clinique, HUG,
Centre suisse de toxicologie humaine appliquée,
Université de Genève, Suisse

Interaktionen zwischen Opioidanwendung und Genom

J. Lötsch, Pharmazentrum Frankfurt/ZAFES,
Institute of Clinical Pharmacology, Johann Wolfgang
Goethe-University, Frankfurt am Main, Allemagne

Pharmakogenetik und Kardiotoxizität von Metha- don und Buprenorphin

C. Eap et coll., Unité de pharmacogénétique et de psycho-
pharmacologie clinique, CHUV, Prilly-Lausanne, Suisse

Freitag Vormittag - Saal 16

Freitag Nachmittag - Saal 18

MATINÉE COMMUNE ISAM / TDO / NASUKO - Salle 2

P1

EVALUER SCIENTIFIQUEMENT LE POTENTIEL DE RISQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La réglementation des drogues - alcool et tabac inclus - s'avère importante et urgente au vu de l'augmentation des coûts de la santé liés à leur usage et au développement de nouvelles drogues de synthèse ainsi qu'à leur vente via Internet. Il est à noter également l'impact de la législation, ralentissant la recherche et les innovations en termes de traitements. Ces questions seront traitées ici à la lumière de dix années d'expérience au Conseil consultatif sur l'abus de drogues (Advisory Council on the Misuse of Drugs).

De nouvelles analyses permettant de comparer les méfaits des drogues et de l'alcool seront également présentées. Celles-ci ont été réalisées sur la base d'une méthodologie plus élaborée et défient les actuelles conceptions erronées concernant les drogues - leurs méfaits - et la manière de résoudre cette problématique.

D. Nutt

Imperial College, London, United Kingdom

P2

LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES

Le système international de prohibition des drogues ne remplit pas les objectifs qui lui avaient été assignés, à savoir promouvoir la santé publique et fournir les pays en substances médicales. Pire, l'approche essentiellement répressive qui a prévalu dès le début a bien souvent créé de nouveaux problèmes, de santé publique, de respect des droits humains et de sécurité publique. Il faut rappeler qu'en 2011, la majorité des exécutions capitales au niveau mondial était liée à la drogue. Par ailleurs, le tiers des infections du VIH/SIDA, hors Afrique, est dû aux pratiques d'injection de drogues. Le crime organisé à l'échelle globale domine le trafic des drogues. Corruption et violence accompagnent la "guerre contre la drogue". 50 ans après l'adoption de la première convention de l'ONU sur le sujet, il est plus que temps de dresser un bilan objectif et d'engager les réformes qui s'imposent.

Pour stimuler ce débat, la "Global Commission on Drug Policy" s'est créée en 2010. Cependant, la commission ne peut rien faire toute seule. Nous voyons plutôt notre rôle comme un soutien aux processus locaux et nationaux de révision en cours. En effet, c'est toujours sur le terrain, face aux difficultés observées jour après jour, que les acteurs de la politique des drogues ont su "inventer" de nouvelles réponses. Il faut rendre hommage à l'engagement de personnes issues de différents milieux (police, travail social, médecine, politique, usagers) qui, les uns et les autres, comprennent qu'ils doivent collaborer étroitement. Ce dialogue constructif ne se fait pas sans peine. Il faut savoir prendre des risques par rapport à son propre milieu pour se retrouver sur des propositions d'équilibre qui vont de l'avant. La patience, le respect et le courage sont ici les qualités requises.

Face à la logique guerrière, seul le pragmatisme des acteurs de terrain peut faire avancer le débat. Les changements dans les politiques des drogues ne peuvent venir que du terrain. C'est de cette façon que nous avons procédé pour mettre en place la politique des quatre piliers. De la même manière, c'est comme cela que nous réussirons à trouver des solutions de réglementation du marché des drogues et à mettre en place des politiques de prévention enfin plus ambitieuses.

Ruth Dreifuss

Ancienne conseillère fédérale, membre de la Global Commission on Drug Policy

P3

LÉGISLATIONS DES PAYS FRANCOPHONES EN MATIÈRE DE TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Les politiques nationales en matière d'addictions ne datent dans les pays occidentaux que d'une cinquantaine d'années, mais elles ont connu dans ce laps de temps des évolutions remarquables. Abandonnant les slogans utopistes d'autrefois, elles ont généralement adopté une approche pragmatique de santé publique articulée, pour prendre l'exemple de la Suisse, autour de quatre piliers : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.

La thérapie doit contribuer à réduire la consommation de substances addictives, à promouvoir l'intégration sociale et la santé des personnes traitées. Elle devrait aussi leur permettre de sortir de la dépendance ou du moins préserver une telle possibilité pour l'avenir. Les traitements de substitution font naturellement partie intégrante de cette approche.

L'exposé présentera et analysera le cadre juridique de l'administration de traitements de substitution à travers une comparaison entre plusieurs pays francophones. Il rappellera d'abord que, comme pour tout autre traitement, les droits fondamentaux de la personne doivent être pleinement respectés. Il identifiera ensuite les sources des réglementations nationales qui permettent d'apprécier le niveau d'acceptabilité politique des traitements de substitution. Il décrira ensuite les conditions auxquelles les traitements de substitution sont soumis dans le droit suisse, français, belge, québécois et tunisien.

Les exigences comme une autorisation préalable d'un organe étatique, l'utilisation de certaines substances (méthadone, héroïne, buprénorphine notamment), les conditions personnelles à remplir par le patient, les compétences requises des professionnels de la santé ou des institutions de soins, l'établissement d'un contrat thérapeutique, les modalités particulières du traitement (forme galénique, durée, suivi, contrôles, interruptions, etc.) seront passées en revue. Cela permettra en conclusion de souligner les différences et les similitudes des cadres juridiques nationaux.

O. Guillo

Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Suisse

GEMEINSAMER VORMITTAG ISAM / TDO / NASUKO - Saal 2

P1

EIN RATIONALER ANSATZ ZUR ERFASSUNG DER SCHÄDIGUNG DURCH SUBSTANZKONSUM

Die Regulierung von Drogen – Alkohol und Tabak eingeschlossen – ist ein Thema von höchster Wichtigkeit in Anbetracht der mit ihrem Konsum verbundenen Steigerung der Gesundheitskosten und der Entwicklung neuer synthetischer Substanzen und ihrem Verkauf übers Internet. Auch die Behinderung der Forschung und der Entwicklung von Behandlungsinnovationen als Auswirkung des Gesetzes gibt Anlass zu wachsender Besorgnis.

In der Präsentation werden diese Themen im Lichte der 10-jährigen Erfahrung als Mitglied des „Advisory Council on the Misuse of Drugs“ reflektiert. Neue Analysen, die den Schaden von Drogen und Alkohol unter Zuhilfenahme einer sophistizierteren Methode vergleichen und viele der gängigen Misskonzeptionen zu Drogen – ihrem Schaden – und wie mit ihnen umgegangen werden kann, werden vorgestellt.

D. Nutt

Imperial College, London, United Kingdom

P2

DIE GLOBALE KOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

Das internationale System der Drogenprohibition erfüllt die Zielsetzungen, die ihm zugeteilt wurden, nicht, nämlich die öffentliche Gesundheit zu fördern und die Länder mit medizinischen Substanzen zu beliefern. Schlimmer noch: Der im Wesentlichen repressive Ansatz, der seit Beginn vorherrscht, hat recht oft neue Probleme geschaffen, in den Bereichen der öffentlichen Gesundheit, des Respektes der Menschenrechte und der öffentlichen Sicherheit. Es muss daran erinnert werden, dass 2011 die Mehrheit der weltweit vollzogenen Todesstrafen im Zusammenhang mit Drogen standen. Ausserdem sind bei einem Drittel der Infektionen mit HIV/Aids ausserhalb von Afrika Injektionspraktiken von Drogen schuld. Das organisierte Verbrechen im globalen Massstab dominiert den Drogenhandel. Korruption und Gewalt begleiten den „Krieg gegen die Droge“. 50 Jahre nach der Annahme der ersten UNO-Konvention zum Thema, ist es mehr als höchste Zeit, eine objektive Bilanz zu ziehen und die sich aufdrängenden Reformen vorzunehmen.

Um die Debatte anzustossen, wurde die „Global Commission on Drug Policy“ 2010 geschaffen. Die Kommission kann jedoch alleine nichts bewirken. Wir sehen unsere Rolle eher als Unterstützung in den lokalen und nationalen Prozessen der laufenden Revisionen. Tatsächlich, vor Ort und angesichts tagtäglich beobachteter Schwierigkeiten haben die Akteure der Drogenpolitik gewusst, neue Antworten zu „erfinden“. Das Engagement von Personen aus unterschiedlichem Milieu (Polizei, Sozialarbeit, Medizin, Politik, Gebraucher), die verstehen, die einen wie die anderen, dass sie eng zusammenarbeiten müssen, ist zu würdigen. Dieser konstruktive Dialog entsteht nicht mühelos. Man muss verstehen, Risiken in Bezug auf sein eigenes Milieu einzugehen, um sich in ausgewogenen und nach vorne gerichteten Vorschlägen zu finden. Geduld, Respekt und Mut sind die hier geforderten Qualitäten.

Angesichts der Kriegslogik kann einzig der Pragmatismus der Akteure des Terrains die Debatte vorantreiben. Änderungen in den Drogenpolitiken können nur vom Feld kommen. Genauso sind wir verfahren, um die 4-Säulen Politik einzusetzen. Gleicher Art werden wir es ebenso schaffen, Lösungen zur Reglementierung des Drogenmarktes zu finden und im Ende noch ambitioniertere Präventionspolitiken aufzubauen.

Ruth Dreifuss

Ancienne conseillère fédérale, membre de la Global Commission on Drug Policy

P3

VERGLEICHENDE GESETZGEBUNG IM BEREICH SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Nationale Drogenpolitiken in den Ländern des Westens existieren erst seit 50 Jahren, aber sie haben in dieser Zeit eine erhebliche Entwicklung durchgemacht. Frühere utopistische Slogans wurden aufgegeben und sie haben generell einen ausgesprochen pragmatischen Ansatz einer öffentlichen Gesundheit angenommen, zum Beispiel in der Schweiz, wo dies um die vier Säulen herum erfolgt: die Prävention, die Therapie, die Schadenminderung und die Repression.

Die Therapie muss zur Reduktion des Konsums suchterzeugender Substanzen beitragen, die soziale Integration und die Gesundheit der behandelten Personen fördern. Sie muss ihnen auch erlauben, aus der Abhängigkeit auszustiegen oder mindestens eine solche Möglichkeit in der Zukunft bewahren. Die Substitutionsbehandlungen sind natürlich ein integrierter Teil dieses Ansatzes.

Das Exposé präsentiert und analysiert den juristischen Rahmen der Substitutionsbehandlungen im Vergleich verschiedener frankophonen Ländern. Es ruft zuerst in Erinnerung, dass wie bei anderen Behandlungen, die persönlichen Grundrechte voll umfänglich respektiert werden müssen. Es identifiziert danach die Quellen der nationalen Reglementationen, die erlauben das Niveau der politischen Akzeptabilität der Substitutionsbehandlungen zu beurteilen. Es beschreibt in der Folge die Bedingungen unter die die Substitutionsbehandlungen im schweizerischen, französischen, belgischen, in Québec und im tunesischen Recht unterworfen sind. Bedingungen wie die vorgängige Autorisation durch ein Staatsorgan, der Gebrauch bestimmter Substanzen (Methadon, Heroin, Buprenorphin insbesondere), vom Patienten zu erfüllende Bedingungen, erforderliche Kompetenzen der Gesundheitsfachleute oder der Behandlungsinstitutionen, die Errichtung eines therapeutischen Vertrags, besondere Modalitäten der Behandlung (galenische Form, Dauer, Untersuchungen, Kontrollen, Unterbrechungen etc.) werden im Überblick gestreift. Dies erlaubt in der Schlussfolgerung die Unterschiede und die Ähnlichkeiten der nationalen juristischen Rahmen zu unterstreichen.

O. Guillo

Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Suisse

PLENUMS TDO - Salle 2

PT1

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION VUS PAR LES PATIENTS : DE MULTIPLES TRAJECTOIRES D'APPROPRIATION

En règle générale, en matière de trajectoire de soins, les choses semblent assez bien établies. Il est admis, par exemple, que c'est le patient qui formule une demande de soins aux professionnels de la santé relevant de son champ pathologique. Que le patient entre dans un traitement à partir du moment où il développe un minimum de confiance dans le traitement : confiance en la nature thérapeutique du traitement prescrit, confiance en l'efficacité du traitement, confiance en les efforts dont il a fait l'objet pour réduire sa toxicité et ses effets négatifs. En règle générale, le patient bénéficie d'un traitement à partir du moment où il a donné un minimum de garanties sur le fait qu'il va se conduire en patient : être accommodant, se confier à un professionnel de la santé, préserver sa santé, vouloir s'en sortir... Les patients sous TSO ne font pas tout cela ! Parfois même, ils développent une attitude opposée à ces principes. Pourtant, ils se soignent ! Cette situation paradoxale tient principalement à la perception ambiguë des TSO et au fait que les modalités d'appropriation du traitement chez les usagers sont multiples. Il existe plusieurs portes d'entrée dans une trajectoire de substitution qui renvoient à plusieurs espaces sociaux, qui mobilisent et mettent en concurrence des acteurs différents (médecin, ami, dealer...), qui constituent des enjeux différents aux yeux des usagers.

E. Langlois

Centre Emile Durkheim, Université Bordeaux Segalen, France

PT2

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION A LA DIACÉTYLMORPHINE : UNE HÉRÉSIE?

Nous décrivons ce dispositif nouveau ouvert depuis janvier 2011 à Liège après 15 ans de concertation et de concrétisation, ainsi que le schéma de l'étude menée par l'Université de Liège (groupe contrôle, randomisation, critères d'inclusion et d'exclusion...). Nous vous ferons part de nos réflexions après un an et demi de fonctionnement du projet TADAM (traitement assisté par diacétylmorphine). Nous discuterons notamment :

- du concept de la substitution de l'héroïne de rue par la diacétylmorphine,
- de l'apport en terme de réduction des risques,
- de l'apport en terme de traitement,
- de l'importance de la structuration du temps et d'un contact régulier avec une équipe de soins,
- de la place de TADAM dans le dispositif de soins liégeois,
- des premières constatations en attendant les conclusions de l'étude d'évaluation menée par l'Université de Liège,
- des limites liées au caractère expérimental et limité dans le temps du dispositif.

Nous retracerons également brièvement les étapes de la réflexion ayant mené à ce projet et les difficultés rencontrées dans sa concrétisation.

C. Figiel

Direction des soins, TADAM ; Service "assuétudes", Isosl, Liège, Belgique

PT3

ENJEUX DE LA SUBSTITUTION DANS LES PAYS DU RÉSEAU MEDNET

A l'instar de toutes les autres régions du monde, les pays du Sud de la Méditerranée ne sont pas épargnés par le phénomène de l'usage de drogues. A des prévalences variables, l'usage des opiacés touche toute la région d'Afrique du Nord et du Moyen Orient. Pourtant, la connaissance épidémiologique rigoureuse y est pauvre. Peu de pays de ces régions disposent d'enquêtes fiables et de données rigoureuses et scientifiquement valides. Plus alarmant est le manque de stratégies nationales claires dans ce domaine, que ce soit sur le plan de la recherche, de la prévention, du traitement ou de la réhabilitation.

Aujourd'hui, tous ces pays, ont connu récemment un changement politique significatif. La notion de droits de l'homme a été au centre des attentes des populations. Vivre dans un pays de droits, c'est reconnaître les problèmes sociétaux, les évaluer, les mettre sur la scène publique et essayer de les résoudre. Or, si l'usage des opiacés est plus ou moins reconnu par quasiment toutes les instances publiques, les solutions apportées sont loin d'être satisfaisantes, oscillant entre programmes de traitement timides et immobilisme constant.

Au-delà des programmes thérapeutiques classiques, la notion de réduction des risques commence à voir le jour, notamment grâce au partenariat avec le Réseau MedNET du Groupe Pomicou. Nous sommes passés d'une période de politique exclusive de la réduction de l'offre, où le trafic était la seule cible, à une période où l'utilisateur est devenu aussi une cible de stigmatisation, de moralisation et d'exclusion, puis à une période où l'intérêt est porté sur les droits de cet usager, partant de la notion d'usager "malade". L'addiction est donc devenue une condition médicale, avec une demande variable de soins, une morbidité, des comorbidités, et une évolution à prendre en charge.

Mettre le citoyen "usager d'opiacés" au centre de la préoccupation des décideurs politiques a permis une approche de santé publique intégrant toutes les dimensions préventives, y compris celle de réduire les conséquences de la dépendance aux drogues. La substitution a commencé à voir le jour dans quelques pays de la région et elle est présente dans sa troisième année au Maroc (méthadone) et au Liban, grâce à l'introduction de la buprénorphine. D'autres pays ont manifesté leur intérêt comme la Tunisie, la Libye ou l'Egypte.

J. Toufiq

Centre national de prévention, de traitement et de recherche en addictions (CNPTR), Observatoire national des drogues et addictions, Salé-Rabat, Maroc

PLENUMS TDO - Salle 2

PT4

LES DROITS DE L'HOMME AU CHEVET DES TDO : ENSEIGNEMENTS ET LENDEMAINS DU JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA CONCERNANT LES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE

En 1989, l'épidémie du VIH/sida déferle. Le droit, outil de réglementation des agirs est inévitablement sollicité. Il le sera maladroitement. L'approche basée sur les droits de l'homme cherche sa place. Comme ailleurs, au Canada le renouvellement des manières de faire en santé publique s'impose. De Montréal viendra l'une des premières réponses à l'épidémie qui touche les personnes qui font usage de drogues par injection (UDI). Le premier programme de distribution de seringues y verra donc le jour. Les droits à la sécurité, à la vie et à la liberté, ne feront pas la une, mais seront néanmoins les silencieux piliers de cette initiative.

Les années fileront, la discrimination et les difficultés d'accès aux services de santé demeureront prédominantes pour les UDI. En 2002, le gouvernement canadien répondra positivement à une demande d'ouverture de ce qui deviendra le premier Service d'injection supervisée (SIS) en Amérique. INSITE, à Vancouver, bénéficiera donc d'une exemption accordée par le ministre de la justice. La Loi canadienne réglementant certaines drogues permettra au ministre d'exercer ce pouvoir discrétionnaire. Les gouvernements changent, les orientations aussi. Sous la direction d'un gouvernement conservateur, la discrétion ministérielle n'aura pas la même résonance. En 2007, le ministre refusera de renouveler l'exemption. Une action judiciaire sera entreprise contre le gouvernement canadien. Les droits fondamentaux que sont les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité seront au cœur du débat. En septembre 2011, la Cour suprême du Canada corrigera de manière cinglante l'impertinence du ministre, imposant le cadre de l'exercice de son pouvoir discrétionnaire.

Cette décision acclamée planétairement ne signifie pas pour autant que les "bras ministériels" seront plus accueillants pour les demandes qui suivront. La Cour donnera au ministre certaines balises mais, dans son empressement, elle aura oublié de les préciser davantage afin d'éviter que les idéologies politiques bafouent de nouveau les droits fondamentaux auxquels elle aura pourtant donné une voix dominante.

L. Letellier de St-Just

Avocat en droit de la santé, Président du conseil d'administration, Cactus Montréal

PT5

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DÉPENDANCE AUX OPIACÉS

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a pour mission de produire des données fiables sur la situation en matière de drogues en Europe. Il s'appuie sur un réseau de 30 points focaux nationaux situés dans les 27 états membres de l'Union européenne, ainsi qu'en Croatie, en Turquie et en Norvège. Les données récoltées concernant l'usage d'opiacés et ses conséquences incluent des estimations indirectes sur le nombre d'usagers, des données sur le nombre et le profil des usagers en traitement, ainsi que sur la mortalité et la transmission des maladies infectieuses.

L'usage d'opiacés, principalement l'héroïne, constitue la principale cause de mortalité et morbidité liées aux drogues en Europe. On observe toutefois divers changements quantitatifs et qualitatifs de cette problématique. Ils incluent une stabilisation du nombre d'usagers et un vieillissement de cette population, une hausse de la part des usagers en traitement, particulièrement en traitement de substitution, une baisse des pratiques par injection et des nouvelles infections par le VIH et peut-être également par le VHC. Ces tendances ne sont pas uniformes et des différences assez importantes existent, notamment entre les pays qui ont connu des problèmes d'opiacés dès les années 80 et ceux qui, en Europe centrale et orientale, ne les ont connus qu'après la chute du rideau de fer. D'autres événements, comme la pénurie d'héroïne dans certains pays ou la diffusion d'opiacés comme le Fentanyl, ont aussi une incidence sur la situation actuelle en Europe.

F. Zobel

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, Lisbonne, Portugal

PLENAR-REFERATE NASUKO - Saal 3-4

PN1

DER SCHWEIZER WEG, EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT

Mit dem Vier-Säulenmodell gelang es in den 80er- und 90er-Jahren für das drängende Heroinproblem Lösungen zu finden. Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes 2008 wurden diese Lösungen auch im Gesetz festgeschrieben. Es bestand und besteht mittlerweile breiter Konsens darüber, wie suchtkranke Menschen in unserer Gesellschaft betreut und behandelt werden sollen. Die differenzierte Substitutionsbehandlung war und ist ein wichtiges Element in der Behandlung von Heroinabhängigen. Wollen wir die Erfolge unserer bisherigen Politik sichern, muss der niederschwellige und uneingeschränkte Zugang zu dieser Behandlung möglich bleiben und die Finanzierung sichergestellt werden. Obwohl die heroingestützte Behandlung erfolgreich ist, können Abhängige noch nicht in allen Kantonen von dieser Behandlung profitieren. Auch sind der Zugang und die Behandlung mit Substitutionsmitteln von Kanton zu Kanton verschieden. Um Ungerechtigkeiten zu verhindern, muss eine Angleichung der Behandlungsmodalitäten angestrebt werden. Substitutionsbehandlungen müssen für alle Menschen mit einer Opioidabhängigkeit offen sein.

Dr Toni Berthel

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)

PN2

PN2 - REVIDIERTE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, KANTONALE RICHTLINIEN SGB* - STAND DER DINGE

Der im internationalen Vergleich quantitativ und qualitativ gute Standard der substitions-gestützten Behandlung (SGB) in der Schweiz verpflichtet zu dauernden Anpassungsprozessen an sich verändernde Umstände und die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Im Bereich der Prozessqualität wurden die Empfehlungen der SSAM zur SGB bei Opioidabhängigkeit aus dem Jahr 2007 vollständig überarbeitet und referenziert. Mehr Gewicht wurde auf die aktuelle und zukünftige Diversifizierung der Substitutionsmittel gelegt (Methadon, Buprenorphin, Diacetylmorphin (Heroin), Morphin, L-Methadon). Die Themen SGB im Strafvollzug und Somatik in der SGB wurden vertieft. Die fachliche Grundhaltung, dass beim 'Sonderfall Sucht' am besten die normalen medizinischen Betreuungs- und Behandlungsformen zur Anwendung kommen, wie dies auch andere internationale Empfehlungen (WHO, NICE, WFSBP) vertreten, wird herausgestrichen.

Konsequenterweise soll wiederum eine Anerkennung der SSAM-Empfehlungen durch das BAG und VKS erfolgen. Andererseits wird es darum gehen, dass die Arbeitsgemeinschaft der suchtmmedizinischen Netzwerke (www.praxis-suchtmedizin.ch) ihr dreisprachiges internetbasiertes Handbuch im Bereich Opiatabhängigkeit dementsprechend überarbeitet. Damit wird die Verbindung zwischen EBM-Erkenntnissen der Fachgesellschaft und der Praxis in der Hausarztmedizin weiter verstärkt.

Schwieriger sind die zukünftigen Probleme im Bereich der Strukturqualität. Für die kantonsärztlichen Dienste, verantwortlich für die flächendeckende und fachlich korrekte Anwendung der SGB, bedeutet der sich abzeichnende Hausärztemangel einen Rückgang an substituierenden Grundversorgern. Junge Hausärzte und Hausärztinnen bringen in der Regel wenig Wissen, wenig Enthusiasmus und – vor allem wenn sie nicht in der Umgebung des 'Vier-Säulen-Modells' beruflich gross geworden sind – oft rigide, repressiv- und abstinenzlastige Suchtkonzepte mit.

Am Beispiel des Kantons St. Gallen wird die aktuelle Situation dargestellt. Neue SGB-Versorgungsmodelle, geprägt von einer intensiveren interdisziplinären Zusammenarbeit und auf Erkenntnissen des „disease management“ aufbauend, werden zur Diskussion gestellt. Es ist abzusehen, dass bei der Realisierung dieser Konzepte den Suchtnetzwerken neue Aufgaben übergeben werden sollten, um die Kantonsärzte zu entlasten.

Dr Daniel Meili

Société Suisse de médecine de l'addiction (SSAM)

Dr Hans Gammeter

FOSUMOS, Konferenz Schweizer Kantonsärzte

PN3

HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG AUS INTERNATIONALER SICHT

Die heroingestützte Behandlung blickt auf eine wechselvolle Geschichte von circa 100 Jahren zurück. In den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde sie in Grossbritannien durch das „Rolleston Committee“ erstmals reguliert. Anfang der neunziger Jahre läutete die „Schweizer Heroinstudie“ mit ihrer breiten Implementierung eine neue Phase der Substitution und der Suchtforschung ein. Durch die verschiedenen grossen Studien u.a. in den Niederlanden, Deutschland, Spanien, Grossbritannien und Canada gehört die heroingestützte Behandlung zu den wahrscheinlich am besten untersuchten und abgesicherten suchtmmedizinischen Interventionen überhaupt. Sie wird heute in sieben Ländern in spezialisierten Kliniken durchgeführt. Die Durchführung der heroingestützten Behandlung basiert im Wesentlichen auf den klinischen Standards, welche Anfang der neunziger Jahre etabliert wurden. Hauptmodus der Applikation ist intravenös, die Schweiz setzt als einziges Land orales Diacetylmorphin (DAM) in grösserem Umfang als ein normaler Anteil der Versorgung ein. Die Einschlusskriterien in die Behandlung sind international vergleichbar. Die klinische Überlegenheit im Sinne positiver Gesundheits- und Kosteneffekte, der Sicherheit der Behandlung und des Absinkens der Kriminalität ist in verschiedenen Studien belegt. Die Forschung fokussiert u.a. mit der kanadischen „SALOME“-Studie auf die Vergleichbarkeit anderer Opiode wie Hydromorphin und anderer Applikationsformen als der intravenösen um Risiken zu minimieren und die heroingestützte Behandlung breiter verfügbar zu machen. Studien z.B. in Belgien befassen sich mit den praktischen Hindernissen der klinischen Implementierung. Die Heroinabhängigen in dieser Behandlung werden älter, was neue Anforderungen mit sich bringt. Insgesamt darf der Fortschritt in der Behandlung Heroinabhängiger nicht unterschätzt werden, auch wenn die kontroversen Grundpositionen zwischen der repressionsorientierten Grundhaltung, repräsentiert durch die USA, und der in Europa verbreiteten patientenorientierten Grundhaltung fortbestehen. Weitere Schritte in Richtung einer Normalisierung insbesondere angesichts des Scheiterns des „War on Drugs“ sind möglich.

Prof. Michael Krausz

University of British Columbia, Vancouver

PN4

HEGEBE SCHWEIZ : ALLES KLAR UND VIELE FRAGEN OFFEN

Mit dem Ziel, die zunehmende Heroinproblematik und die Ausbreitung von HIV einzudämmen, wurde 1994 in der Schweiz im Rahmen der unter PROVE bekannt gewordenen nationalen Kohortenstudie die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) eingeführt. Damals war nicht absehbar, in welche Richtung sich diese neue Behandlungsform entwickeln würde. Improvisation und Innovation waren von allen Involvierten gefordert. Entscheide wurden teilweise überstürzt getroffen und vieles wurde nach dem Trial-and-Error-Prinzip angegangen. Das Behandlungsangebot musste laufend ausgebaut, konzeptuell verändert, systematisiert und den vielfältigen medizinischen, psychiatrischen und sozialen Bedürfnissen angepasst werden. Knapp 20 Jahre nach Einführung der HeGeBe ist die Behandlung gefestigt, wurde der Umgang mit Diacetylmorphin professionalisiert und viele Abläufe sind zur Routine geworden. So gesehen scheint alles klar - und doch bleiben viele Fragen offen: Die etablierte Errungenschaft, ein „verbotenes Betäubungsmittel“ hochspezialisiert unter Berücksichtigung enger bundesrechtlich-zentralistischer Vorgaben intravenös verabreichen zu lassen, hat den HeGeBe-Zentren eine eigenartige Sonderstellung zugetragen, in welcher Heroin unwiderrprochen idealisiert werden kann, ohne Notwendigkeit, neue Impulse zu setzen und sich weiterzuentwickeln. Die faktischen Errungenschaften der HeGeBe bleiben so weit hinter dem innovativen Geist der 1990er-Jahre zurück. Interdisziplinäre Herausforderungen gibt es jedoch zur Genüge und müssen aktiv angegangen werden. Viele Fragen etwa zur Einbettung Heroinabhängiger in unser gesamtmedizinisches Versorgungsnetz sind noch immer unbeantwortet und wichtige Fragestellungen beispielsweise zur alternden Patientenpopulation werden oft schulterzuckend zur Kenntnis genommen. Es gilt, den Sonderstatus des pharmazeutischen Heroins zu durchbrechen und uns unvoreingenommen wieder den eigentlichen Fragen zuzuwenden, etwa über die Möglichkeiten einer echt diversifizierten substitions-gestützten Behandlung und einer tatsächlich individuell auf die Bedürfnisse heroinabhängiger Menschen abgestimmten Therapie.

Dr Hannes Strasser

UPK Basel

PLENAR-REFERATE NASUKO - Saal 3-4

PN5

SGB QUO VADIS ? ERFAHRUNGEN UND ERWARTUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DER PRAXIS DER SGB

Obwohl die Substitutionsbehandlung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen – im Sinne der Evidence-based Medicine – als Therapie der ersten Wahl für opiatabhängige Patientinnen und Patienten anerkannt ist, sind die Hürden hoch: Diese liegen nach wie vor begründet in Ideologie und Diskriminierung, die zur Verfolgung der Patienten und deren Ärzte führt. So können Ärzte in Deutschland nach wie vor verurteilt werden, gerade wenn sie die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Behandlung berücksichtigen. Andererseits müssen das Wohl und Interesse der schwerstkranken Menschen vor allem dann berücksichtigt werden, wenn die Liberalisierung der Gesetzgebung geschafft sein wird.

Dr Markus Backmund
Praxiszentrum im Tal, München

PN6

WAS DAS GEMEINWESEN LEISTEN KANN ODER SOLL

Zunehmende Vielfalt, globaler Wettbewerb und steigende Ansprüche prägen unser Gemeinwesen. Die Menschen leben dank medizinischer Fortschritte immer länger, die Lebensentwürfe werden vielgestaltiger, die kulturelle Heterogenität nimmt mit der Migration zu, in den Städten lebt die Mehrheit inzwischen alleine und die beruflichen Anforderungen steigen ständig. Diese Entwicklung spiegelt sich im Konsum der Genuss- und Suchtmittel und der Medikamente wieder. Bei Substanzen mit kurzfristig leistungssteigernden Effekten zerfließt die Grenze von legal zu illegal, der Alltag mit seinen großen und kleinen Sorgen wird immer selbstverständlicher "aufgehellt". Die "Gesundheit" wird in reichen Ländern neu interpretiert als Teil des Lifestyles inklusive dem Anspruch auf dauernde Schönheit. In dieser Welt kommen die schnell alternden Opiatsüchtigen kaum mehr vor, man sieht sie allenfalls noch vor den Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) oder effektiv an der Schwelle zur Altenpflege. Die Suchtkranken teilen ihr Schicksal mit den vielen Überforderten oder Benachteiligten, die in der durchspezialisierten Gesellschaft nicht (mehr) mithalten können und in Renten- und Versorgungssystemen leben. Die Menschentrauben vor den K&As zeigen deutlich, dass weder die Drogenpolitik insgesamt noch die Forschung und Behandlung von Süchtigen spezifisch mit der nötigen Innovation vorangetrieben wurden. Entlang dem Drogenmarkt sterben in den Kartellkriegen Zehntausende und ganze Staatswesen werden durch die Drogenmilliarden korrumpiert. Die Schweiz lässt eine vergleichsweise liberale Forschungs- und Behandlungspraxis zu - doch das genügt nicht! Die Kohärenz fehlt. Das Gemeinwesen muss sich als Ganzes und realistisch betrachten, von der Frühförderung von Kleinkindern bis zur Pflege von Betagten. Vorgaben wie die Re-Integration der IV-Rentner in die Arbeitswelt sind illusorisch, solange die Stellen dafür nicht vorhanden bzw. wegrationalisiert worden sind. Das Gemeinwesen ist im ureigensten Interesse gefordert, die Bigotterie der internationalen Drogenpolitik genauso anzugehen wie die Defizite in der Forschung und Behandlung vor Ort.

PN7 - Was ist eine gute Behandlung, und wer muss dazu welchen Beitrag leisten ?
M. Andreas Bachmann, Ethik im Diskurs GmbH, Zürich
Auf folgende Fragestellungen wird im Referat eingegangen:
Ethische Grundlage der SGB: Recht auf Behandlung (als spezifische Form einer allgemeinen Hilfs- bzw. Fürsorgepflicht), sofern Abhängigkeit eine Krankheit ist. Wie kann dieses Recht begründet werden, was impliziert es mit Blick auf SGB und wer ist verpflichtet, es zu gewähren?
Rolle/Pflichten des Staates: Wie sind staatliche Aufgaben und die Aufteilung auf Bund, Kantone, Gemeinde zu regeln?
Arzt-Patientenverhältnis, insbesondere: welche Rechte, aber auch welche Pflichten hat der Patient in einer SGB?
Wie sollte die SGB in Zukunft geregelt werden? Wie sollte der Umgang mit Drogen allgemein geregelt werden?

M. Thomas Kessler
Präsidialdepartement Kanton Basel Stadt

PN7

PN7 - WAS IST EINE GUTE BEHANDLUNG, UND WER MUSS DAZU WELCHEN BEITRAG LEISTEN ?

Auf folgende Fragestellungen wird im Referat eingegangen:
Ethische Grundlage der SGB: Recht auf Behandlung (als spezifische Form einer allgemeinen Hilfs- bzw. Fürsorgepflicht), sofern Abhängigkeit eine Krankheit ist. Wie kann dieses Recht begründet werden, was impliziert es mit Blick auf SGB und wer ist verpflichtet, es zu gewähren?
Rolle/Pflichten des Staates: Wie sind staatliche Aufgaben und die Aufteilung auf Bund, Kantone, Gemeinde zu regeln?
Arzt-Patientenverhältnis, insbesondere: welche Rechte, aber auch welche Pflichten hat der Patient in einer SGB?
Wie sollte die SGB in Zukunft geregelt werden? Wie sollte der Umgang mit Drogen allgemein geregelt werden?

M. Andreas Bachmann
Ethik im Diskurs GmbH, Zürich

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Jeudi après-midi - Salle 3

T1 : SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE/SEUIL BAS

T1.1

UN DISPENSAIRE DE SOINS DANS UN COMPTOIR D'ÉCHANGES DE SERINGUES : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES USAGERS DE DROGUE PAR INJECTION EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ

Un dispensaire infirmier a été mis en place par DUNE, en 2006, au sein du plus important comptoir d'échanges de seringues bruxellois (le CLIP), complété par le travail mené en rue. Nous montrerons que les soins infirmiers font partie des stratégies d'approche des personnes usagères de drogues par injection les plus précarisées qui sont souvent à la recherche de réponses rapides et concrètes.

Le caractère novateur du dispositif (en Belgique en tout cas : seuls les comptoirs de Namur et de Charleroi ont développé un dispositif similaire) résulte du fait qu'il permet de répondre à des demandes de soins qui ne sont pas prises en charge par d'autres structures : difficultés pour les structures "classiques" de soins d'accueillir cette population, jumelées à une résistance des usagers eux-mêmes à y faire appel, d'autant qu'ils sont souvent sans couverture sociale.

L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de santé d'une population particulièrement fragilisée et marginalisée, exposée par sa consommation et ses conditions de vie très précaires (rue, squat...) à des problèmes d'hygiène et à un état de santé souvent fort délabré.

Nous présenterons aussi quelques données chiffrées relatives au nombre de patients, au nombre de soins, en rue ou au comptoir, au type de soins prodigués pour montrer que le dispensaire répond à un réel besoin des usagers de drogues qui tardent à s'occuper de leurs problèmes de santé.

Les conditions d'accessibilité du dispensaire constituent donc un atout essentiel : horaires de soirée, gratuité, anonymat, proximité (en rue ou dans un lieu d'accueil connu et sécurisant où le patient ne craint pas d'être jugé)... L'accroche qui peut ainsi être faite dans le cadre des soins infirmiers permet de créer une relation de confiance propice à l'émergence d'autres demandes médico-psycho-sociales. Ce "prendre soin" ("care") permet aussi d'effleurer un travail sur l'estime de soi, autre préalable à cette émergence.

C. Payen¹, F. Bartholeyns^{1,2}

¹D.U.N.E. - Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges ; ²Centre de recherches criminologiques, Université libre de Bruxelles, Belgique

T1.2

LA MÉDECINE GÉNÉRALE AMBULATOIRE FRANÇAISE : ENTRE MILITANTISME ET INDIFFÉRENCE

En France, le paradoxe saute aux yeux dans l'organisation des traitements de substitution aux opiacés. L'incontestable réussite de ceux-ci (baisse très nette des décès par overdose par héroïne, amélioration de l'état de santé somatique et psycho-social des patients) est le résultat de l'implication de la médecine générale et des pharmaciens d'officine. Ainsi, sur la dernière période analysée (2006/2007), 97 % des traitements (buprénorphine haut dosage - BHD - et méthadone) soumis à remboursement par les caisses d'assurance maladie ont été prescrits par des médecins généralistes (MG). La répartition de ceux-ci sur l'ensemble du territoire a permis une diffusion très large des thérapeutiques. Aujourd'hui, près de 1 500 000 patients bénéficient d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) (110 000 par BHD et 40 000 par méthadone). Cependant, à y regarder de plus près, 50 % des MG ne prescrivent jamais de MSO. Parmi les prescripteurs, 77 % ne prescrivent de la BHD qu'à un seul patient et ils sont 87 % dans ce cas pour la méthadone. Ils sont seulement 2,5 % à suivre plus de 5 patients pour la BHD et seulement 0,4 % pour la méthadone. Ces derniers, particulièrement impliqués, devenus des spécialistes implicites en addictologie, suivent des patients, pour beaucoup bien intégrés, mais aussi des patients aux prises avec des comorbidités psychiatriques et/ou somatiques pour lesquelles ils ont imaginé et mis en place des dispositifs originaux.

Ils vivent leur engagement de façon souvent solitaire, se heurtent à une résistance persistante dans leur milieu professionnel et à l'indifférence d'une grande partie de la profession pour les problématiques addictives, et notamment, celles qui concernent l'opioïdépendance. Pour échanger sur leurs pratiques, leurs expériences et rompre leur isolement, ils s'organisent grâce à un regroupement professionnel (MG Addictions) dont l'objectif est d'améliorer les prises en charge et notamment d'élargir la primo-prescription de méthadone en Médecine de Ville.

C. Magnin

Groupe MG addictions, Besançon, France

T1.3

L'INTERVENTION SPÉCIFIQUE AUX FEMMES HÉROÏNOMANES QUI PRATIQUENT L'INJECTION MUTILANTE

L'objectif général de la recherche est d'explorer les modes d'intervention auprès des femmes héroïnomanes qui pratiquent un rituel mutilant lors de leurs injections. La comorbidité entre toxicodépendance féminine et agression sexuelle constitue un défi pour l'intervention. Ces mêmes femmes sont aussi celles chez qui l'on observe des gestes d'automutilation. L'injection mutilante est un concept qui a été développé lors nos observations cliniques. Cette recherche qualitative utilise comme méthode de collecte de données le point de vue des femmes concernées recueilli à l'aide d'entrevues. Les résultats révèlent que les femmes une fois instruites au sujet de leur santé, réduiraient leurs comportements mutilants liés à l'usage de seringues. Ceci démontre l'importance de se centrer sur les besoins des femmes plutôt que sur une approche prédéfinie qui se limite à son cadre d'analyse.

L.-F. Rainville

Relais Méthadone, CRAN, Montréal, Canada

T1.4

DISPENSATION DE TRAITEMENT : ACTIVITÉ MINEURE OU LEVIER À LA PRISE EN CHARGE ?

Le Centre Saint-Martin, centre ambulatoire de traitement pour personnes toxicodépendantes, offre depuis 1996 une prise en charge pluridisciplinaire à environ 400 patients. Chaque semaine, près de la moitié d'entre eux vient prendre sa médication au Centre selon des horaires fixes, l'autre moitié se rend en pharmacie. Vécue longtemps comme une tâche ingrate et chronophage, cette dispense dépasse de loin l'intérêt d'une prise sécurisée du traitement en offrant un véritable outil thérapeutique aux équipes interdisciplinaires. Pour les patients qui peinent à entrer dans une démarche thérapeutique, répondre à leur priorité, à savoir l'obtention de la médication, permet de limiter les drops-out. Cette dispense, qui propose des rencontres ritualisées, journalières et de courte durée, est propice aux échanges. Elle permet de faire connaissance à leur rythme, et notamment de partager leurs doutes, d'anticiper les crises, de décrypter les idées suicidaires. Elle favorise l'accrochage des patients dits seuil-bas. Sur le plan sécuritaire, en plus de la prise contrôlée du traitement, elle permet de canaliser la violence, de gérer les intoxications.

Nous tenons ici à 1) définir l'organisation de cette dispense, 2) montrer ses potentialités dans le suivi global des patients et, 3) présenter les nécessaires collaborations interdisciplinaires impliquées. Nous verrons que la dispensation des traitements est devenue, pour les équipes interdisciplinaires, un véritable outil de soin permettant au patient d'identifier le professionnel comme une ressource et ainsi de prendre confiance dans la relation thérapeutique. Elle constitue un levier à la prise en charge globale du patient.

J. Nazery, C. Durand, N. Jacquard, A. Berthousoz, M. Fleury Bischoff, J. Nazery, E. Bergeron, J.-P. Altermatt et l'équipe infirmière du Centre Saint-Martin

Centre Saint-Martin, Unité de toxicodépendance, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi matin - Salle 3

T2 : CONTINUITÉ DES SOINS

T2.1

LA CONCERTATION BAS SEUIL : ORGANISATION D'UNE RÉFLEXION TRANSVERSALE SUR LES PRATIQUES, LES DISPOSITIFS ET LES POLITIQUES

Nous proposons de mettre en discussion la "concertation bas seuil" qui est une initiative conjointe de trois institutions bruxelloises actives dans le champ des toxicodépendances : la Maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles (La MASS), le Projet Lama, le Service ambulatoire d'accompagnement thérapeutique pour les personnes toxicodépendantes en milieu urbain, et le Centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogue Transit. Cette concertation vise à mener une réflexion transversale sur les pratiques cliniques et les dispositifs institutionnels au regard de l'évolution contemporaine du public et de la demande sociale. Ce processus s'organise autour de groupes de travail dont les thématiques ont été choisies par les équipes. Les thématiques vont de l'intervention clinique, à la recherche de stratégies visant à réduire la pénibilité du travail, en passant par la consolidation du travail en réseau et la réflexion sur le sens du travail clinique dans le bas seuil. Les groupes de travail se veulent axés sur des solutions concrètes, pragmatiques, permettant de soutenir les pratiques.

La méthodologie de la concertation se veut participative, transversale et horizontale, les thématiques sont choisies par les équipes qui décident également des contenus et des modalités de travail. Chaque groupe définit une méthodologie qui lui est propre. Une attention particulière est mise sur les relais entre les recommandations des GT et les Directions.

La Concertation bas seuil est aussi pour les équipes et les directions des institutions un espace réflexif de mutualisation des enjeux et de fédération autour de projets communs. Elle offre également un moyen original et novateur d'évaluation et d'ajustement des besoins, des missions et des conditions de travail dans un contexte de crise sociale majeure.

E. Husson

Service ambulatoire, Mass de Bruxelles-Projet Lama-Transit, Bruxelles, Belgique

T2.2

LA CONTINUITÉ DE SOINS ENTRE RÉDUCTION DES RISQUES ET FINALITÉ DE L'INTERVENTION

Le traitement de la dépendance aux opioïdes a souvent entretenu un statut particulier au Québec et les centres de réadaptation en dépendance ont développé des pratiques alternatives pour le traitement des dépendances aux opioïdes sous la couleur de la santé publique. De ce fait, on acceptait le principe que cette clientèle pouvait bénéficier d'un traitement de substitution avec un suivi médical sans adhérer au programme de réadaptation. La réduction des méfaits devenant la finalité de l'intervention. L'aide demeure surtout limitée à l'aspect biologique de la problématique. Suite à une perte d'effectif médical, une manœuvre forcée a ramené le traitement au cœur du programme de réadaptation. Il en résulte qu'aujourd'hui, sur le plan régional à Laval, les besoins liés au traitement de la dépendance aux opioïdes font partie intégrante de la "mission dépendance". Sur le plan politique, les effectifs médicaux de la région alloués à la dépendance regroupent les besoins de support médical au niveau de la désintoxication, des traitements de substitution, des traitements de l'hépatite C, ainsi que toutes les autres comorbidités somatiques et psychiatriques. Sur le plan organisationnel, les ressources privées et communautaires qui travaillent auprès de la clientèle alcoolique-toxicodépendante répondent aux exigences particulières liées aux traitements et donnent accès aux services thérapeutiques et de réinsertion sociale avec hébergement.

Finalement, sur le plan clinique, les consommateurs d'opiacés qui font une demande de service au Centre de réadaptation en dépendance Laval s'engagent et bénéficient d'une offre de service complète au niveau psychosocial et ils sont orientés vers le médecin pour une évaluation de santé avec dépistage, référence vers les ressources de désintoxication, d'hébergement et induction à un traitement de substitution aux besoins.

Certes, la clientèle dépendante aux opioïdes, moins marginalisée dans l'offre de service en dépendance de Laval, n'aura jamais été aussi bien desservie.

N. Bremshey

Clinique, Centre de réadaptation en dépendance Laval, Canada

T2.3

LES BINÔMES, UN DISPOSITIF SOCIO-SANITAIRE COMME MODALITÉ INSTITUTIONNELLE DE RÉPONSE À LA DISCONTINUITÉ DES SOINS ADDICTOLOGIQUES AMBULATOIRES

La pratique du soin addictologique est marquée par le constat d'une discontinuité des prises en charge. Comment penser cette discontinuité dans un cadre médico-social et quels dispositifs aménager afin d'y répondre ?

Le travail décrit a été élaboré dans une institution médico-sociale proposant des soins addictologiques ambulatoires à des usagers présentant une prévalence élevée de polyaddictions et se trouvant le plus souvent en situation de précarité sociale avancée. Il se base sur une réflexion complémentariste se référant aux champs de la sociologie et de la psychanalyse individuelle et groupale. La discontinuité des soins peut se penser de manière variable en fonction du point de vue adopté. En effet, elle peut être appréhendée à travers les modalités relationnelles des usagers, mais aussi par un regard centré sur les soignants et les mouvements qu'ils peuvent involontairement induire, ou encore par le biais d'éléments propres aux institutions et aux cadres de soins. Ce travail de réflexion a donné lieu à la création d'un dispositif spécifique d'accueil et de suivi. Ce dispositif est basé sur des entretiens en binôme avec deux professionnels de fonctions différentes et il est soutenu par les notions de liens transféro-contre-transférentiels, d'historicisation de la prise en charge, et de travail groupal.

Ce dispositif, souple et protéiforme, constitue un intermédiaire entre prise en charge individuelle et prise en charge groupale, susceptible d'éviter la multiplication des espaces de soins pour des patients présentant des difficultés à les investir, et à même d'atténuer certains aspects inquiétants de la rencontre.

R. Jeannin, O. Taïeb, T. Baubet, A. Reyre et l'équipe du CSAPA Boucebc de l'Hôpital Avicenne

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de psychiatrie générale et addictions, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Avicenne, Université Paris 13, Bobigny, France

T2.4

LE CENTRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE BUS MÉTHADONE DE PARIS COMME PASSERELLE D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS POUR LES POPULATIONS PRÉCAIRES

Issu du travail et de la réflexion de l'équipe du programme d'échange de seringues de Médecins du Monde, ce programme, ouvert depuis janvier 1998 a reçu 4537 personnes désirant accéder aux soins en addictologie : accueil inconditionnel sans rendez-vous, écoute, évaluation, informations, traitements de substitution aux opiacés, suivi médical, sevrage ambulatoire ou hospitalier, matériel de réduction des risques et suivi socio-éducatif. 50 % du public présentait des critères de précarité à l'admission (sans logement, sans ressources, sans droits). Le parcours de soins des usagers a été analysé à partir des données d'admission, de suivi et de sortie, collectées entre 2007 et 2011 et recueillies sur les logiciels Sphinx et ÉO addiction.

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

En 5 ans, 1910 personnes différentes ont été suivies, 881 ont été référées vers d'autres prises en charge pérennes, médecins généralistes, centres de soins à haut seuil d'exigences, sevrages, post-cure après initiation ou stabilisation des traitements de substitution aux opiacés dans notre centre. 337 personnes ont été réadmisées après une rupture de suivi ou une incarcération. Une trentaine de personnes ont bénéficié d'un traitement de l'hépatite C, plus de 200 ont eu accès au dépistage de la fibrose hépatique par Fibroscan et 150 personnes par an ont bénéficié d'un traitement et d'un suivi psychiatrique (avec relais dans le système de droit commun pour certains). Cette étude illustre la complémentarité et la continuité des soins offerts par un programme à haut seuil de tolérance. Nous insisterons sur l'accès aux soins somatiques et psychiatriques, inclus dans une prise en considération globale des besoins élémentaires des personnes reçues. Ce programme, innovant dans le secteur des soins aux usagers de drogues, a montré qu'un projet, initialement conçu dans un objectif de réduction des risques, offre aux usagers les plus précaires la possibilité d'accéder aux différents services d'un centre de soins à plus bas seuil de tolérance et constitue un maillon essentiel dans le parcours de soins des usagers les plus précaires.

E. Avril, T. Dusouchet

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), GAIA Paris, France

T3 : MILIEU PÉNITENTIAIRE

T3.1

MIGRATION ET TOXICODÉPENDANCE EN MILIEU CARCÉRAL

La toxicodépendance aux opiacés ne connaît pas de frontières. Les personnes souffrant de cette problématique voyagent et migrent. Ce mouvement est autant individuel que groupal et il s'effectue autant par vagues, que par un flux régulier. La clandestinité et la précarité extrêmes caractérisent ce mouvement.

La toxicodépendance de ces personnes n'est pas née avec leur migration mais elle est plutôt véhiculée par celle-ci. Il s'agit d'une toxicodépendance importée qui représente des risques infectieux et criminogènes importants.

En milieu carcéral suisse, nous observons une forte concentration d'une population toxicodépendante et sans droits de résidence dans le pays d'accueil. Cette population a souvent mis en difficulté le réseau de soins avant de se retrouver confrontée à la loi.

Les législations nationales et internationales ne sont pas préparées pour répondre aux besoins des personnes toxicodépendantes vivant clandestinement dans le pays d'accueil. Les initiatives informelles dominent le paysage de l'arsenal d'aide et de soins à ces personnes, qu'elles soient détenues ou non. L'approche médicale humaniste et les actions sanitaires de type humanitaire légitiment les réponses en cours sans pouvoir s'ancrer dans le dispositif. En effet, cette forme de toxicodépendance, importée et clandestine, bouscule les dispositifs indigènes en place et interroge les limites de la lutte contre la toxicodépendance aux opiacés.

M. Benmebarek

Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

T3.2

INTÉGRATION DE PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE DANS UN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS EN LIEN AVEC LE CSAPA AVEC HÉBERGEMENT - LA SANTOLINE

La Santoline est un lieu collectif et résidentiel de 10 places dont deux en appartement relais ; elle accueille des personnes sur motivation personnelle ayant une problématique d'addiction. Nous avons travaillé sur ce projet pour répondre aux obligations évoquées dans la Circulaire no 2007-203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et du plan d'actions stratégiques détenus 2012-2014, qui ont comme objectif de permettre l'accueil de façon efficiente des personnes sous main de justice.

Les objectifs de ce projet sont de permettre la continuité des soins aux personnes sous main de justice dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés pour éviter les ruptures. Nous avons donc travaillé avec les différents acteurs du champ judiciaire et social afin de garantir la continuité des soins à la sortie de détention. Dans ce cadre, un nouveau protocole d'admission et d'évaluation de la personne avec de nouveaux outils a été créé.

Les places d'hébergement de l'institution sont limitées à 10 et donc fortement remplies ; nous avons sollicité auprès de l'Agence régionale de santé des mesures nouvelles pour une extension de la structure afin d'obtenir deux places supplémentaires. La construction sera achevée en janvier 2013. Une place dédiée en permanence à ce public facilitera les délais d'admission non maîtrisables liés aux procédures judiciaires de sortie.

L'une des difficultés a été d'identifier les acteurs concernés par la prise en charge des addictions au sein du milieu carcéral. Nous avons également pu constater qu'un écart persiste entre la date théorique et réelle de sortie, ce qui demande la réservation de places dédiées. Une procédure budgétaire particulière doit être négociée. Des éléments font souvent défaut, tels l'ouverture ou le non-maintien des droits sociaux. Les interventions de professionnels du secteur médico-social extérieurs aux centres pénitentiaires doivent être facilitées.

G. Poppa, E. Benoît

CSAPA addictologie, Sedap, Dijon, France

T3.3

ANALYSE DE RISQUES DU CIRCUIT ET DU FLUX LOGISTIQUE DE LA MÉTHADONE EN MILIEU CARCÉRAL ET MESURES D'AMÉLIORATION

L'utilisation de la méthadone s'accompagne de risques liés à ses effets cliniques et à son statut de stupéfiant. L'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et leur Criticité (AMDEC) permet d'identifier les modes de défaillance (MD) d'un système et de quantifier leur indice de criticité (IC). L'AMDEC a été appliquée au circuit de la méthadone et à son flux logistique à la prison préventive du Bois-Mermet à Lausanne. Des mesures d'amélioration (MA) ciblées ont été étudiées.

Une équipe multidisciplinaire a identifié les MD, a coté leurs probabilités d'occurrence, de sévérité et de détectabilité, et a calculé leurs IC. Des MA ont été proposées aux MD les plus critiques et leurs impacts recalculés.

92 MD ont été identifiés pour un IC global de 9749. Les trois MD les plus critiques étaient les risques liés à l'étiquetage des flacons lors de la préparation, de l'administration et ceux liés à la mécompréhension de la prescription orale. Parmi les 24 MA proposées, les cinq les plus pertinentes comprenaient la rédaction d'un protocole de préparation (IC=6204), la modification de la feuille de préparation et d'administration (6877), la prescription informatisée (7182), l'étiquetage des flacons avec photo du détenu (7186) et le contrôle de la préparation (8780).

L'AMDEC a permis d'identifier les risques liés à l'utilisation de la méthadone en milieu carcéral et de proposer des améliorations ciblées. Cette analyse pourra s'étendre à tous les stupéfiants, à d'autres médicaments sensibles et aux autres prisons vaudoises.

E. Weibel¹, I. De Giorgi², M. Benmebarek³, G. Jaquier³,

A. de Rham³, B. Gravier³, A. Pannatier²

¹Université de Genève ; ²Service de pharmacie, CHUV ; ³Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, CHUV, Lausanne, Suisse.

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T3.4

GUIDE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO) EN MILIEU CARCÉRAL

En réponse au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicodépendance 2008-2011 et au plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes sous main de justice", l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques professionnelles concernant les TSO en prison a été sollicitée. A la demande de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) et de la Direction générale de la santé, ce guide a été élaboré en tenant compte de recommandations datant de 2003 et avec la participation de professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Les résultats d'enquêtes récentes (PREVACAR et PRI2DE) ont été pris en compte. Quinze fiches actualisables ont été produites : le cadre légal des TSO en prison, les évolutions récentes dans l'organisation des soins pour les usagers de drogues en prison, les difficultés persistantes, la présentation du guide et de sa méthodologie, l'évaluation clinique à l'entrée en détention, les dosages urinaires, la prescription de TSO à l'entrée en détention, le renouvellement des prescriptions au cours de la détention, le circuit du médicament en prison, les changements de molécules de TSO et leur délivrance, le mésusage des TSO, les co-prescriptions, la globalité de la prise en charge et la continuité des soins à l'issue de l'incarcération. Ce guide va être diffusé dans toutes les unités sanitaires des prisons françaises mais aussi dans l'ensemble des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) en milieu ouvert, souvent amenés à intervenir en prison, afin de les informer des pratiques de soins en détention et harmoniser les interventions entre milieu ouvert et prison.

L. Michel¹, O. Maguet², C. Calderon², C. Barbier³

¹Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge française ; ²CCMO conseil, Paris, France ;

³Direction Générale de la Santé

T3.5

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DANS LES PRISONS SUISSES : PRÉSENTATION D'UN VADE MECUM "MALADIES TRANSMISSIBLES ET ADDICTIONS EN PRISON"

Le projet "Lutte contre les maladies transmissibles en milieu carcéral" (BIG) (2008-2011), sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de l'Office fédéral de la justice (OFJ) et de la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) a facilité le développement d'un Vade mecum clinique dans le but d'harmoniser la prise en charge médicale des détenus. Il s'agit d'un projet novateur de par son fondement interdisciplinaire, dans un contexte où persistent une grande diversité et des iniquités des pratiques.

Ce Vade mecum est destiné aux professionnels du milieu carcéral. Il comprend une approche standardisée de la prévention, du dépistage et du traitement des maladies transmissibles et des usages de substances auprès des personnes incarcérées, notamment les traitements basés sur la substitution. Il sera publié prochainement sous forme de brochure et de support électronique.

Nous ferons ici un bref rappel des concepts qui sous-tendent la rédaction du Vade mecum : principe d'équivalences des soins en milieu carcéral ; politique drogue suisse ; Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes de la Société suisse de médecine de l'addiction. Nous discuterons de notre méthodologie de travail et nous exposerons les grandes lignes du chapitre du Vade-mecum concernant la substitution ainsi que les avantages et limites de ce type d'outil.

Trois questions ouvertes concernant la substitution en prison (détenus sans possibilité de traitement en Suisse à la sortie, prévention des overdoses et rôle des agents de détention) serviront de base de discussion avec les participants.

C. Ritter

Consultante indépendante, Genève, Suisse

T4 : COMORBIDITÉS SOMATIQUES

T4.1

LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES ALCOOLO-DÉPENDANTES ET TOXICODÉPENDANTES : LES DÉFIS DE L'ACCÈS ET DE L'ADHÉRENCE

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est associée à une détérioration de la qualité de vie et un risque élevé de cirrhose. L'approbation récente et la commercialisation de deux nouveaux médicaments antiviraux n'est que le prélude à l'arrivée sur le marché d'une série de nouvelles molécules qui permettront vraisemblablement de traiter efficacement la majorité des patients infectés par le VHC. Ces nouveaux médicaments représentent une avancée majeure. Cependant, ils généreront des coûts considérables, en plus d'être d'une plus grande complexité au plan de la gestion des effets secondaires, comparativement aux médicaments actuels. Or, malgré le fait qu'une grande proportion d'usagers de drogues infectés par le VHC soient intéressés à être traités pour leur infection, seule une très faible proportion d'entre eux, moins de 10 %, rapportent avoir été traités. Une condition sine qua non pour améliorer l'accès et l'adhérence au traitement est de s'assurer que les populations vulnérables aient accès à des soins adéquats, en temps opportun, et que l'organisation des services permette l'engagement et l'adhérence pendant la durée du traitement. Beaucoup de personnes toxicodépendantes infectées par le VHC sont toutefois confrontées à des problèmes de santé mentale, d'instabilité sociale et de méfiance à l'égard des institutions. En plus des obstacles individuels, les obstacles institutionnels (faible sensibilisation, éducation, malaise à traiter les utilisateurs de drogues injectables - UDI) et structurels (manque d'infrastructures, ressources déficientes, structures de service peu flexibles) sont nombreux. Nous discuterons de l'accès et de l'adhérence au traitement pour une population vulnérable et souvent désinsérée. Nous présenterons également le programme de traitement du VHC développé à l'intention de ces populations au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

J. Bruneau

Département de médecine familiale, Université de Montréal. Centre de recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Canada

T4.2

STRATÉGIES COMBINÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH CHEZ LES USAGERS DE DROGUES BAS SEUIL

Le succès du traitement antirétroviral (ART) chez les usagers de drogues bas seuil suppose la mise en place des stratégies d'adhésion pluridisciplinaires à longue durée. Nous avons analysé rétrospectivement les données de patients sous traitement de substitution et ART. Les analyses ont été effectuées sur l'ensemble des données cliniques, les bilans sanguins et la surveillance des traitements administrés à tous les patients suivis pour une infection par le VIH en 2012.

Au sein d'une population de 454 patients suivis pour différentes dépendances à des produits, 33 patients, avec un âge moyen de 42 ans (34-53) ont été suivis au Centre pour une infection VIH-1. Une coinfection par l'hépatite C était présente dans tous les cas et tous les patients ont reçu un traitement de substitution à la méthadone (88 %) ou à la buprénorphine (12 %). Le schéma de l'ART a consisté principalement de l'association des inhibiteurs de la transcriptase inverse avec des inhibiteurs de la protéase (68 %). En dehors de l'interruption volontaire de l'ART chez un patient, les quatre autres patients non traités n'étaient soit pas prêts ou soit sans critères cliniques pour débiter un traitement antirétroviral. Après 115 ans de suivis cumulés (person-years), aucun événement indésirable grave à l'ART n'a été retenu. À l'heure actuelle, la médiane de la charge virale est $<1,3 \log_{10}$

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

copies / ml (intervalle interquartile-IQR : <1,3 à 1,4) et la médiane de CD4+ se situe à 560 cell/mm³ (IQR : 425-655). Globalement, 32% des patients traités ont augmenté leur taux de lymphocytes T-CD4+ d'au moins 20%.

Nous avons observé une bonne adhésion au traitement antirétroviral avec une suppression virale soutenue chez une population des usagers de drogues par injection. Les stratégies de traitements combinés chez les patients toxicodépendants bas seuil infectés par le VIH se montrent efficaces pour leur trithérapie et pour la prévention de nouvelles transmissions à l'intérieur du réseau des injecteurs actifs.

E. Castro^{1,2}, M. Cavassini², A. Pelet¹, A.-L. Marchal¹, M. Monnat¹ et l'équipe soignante du Centre Saint-Martin¹

¹Centre Saint-Martin, Unité de toxicodépendance, Service de psychiatrie communautaire, CHUV. ²Service des maladies infectieuses, CHUV et l'Université de Lausanne, Suisse.

T4.3

PARTICULARITÉS DU VIEILLISSEMENT CHEZ LES PERSONNES DÉPENDANTES DES OPIOÏDES

Des programmes de substitution avec méthadone, pour le traitement de la dépendance des opioïdes, existent depuis le début des années soixante. Le traitement étant souvent de durée indéfinie, il est possible d'observer cette population sur de longues périodes. Avec les années, le nombre de patients de 50 ans et plus a tendance à augmenter progressivement. Si les traitements de substitution ont contribué à l'augmentation de l'espérance de vie d'une vingtaine d'années, il n'en reste pas moins que ce groupe a une longévité moindre que celle de la population générale. En effet, une personne dépendante des opioïdes vit en moyenne 20 ans de moins qu'une personne non-dépendante.

Même si le vieillissement des cohortes de patients sous méthadone n'est pas un phénomène nouveau, peu d'études ont été consacrées au sujet. Nous discuterons donc principalement de la révision de dossiers cliniques de patients de plus de 50 ans.

Au plan médical, on observe dans ce groupe des causes de mortalité qui diffèrent sensiblement de la population générale : la présence d'un fardeau de maladies chroniques apparaissant tôt dans la vie adulte, ainsi qu'une prévalence accrue de diverses conditions psychiatriques. Au plan social, on observe un taux plus élevé de judiciarisation, une plus faible participation au marché du travail, et un niveau plus élevé d'instabilité dans les relations interpersonnelles. Ceci n'est pas sans conséquences sur le vieillissement qui survient plus précocement. En effet, à 50 ans, plusieurs patients vivent avec des handicaps significatifs et la perte d'autonomie peut survenir plus tôt que dans la population générale. De plus, la fin de vie peut survenir dans un contexte marqué par la solitude, la pauvreté et la faiblesse du réseau de soutien.

P. Lauzon

Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

T4.4

POUR SUIVRE UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PAR DIACÉTYLMORPHINE (HÉROÏNE) LORS D'UNE HOSPITALISATION EN SOINS GÉNÉRAUX

En 1995, un projet de prescription médicale de diacétylmorphine a été mis en place à Genève. Ce programme, placé sous la responsabilité du Service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), s'adresse à une cinquantaine d'usagers de drogues qui présentent des critères précis : plusieurs années de consommation d'héroïne en intraveineuse, au moins deux échecs thérapeutiques avec les traitements conventionnels et des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques. Ces dernières, associées à une moyenne d'âge élevée, entraînent des hospitalisations régulières dans des unités de soins généraux. Depuis 2001, à l'Hôpital cantonal, les traitements de substitution par diacétylmorphine sont poursuivis en cas d'hospitalisation. Le nombre de ces hospitalisations a progressivement augmenté pour atteindre en moyenne 13 par année.

Notre objectif était de pouvoir décrire les hospitalisations de patients en traitement de substitution par diacétylmorphine et les perceptions des infirmières impliquées dans ces situations de soins par le biais d'une analyse des dossiers de soins et d'interviews semi-structurés auprès de soignants. Nous observons que la remise de diacétylmorphine dans les unités de soins, sous réserve de modalités pratiques strictes, est faisable et recommandée car elle permet à des patients d'accepter des hospitalisations. Toutefois, la remise d'héroïne peut susciter craintes et interrogations chez certains soignants.

La poursuite des traitements de substitution par diacétylmorphine dans un hôpital général, essentielle pour certains patients, est donc possible sous réserve de l'existence d'un protocole et d'un encadrement des équipes de soins.

T. Musset¹, B. Rau¹, B. Broers²

¹Direction adjointe des soins ; ²Service de médecine de premier recours, HUG, Suisse

T5 : COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

T5.1

RECHERCHE-ACTION : COMORBIDITÉS TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ AVEC COMPORTEMENTS IMPULSIFS ET ASSUÉTUDES

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une redéfinition de plans de soins adaptés aux sevrages physiques et psychologiques des assuétudes en fonction des interrelations observées entre les troubles de la personnalité, la dynamique familiale/couple, la sexualité, le traumatisme psychique, les ruminations mentales, les troubles bipolaires et les conduites d'assuétudes. Celle-ci est divisée en trois phases auxquelles ont participé 60 patients hospitalisés entre mars 2011 et août 2011 en unité de sevrage. Les outils de mesures utilisés sont les suivants : IPDE, ADS, DAST, TRAUMAQ, BSDS, DISF-SR, FACES III. Nous observons que le nombre de personnes présentant des troubles de la personnalité est plus important dans le groupe "assuétudes" que dans le groupe "non-assuétudes". Les personnes traumatisées psychiquement obtiennent des scores à l'ADS (consommation d'alcool) plus importants que les personnes non traumatisées ($t(32) = -2.624$; $p = .048$). Nous constatons des corrélations significatives entre le traumatisme psychique et l'ADS ($r = .365$; $p = .034$) ; entre le nombre d'événements vécus et l'ADS ($r = .365$; $p = .034$) ; entre les ruminations mentales et l'ADS ($r = .358$; $p = .018$). Les troubles de personnalité sont donc prévalents chez les personnes présentant des conduites d'assuétudes. La consommation d'alcool est en lien avec les traumatismes psychiques, les ruminations et le cumul d'événements de vie vécus. La redéfinition de la prise en charge au regard des interactions constatées alimente le développement du projet "AÏDA" (HNP Saint-Martin) qui propose un Accompagnement Individualisé, Intégré et Différencié pour les usagers présentant des problématiques d'assuétudes associées à des troubles de la personnalité.

A. Bouchez¹, R. Clavie²

¹Département des soins aux patients ; ²Administration, H.N.P. Saint-Martin, Dave, Belgique

T5.2

LES CONTRIBUTIONS DES TRAUMAS INFANTILES ET DU TROUBLE POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES SUJETS DÉPENDANTS AUX SUBSTANCES

Bien que les traumatismes infantiles aient été associés aux troubles psychologiques survenant à l'âge adulte, le rôle de ces traumatismes précoces dans les troubles liés à l'usage de substance est peu connu. De façon plus spécifique, les abus physiques et sexuels rencontrés durant l'enfance sont fortement liés au trouble de stress post-traumatique (TSPT) mais également à d'autres troubles comorbides, tels que la dépendance aux

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

substances. L'étude actuelle cherche à examiner les contributions respectives des traumatismes infantiles et des symptômes de TSPT aux troubles liés à la dépendance aux substances.

Un échantillon composé de 59 patients atteints de dépendance aux substances et de 65 sujets témoins a été inclus dans l'étude. Les participants ont complété un questionnaire sociodémographique et ont rapporté les événements traumatiques vécus durant l'enfance. Les symptômes de TSPT et leurs antécédents psychiatriques ont également été évalués. Les sujets dépendants aux substances rapportent significativement davantage d'événements traumatiques infantiles ($p < .005$) et davantage de symptômes de TSPT ($p < .001$) que le groupe témoin. En contrôlant pour les abus physiques durant l'enfance, les symptômes d'hypervigilance étaient un prédicteur significatif du fait de souffrir d'un trouble lié à la dépendance aux substances.

Les traumatismes infantiles et les symptômes de TSPT prédisent tous les deux le fait de souffrir d'une dépendance aux substances. Les études précédentes ont montré que l'usage de substances, et plus spécifiquement de cocaïne, était associé aux abus physiques et sexuels durant l'enfance et au TSPT. Ces résultats montrent l'importance de traiter de manière conjointe la dépendance aux substances et le TSPT.

C.-E. Laguerre

Neurosciences, Laboratoire de stress traumatique, CHU de Toulouse, France

T5.3

ADDICTIONS ET PSYCHOSE : ETAT DES LIEUX

La cooccurrence d'abus ou de dépendance aux substances psychotropes et des troubles psychiques est très fréquente, jusqu'à 57% de prévalence selon certaines études. D'autre part, les patients dépendants à l'alcool ou aux drogues sont susceptibles de développer ou d'aggraver des symptômes psychiatriques. Ces deux problématiques sont donc intriquées et interagissent l'une sur l'autre.

Ce sous-groupe, celui des personnes qui souffrent de troubles dit "concomitants" (troubles psychotiques et addiction), attire particulièrement l'attention du fait qu'il met à mal les stratégies de soins que ce soit dans le champ de l'addiction ou dans celui des autres maladies mentales. Le peu d'efficacité des méthodes traditionnelles de prise en charge des addictions, l'utilisation fréquente des services médicaux, psychiatriques et sociaux en urgence et sans continuité, la suicidalité récurrente, l'instabilité sur le plan de l'hébergement, les difficultés à suivre le traitement, les incivilités, une criminalité plus fréquente, et le mauvais pronostic de l'addiction sont relevés comme caractéristiques de ce sous-groupe.

Le but de la présentation est d'effectuer un état des lieux des connaissances scientifiques sur les troubles concomitants et des différentes stratégies de soins possibles.

I. Gothuey

Clinique et Fondation de Nant, Corsier-sur-Vevy, Suisse

T5.4

DEVENIR DES TROUBLES DÉPRESSIFS ET DU RISQUE SUICIDAIRE APRÈS INITIATION D'UN TRAITEMENT PAR MÉTHADONE : RÉSULTATS DE L'ESSAI ANRS-MÉTHAVILLE

Les sujets dépendants aux opiacés présentent des comorbidités psychiatriques fréquentes et leur sévérité est associée à un risque accru de suicide et de pratiques à risque vis-à-vis du VIH et des hépatites virales. Nous avons évalué, au cours de l'essai ANRS-Méthaville, l'évolution des troubles psychiatriques et leur sévérité un an après l'initiation d'un traitement par méthadone (M12). Divers indicateurs ont été collectés en face-à-face (épisode dépressif majeur et risque suicidaire par l'entretien structuré MINI), lors d'entretiens téléphoniques (symptômes dépressifs par l'échelle CES-D) ou indirectement par l'orientation vers une consultation psychologique ou psychiatrique. Un test de McNemar a été utilisé pour évaluer la significativité des différences observées un an après l'initiation de méthadone pour les variables binaires.

Un test Q de Cochran a été utilisé pour les variables ordinaires. Les informations sur les symptômes psychiatriques sont disponibles chez environ 80 % des 197 sujets inclus. Le nombre de patients présentant un épisode dépressif majeur (MINI) est de 19 % à M0 (début du traitement) et 21 % à M12 (ns), mais de 40 % à M0 et 26 % à M12 lorsque l'évaluation d'un syndrome dépressif repose sur l'échelle CES-D. Les patients présentant un risque suicidaire (MINI) sont 28 % à M0 et 14 % à M12 ($p=0.007$). Aucune différence significative n'est observée entre M0 (14 %) et M12 (11 %) pour l'orientation vers une consultation spécialisée. L'introduction d'un traitement par méthadone s'avère donc associée à une réduction significative de la symptomatologie dépressive et du risque suicidaire à M12. Cependant, les proportions de sujets dépressifs et de ceux présentant un risque suicidaire élevé restent fortes à M12 et justifient le déploiement de stratégies de repérage et prise en charge plus importantes.

L. Michel^{1,2}, C. Lions³, M. Mora³, J. Cohen³, A. Morel⁴, P. Roux³, P. M. Carrieri³ et le groupe de travail ANRS Méthaville

¹Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge française ; ²U669, Inserm, Paris, ³UMR912, Inserm, Marseille, ⁴Oppelia, Paris, France

T5.5

LE DOUBLE DIAGNOSTIC DE MALADIE MENTALE SÉVÈRE ET DE TOXICODÉPENDANCE : LA NÉCESSITÉ D'UNE SENSIBILISATION DANS LES MILIEUX PSYCHIATRIQUES

Le double diagnostic, se réfère à la coprésence des problèmes de toxicodépendance et des maladies mentales comme les troubles bipolaires, les troubles anxieux ou la schizophrénie. La présence de troubles de toxicodépendance comorbide chez les patients souffrant d'une maladie mentale sévère est fréquente. Malheureusement, souvent, une maladie comorbide reste peu identifiée, et quand une maladie est reconnue, l'autre trouble peut rester sous-traité.

Afin d'étudier la prévalence du double diagnostic de toxicodépendance et de maladies mentales graves chez les patients psychiatriques à Alexandrie et d'en donner un tableau descriptif incluant les données sociales et démographiques ainsi que leur profil clinique, nous avons recruté 1299 patients du service de soins externes de l'Hôpital psychiatrique Al-Maamoura et de l'Hôpital universitaire d'Alexandrie. Ils ont été soumis à la version arabe de la Six-article K6 Scale qui est conçue pour mesurer la détresse psychologique grave (un indicateur de sévérité de la maladie mentale). L'évaluation psychiatrique s'est faite par l'instrument structurel de diagnostic clinique pour les troubles du DSM-IV (SCID I axe - I) modules A-E et le diagnostic a été posé d'après le DSM-VI-TR.

La prévalence des patients présentant un double diagnostic chez les patients psychiatriques à Alexandrie était de 22,1 %. Les patients ayant un double diagnostic ont la tendance à être des hommes célibataires, vivant en zone urbaine et ayant un statut socio-économique plus faible. Ils ont tendance à avoir un début plus précoce de la maladie, davantage de rechutes et une mauvaise adhérence aux soins.

A. Rady, H. Salama, O. El Kholi, A. Shawky

Université d'Alexandrie, Égypte

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi après-midi - Salle 2

T6 : ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PSYCHOÉDUCATION

T6.1

DE LA RUE AUX SOINS

Notre unité intègre le programme de substitution du Service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève et elle s'adresse à des personnes dépendantes aux opiacés. Avec le concours de celles-ci, nous construisons un projet de vie qui tient compte de leurs priorités et où vont s'articuler nos interventions de soins.

Les patients qui consultent pour la première fois sont souvent marginalisés ou en voie de le devenir. L'enjeu du traitement est de passer d'une "logique de rue" à une "logique de soins", de passer d'une demande d'urgence à une demande de soins. Ce passage progressif se décline en différents niveaux.

Nous distinguons deux modalités d'intervention. La première concerne le dispositif d'accueil que nous avons mis en place. Ce dernier est issu du concept de soins. Il permet de travailler sur la demande, de faire émerger des objectifs et de porter notre attention plus particulièrement sur le début du traitement. Le second est centré sur le produit et le traitement de substitution. Nous présenterons un outil que nous utilisons avec le patient pour parler du traitement et des substances. Celui-ci nous permet d'échanger sur ses connaissances et ses attentes vis-à-vis de la méthadone. C'est l'occasion de discuter de ses représentations et de lui donner des informations sur les différents effets de la méthadone et comment pourrait se dérouler son traitement. Alors que les traitements de substitution se posent à nous comme une évidence depuis plus de 20 ans, notre pratique évolue et nous questionne.

L. Lacroix, S. Forel

Service d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG, Genève, Suisse

T6.2

PES POSTAL - AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AU MATÉRIEL DE CONSOMMATION POUR LES USAGERS DE DROGUES : MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME EXPÉRIMENTAL DE DIFFUSION DES OUTILS DE PRÉVENTION PAR VOIE POSTALE

L'idée du "PES postal" a émergé au regard des difficultés exprimées par les usagers de drogues concernant l'accès au matériel de prévention. SAFE formule l'hypothèse qu'il existe des besoins de réduction des risques non couverts par les établissements médicaux-sociaux en raison de facteurs limitant qui peuvent être structurels ou d'ordre personnel. Nous pensons que l'envoi "personnalisé" de matériel par voie postale constitue un moyen efficace pour favoriser l'accès à la réduction des risques. L'objectif visé est l'amélioration de la connaissance et des besoins des publics repérés par l'analyse des dossiers des usagers ayant intégré la file active du programme (N= 69). Nous présentons ci-après les premiers résultats de cette expérimentation démarrée en juin 2011.

- L'inclusion dans la file active d'au moins un nouvel usager par semaine (sans promotion autre que sur les sites de SAFE et psychoactif.fr)
- Une diversité de motivations pour intégrer le PES postal :
 - des facteurs structurels (éloignement, horaires...);
 - des problèmes personnels (handicap, peur...);
 - un échec dans la relation avec l'établissement médico-social spécialisé.
- Caractéristiques du public :
 - une proportion de femmes plus élevée que dans les CAARUD ;
 - une majorité d'usagers qui travaillent.
- Une demande d'outils importante (quantité et variétés).
- Une grande qualité de dialogue.

Le PES postal permet bien de compléter l'offre de RDR et nécessite une composante d'accompagnement au-delà de la seule expédition de matériel.

L'expérimentation se poursuit en lien avec la Fédération Addiction pour :

- améliorer le recours au matériel de RDR ;
- améliorer l'accès aux établissements médico-sociaux ;
- évaluer la pertinence de transférer le programme sur les territoires.

C. Duplessy-Garson, J.-L. Bara

Association SAFE, en partenariat avec Psychoactif et la Fédération Addiction, Paris, France

T6.3

UTILISATION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES EN ADDICTOLOGIE : DE LA CONTRAINTES À L'AUTODÉTERMINATION

L'addiction est associée à une perte de contrôle et parfois à une altération du discernement. L'entrée dans les soins se fait souvent dans des périodes de crises pouvant être des moments de stress majeurs pour les patients. Le traitement de ces crises est fréquemment vécu de manière contraignante et traumatique par le patient, notamment lors des hospitalisations psychiatriques, que le statut d'admission soit volontaire ou non. Ce vécu peut conduire à des attitudes d'évitement vis-à-vis des soins et ainsi alimenter la spirale dans laquelle le patient se trouve. Le sentiment de contrainte se trouve alors augmenté. Le Service d'addictologie de Genève a tenté d'explorer les ouvertures cliniques potentiellement issues des dispositions législatives genevoises relatives aux directives anticipées. Les directives anticipées ont été pensées comme un outil pouvant offrir une perspective d'autodétermination majeure aux patients subissant des soins sous contrainte. Le but est ici de discuter et d'illustrer les avantages d'un tel outil dans la construction d'un partenariat thérapeutique en addictologie.

T. Rathelot, Y. Khazzal

Service d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG, Genève, Suisse

T6.4

L'ENJEU DE LA RECONNAISSANCE DES PHARMACIENS COMME ÉDUCATEURS DE SANTÉ

La prise en charge des addictions doit aujourd'hui être pensée de façon transversale et transdisciplinaire. Il s'agit de décloisonner les approches thérapeutiques et préventives des addictions qui, jusqu'alors, s'effectuaient par produit. La place du pharmacien est ici primordiale : suivi des traitements de substitution, analyses toxicologiques, mesures biologiques, mais aussi repérage précoce et orientation ou information concernant les produits psychotropes, leurs effets et leur toxicité.

Les pharmacies d'officine constituent également un réseau de proximité sans équivalent et sont un lieu idéal de mise en place d'actions de santé publique, avec possibilité d'orientation vers les dispositifs de prise en charge locaux.

La société attend que les pharmaciens jouent un rôle important dans le domaine des addictions : de part sa place d'observateur des comportements, mais aussi de médiateur et de confident, le pharmacien d'officine doit être à même de prévenir, repérer et orienter le patient alcoolodépendant.

Cependant, le pharmacien a reçu une formation universitaire orientée essentiellement vers la chimie, la biochimie et la pharmacologie. Or, lorsqu'il exerce sa profession, il doit développer des compétences de conseiller en matière de santé physique mais aussi psychologique, d'agent de prévention et également d'acteur social. Il n'a été formé pour aucune de ces compétences et il n'est pas directement rétribué pour les utiliser et en faire bénéficier les personnes qui viennent dans son officine. Cette reconnaissance du pharmacien comme éducateur de santé et acteur de santé publique est un enjeu pour les années à venir.

N. Bonnet¹, A. Borgne^{1,2}

¹RESPADD, ²Service d'addictologie, Hôpital René-Muret, Sevrans, France

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Jeudi après-midi - Salle 16

T7-1 : MEDNET / CONTEXTE RÉGIONAL MOYEN-ORIENTAL**T7-1.1****PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROGRAMME MEDNET**

MedNET (Mediterranean Network of Co-operation on Drugs and Addiction) dont le mandat inclut l'alcool et la dépendance au tabac, vise à promouvoir la coopération et un partage des connaissances entre les pays des deux côtés de la Méditerranée (échanges Nord-Sud et Sud-Nord), ainsi que parmi les pays de la Méditerranée (échanges Sud-Sud).

Au départ, le réseau était orienté vers l'Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie). Les partenaires en Europe étaient la France, les Pays-Bas et Malte. Le réseau s'est ensuite étendu à 13 États membres. Le Liban, l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont adhéré en 2007. La Tunisie en 2009, la Jordanie, l'Égypte et Chypre en 2010, la Grèce en 2011.

L'objectif à long terme est d'améliorer la mise en œuvre d'une politique des drogues cohérente dans tous les pays participants, en tenant compte des facteurs culturels.

Les groupes cibles du réseau sont des professionnels de terrain : médecins, travailleurs sociaux, représentants d'ONG, chercheurs et les "décideurs". Le réseau favorise l'interaction entre la politique, la pratique et la science.

Le Groupe Pompidou a d'abord tourné son attention vers la région méditerranéenne en 1999, par le biais d'une conférence à Malte sur "La coopération dans la région méditerranéenne sur l'usage de drogues : mise en place de réseaux dans la région méditerranéenne".

Les activités de MedNET n'ont cessé de se développer. Elles contribuent à promouvoir des réponses efficaces et appropriées pour l'usage de drogues par des échanges de bonnes pratiques et la coopération régionale dans les domaines de la prévention, du traitement et de l'application de la loi.

F. Mabileau

Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg, France

T7-1.2**PROGRAMME DE RECHERCHE ÉGYPTIEN EN TOXICODÉPENDANCE : PRÉVALANCE DE L'USAGE D'ALCOOL ET DE SUBSTANCES AU CAIRE**

Des enquêtes nationales représentatives de l'alcool et de l'abus de substances sont nécessaires pour l'élaboration des facteurs de risque et l'évaluation des programmes conçus pour la réduction des méfaits associés à l'abus de substances. L'objectif est de déterminer la prévalence de l'abus de substances et de la dépendance au Caire, en Égypte et de comparer les caractéristiques associées avec ce qui est connu au sujet de la consommation de substances et la dépendance dans le monde entier. Un total de 38608 habitants du Caire ont été interrogés en deux vagues, 2008 et 2009, selon un plan d'échantillonnage stratifié. Un questionnaire spécialement conçu ou les questions sont dérivés de l'"Addiction Severity Index (ASI)" a été appliqué à tous les sujets. Douze mille sept cent soixante-dix-neuf sujets ont été identifiés comme ayant fait usage de substances illicites au moins une fois dans leur vie (33 %). Les modèles récréatifs et occasionnels de l'utilisation de substances sont de 4 % et 5,7 % respectivement, tandis que l'utilisation régulière et l'abus/dépendance sont plus fréquents (10,7 % et 10,8 % respectivement). La prévalence de l'abus de substances est plus fréquente chez les personnes dont le niveau d'éducation est faible, ainsi que dans certaines professions. La tranche d'âge 26 à 45 ans représente la tranche d'âge supérieur concernant l'âge où débute l'utilisation de substances. Les cannabinoïdes sont la substance la plus fréquemment utilisée dans l'échantillon (26 %), suivie par l'alcool (10,6 %), les opioïdes (9 %) et les médicaments sur ordonnance (6,9 %). La prévalence de la toxicodépendance est 10 fois plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

En conclusion, la prévalence de l'usage de substances dans cette étude est un peu inférieure à celle rapportée par les pays occidentaux et beaucoup plus élevée par rapport à une étude similaire publiée en 2009. La prévalence réelle de la population de l'usage de substances au Caire est probablement plus élevée que celle rapportée, en gardant à l'esprit l'ampleur de la sous-déclaration. La structure démographique de l'usage de substances reflète clairement la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments ainsi que les effets des croyances culturelles.

A. A. H. Khoweiled

Secrétariat général de la santé mentale, Ministère de la santé et de la population d'Égypte ; Département de psychiatrie, Université du Caire, Égypte

T7-1.3**MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION À LA BUPRÉNORPHINE AU LIBAN**

La mise en place d'un traitement de substitution à la buprénorphine au Liban a débuté en 2005 et s'est poursuivie jusqu'à fin 2011, date à laquelle la buprénorphine a commencé à y être distribuée légalement. Lorsque le processus a démarré en 2005, aucun pays de la région du Moyen-Orient et du Nord de l'Afrique n'utilisait encore les traitements de substitution, excepté l'Iran.

Nous exposerons les différentes étapes du processus de légalisation de l'utilisation de la buprénorphine : lobby afin d'argumenter l'acceptation de la nécessité des traitements de substitution ; moyens de surmonter les différents obstacles politiques, culturels et idéologiques qui ont entravé la progression des événements ; et enfin, établissement de guidelines nationaux qui régissent actuellement l'application du traitement à la buprénorphine au Liban.

L'expérience libanaise pourrait inspirer d'autres pays avoisinants qui, en majorité, partagent les mêmes spécificités culturelles et sociales.

R. Haddad

Psychiatrie, Skoun, Beyrouth, Liban

T7-2 : PROGRAMME MEDNET / DISPOSITIFS ÉMERGENTS AU MAGHREB**T7-2.1****CADRE LÉGAL TUNISIEN DE LUTTE CONTRE LES STUPÉFIANTS**

Le législateur tunisien traite les infractions de détention, usage et commerce des substances addictogènes par des textes spécifiques qui dérogent aux règles admises pour l'ensemble des infractions pénales. L'évaluation du rôle préventif de cet instrument légal, considéré comme trop rigide, ne semble pas, a posteriori, concluante en matière d'incitation au sevrage et à la réhabilitation.

- La Loi 69-54 du 28 Juillet 1969 portant sur la réglementation des substances vénéneuses classe les stupéfiants dans le Tableau B, leur prévoit des dispositions spéciales, et prévoit des sanctions pour les contrevenants. Elle a permis la création d'un bureau national des stupéfiants et d'une commission nationale des toxicodépendances qui peut astreindre la personne toxicodépendante à subir une cure de désintoxication.

- La Loi N° 92-52 du 18 Mai 1992, relative aux stupéfiants, a introduit une mise à jour des substances figurant sur la Tableau B, ainsi qu'un durcissement des sanctions contre les consommateurs et les trafiquants, en relevant les planchers de l'incarcération et en les privant des circonstances atténuantes. On observe un développement exponentiel des consommations au cours des 20 dernières années, un développement de la gamme des produits utilisés, une modification du rang des produits consommés, avec prééminence du cannabis par rapport aux médicaments psychotropes, et l'apparition de manière inquiétante de l'usage des drogues injectables par détournement des produits de substitution (Subutex®).

Le recours au système de soins instauré officiellement est très limité : environ 100 cas par an.

Vendredi matin - Salle 14

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Cependant, le développement des actions de la société civile a permis ces quelques dernières années de soutenir un nombre beaucoup plus important de sujets dépendants. La prise de conscience actuelle de la nécessité de réformer les textes de loi en vigueur en Tunisie en redonnant au juge la possibilité d'adapter la sanction à la gravité de l'infraction, en favorisant la prise en charge médico-sociale et les sanctions pédagogiques sans pour cela perdre de vue systématiquement la notion de délinquance.

N. Ben Salah

Direction générale de la santé, Ministère de la santé, Tunis, Tunisie

T7-2.2

TOXICODÉPENDANCE EN ALGÉRIE : ÉTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Considérée dans le passé comme un phénomène propre à certains pays industrialisés, la consommation de drogues est devenue un fléau observé à l'échelle mondiale.

L'OMS affirme que l'usage de drogues constitue l'une des principales causes de handicap social et que celui-ci est notamment :

- l'une des raisons les plus fréquentes d'interruption du cycle de développement intellectuel et d'apprentissage social chez les jeunes ;
- la principale cause de contre performance ;
- la première cause d'accidents et de traumatismes ;
- et il peut induire un passage à l'acte violent envers soi-même et autrui.

En Algérie l'irruption du phénomène de "toxicodépendance" est relativement récente. Notre pays en particulier voit le nombre de personnes toxicodépendantes augmenter inexorablement depuis quelques années. Les adolescents sont tout particulièrement pris pour cible par les dealers profitant de la faiblesse d'une jeunesse trop souvent mal informée des dangers de la drogue.

Ce phénomène constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics, des professionnels de la santé, des éducateurs, des parents et des mouvements associatifs.

Nous nous proposons ici de rapporter l'histoire de l'irruption, de la propagation et du développement de ce phénomène en Algérie. Mais aussi de présenter des problèmes concernant le recueil des données, la production et le trafic, la toxicodépendance et les milieux de jeunes, la toxicodépendance et la politique de santé. Nous discuterons également de la mobilisation des pouvoirs publics et des professionnels de la santé face à ce fléau (sur le plan sanitaire, législatif, de la formation et de la recherche).

M. S. Laidli

Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Alger, Algérie

T7-2.3

ÉVALUATION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PAR LA MÉTHADONE AU CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT, DE PRÉVENTION ET DE RECHERCHE EN ADDICTIONS DE L'HÔPITAL ARRASI DE RABAT-SALÉ

Nous avons réalisé une étude prospective sur deux ans visant à évaluer le profil des patients mis sous traitement de substitution par la méthadone, ainsi que l'impact de celui-ci sur l'addiction et la qualité de vie. Pour ce faire, nous avons procédé à une évaluation initiale en utilisant une évaluation clinique globale permettant de mesurer la gravité de l'addiction (ASI - Addiction Severity Index) ainsi que la qualité de vie (SF 36). Cette évaluation a été effectuée tous les 6 mois.

Notre échantillon est constitué de 19 hommes et une femme âgés en moyenne de 35.9 (±7.9) ans. L'héroïne est utilisée par voie intraveineuse (50 % des cas), fumée (50 %) et sniffée (20 %). De plus, tous les patients sont dépendants au cannabis et au tabac. 82 % des patients sont abuseurs d'alcool et du crack, 72.7 % abusent de la cocaïne et 72.7 % des patients sont dépendants aux benzodiazépines. La présence d'un trouble de l'humeur est retrouvée chez 45.4 % des patients : 14.5 % sont schizophrènes et 14.5 % ont un trouble de la personnalité antisociale. 15 % ont

une sérologie positive à l'HVC et un seul patient (5 %) est positif au VIH.

Le taux de rétention au traitement par la méthadone est de 65 % (7 patients ont quitté le programme dont 3 exclus).

Nous relevons une baisse du recours aux injections des opiacés et de la consommation d'héroïne. Par contre, nous observons une augmentation de la consommation d'alcool, de cocaïne, de benzodiazépines, et surtout de cannabis. Quant à l'évolution de la qualité de vie, elle est considérablement positive, puisque les indicateurs de santé physique sont passés de 38 % à 88 % et ceux de santé mentale de 27 % à 93 %. Nous avons noté également une baisse significative des scores globaux de gravité de l'ASI, qui sont passés de 0.56 à 0.26.

Il apparaît aujourd'hui essentiel de renforcer le traitement de substitution aux opiacés étant donné son impact sur la morbidité, la mortalité liées à l'addiction aux opiacés ainsi que sur la qualité de vie et la réinsertion sociale

F. El Omari, N.Tarek, M.Sabir, J.Toufiq

Centre National de Traitement, de Prévention et de Recherche en Addictions (CNTPRA), Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi, CHU Rabat-Salé, Maroc

T7-2.4

LA PRESCRIPTION DE MÉTHADONE AU CHU DE CASABLANCA : DEUX ANS D'EXPÉRIENCE

Le traitement à la méthadone a été introduit au Maroc en juin 2010, dans le cadre du programme de réduction des risques adopté par le Ministère de la santé. Il a été implanté dans trois villes : Casablanca, Tanger et Rabat. Le premier patient, à Casablanca, a été recruté en juillet 2010. Au bout de deux ans, 37 patients ont été inclus. La file active actuelle est de 25 sujets dont une femme. Quatre personnes ont été sevrées à la méthadone, on compte sept abandons pour déménagement et une incarcération. La plupart des consommateurs étaient des fumeurs, mais plus de la moitié ont été injecteurs, dont 20 % avaient déjà partagé des seringues. La dose moyenne administrée est de 61.8 mg. L'analyse descriptive, les difficultés d'une telle prise en charge et les avantages inhérents à ce traitement vont être discutés lors de la présentation.

S. Berrada

Service d'addictologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc

T8 : CONTEXTE MENA/COMMUNICATIONS LIBRES

T8.1

POUR UN PARTENARIAT EFFICACE : LA GUIDANCE PARENTALE

Oum el Nour, Organisation non gouvernementale à but non lucratif, fondée en 1989, a accepté de relever le défi de prévenir les dépendances et d'assurer la réhabilitation pour les personnes dépendantes aux substances psychoactives.

Notre mission est d'œuvrer en vue d'empêcher les personnes de devenir dépendantes et d'aider celles qui le sont à surmonter leur dépendance et à retrouver leur fonctionnalité au sein de la société.

La prévention se décline en deux programmes ; l'un se rapportant à la sensibilisation de différents publics, jeunes, adultes, parents, etc., l'autre se rapportant essentiellement à l'éducation et à la formation. Ce dernier consiste à former des agents de prévention dans différentes communautés à savoir dans les écoles, quartiers, municipalités, paroisses, mouvements de jeunes... afin qu'ils puissent eux-mêmes développer des projets adaptés au contexte dans lequel ils interviennent. Il s'agit également d'introduire des programmes de développement personnel dans le cursus scolaire, et ce, à tous les cycles.

La réhabilitation se réalise à travers une chaîne thérapeutique ayant son point de départ au niveau du service d'accueil, des centres résidentiels de réhabilitation, du centre de réhabilitation

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

en ambulatoire et du service de suivi ; elle est d'une longue durée, soit de 15 mois.

La réhabilitation repose sur le modèle de la communauté thérapeutique, au travers de l'approche cognitivo-comportementale et est assurée par une équipe multidisciplinaire constituée essentiellement d'éducateurs, d'assistantes sociales, de psychologues et d'ex-résidents. Seul organisme à accueillir des femmes en milieu résidentiel, Oum el Nour a une capacité d'accueil de 90 personnes. C'est l'abstinence totale qui est visée ainsi que la réintégration sociale sans aucun recours aux produits de substitution.

D. Matar Karam

Oum el Nour (ONG), Beirouth, Liban

T8.2

FAUT-IL TRAITER OU FAUT-IL GÉRER ?

La prise en charge de la toxicodépendance constitue un domaine où l'établissement d'une relation de confiance est une base indispensable d'une quelconque alliance thérapeutique, elle-même indispensable à une quelconque action thérapeutique, et elle semble particulièrement difficile. Ceci découle de l'aspect de rébellion et de transgression de la toxicodépendance particulièrement à l'égard du pouvoir médical, source de conflits et d'affrontements plus ou moins explicites avec les intervenants médicaux.

Plus largement, la toxicodépendance représente bien souvent une tentative auto-thérapeutique face à un état de souffrance psychique, et même si cette tentative vient à échouer. Il ne va pas de soi que la personne toxicodépendante abandonne complètement sa quête et s'en remette à l'autre pour demander de l'aide. Pendant longtemps, la demande de soins peut rester ambiguë. La personne toxicodépendante peut être dans l'attente d'un meilleur produit que celui ou ceux dont il a disposé jusque-là et dont le médecin aurait le secret.

La personne toxicodépendante, de part son expérience, possède un savoir sur elle-même et surtout sur les effets des psychotropes. Le médecin, de son côté, possède aussi sur ces mêmes sujets un savoir mais différent. L'enjeu est de pouvoir faire alliance pour trouver un meilleur équilibre pour le sujet et des réponses mieux adaptées à sa souffrance. Le danger est de rester dans une opposition et une lutte de pouvoir stériles en se déniaient mutuellement tout savoir.

M. Tabti

Service de toxicodépendance, Etablissement hospitalier spécialisé de psychiatrie ; Hôpital Frantz-Fanon ; Hôpital psychiatrique de Blida, Algérie

T8.3

EVALUATION DE LA SPIRITUALITÉ CHEZ LES PATIENTS TOXICOMANES SEVRÉS AU COURS DE PROGRAMMES DE RÉHABILITATION BASÉS SUR LE MODÈLE DES DOUZE ÉTAPES

L'abus de substances se réfère à l'usage non thérapeutique des stupéfiants de manière potentiellement dangereux, mais ne répond pas aux critères de la dépendance. La dépendance est définie comme l'utilisation compulsive de drogues malgré les conséquences négatives. Il y a un intérêt, populaire et professionnel, croissant d'étudier la relation entre, la spiritualité, la religion et la santé en général, et la dépendance. La religion représente une foi spécifique organisée, tandis que la spiritualité reflète une plus grande croyance en un but plus pur et suprême, de sens divine et de valeur.

Nous avons voulu évaluer la spiritualité chez les patients toxicodépendants à l'héroïne dans la culture égyptienne et définir le point optimal pour l'intervention d'un groupe de soutien d'inspiration spirituelle.

L'étude a été menée sur 40 patients toxicodépendants à l'héroïne. L'échantillon a été confiné à la population d'Alexandrie. Il est composé de patients hommes âgés de 18-30 ans de 8 centres de traitement privés différents. Tous les cas ont été soumis à un examen physique et neurologique. L'évaluation psychiatrique a été effectuée à l'aide du DSM-IV-TR, et un test de dépistage pour substances psychoactives dans l'urine a été pratiqué pour chaque patient. Ces derniers ont répondu à la sous-échelle

de la spiritualité de Substance Abuse Philosophie Programme Questionnaire (SPPQ version arabisée valide et fiable).

Les patients montrent un score élevé pour la sous-échelle de spiritualité, sans différence statistique entre les patients pendant la période de désintoxication, moins de 3 mois d'abstinence, et ceux à plus de 3 mois d'abstinence, donc pratiquement au cours de programme de réhabilitation basé sur le modèle de 12 étapes.

A. Rady, H. Salama, O. El Kholi, A. Shawky

Université d'Alexandrie, Egypte

T8.4

PROBLÈMES DE DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES RENCONTRÉS DANS NOTRE RÉGION, DIAGNOSTIC DE SITUATION ET PERSPECTIVES D'INTERVENTION

Le diagnostic de la situation actuelle concernant l'usage et la dépendance aux opioïdes dans l'Est algérien est difficile à établir, d'un côté, à cause du contexte socio-culturel, religieux et légal, qui ne permet pas de déclarer et d'identifier clairement les consommateurs/UDI et, de l'autre, à cause du manque de statistiques et de données académiques et bibliographiques locales correctes et fiables. Ce qui a empêché le bon développement de l'élaboration de stratégies, de politiques de prévention et de prise en charge des consommateurs de drogues illicites et d'opioïdes.

La société civile dont les capacités sont affaiblies par le manque de financement de projets associatifs, communautaires et institutionnels, se trouve incapable d'assurer et d'actualiser les connaissances nécessaires aux intervenants pour promouvoir la qualité des prestations proposées en matière d'accès aux soins, d'accompagnement, d'appui psycho-social et de respect de l'aspect genre.

L'autosubstitution, l'exposition aux pratiques clandestines à risques, aux overdoses et aux contaminations VIH/VHC se sont propagées suite aux idées fausses liées au concept de la substitution et à celui de la réduction des risques (PAS). Dépourvu de Programme méthadone/Programme aiguille et seringue, menés par nos institutions spécialisées, les consommateurs n'ont pas pu bénéficier de soins, de programme de désintoxication et d'une substitution médicale efficace et bien poursuivie.

Ceci, malgré les efforts fournis par notre association en réalisant beaucoup de projets de prévention des drogues dans le milieu des jeunes. Malheureusement, nos actions sont limitées à la prévention primaire et/ou parfois secondaire... De ce fait, un certain nombre de facteurs peuvent être considérés comme favorables dans la perspective de la mise en place d'une intervention (secondaire et tertiaire) adaptée :

- mobilisation de la société civile : par des formations, création de réseaux, accompagnement lors de la substitution ;
- mobilisation des professionnels : par l'implication des services de santé spécialisés ;
- soutien prévisible des familles : l'appui, la sensibilisation sur leur rôle important ;
- soutien gouvernemental et institutionnel : ratification et implication de l'ONLCDT (Programme méthadone, RDR, PAS...) ;
- soutien international, par l'expertise, appui et financement de projets locaux et de proximité.

L. Adjabi

Association INFO-COM Jeunes de Guelma, Algérie

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Jeudi après-midi - Salle 4

T9 : PAIRS-AIDANTS, PROCHES, APPROCHES PARTICIPATIVES**T9.1****L'OBSERVATOIRE DU DROIT DES USAGERS, LE DROIT AU SERVICE D'UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE**

La prise en charge des addictions – et particulièrement le soin dévolu aux traitements de la dépendance aux opioïdes – est caractérisée par des dispositions réglementaires essentiellement destinées à protéger le système des abus, ou détournement opérés par les usagers, le respect des règles étant considéré à juste titre comme un élément crucial du dispositif. En inversant le prisme, il serait édifiant d'apprécier l'importance accordée à l'évaluation déontologique des pratiques institutionnelles, les usagers n'ayant que peu de relais pour s'exprimer sur la qualité des soins qu'on leur offre, et surtout étant dépourvus d'un dispositif dédié au recensement d'éventuels abus.

Ce déséquilibre est dommageable au bon fonctionnement de l'ensemble du système. Il pèse sur l'indispensable dynamique d'alliance thérapeutique, si souvent recommandée par les instances officielles. Pour remédier à cette lacune, ASUD, groupe d'auto-support d'usagers de drogues, et la Fédération Addiction, association de professionnels de l'addictologie, proposent la mise en place d'un observatoire virtuel, élaboré grâce aux nouvelles technologies et susceptible de recueillir les doléances des usagers sur la qualité de leur prise en charge. Cet outil à vocation nationale se propose de faire émerger un espace de dialogue entre usagers et professionnels qui tient compte à la fois des pesanteurs institutionnelles et de la vulnérabilité spécifique des populations concernées par le traitement de la dépendance. Des situations concrètes telles que le refus de soins, le non respect du secret médical, ou l'utilisation des analyses urinaires seront exposées et analysées en binôme par un représentant des usagers et un professionnel du soin. La mise en place d'un travail partenarial d'analyse et de remédiation des situations de crise sera également l'un des axes de la présentation.

F. Olivet¹, N. Latour²¹Association d'auto support des usagers de drogues (ASUD) ; ²Fédération Addiction, Paris, France**T9.2****THÉRAPIE AVEC LES PROCHES : THÉRAPIE FAMILIALE ET/OU COTHÉRAPIE ?**

Rencontrer les proches du patient est souvent mis en avant comme une part très importante du traitement ; mais pour que cela soit pertinent, il faut en préciser les finalités, qui peuvent être différentes selon que la demande émane du patient, d'un ou de plusieurs proches, de professionnels du réseau ou encore du lieu de soin.

Cette étape essentielle permettra de construire un contexte thérapeutique où les besoins et les rôles de chacun seront clairs pour l'ensemble des protagonistes, de définir une stratégie globale et de s'appuyer sur les ressources présentes dans le système thérapeutique pour tenter de résoudre les problèmes allégués.

De fait et selon les situations, on pourra parler de thérapie familiale, de cothérapie ou encore de thérapie avec la famille (ou les proches), pour reprendre une expression chère à Maurizio Andolfi.

P. Beytrison

ASTHEFIS, Fondation Phénix, Chêne-Bougeries (GE), Suisse

T9.3**REFONDATION DU PROJET THÉRAPEUTIQUE DU CSAPA DE LA HAUTE-MARNE CENTRÉ SUR LE DROIT DES USAGERS**

Nécessité de prendre en compte trois obligations réglementaires : la mise en conformité avec la loi du 2002-02 ; l'évaluation interne ; la réécriture de notre projet d'établissement qui arrivait en fin de vie (5 ans).

Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi une méthode reposant sur l'évaluation de nos pratiques. Nous voulions une réflexion globale, systémique, cohérente et avec une prise de recul. L'évaluation interne, suivant un référentiel interne couvrant toutes les activités et obligations réglementaires d'un CSAPA, était notre outil. La cellule d'évaluation réunissant des professionnels et des usagers a identifié des marges d'amélioration, traitées ensuite par des groupes de travail spécifiques. Les données recueillies nous ont permis de réécrire le projet d'établissement et de mettre en acte des améliorations de nos pratiques.

Nous avons obtenu des résultats à plusieurs niveaux : pour la première fois, la mobilisation effective d'une partie des professionnels et des usagers sur un projet commun ; l'évolution de la posture des professionnels : centrage sur les usagers et leurs droits, pas sur nos pratiques ; la labellisation "2011, l'année des patients et de leurs droits" par l'agence régionale de santé, qui constitue une reconnaissance de notre travail ; la refondation du projet d'établissement centré sur le droit des usagers.

La prise en compte de la contrainte du droit des usagers s'avère donc être structurante pour le projet d'établissement.

M. Schmitt-Petit, M.-R.

Marc et la Commission droit des usagers. CSAPA, ANPAA 52, Chaumont, France

T9.4**OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE, RÉCIT D'UNE EXPÉRIENCE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES D'USAGERS À USAGERS**

Modus Vivendi met en œuvre depuis bientôt 20 ans des programmes de prévention du sida et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, avec la collaboration d'associations et d'usagers de drogues.

Le projet Boule-de-Neige consiste à mener des actions de prévention par les pairs du sida, des hépatites et des autres risques liés à l'usage de drogues. Il s'agit d'opérations de proximité, visant un public marginalisé d'usagers (et en priorité les injecteurs) qui n'ont, en général, peu ou pas de contacts avec les structures de soins et qui sont peu touchées par les campagnes de prévention destinées au grand public. Il présente l'avantage de cumuler un objectif de prévention et de diffusion de l'information avec la récolte de données sur l'évolution des connaissances et des pratiques des usagers de drogues, sur la base de leur participation active à la prévention. Concrètement ? Des usagers de drogues participent à une petite formation dont ils font par la suite bénéficier d'autres consommateurs. En effet, munis d'un sac à dos contenant des questionnaires et des brochures, ils abordent des usagers et leur soumettent une cinquantaine de questions réparties en huit catégories (hépatites, sida, relations sexuelles, usages de drogues, traitements de substitution, overdose, pratique de sniff, pratique d'injection). Ces questions représentent une porte ouverte à la discussion et à la diffusion de brochures en lien avec le thème abordé. Si l'objectif principal est de réduire les risques liés à l'usage de drogues, il permet aussi à des usagers marginalisés d'être acteur de prévention auprès de leurs pairs et d'ainsi jouer un rôle au sein de la société.

A travers cet exposé et les discussions qui en suivront, nous souhaitons transmettre cette expérience qui, avec le temps, s'est déclinée en plusieurs volets puisque le même projet est mis sur pied en milieu carcéral ainsi que dans la rue, auprès d'un public exclusivement féminin.

C. Lonfils

Modus Vivendi, Bruxelles, Belgique

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi matin - Salle 4

T10 : MILIEU RÉSIDENTIEL ET RÉINSERTION

T10.1

INSTITUTIONS RÉSIDENTIELLES ET RÉINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

La sortie de la dépendance ne concerne pas seulement l'affranchissement de pratiques de consommation, mais aussi l'éloignement de situations de vie problématiques. C'est l'une des missions de l'offre socio-éducative en milieu résidentiel. Depuis la fin des années 1990, une tendance à l'affaiblissement de ce type de prestation est identifiée en Suisse, où plus de cinquante établissements ont fermé leurs portes. Cependant, face à la prévalence de certaines situations sociales et psychopathologiques lourdes, ainsi qu'à l'évolution des profils des usagers, cette relativisation de la place du résidentiel semble avoir trouvé ses limites ces dernières années.

Quelles sont les avantages et inconvénients de l'offre résidentielle pour l'amélioration des lieux sociaux des pensionnaires ? Que peut-on constater sur le développement de leurs trajectoires au niveau de leur retour à une activité ? Quelles sont les perceptions de ces défis de la part et des professionnels et des usagers ? Une évaluation qualitative et pluraliste de l'offre résidentielle en Suisse francophone a été menée par une équipe de sociologues de l'Université de Lausanne qui a effectué une vaste recherche qualitative des anciens pensionnaires et des professionnels de l'offre résidentielle, ambulatoire et médicale (environ 150 entretiens).

Les principaux résultats de cette recherche au niveau de la réinsertion socio-professionnelle seront présentés et discutés par des représentants de l'association faitière des institutions socio-éducatives suisses francophones. Elle a mis en évidence notamment la nécessité de l'articulation et de la complémentarité entre les différents secteurs d'intervention (social et médical) et les types de prise en charge (ambulatoire et résidentielle). Elle propose aussi des pistes de réflexion pour une meilleure insertion sociale et professionnelle des usagers concernés.

P. Roduit

CRIAD, Fondation Le Relais, Morges, Suisse

T10.2

AU-DELÀ DES TSO DANS UN CENTRE RÉSIDENTIEL : UNE EXPÉRIENCE GENEVOISE AUTOUR DES BENZODIAZÉPINES

Depuis 2001, les centres résidentiels socio-éducatifs (ARGOS) à Genève, traditionnellement dans une vision d'abstinence complète, ont accueilli des résidents avec un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Cette expérience fut évaluée positivement. Toutefois, des usagers avec une prescription de benzodiazépines (BZD) n'avaient pas accès aux centres. Dans un projet pilote, nous accueillons depuis mars 2012, après évaluation psychiatrique, certains usagers avec un traitement de longue durée de BZD. Pour des raisons pratiques, une seule BZD (avec demi-vie longue : le chlorazépate) peut être prescrite, et est distribuée sous surveillance.

Les analyses descriptives basées sur les données récoltées par le biais de dossiers standardisés, ainsi que le dépouillement des commentaires des équipes et des résidents à 3-6 mois, ont permis de constater que le projet nécessite une collaboration intense avec le pharmacien et les deux médecins impliqués, ainsi qu'une vigilance accrue des éducateurs. Des neuf nouvelles entrées en trois mois, six ont un traitement de BZD. Cette nouvelle population semble avoir plus de comorbidités psychiatriques et médicales, plus de médicaments, être moins stable sur le plan médico-psycho-social et venir plus souvent directement du milieu carcéral. La prise en charge initiale et le suivi nécessitent plus de temps. La confrontation entre résidents avec et sans BZD entraîne par moments des tensions au sein de la vie communautaire.

En revanche, le switch d'un autre BZD en chlorazépate pose peu de problèmes. En conclusion, accepter des BZD dans un centre résidentiel permet d'accueillir une nouvelle clientèle et semble répondre à un besoin, mais pose des défis particuliers et nécessite un encadrement strict et plus intense. L'intégration avec les résidents sans BZD doit être travaillée.

B. Broers¹, K. Roztocil¹, T. Rathelot², H. Durnat³, S. Michaud³, F. Hollinger³, P. Mancino³

¹Unité des dépendances, Service de médecine de premier recours ;

²Service d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG ;

³ARGOS association d'aide aux toxicomanes, Genève, Suisse

T10.3

HESTIA, UN PROJET DE RÉINSERTION SOCIALE PAR LE LOGEMENT

Dans cet atelier, nous proposons d'exposer un projet de réinsertion sociale par le logement pour un public d'usagers ou ex-usagers de produits.

Le Projet Hestia existe depuis une vingtaine d'années. Il est subventionné par le Secrétariat au logement de la région Bruxelles-Capitale. Son objectif social de réinsertion par le logement est poursuivi, d'une part, en mettant à disposition des logements de qualité dont les loyers sont plafonnés à un niveau largement inférieur à celui du marché, et d'autre part, en accompagnant les résidents dans cette expérience d'autonomie. Plus concrètement, nous gérons actuellement pour le Projet Hestia un parc de six logements, dispersés dans le tissu urbain bruxellois. L'accompagnement des résidents par l'équipe psychosociale se fait par le biais d'entretiens hebdomadaires, tant dans les bureaux du projet qu'au domicile du résident.

Notre public constitue un groupe extrêmement fragilisé, combinant le plus souvent des difficultés de santé physique et mentale, économique et judiciaire. Il est donc particulièrement vulnérable aux dégradations actuelles du contexte socio-économique.

Ce contexte de crise sociale et ses conséquences au niveau de l'accès au logement ont conduit l'équipe à questionner et modifier certains aspects de son fonctionnement, ce que nous développerons au cours de l'exposé.

S. Penelle, X. Richir

Projet Hestia, asbl Lama, Bruxelles, Belgique

T10.4

LES VACANCES DU TOXICODÉPENDANT

Il faut non seulement réussir dans la vie sociale et professionnelle, mais il est maintenant devenu tout aussi impératif de réussir ses vacances. Comment les personnes dépendantes aux opiacés réagissent-elles à cette injonction ? A partir de plusieurs situations cliniques de patients qui travaillent, se posent les questions de leurs difficultés à prévoir et organiser ces moments de vacances. Le premier réflexe est souvent de profiter de cette période pour arrêter ou diminuer le traitement de substitution. Ces périodes sont souvent vécues comme "vides" et peuvent devenir des temps de rechute. Pour les patients sous traitements de substitution, malgré une certaine souplesse des équipes soignantes, la perspective d'organiser un voyage bute très vite sur les contraintes et obligations législatives auxquelles sont soumis ces traitements. Dans le champ du social, parler de vacances semble incongru. Comment peuvent-elles être un projet social ? Elaborer un possible séjour de vacances, hors ou dans une prise en charge institutionnelle, pour ce public aux ressources individuelles souvent faibles ou isolé familialement, reste encore complexe.

M. Blaise, E. Picot

Centre médical Marmottan, Paris, France

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi matin - Salle 7-8

T11 : ÉVALUATION DES PROGRAMMES/ASSURANCE QUALITÉ**T11.1****QUATHÉDA : LA NORME DE QUALITÉ POUR LES STRUCTURES PROPOSANT UNE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES EN SUISSE**

QuaThéDA, la norme de qualité dans le domaine des addictions en Suisse, a été développée par l'Office fédéral de la santé publique à partir de 1999. Infodrog, centrale nationale de coordination des addictions, participe depuis le début au développement du projet QuaThéDA. Infodrog organise également des formations, des symposiums et accompagne les institutions du domaine des addictions lors de l'introduction de systèmes de gestion de la qualité. Aujourd'hui, 94 institutions du domaine des addictions en Suisse sont certifiées à ce système qualité (secteurs résidentiels et ambulatoires). L'outil utilisé dans ce système, le référentiel modulaire, présente la liste des exigences qualitatives spécifiques qu'il s'agit de remplir pour obtenir une certification. Il se compose d'un module de base, c'est-à-dire d'un ensemble de processus de gestion et d'assurance qualité valables pour toutes les institutions, ainsi que de dix modules de prestations différenciées selon les secteurs de prise en charge des personnes dépendantes. Après une courte introduction à la norme QuaThéDA, il s'agit dans cette présentation d'exposer les exigences formulées pour le module spécifique "substitution" du référentiel. Avec l'exemple d'un centre de substitution, nous verrons quels sont les défis à relever pour remplir ces exigences mais également quels sont les avantages (pour les clients, les professionnels et l'institution). En conclusion, cette présentation doit permettre de valoriser le processus de développement de la qualité au sein des secteurs ambulatoires et résidentiels, processus qui permet de se retrouver autour d'une norme commune et de favoriser également les échanges interinstitutionnels.

A. Bernhardt Keller

Centrale nationale de coordination des addictions, Infodrog, Berne, Suisse

T11.2**ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'UTILISATION DE BANDELETTES URINAIRES SUR LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION**

La réglementation en vigueur en France impose la réalisation d'une recherche de toxiques urinaires systématique avant l'instauration du traitement par la méthadone, et la recommande pendant le suivi. Pour la buprénorphine, la réglementation est plus floue et laisse au prescripteur davantage de liberté. L'apport de l'utilisation des bandelettes de dépistage de toxiques urinaires est inexplorée et controversée.

Ce travail a pour objectif principal d'évaluer les changements dans la prescription des traitements de substitution apportés par l'utilisation des bandelettes de dépistage de toxiques urinaires. Matériel et méthode :

- recueil : questionnaire au médecin évaluant la prescription du médicament de substitution (dose, durée de prescription et rythme de délivrance) avant (premier temps de la consultation) et après la réalisation de la bandelette (second temps de la consultation) ;
- lieux d'étude : représentatifs de l'ensemble des structures de prescription des médicaments de substitution (médecine générale, centres spécialisés et service médico-psychologique en milieu pénitentiaire) ;
- critères d'inclusion : consultations de patients demandeurs d'un traitement de substitution (renouvellement) et acceptant la réalisation de la bandelette urinaire ;
- critère de jugement principal : tout changement dans la prescription du traitement de substitution entre les deux temps de la consultation.

En tout, 429 situations cliniques analysables ont été recueillies dont 122 (28.4 %) comportaient au moins un changement. Ces 122 situations cliniques de changement correspondaient à 159 changements :

- 65 (40.9 %) de posologie ;
- 44 (27.7 %) de durée de prescription ;
- 50 (31.4 %) de rythme de délivrance.

En conclusion, l'utilisation de bandelettes urinaires a permis un changement de prescription pour 1 patient sur 3. Cette méthode qui présente l'avantage de l'immédiateté de la réponse, permet une optimisation de la prescription lors de la consultation et devrait être généralisée.

C. Victorri-Vigneau¹, M. Rousselet², L. Wainstein¹, M. Guerlais¹, J.-Y. Guillet³, P. Jolliet¹¹Pharmacologie clinique - addictovigilance ; ²Addictologie, CHU de Nantes, ³Médecine générale, Réseau toxicomanie de la région nantaise, France**T11.3****LE PORTRAIT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AU QUÉBEC ET LE GAIN COMME OUTILS D'ÉVALUATION, DE MONITORAGE ET DE GESTION DE LA QUALITÉ**

L'implantation de systèmes de collecte et d'analyse de données axées sur le monitoring des résultats et la gestion des services et des clientèles représente un enjeu incontournable dans le domaine des addictions.

Dans un premier temps, les participants pourront prendre connaissance du Portrait des traitements de substitution au Québec, un travail de collecte et d'analyse de données réalisé par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran), qui met en lumière la précarité de l'offre de services ainsi que l'accessibilité aux traitements.

Dans un deuxième temps, l'auditoire sera sensibilisé au projet de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) d'implanter le GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) comme outil d'évaluation spécialisé, de monitoring et de gestion de la qualité dans l'ensemble des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Considéré comme une référence dans le domaine des dépendances, autant pour l'évaluation et la planification du traitement que pour le monitoring des résultats, le GAIN est déployé à la grandeur des États-Unis et dans six autres pays.

Tandis que le Portrait identifie les besoins d'accessibilité au traitement, le GAIN sert à préciser l'orientation du traitement et permet, par l'accumulation de données dans le temps, le développement de profils de clientèles et la gestion des besoins actuels et futurs.

Les exposés sur le Portrait et le GAIN permettront un échange avec les participants sur les impacts, les défis, les contraintes et les exigences liés à l'implantation de modèles de gestion de la qualité destinés à bonifier l'offre de soins.

P. Savard¹, P. Desrosiers²¹Qualité des services et avancement des TDO, Cran, Montréal, ²Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, ACRDQ, Montréal, Canada

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T11.4

EUROPASI : MESURE DE L'EFFICACITÉ DE LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE TREMPOLINE

Afin de mesurer la qualité de nos prestations au sein de l'institution, nous avons mis en place des outils de suivi internes. Nos motivations étaient de pouvoir cibler les possibilités d'amélioration et de mesurer l'impact de notre programme de revalidation.

Au fur et à mesure du temps, les outils eux-mêmes ont été améliorés grâce aux résultats obtenus qui ont permis aux équipes de planifier, d'agir, de contrôler et de corriger.

Notre outil de mesure d'impact du programme thérapeutique est le questionnaire EuropASI - Addiction Severity Index (indice de sévérité de l'addiction) -, qui est un instrument multifactoriel d'évaluation des comportements de dépendance.

La méthode développée consiste en la répétition de la passation du questionnaire à des périodes déterminées et la comparaison des résultats des scores de sévérité de ces mesures afin de déterminer, en pourcentages de la population interviewée, les changements intervenus.

Les scores de sévérité sont comparés - non les indices composites -, notre objectif étant plus de type "clinique" que de recherche statistique fine.

Le but visé est de déterminer si nos bénéficiaires changent de catégories (de sévère à léger, ou de léger à modéré, etc.) et à quel stade du programme thérapeutique.

Les résultats suite à 3 années de recueil de données montrent que :

- la population réadmise après rupture du programme thérapeutique présente des scores de sévérité aggravés dans 5 domaines sur 7 ;
- la population adhérant au programme thérapeutique depuis 7-8 mois présente des scores de sévérité améliorés dans 6 domaines sur 7.

Les résultats obtenus nous convainquent de poursuivre et améliorer encore les mesures.

O. Iezzi, C. Thoreau
Trempline asbl, Châtelet, Belgique

T12.2

ATTITUDE DES USAGERS D'HÉROÏNE ENVERS UN PROJET PILOTE DE TRAITEMENT ASSISTÉ PAR HÉROÏNE

Le projet TADAM compare un nouveau traitement assisté par héroïne avec des traitements existants par méthadone à Liège, en Belgique. Nous avons réalisé une étude qualitative sur l'attitude des personnes dépendantes de l'héroïne envers ce type de projet, ainsi que sur l'attitude des intervenants d'institutions de soins travaillant avec ces personnes.

Avant qu'un patient ne soit inclus dans le projet TADAM, il lui était demandé d'expliquer pourquoi il souhaitait rentrer en traitement (n=80). Des interviews ont également été réalisées auprès de consommateurs d'héroïne non inclus dans le projet, avant la période d'inclusion (n=65), au milieu de celle-ci (n=30) et dans ses derniers mois (n=23). Pendant le projet, des interviews ont également été réalisées auprès d'intervenants travaillant dans des institutions de soins pour personnes dépendantes de substances, soit de manière individuelle (n=10), soit en groupe (n=6) pour connaître leur attitude face au projet TADAM.

De nombreux patients souhaitaient rentrer dans ce projet pour améliorer leurs conditions de vie. La raison principale de ne pas rentrer dans ce type de traitement était la peur de devenir plus dépendant. Cette raison était renforcée par le fait que le traitement par héroïne proposé ne durait que 12 mois et les patients s'inquiétaient de leur situation après ce traitement : ils avaient peur d'être plus dépendants et donc dans une situation plus difficile qu'avant le traitement. L'attitude des intervenants était plutôt favorable mais prudente.

Contrairement aux craintes préalables, les usagers d'héroïne ne se précipitent pas en masse et sans réfléchir vers un traitement assisté par héroïne. Certains réfléchissent longtemps avant de s'y engager. Une information précise et un traitement sans durée minimum sont nécessaires.

C. Magoga, I. Demaret et l'équipe de recherche du projet TADAM

Service de psychiatrie et Institut des sciences humaines et sociales, Université de Liège, Belgique

T12.3

LE RESPECT PAR LE MÉDECIN DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA BUPRÉNORPHINE EST-IL LIÉ À SA FRÉQUENCE DE PRESCRIPTION ?

En termes de sécurité, l'association de la buprénorphine haut dosage (BHD) avec les benzodiazépines expose au risque de dépression respiratoire. En termes d'économie, il est recommandé de favoriser le générique 19 % moins cher que le princeps car ce traitement substitutif est de très longue durée et concerne un grand nombre de patients. Ces indicateurs simples sont-ils modifiés par l'expérience du médecin ?

Nous avons effectué une étude descriptive transversale en deux temps de toutes les prescriptions de buprénorphine remboursées (n=2845) par la CPAM de La Rochelle pendant les mois de novembre 2009 et 2010.

Les données concernent 1836 patients différents. Plus le médecin prescrit fréquemment de la BHD, plus il propose des posologies élevées, mais moins il associe des psychotropes et particulièrement les benzodiazépines. La part de génériques prescrits est faible et n'est pas liée à la fréquence des prescriptions. La proportion de coprescriptions avec psychotropes, de pluri-prescripteurs et de pluri-délivrateurs est significativement supérieure avec le princeps.

Malgré les limites méthodologiques liées à la focalisation du recueil des données sur le seul régime général, le nombre d'observation est suffisant pour conforter le rôle de l'expérience dans le respect des recommandations. En revanche, cette étude n'évoque pas qu'une cause tierce et indépendante de l'expérience s'impose au médecin pour limiter sa prescription de générique. Une étude exploratoire est nécessaire sur cet aspect.

P. Binder, T. Beneytout

Département de médecine générale, Université de Poitiers, France

T12 : QUEL OPIOÏDE POUR QUEL TRAITEMENT ?

T12.1

QUELS OPIOÏDES POUR QUELLES INTERVENTIONS ?

Les traitements de la dépendance aux opiacés ont une finalité commune : créer les conditions permettant à la personne de réduire si ce n'est d'arrêter ses consommations problématiques et les risques associés, sortir de l'illégalité contrainte symptomatique de l'addiction, s'occuper de sa santé et trouver les moyens d'une meilleure insertion sociale. Pour y parvenir, les traitements dit de substitution apportent une aide reconnue de tous. Cependant, de la buprénorphine à l'héroïne, en passant par la méthadone et les sulfates de morphine, les opioïdes utilisés sont très diversifiés et les effets pour les usagers très différents. De plus, les résultats finaux de ces interventions sont dépendants des concepts des prescripteurs et des professionnels qui les entourent, mais aussi des attentes des usagers, eux-mêmes partiellement influencés par les concepts des prescripteurs. Le résultat de ces interactions, lorsqu'elles sont mal maîtrisées, est une variation prodigieuse dans la diversité des opinions basées sur les expériences des professionnels et des usagers. Cela est source de conflit social et peut contribuer aux incohérences des politiques publiques d'un pays à l'autre.

L'objectif de cette intervention est de tenter de réconcilier les idéaux des professionnels avec les besoins légitimes des usagers en clarifiant les spécificités de l'addiction et les effets attendus des différents opioïdes que l'on peut prescrire en Europe et en Amérique francophone.

M. Auriacombe
Université Victor Segalen, Bordeaux, France

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Vendredi après-midi - Salle 18

T13 : PHARMACOCINÉTIQUE ET PHARMACOGÉNÉTIQUE (traduction simultanée FR-DE)**T13.1****RÔLE DE LA PHARMACOGÉNÉTIQUE ET DE LA PHARMACOCINÉTIQUE DANS L'EFFICACITÉ ANALGÉSIQUE ET LA TOXICITÉ DES OPIOÏDES**

Les opioïdes sont généralement administrés de manière empirique dans le traitement des douleurs en suivant cliniquement leur efficacité et leur toxicité. La réponse aux opioïdes est cependant soumise à de grandes variabilités interindividuelles, influencées par une combinaison de paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques eux-mêmes régulés par des facteurs génétiques. Les enzymes du métabolisme médicamenteux et les transporteurs médicamenteux affectant la pharmacocinétique médicamenteuse sont ainsi sujets à des polymorphismes génétiques. Aussi, après une dose habituelle, des variations d'effet (toxicité médicamenteuse ou à l'inverse inefficacité thérapeutique) peuvent être observées en fonction du polymorphisme et de l'opioïde considéré, ainsi que de la présence ou non d'un métabolite actif. Les mutations du cytochrome P450 (CYP) 2D6 influencent l'efficacité analgésique et le profil de sécurité des pro-médicaments tels que la codéine, le tramadol et l'oxycodone. Les mutations du gène de l'ABC1 codant pour une protéine transmembranaire, la glycoprotéine P, peuvent augmenter l'efficacité de la morphine. Par ailleurs, les facteurs environnementaux tels que les interactions médicamenteuses (inhibiteurs des CYP 3A et 2D6) peuvent mimer des défauts génétiques et contribuer à la variabilité de réponse aux opioïdes. En pratique clinique, le phénotypage par micrococktail permet la mesure simultanée et in vivo de l'activité des CYP chez un patient donné. La pharmacogénétique devrait ainsi permettre d'augmenter la sécurité et l'efficacité des thérapies opioïdes anti-nociceptives en les individualisant. Des études prospectives dans des populations phénotypiques bien définies et ajustées aux facteurs environnementaux sont toutefois encore nécessaires, de même que des approches multi-géniques visant à établir l'effet simultané de mutations affectant la pharmacocinétique et les cibles pharmacodynamiques. Des analyses coût-efficacité devraient aussi légitimer leur utilisation de routine.

C. Samer

Service de pharmacologie et toxicologie clinique, HUG ; Centre suisse de toxicologie humaine appliquée, Université de Genève, Suisse

T13.2**INTERACTIONS ENTRE GENÔME ET PRESCRIPTION D'OPIOÏDES**

Les opioïdes présentent une forte variabilité dans leurs effets thérapeutiques mais également dans leurs effets secondaires. Ceci est dû, entre autres, à l'influence du génome de chaque individu. L'effet de la codéine dépend principalement de son activation en morphine, celle-ci dépendant à son tour des variations génétiques. Pour les porteurs de variants génétiques qui codent pour un cytochrome P450 2D6 inactif, l'activation de la codéine n'a pas lieu, conduisant à son inefficacité. A contrario, chez les porteurs de gènes CYP2D6 dupliqués, ce qui provoque une augmentation de la formation de morphine due à la surexpression de l'enzyme, la codéine peut provoquer des effets toxiques. Les facteurs génétiques influencent la disponibilité dans le système nerveux central (SNC) des opioïdes qui sont des substrats du transporteur transmembranaire P-glycoprotéine (PGP). Pour les polymorphismes de la PGP correspondant à une diminution de son activité, les concentrations seront augmentées dans le SNC, ce qui diminue la dose d'opioïdes nécessaire. En plus de son effet sur la pharmacocinétique, le génome influence également la pharmacodynamique des opioïdes analgésiques. Le variant N40D du récepteur μ aux opiacés, correspondant à une expression et à une transduction du signal diminuées, mène souvent à un effet diminué et à une augmentation du besoin des opioïdes, tout en protégeant des effets secondaires. Plus loin dans la cascade de la transduction du signal du récepteur aux opiacés, des variations génétiques du canal potassium Kir3.2 baissent l'effet pharmacodynamique et augmentent ainsi les besoins d'opioïdes. L'influence de la variabilité génétique de protéines, telles que celles de la catéchol-O-méthyltransferase, du récepteur-1-melanocortine, ou du guanosinotriphosphat-cyclohydrolase 1, sur les effets des opioïdes est connue. A côté des effets du génome sur l'efficacité des opioïdes, il semble que leur utilisation chronique influence en retour le génome. Ainsi, chez des personnes traitées aux opioïdes pour des douleurs chroniques, l'ADN est plus fortement méthylé, ce qui est corrélé à une augmentation des douleurs. Il en découle que les opioïdes semblent agir de façon épigénétique, entraînant une hyperalgésie. Les conséquences cliniques de l'influence mutuelle des opioïdes et du génome se dessinent de plus en plus clairement et l'introduction d'une routine thérapeutique nécessite une analyse approfondie de la complexité individuelle tant du phénotype que du génotype liés à la douleur.

J. Lötsch

Pharmazentrum Frankfurt/ZAFES, Institute of Clinical Pharmacology, Johann Wolfgang Goethe-University, Frankfurt am Main, Deutschland

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T13.3

T13.3 PHARMACOGÉNÉTIQUE ET CARDIOTOXICITÉ DE LA MÉTHADONE ET DE LA BUPRÉNORPHINE

La méthadone est généralement administrée sous la forme d'un mélange de deux énantiomères (R,S-méthadone), mais l'activité opiacée est due principalement à la (R)-méthadone (ou lévométhadone). Les taux plasmatiques de méthadone varient fortement pour une dose donnée, contribuant ainsi à la variabilité interindividuelle dans la réponse au traitement. Les cytochromes P450 (CYP) 2B6 (stéréosélectifs pour la (S)-méthadone) et 3A4 sont les principales enzymes impliquées dans le métabolisme de la méthadone. La méthadone bloque le canal cardiaque au potassium hERG, pouvant entraîner une prolongation de l'intervalle QTc, qui est associée à un risque augmenté de torsades de pointes et de mort subite. La (S)-méthadone bloque 3.5 fois plus fortement le canal hERG que la (R)-méthadone. Les métaboliseurs lents CYP2B6, du fait d'une capacité diminuée à métaboliser la (S)-méthadone, ont un risque augmenté de prolongation de l'intervalle QTc (rapport de cotes : 4.5). Le remplacement de la (R,S)-méthadone par la (R)-méthadone permet de diminuer l'intervalle QTc et pourrait réduire le risque d'arythmies cardiaques associées.

A l'heure actuelle, peu d'études pharmacogénétiques ont été effectuées sur la buprénorphine. Cependant, les données disponibles montrent qu'elle est métabolisée principalement par le CYP3A4 et par l'UDP-glucuronyl transférase 2B7 (UGT2B7), connus pour une grande variabilité d'activité. La buprénorphine bloque également le canal hERG, mais les faibles taux sanguins obtenus lors d'un traitement à la buprénorphine expliquent probablement que le risque de prolongation de l'intervalle QTc est faible sous buprénorphine.

S. Crettol, N. Ansermo, C. Eap

Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique, Centre des neurosciences psychiatriques, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

T14 : CADRES LÉGAUX DES TDO

Les traitements de substitution sont réglés par des législations fort différentes d'un pays à l'autre. Cela est mis en lumière par l'étude comparative commandée pour l'occasion au Prof. Olivier Guillod de l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, qu'il présentera le jeudi matin en plénière.

L'objectif de l'atelier est de discuter les résultats de cette étude en traitant des questions suivantes :

Quels sont les objectifs explicites et implicites poursuivis par ces cadres législatifs ou administratifs ? Quelles règles sont pertinentes pour satisfaire quels objectifs ? Qu'est-ce qui justifie quelle forme de contrôle sur ces traitements ? Quelles règles sont potentiellement contre-productives par rapport à des objectifs de santé publique ? Si le temps le permet, seront aussi abordées les règles en usage dans le cadre pénitentiaire.

La discussion sera ouverte sur les questions exposées ci-dessus suite à une brève introduction des modérateurs. Les résultats de l'atelier pourraient faire l'objet d'un chapitre dans le rapport final du Prof. Guillod.

Prof. Christine Guillain¹, René Stamm²

¹Professeur de droit et de procédure pénale, Faculté Universitaire Saint-Louis, ²Office fédéral de la santé publique, Section drogues, Berne

T15 : DISPOSITIFS SOCIO-SANITAIRES

T15.1

LE DCIS-T : L'OUTIL D'INDICATION DES PERSONNES TOXICODÉPENDANTES DANS LE CANTON DE VAUD

Depuis 2010, les personnes toxicodépendantes du canton de Vaud sont orientées vers les structures d'accueil à l'aide du dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIS-T). Ses principaux objectifs sont l'amélioration de l'adéquation des offres de prestations aux besoins des usagers, et le développement d'un réseau de soins coordonné, tant du point de vue de la prise en charge que du suivi des patients. L'indication se base sur plusieurs outils standardisés, à savoir une fiche administrative renseignant sur le profil sociodémographique du patient notamment, l'Addiction Severity Index (ASI) pour évaluer la gravité des troubles vécus et le besoin d'aide de l'usager, et l'échelle SOCRATES de motivation au changement. Les premières analyses des fiches d'indication montrent que, sur 125 usagers ayant accepté de participer au monitoring du DCIS-T, la dimension de la dépendance à l'alcool et aux drogues ressort de manière prévisible comme étant la plus importante avec un score ASI de 7.4 sur 9. La seconde dimension importante est celle concernant les problèmes psychiques associés (6.4), puis les problèmes familiaux et sociaux (5.8), suivis de près par les problèmes professionnels et financiers (5.5). Sur 125 usagers, 110 ont été admis en institution résidentielle (88%). La pertinence de l'indication des usagers est réévaluée tout au long de la durée de leur séjour et les premiers résultats de l'analyse des réévaluations seront présentés.

J.-P. Gervasoni, S. Luyet, F. Dubois

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Département universitaire de médecine et santé communautaires, CHUV, Lausanne, Suisse

T15.2

MANIÈRES DE DIRE ET MANIÈRES DE FAIRE DE LA RDR EN CONTEXTE RÉGIONAL BRUXELLOIS

Comment appréhender la réduction des risques liés à l'usage de drogues à Bruxelles ?

Dans un cadre institutionnel multi-niveaux (du communal au fédéral) et dans un cadre politique encore restreint à trois piliers, c'est à partir d'une étude empirique régionale de trois mois, et partant de trois types d'acteurs (usagers, intervenants, membres des administrations et responsables politiques) que nous tenterons dans cette communication, de décrire l'hétérogénéité des pratiques et la multiplicité des conceptions de la Réduction des risques à Bruxelles.

Pour ce faire, nous présenterons tout d'abord une description sommaire d'exemples de dispositifs assez contrastés, allant du care au cure, de l'accompagnement aux traitements, et ensuite, d'une ébauche d'analyse de dynamiques entre plusieurs acteurs, pour tenter enfin d'explicitier, à partir des résultats de l'analyse, la diversité des approches de Réduction des risques.

Nous concluons sur des hypothèses quant aux possibilités régionales pour les intervenants de mise en cohérence et d'évaluation à partir de leurs multiples expertises.

L. A. Noel

Modus Vivendi asbl ; GRAP - ULB, Bruxelles, Belgique

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T15.3

**APPROCHES DE GESTION INNOVANTES :
DU SILO À L'APPROCHE EN RÉSEAU,
DES FRONTIÈRES VOLENT EN ÉCLATS**

La complexité et la multiplicité des problèmes de santé physique et mentale vécus par les personnes toxicodépendantes/UDI exigent de nouveaux modes de gestion et des pratiques innovantes pour offrir des services adaptés et garantir la cohésion entre prévention, dépistage, traitement et suivi. Or, l'approche de gestion en réseau s'avère fort efficace pour relever de tels défis. L'intégration de cette approche de gestion dans les services actuels demeure ambiguë et appelle une large réflexion. La transformation de nos pratiques actuelles ne peut se faire sans heurts, mais la valeur et l'impact de nos actions en dépendent. De nombreuses organisations interviennent avec succès auprès des populations marginalisées, souvent avec peu de moyens. Imaginons donc les progrès que nous pouvons accomplir en misant sur la complémentarité des ressources, la mobilisation des acteurs et l'harmonisation de leurs actions autour de problèmes communs, en vue d'y trouver des solutions appropriées. Pour y parvenir, il faut développer la coopération et le partage de connaissances entre les partenaires. Nos compétences doivent devenir collectives et nous nous devons de faire voler en éclats les frontières entre les organisations. En ce sens, l'Institut national de santé publique du Québec, accompagné par le HEC-Montréal, offre maintenant un programme de formation qui jette les bases d'un nouveau style de leadership axé sur la valorisation des apprentissages inter-organisationnels et le soutien des acteurs autour d'un projet commun.

L'offre de traitements de substitution aux personnes dépendantes des opioïdes apparaît comme un terrain propice pour induire une meilleure coopération entre les acteurs locaux et régionaux, puisque l'on s'emploie à y créer des équipes d'interventions multidisciplinaires et à instaurer une organisation de services et de soins en réseau.

N. Marois¹, É. Hamel²

¹Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec, Montréal ; ²Programme-clientèle santé mentale et déficience intellectuelle adulte, Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher, Longueuil, Canada

T15.4

**LE PROJET RIBOUTIQUE : ARTICULATION
D'UN RÉSEAU AUTOUR D'UNE SCÈNE OUVERTE**

Dans cet atelier, nous proposons d'exposer la mise en place d'un projet visant à offrir un panel de réponses à la "scène ouverte" du quartier Ribaucourt à Bruxelles. Le projet "Riboutique" est piloté par le Centre d'accueil et d'hébergement Asbl TRANSIT, en partenariat avec la Maison d'accueil socio-sanitaire (MASS de Bruxelles et le Projet Lama). Le Centre propose de travailler sur trois axes : la recherche sur l'évolution du public, la mise en place d'une coordination locale pour le soin en assuétude et la réflexion sur des dispositifs novateurs en matière de toxicodépendance. Concrètement, il s'agit de mettre en place et de coordonner des synergies articulant les acteurs locaux et le réseau spécialisé. La saturation régulière du réseau spécialisé invite en effet à mieux partager les responsabilités concernant la prise en charge et en considération du public des usagers de drogues.

Ce projet ouvre aussi la perspective de rassembler et d'associer des acteurs issus de champs différents (soin spécialisé, RDR, associatif local, autorité communale, régionale, et judiciaire) et de chercher des consensus politiques permettant de construire des réponses sociales, sanitaires et citoyennes au service des usagers.

A cet effet, ce projet ambitionne de se fédérer avec d'autres initiatives locales dans d'autres grandes villes belges, pour soutenir la réflexion et le débat sur l'opportunité d'ouvrir des salles de consommation à moindre risque.

E. Husson

Service ambulatoire, Mass de Bruxelles-Projet Lama-Transit, Bruxelles, Belgique

T16 : GOUVERNANCE, RELÈVE MÉDICALE

T16.1

**CERTIFICAT INTERNATIONAL EN MÉDECINE
DE L'ADDICTION DE L'ISAM :
UNE DÉCÉNIE D'EXPÉRIENCE**

Afin de répondre aux besoins aigus des praticiens de nombreux pays de disposer d'un outil valide et crédité par les instances de formation continue, la Société internationale de médecine de l'addiction (ISAM) a mis sur pied, en 2003, un Certificat international.

Les connaissances à acquérir ont été tirées en premier lieu de l'ouvrage collectif "Principles of Addiction Medicine" de la Société américaine de médecine de l'addiction, ainsi que des nomenclatures du DSM-IV-TR et de la CIM. L'examen se fonde sur un contrôle de connaissance avec des vignettes permettant d'évaluer le jugement Clinique.

En ce qui concerne le choix des questions à choix multiples (QCM), un effort a été fait pour établir des questions aussi neutres que possible sur le plan culturel. 200 QCM à quatre choix possibles ont été sélectionnées. Pour fixer les "cut-off scores", une procédure de Nedelsky modifiée a été utilisée.

Jusqu'à présent, cet examen s'est déroulé à 11 reprises, au Canada, aux États-Unis, en Egypte et en Arabie Saoudite, et il a réuni au total 89 candidats. Le taux de réussite global est de 75%. Les analyses basées sur les données complètes des 65 premiers candidats montrent que la fiabilité est bonne ($\alpha = .84$). La fiabilité des 10 sous-tests va de .48 à .83. Les scores des sous-échelles montrent une dispersion adéquate. Le pattern des corrélations entre et parmi les différentes substances suggère une validité satisfaisante. Les questions ont été mises à jour en 2011 et sont maintenant au nombre de 225.

Une certification internationale peut donc être à la fois fiable et valide, en utilisant des questions présentant un bon pouvoir discriminatoire. L'élaboration d'un examen "acutuel" devrait être une priorité mais est difficile à réaliser, en particulier dans le domaine des traitements psycho-sociaux en médecine et psychiatrie de l'addiction.

N. El-Guebaly¹, C. Violato²

¹Division of Addiction ; ²Department of Community, Health Sciences, University of Calgary, Canada

T16.2

**POUSSER LE PHÉNOMÈNE DES DROGUES
DANS SA FORME LA MOINS INACCEPTABLE :
PISTES POUR L'AVENIR...**

L'usage de substances est une constante anthropologique et il est indispensable que la société apprenne à vivre avec et à la gérer. Dans toutes les sociétés, des règles ont été développées pour assurer à la fois un usage bénéfique et favorable des substances psychoactives et diminuer les côtés désagréables de l'ivresse. Ces règles peuvent être très différentes, selon les substances en question et selon les sociétés. Le modèle répressif n'est donc pas le seul modèle de régulation envisageable.

Dans notre société, le concept de "contrôle de la drogue et contrôle de soi" est considéré comme étant un concept contradictoire en soi. Cette idée a donné naissance à de nombreux mécanismes de contrôle externes et des lois pénales. Le fait que les discours politiques et scientifiques de ces dernières années insistent de plus en plus pour privilégier la prévention à la consommation et l'aide aux consommateurs par rapport à l'application de ces lois ne change rien au fond du problème. Après trente ans de preuves irréfutables que la guerre contre la drogue est un échec, nombreux sont ceux qui sont encore profondément convaincus par le fondement de cette guerre. Il ne fait aucun doute que l'usage de stupéfiants est fatalement lié à certains risques et dangers. Cependant, je vais défendre l'idée qu'une politique basée sur la répression ne représente pas la meilleure option. Notre société a besoin de règles et de limites, mais elles ne doivent pas nécessairement être de nature punitive, car il en découle bien plus de désavantages que d'avantages.

T. Decorte

Institute for Social Drug Research (ISD), Université de Gand, Belgique

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T16.3

LA RELÈVE MÉDICALE EN TDO EN GASPÉSIE ET AUX ÎLES-DE-LA-MADELEINE

La péninsule gaspésienne versée dans l'Atlantique et ces îles qui s'y baignent forment un large territoire éloigné des grands centres. Les personnes ayant besoin de TDO avec une médication de substitution doivent se déplacer pour se faire traiter. Pour remédier à la situation, les autorités socio-sanitaires régionales exigent la mise en place de cinq cliniques multidisciplinaires. Constat : les médecins ne sont pas au rendez-vous. Pourquoi ? Pour le savoir, nous avons mené une enquête auprès des médecins de famille du territoire. L'objectif était de saisir le profil des prescriptions médicales d'opiacés ainsi que les connaissances des médecins en matière de TDO, notamment avec une médication de substitution.

Voici les faits saillants : concernant les opiacés prescrits, les plus consommés sont l'hydromorphone, la morphine, la codéine et l'oxycodone. En ce qui concerne le traitement à la méthadone, 86% des médecins affirment le connaître, 49 % disent être moyennement en faveur du traitement et 34 % ont indiqué l'être beaucoup. Seulement 13 % se disent un peu en faveur et une proportion négligeable de 4 % ne l'est pas du tout. Malgré cela, 94% des médecins ne prescrivent pas de méthadone. Le portrait étonne davantage pour le traitement au Suboxone : 86 % des répondants ne connaissent pas ce produit et aucun ne le prescrit. De nombreux efforts sont en cours dans la région pour actualiser les services pour les personnes utilisatrices d'opiacés. Les résultats de notre enquête servent à formuler des hypothèses et à provoquer une réflexion sur les déterminants de cette relève médicale essentielle.

J. Faucon, A.-M. Lessard, G. Gagne, J. Remy, B. Gauthier

Centre de réadaptation en dépendance de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie, Sainte-Anne des Monts, Canada

T16.4

BEAUCOUP D'APPELÉS, PEU D'ÉLUS

Alors qu'il est bien reconnu que les problèmes de toxicodépendance engendrent une utilisation importante de services de santé, les médecins se disent souvent mal outillés pour traiter les conditions médicales, psychiatriques ou psychosociales que présentent les personnes toxicodépendantes. En conséquence, l'accessibilité à des soins de santé appropriés est souvent compromise, notamment lorsqu'il s'agit d'y intégrer des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette situation est particulièrement critique au Québec. Malgré des stratégies proactives pour augmenter le nombre de médecins prescripteurs de méthadone et de buprénorphine, l'accès aux TSO demeure très problématique.

De la sélection des étudiants en médecine aux modèles de rôle proposés tout au long du cursus académique, une série de phénomènes liés les uns aux autres semblent converger pour expliquer que le patient dépendant se transforme progressivement en "persona non grata".

Il apparaît essentiel d'assurer un enseignement à tous les niveaux de la formation médicale pour garantir une relève dans le domaine de la médecine des toxicodépendances. En pratique, celle-ci, tant au niveau pré-gradué que post-gradué, est au mieux embryonnaire dans la plupart des facultés.

En plus des données de base (épidémiologie, sciences biologiques, étiologie et traitement des toxicomanies, etc.), les approches cliniques pour la population toxicodépendante doivent être intégrées dans l'enseignement de la prise en charge des conditions médicales chroniques, en particulier en ce qui concerne la collaboration interdisciplinaire et le transfert des connaissances vers les spécialités connexes (maladies infectieuses, hépatologie, etc.)

Cette présentation vise à exposer les stratégies déjà utilisées ou envisagées afin de former, recruter et développer l'intérêt pour cette pratique, ainsi que pour encourager le partage des connaissances entre la médecine des toxicodépendances et les spécialités médicales.

J. Bruneau

Département de médecine familiale, Université de Montréal. Centre de recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Canada

T17 : REGARDS CROISÉS I

T17.1

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN ADDICTOLOGIE À L'ÉPREUVE DE L'INQUIÉTUDE : PREMIERS RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE (ETHNAA)

L'inquiétude qui peut émerger dans la relation soignants-soignés en addictologie est souvent à l'origine de discontinuités dans la prise en charge. Cette inquiétude tient aux modalités de mise en relation des patients, aux représentations morales latentes et aux cadres de soin souvent fragiles.

Le groupe de recherche Ethique et Narrativité dans les Addictions (Université Paris XIII) a élaboré un protocole de recherche qualitative. À partir de la lecture d'un texte littéraire et d'un questionnaire semi-structuré, il explore la présence des représentations morales, ainsi que les aménagements relationnels et institutionnels autour des questions de confiance. Les discours de professionnels et de patients ont été recueillis dans trois lieux d'accueil en addictologie dans le cadre de Focus Groups (3) et d'entrevues individuelles (12). Nous analysons ces discours selon une méthodologie phénoménologique et herméneutique (IPA) et avec l'appui d'un logiciel d'analyse qualitative (NVivo®).

Les résultats soutiennent l'idée d'une inquiétude au sein des lieux de soin. Malgré des supports théoriques et des modes de fonctionnement différents, ils partagent les mêmes expériences difficiles dans la rencontre avec les patients mais mettent en place, en réaction, des aménagements relationnels et pratiques différents. Certains sont reconnus comme efficaces par les équipes (supervision, échanges entre professionnels, formation) et d'autres sont questionnés (méfiance, tests biologiques, vidéosurveillance...).

L'inquiétude qui émerge dans les soins peut donc constituer un sérieux obstacle à leur continuité mais peut également être un point de départ constructif pour la relation d'aide.

A. Reyre^{1,2} et le groupe de recherche "Éthique et Narrativité dans les Addictions" (EthNaA), Hôpital Avicenne

¹Département d'addictologie, Service de psychopathologie, EA 4403, AP-HP, Hôpital Avicenne, Université Paris 13, Bobigny ; ²Département de recherche en éthique, EA 1610, AP-HP, Espace éthique, Université Paris 11, France

T17.2

DOSAGE DE SERINGUES DE SHOOT DE BUPRÉNORPHINE ET DE SULFATE DE MORPHINE

Selon l'enquête OPPIDUM 2010, les opioïdes concernés par le mésusage intraveineux (prévalence) sont la buprénorphine haut dosage (BHD) (60,5 %) puis le sulfate de morphine (27 %).

Néanmoins, 75 % des patients consommant du Skenan® l'administrent par voie intraveineuse (versus 10% pour la BHD). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la quantité de sulfate de morphine et de BHD présente dans une seringue d'injection.

La méthode utilisée est la suivante :

- substances actives : sulfate de morphine Skenan® (100 et 200 mg LP) et BHD générique ou Subutex® (2,4 et 8 mg) ;
- matériel de préparation : Stéribox, Stérifilt, filtre cigarette, eau PPI ;
- matériel analytique : chromatographie liquide couplée à une détection par spectrométrie de masse ;
- préparation des échantillons : 12 groupes (n=5) pour morphine et 18 groupes (n=3) pour BHD, caractérisés par 3 variables : un dosage, un filtre et chauffage ou non (pour morphine) ;
- phase analytique : l'analyse quantitative de chaque échantillon a été réalisée à l'aide d'une courbe de calibration et validée par des contrôles de qualité.

Les pourcentages d'extraction les plus élevés de morphine ont été obtenus avec le Skenan 100 mg, chauffé avec filtre Stéribox (69 %). Les plus faibles (15 %) sont obtenus avec le Skenan® 200 mg non chauffé avec le Stérifilt. Les pourcentages d'extraction les plus élevés de buprénorphine ont été obtenus avec la BHD générique 4 mg et filtre cigarette (66 %), les plus faibles avec Subutex 2 mg et filtre cigarette (21%) pour une extraction moyenne de 40 %.

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

Cette étude permet d'appréhender l'exposition réelle à la BHD ou à la morphine des patients injecteurs. Ainsi, 15 à 70 % de la morphine contenue dans une gélule se retrouvera dans le sang (30 à 100 mg) soit une exposition supérieure (si chauffage) ou égale à la voie orale. 21 à 66 % de la BHD du comprimé sera retrouvée dans la seringue soit un surdosage comparé à la biodisponibilité sublinguale de 15 à 30 %. Enfin, cette étude alimente la réflexion sur la mise en place d'une substitution injectable évoquée par l'expertise collective de l'INSERM en 2010.

N. Authier^{1,2}, D. Richard³

¹Centre addictovigilance, CHU de Clermont-Ferrand, ²INSERM, Université d'Auvergne ; ³Laboratoire de pharmacotoxicologie, CHU de Clermont-Ferrand, France

T17.3

FEMMES, TOXICODÉPENDANCE ET TRAITEMENT EMDR

EMDR et thérapie des schémas précoces inadaptés, une psychothérapie des addictions auprès de femmes toxicodépendantes ? Etude de l'évolution des schémas précoces inadaptés, de la sécurité de l'attachement, du PTSD et des consommations au cours d'une psychothérapie EMDR. Notre recherche part d'un constat clinique prégnant : un nombre conséquent de patientes toxicodépendantes ont subi des traumatismes complexes (négligences, maltraitance, viols). Pour y répondre, le centre d'aide aux personnes toxicodépendantes a intégré la psychothérapie EMDR, "la boîte de vitesse" centrée sur le trouble de l'attachement, les schémas précoces inadaptés, et les vécus traumatiques comme thérapie d'aide et de soutien aux femmes toxicodépendantes dans leur démarche d'arrêt des consommations et comme moyen de limiter les rechutes. En effet, nous pensons que les patientes disposant d'une base de sécurité suffisamment solide se sentiront davantage capables de faire face au caractère anxiogène du sevrage.

Ainsi, à l'issue du suivi psychothérapeutique, le PTSD (post-traumatic stress disorder) serait moins intense, les schémas cognitifs précoces inadaptés de la patiente toxicodépendante ne seraient plus suractivés, cette dernière serait davantage "sécurisée", ce qui contribuerait à la diminution des consommations de substances.

Les 6 femmes de notre échantillon présentent des conduites de dépendance ainsi que des vécus traumatiques complexes. Après un entretien anamnestique lors de notre première rencontre, nous avons fait passer à T1 puis à T2 (après 8 séances EMDR) l'Addiction Severity Index (MacLellan et al., 1980 ; Brisseau et al., 1999), pour mesurer le niveau des consommations, les échelles HAD (Hamilton et al. ; Lépine, 1993), pour mesurer la symptomatologie anxio-dépressive, la Posttraumatic Check List Scal (Ventureyra et al., 2002 ; Bouvard et Cottreaux, 2002), pour l'évaluation du PTSD, l'Attachment Security and Secondary Strategy Interview (ASSSI, Miljkowitch, 2009), pour l'évaluation de l'attachement adulte, et le SQY-S2 (Young, 1998) pour les schémas précoces inadaptés. La recherche est en cours, mais les premiers résultats vont dans le sens de nos hypothèses.

B. M. Perez Dandieu¹, E. Othily²

¹Planterose, CEID, Bordeaux, ²CEID Périgueux, France

T17.4

PRISE EN CHARGE DES ASSUÉTUDES EN PREMIÈRE LIGNE : MISE EN PLACE D'UN MODÈLE PROACTIF

Dans un système de santé très libéral, nous avons mis en place un modèle de soins primaires pour les usagers de drogues sur un mode proactif. Une infirmière formée en assuétudes a été mise à la disposition des médecins généralistes de la région pour les aider dans leur prise en charge des usagers de drogue. L'accent a été mis sur une collaboration étroite entre le médecin généraliste et l'infirmière. Nous avons privilégié le "outreaching" (travail de proximité) avec des visites régulières au domicile du patient. Près de 100 patients suivis par des médecins généralistes ont été inclus dans notre étude, un suivi de plusieurs mois a pu être assuré pour 40 d'entre eux. Nous avons analysé le profil de ces patients consommateurs de différentes drogues, soit 30 consommateurs d'alcool, 5 consommateurs d'héroïne, trois consommateurs de cocaïne, un consommateur de drogues de synthèse et un consommateur de cannabis. Dans un premier temps, nous avons constaté une meilleure compliance chez les patients plus âgés et dépendants de l'alcool. Nous avons observé également un haut niveau de satisfaction pour le généraliste et des améliorations de l'état clinique du patient. Ce modèle de prise en charge s'est avéré très simple, peu coûteux, et a montré une grande satisfaction de la part des médecins généralistes locaux. Il mériterait d'être plus étudié dans l'avenir.

G. Van Woensel

Maison médicale du quartier des Arsouilles, Namur, Belgique

T18 : REGARDS CROISÉS II

T18.1

DÉPENDANCE À L'ALCOOL ET TOXICOMANIE, UN DÉFI POUR LES ÉQUIPES THÉRAPEUTIQUES

Une dépendance à l'alcool est fréquemment retrouvée chez les patients en traitement de substitution aux opiacés et celle-ci tend à se trouver au premier plan avec une symptomatologie même chez les patients présentant une évolution favorable par rapport à la consommation des drogues illicites.

Sur la base d'exemples cliniques, nous discuterons des difficultés du suivi alcoologique chez notre patientèle au sein de l'Unité de psychiatrie ambulatoire spécialisée en toxicodépendance, la Fondation de Nant. Nous présenterons également les changements opérés dans notre unité pour intégrer cette problématique dans notre approche thérapeutique.

Nous avons constaté un certain décalage entre le début de l'alcoolodépendance et sa prise en compte parfois tardive dans les traitements. La gravité de la problématique alcoologique est souvent banalisée par le patient dans un déni partagé avec l'équipe thérapeutique. En Suisse, les filières de soins des alcoolodépendants et des toxicodépendants sont historiquement séparées. Il s'en suit des identités thérapeutiques et des réseaux de soins différents. Les patients toxicodépendants ne vont pas parler spontanément de leur consommation d'alcool, puisque ce n'est pas cette substance qui les a amenés en traitement. Si la question de l'alcool n'est pas abordée explicitement, elle peut être omise.

On peut comprendre le traitement de substitution d'opiacés comme objet transitionnel médiateur de la relation thérapeutique. Un alcooltest avec l'éthylomètre donne une photographie de l'alcoolémie : il présente peu de sens clinique en soi, mais peut représenter cet "espace de jeu" où rencontrer la problématique alcoologique. Dans le cas de l'alcoolodépendance, les enjeux contretransférentiels sont bien différents de ceux des consommateurs de drogues dures. Il s'agit d'une substance légale, dont la consommation est répandue et qui les concerne tous. Les effets psychiatriques et somatiques de l'alcool demandent des connaissances spécifiques pour l'investigation clinique. La formation des équipes dans ce domaine permet de se sentir compétent et d'adapter le dispositif de soins.

N. Vlajic, C. Koller, A. François

Unité ambulatoire spécialisée, Fondation de Nant, Montreux, Suisse

SYMPOSIUMS ET ATELIERS TDO

T18.2

DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES ET TRAITEMENT DE MAINTENANCE : ATTENTION AU JEU PATHOLOGIQUE !

Dix à 21% des sujets sous traitement de maintenance par méthadone répondent aux critères du jeu pathologique (JP). Ils présentent des caractéristiques particulières. Nous souhaitons vérifier s'il est pertinent de considérer d'autres éléments psychopathologiques et du parcours addictif. Nous rapportons le cas d'un joueur pathologique, évalué lors d'un entretien clinique et par des instruments psychométriques. On retrouve dans son parcours des polyconsommations précoces. Il a été dépendant à l'héroïne de 30 à 32 ans, puis traité par méthadone jusqu'à 37 ans. Il rapporte une initiation aux jeux dès l'âge de 10 ans, suivie d'une période de pratique contrôlée. Un big win au casino à 35 ans signe le début du JP. Le patient souffre aussi d'un trouble schizo-affectif. Son profil d'impulsivité est caractérisé par un niveau élevé d'urgence et de recherche de sensations.

Par la mise en perspective des étapes du parcours addictif, on observe que le début du JP coïncide avec le big win, mais aussi avec le début de la décroissance de la posologie de méthadone. S'il est admis qu'un dosage insuffisant peut entraîner une augmentation des consommations de substances psychoactives, les cliniciens sont moins sensibilisés au risque de transfert vers une addiction comportementale. Shoots d'héroïne et parties de machines à sous ont la même fonction pour ce patient, caractérisé par une psychopathologie sévère et une recherche de sensations élevée.

Il importe, lors d'un traitement de maintenance par méthadone, de surveiller l'évolution de toutes les conduites potentiellement addictives.

M. Grall-Bronnec^{1,2}, M. Guillou-Landreat^{1,3}, J. Cholet^{1,2}, M. Lagadec¹, P. Rabiller², A. Chassevent², J.-L. Vénisse^{1,2}
¹IFAC, CHU de Nantes, Nantes, ²Pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, CHU de Nantes, Nantes, ³Service d'addictologie, Centre hospitalier, Morlaix, France

T18.3

REPÉRER LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ EN CONSULTATION D'ADDICTOLOGIE : LES ENJEUX DIAGNOSTIQUES A PARTIR DE 3 CAS CLINIQUES

Les données récentes de la littérature font état d'une prévalence élevée du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) au sein de la population des patients accueillis en addictologie. Si ce double diagnostic semble fréquent, pouvant représenter jusqu'à un tiers des patients pris en charge en addictologie, il reste cependant rarement évoqué et surtout il est traité spécifiquement. En effet, l'impulsivité et les troubles attentionnels des patients présentant une dépendance à une substance psychoactive (SPA) peuvent masquer les symptômes du TDA/H et inversement.

Nous présenterons 3 cas cliniques de patients présentant une dépendance à une SPA illicite (héroïne pour deux d'entre eux et cannabis pour le dernier) motivant leurs soins dans le service. Ces 3 situations nous permettront de discuter d'abord des écueils diagnostiques rencontrés, notamment en raison des diagnostics différentiels évoqués tels que le TDA/H, le trouble bipolaire et les troubles de la personnalité. Ensuite, la présentation de leur prise en charge respective sera l'occasion de discuter des modalités thérapeutiques, et plus particulièrement du risque de mésusage du méthylphénidate.

Le repérage du double diagnostic TDA/H et des troubles addictifs est délicat. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outils diagnostiques spécifiques. Cependant, les bénéfices attendus pour les patients en termes de prise en charge (médicamenteuse et non médicamenteuse) et de qualité de vie méritent que les cliniciens y portent attention.

J. Cholet, M. Grall-Bronnec, J.-L. Vénisse
 Pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, Hôpital Saint Jacques - CHU de Nantes, France

T18.4

DÉPISTAGE TARDIF DE LA MALADIE SCHIZOPHRÉNIQUE CHEZ LE PATIENT ADDICT-POLYDÉPENDANT

La maladie schizophrénique est définie par une association de symptômes évoluant plus ou moins rapidement en fonction de la sévérité de la maladie. Les schizophrénies les plus graves sont celles dont les premiers symptômes apparaissent à l'adolescence et par conséquent deviennent résistantes aux traitements. Les patients dépendants et plus particulièrement les "polytoxicodépendants" sont des "usagers de drogues" ayant commencé par consommer le plus souvent du cannabis (on le sait capable d'aggraver une schizophrénie débutante). Les patients polytoxicodépendants ont souvent consommé par la suite de l'héroïne pendant de longues années (effet de l'héroïne sur la schizophrénie ? probablement efficace pour abaisser les symptômes productifs comme la méthadone...un certain temps ?).

Par la suite, ces patients sont devenus consommateurs de benzodiazépines en grande quantité (40 cp de Rohypnol par jour) alors qu'un traitement de substitution était instauré depuis plusieurs années.

Au cours de l'entretien avec des patients polytoxicodépendants substitués, on peut remarquer que ces consommations sont rythmées par des périodes pour lesquelles il existe une recrudescence des symptômes productifs tels que les hallucinations acoustico-verbales avec syndrome d'influence et de persécution, tension interne, isolement social, bizarrerie du contact, auto-mutilation, barrages, troubles du cours de la pensée, ne pouvant être les symptômes d'un syndrome de manque éventuellement lié à une diminution de leur consommation de benzodiazépines.

A noter que souvent, il s'agit de patients âgés de 30-40 ans, ayant fait l'expérience de produits différents qui ont pu avoir un impact sur leurs capacités cognitives et leur fonctionnement cérébral.

Le retard au diagnostic psychiatrique pourrait-il donc être une piste de réflexion à de nouvelles investigations concernant l'effet des drogues sur le cerveau du patient schizophrène ? Ou l'émergence d'une pathologie préexistante "cachée" par la prise de toxiques et partiellement ou momentanément soignée par les traitements de substitution ?

K. Bartolo

CHU Sainte Marguerite/Addictologie-psychiatrie, Réseau santé Addiction Sud, Marseille, France

WORKSHOPS UND SYMPOSIEN NASUKO

Donnerstag Nachmittag - Saal 5

N1

**BENZODIAZEPINE IN SGB :
THERAPIE ? SUBSTITUTION ? ENTZUG ?**

"Bei Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sollten Benzodiazepine (BZD) nicht verordnet werden, es sei denn zur Behandlung von akuten Entzugserscheinungen wie Tremor und Angstzuständen bei Alkoholikern." (Kontraindikationen für Seresta®/- forte aus dem Arzneimittelkompendium 2012). Die Realität ist eine andere. Trotz der bekannten Risiken von kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere mnestischen Störungen, Unfällen, Überdosierungen und Abhängigkeit erhalten PatientInnen in substitions-gestützter Behandlung (SGB) auch langfristig mehr oder weniger grosszügig BZD verschrieben. Ausmass und Art der BZD-Verschreibung sind auch in der Schweiz regional sehr unterschiedlich und nicht zuletzt von persönlichen Vorlieben und Erfahrungen der behandelnden Ärzte abhängig. Die meisten Untersuchungen belegen, dass der BZD-Konsum mit einem ungünstigeren Verlauf der SGB assoziiert ist. Der kausale Zusammenhang ist aber umstritten, da diese Patienten im Allgemeinen schwerer krank sind (tieferes soziales Niveau, mehr polytoxikomanes Konsummuster, mehr und schwerere somatische und psychische komorbide Störungen, ausgeprägtere Traumatisierungen). Eine relativ kleine Gruppe der Patienten in SGB entwickelt eine schwere BZD-Abhängigkeit mit Einnahme von sehr hohen Dosen und entsprechend schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Ob bei diesen Patienten Entzugsbehandlungen helfen oder ob eine BZD-Substitution zur Harm Reduction besser funktioniert, wird kontrovers diskutiert. Prospektive, kontrollierte Studien zu diesem Thema gibt es praktisch nicht, so dass evidenzbasierte Entscheidungen schwierig zu treffen sind.

C. Caffisch¹, M. Vogel²¹Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen,²Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Donnerstag Nachmittag - Saal 18

N2

**SGB IN HAFT : ANFANGEN, WEITERFAHREN,
AUFHÖREN ? UMGANG MIT BEIKONSUM
UND SUCHTSPEZIFISCHE MASSNAHMETHERAPIEN**

Im Unterschied zu Substitutionsprogrammen ausserhalb sind solche innerhalb von Gefängnismauern einfach zu handhaben: die Tagesdosis kann den Eingewiesenen problemlos abgeben werden, auch eine Dosissteigerung oder -reduktion kann im Gefängnis gut und einfach monitorisiert werden. Somit müssten alle Eingewiesenen mit Suchtproblematik in ein Substitutionsprogramm – hier stellt sich nun die Frage, was war vor und insbesondere auch was geschieht nach dem Gefängnisaufenthalt und wie lange dauert dieser überhaupt. Und es kommt – unabhängig vom Gefängnisaufenthalt – auf den Zustand des Eingewiesenen, seine ‚Drogenkarriere‘ an.

In jedem Gefängnis werden auch Drogen illegal gehandelt. Das Ausmass ist unterschiedlich, der Beikonsum ist wohl weniger ausgeprägt als ausserhalb der Gefängnismauern, aber er ist da. Sollte man nun kein Substitutionsprogramm machen?

Zunehmend gibt es in vielen Anstalten in der Schweiz Massnahmestationen. Suchtspezifische Massnahmen werden von Gerichten und von Behörden verordnet – ist hier die Abstinenz oberstes Ziel, geht es darum die Substitutionsprogramme zu beenden, um eine Therapie als erfolgreich zu beurteilen?

Um die Fragen im Titel zu beantworten, müsste man sagen: ‚Anfangen, Weiterfahren und Aufhören‘ in ausgewählten Fällen! ‚Beikonsum und suchtspezifische Massnahmen‘ – im Einzelfall beurteilen!

Im Workshop werden mit den Teilnehmern Fallbeispiele aus dem Vollzug diskutiert. Ziel des Workshops ist es den Teilnehmern die Substitutionsprogramme innerhalb der Gefängnismauern näher zu bringen und durch den Austausch spezifischere Lösungsansätze zum Titel des Workshops zu finden.

B. Chatterjee

Konferenz Schweizer Gefängnisärzte, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern, D. de Santis, Präventionsbeauftragte Anstalten Hindelbank, Bern, Schweiz

Freitag Vormittag - Saal 6

N3

SUBSTITUTION IM ALTER - AUCH SÜCHTIGE ALTERN

Die Lebenserwartung von Personen in Substitutionstherapie steigt stetig – wie dies auch in der übrigen Bevölkerung der Fall ist. Dies führt zu einer Zunahme von opioidabhängigen Personen in Behandlung. Abhängigkeitsstörungen können aber auch im Alter neu auftreten, z.B. begünstigt durch alterstypische Belastungen wie Pensionierung, Verlust nahestehender Menschen oder Einsamkeit. Nebst epidemiologischen Grundlagen vermittelt der Workshop in einem ersten Teil somatisch-psychiatrische Aspekte in der Behandlung älterer substituierter Personen. Diese leiden häufig an komorbiden somatischen und psychischen Erkrankungen, die eine langfristige und regelmässige Behandlung erfordern. Die gehäufteten Komorbiditäten führen zudem oft zu einer komplexen und umfangreichen Medikation, deren Wechselwirkungen auch in Bezug auf das Substitut teilweise kaum kontrollierbar sind. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für Stürze sowie Immobilität durch eine alters- und substanzbedingte Gangunsicherheit, was bei Fortschreiten der Probleme eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringen kann. Der zweite Teil des Workshops widmet sich sozialen Aspekten, die bei der Behandlung älterer Substitutionspatientinnen und -patienten von Relevanz sein können. Dies sind insbesondere im Zusammenhang einer allfälligen Pflegebedürftigkeit Fragen zum Wohnen, aber auch finanzielle und rechtliche Aspekte. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Zusammenarbeit mit Institutionen wie der Spitex und Alters- und Pflegeheimen. Dabei stellt sich die Frage, ob pflegebedürftige Substituierte in bestehende Alters- und Pflegeheime integriert oder ob spezifische Strukturen für diese Personengruppe geschaffen werden sollen. Ein dritter Teil des Workshops ist interaktiv gestaltet und bietet Raum für die Diskussion zu Fragen nach den idealen Versorgungsstrukturen für ältere Menschen in Substitutionsbehandlung, nach spezifischen Behandlungsansätzen für ältere Menschen sowie weiteren behandlungsrelevanten Themen.

R. Hälgi

Infodrog, K. Dürsteler-MacFarland, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, UPK Basel, Schweiz

Donnerstag Nachmittag - Saal 17

N4

INTEGRIERTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Personen in substitions-gestützter Behandlung weisen in der Schweiz ein Durchschnittsalter von über 40 Jahren auf. Biologisch sind viele dieser Menschen deutlich vorgealtert. Chronische internistische Krankheiten verbunden mit entsprechenden Medikamenteneinnahmen werden häufiger und sind inzwischen für mehr Todesfälle verantwortlich als Überdosierung.

Die Betreuung polymorbider Substitutionspatienten erfordert eine enge Abstimmung aller involvierter Versorger und den Aufbau angepasster Versorgungssettings. Die Integration der internistischen Versorgung ins Substitutionssetting spielt daher eine zunehmend grössere Rolle.

In diesem interaktiven Workshop soll auf die häufigsten internistischen Krankheitsbilder und deren Versorgung bei Patienten unter Opioidsubstitution eingegangen werden. Die Rolle der Medizin, der Pflege und anderer Berufsgruppen beim Management dieser chronischen Krankheiten wird diskutiert. Bestehende und mögliche Modelle von bedarfsgerechten Betreuungssettings werden erläutert. Für offene Fragen und Diskussion wird genügend Zeit zur Verfügung stehen.

P. Bruggmann

ARUD, Zürich, Schweiz

Freitag Vormittag - Saal 18

N5

DER THERAPEUTISCHE EFFEKT VON SCHADENMINDERUNG

Schadenminderung wurde ursprünglich als Ersatzstrategie für die Behebung der schlimmsten Folgen der Prohibition bis zu ihrer Aufhebung eingeführt. Die Schadenminderung liess die Prohibition humaner erscheinen, so dass heute beide nebeneinander fortbestehen und die Schadenminderung als 4. Säule in die Drogenpolitik eingeführt wurde. Die zu Beginn einfachen Botschaften der Schadenminderung („shoot clean – fuck safe“) erhielten im Verlaufe der Zeit einen ausgebauteeren theoretischen Rahmen und es ist vor allem G. Alan Marlatt und Andrew Tatarski und ihren Mitarbeitern zu verdanken, dass sich Schadenminderung auch im Alkoholbereich etablieren konnte und man heute von einer „harm reduction psychotherapy“ spricht. Die theoretischen Überlegungen von Russell Newcombe zu Risikoreduktion und Schadenminderung, die oft und je nach Sprache synonym verwendet werden, stützen zusätzlich die Sichtweise, dass Schadenminderung nicht einfach eine Säule in der Drogenpolitik ist, sondern ausgeprägte Querschnittsfunktionen hat.

R. Hämmig

UPD, Bern, Schweiz

WORKSHOPS UND SYMPOSIEN NASUKO

Freitag Nachmittag - Saal 16

N6

KINDER VON ELTERN IN SGB

Kinder, die in ihrer Familie einer Suchtproblematik ausgesetzt sind, leiden in der Regel sehr unter dieser Problematik. Zu den häufigsten Problemen gehören Traumatisierungen, Scham- und Schuldgefühle, Hierarchieumkehrungen, Ängste und Aggressionen. Zudem bestehen seitens der Eltern oft massive Erziehungsdefizite. Dies führt dazu, dass Kinder häufig selbst verhaltensauffällig werden und stärker als andere Kinder gefährdet sind, selber Sucht- oder psychische Probleme zu entwickeln. Die Bedürfnisse und Schwierigkeiten dieser Kinder werden aufgrund der Problematik der suchtkranken Familienmitglieder oft vernachlässigt.

Das Therapieangebot Zebra bietet als eine der wenigen Stellen in der Schweiz ein breites nicht substanzgebundenes Angebot für Familien aus suchtbelasteten Familien an. Es beinhaltet Unterstützung, die von einfachen Informationsgesprächen über Abklärungen bis zur Psychotherapie im engeren Sinn reichen.

Was ist speziell bei der Unterstützung von Familien, die in einer substitions-gestützten Behandlung eingebunden sind? Welches sind die Herausforderungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien allgemein? Wie kann man Kindern und Jugendlichen helfen und wie wirksam ist eine Behandlung? Diesen und weiteren Fragen soll in diesem Workshop nachgegangen werden.

G. Kling

Therapieangebot Zebra für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW), Schweiz

N7

MEHR ALS METHADON ? INDIVIDUALISIERTE, DIVERSIFIZIERTE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG IN DER PRAXIS

Über 80% der opioidgestützten Behandlungen in der Schweiz werden mit Methadon geführt, obwohl seit 2000 mit Buprenorphin eine vergleichbar wirksame Substanz zur Substitution der Opiatabhängigkeit zugelassen ist. Im Off-Label-Use stehen neben Methadon und Buprenorphin weitere Substanzen wie retardierte Morphine und L-Polamidon zur Verfügung. Medizinisches Heroin (Diacetylmorhin) kommt trotz der rechtlichen Verankerung der Behandlung und der erfolgten Zulassung der oralen Einnahmeform nur bei einer beschränkten Anzahl von Heroinabhängigen zur Anwendung. Diese Praxis widerspricht den Erfahrungen in der Behandlung anderer chronischer Erkrankungen, in der zur Minimierung medikamentöser Nebenwirkungen und damit zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Förderung der Behandlungstreue die Wahl des für den individuellen Patienten oder die individuelle Patientin bestverträglichen Präparats grosse Bedeutung hat. In diesem Workshop werden die zur Substitutionsbehandlung zur Verfügung stehenden Substanzen mit ihren unterschiedlichen Wirk- und Nebenwirkungsprofilen vorgestellt und mögliche Prinzipien einer diversifizierten, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen abgestimmten Behandlung diskutiert.

T. Beck

ARUD, Zürich, Schweiz

N8

HEGEBE SCHWEIZ - UND SIE BEWEGT SICH DOCH ! ?

Die substitions-gestützte Behandlung mit Diacetylmorhin (HeGeBe) hat sich in den vergangenen 20 Jahren als wichtige Behandlungsform innerhalb der schweizerischen Substitutionslandschaft bewährt und etabliert. Die bundesrechtliche Behandlungsbewilligung ist nach wie vor ausschliesslich auf hierfür spezialisierte Institutionen beschränkt und die Verabreichung strikt reglementiert und kontrolliert. Die dynamische und erfolgreiche Entwicklung der 1990er-Jahre scheint stillzustehen. Es gibt bereits Stimmen, die die HeGeBe als Auslaufmodell prognostizieren. Es ist jedoch Fakt, dass viele Fragen bis heute weiterhin ungeklärt sind und sich durch die gesamthafte Entwicklung neue Fragestellungen ergeben.

Der Workshop zeigt die Phasen vom wissenschaftlichen Versuch der heroingestützten Behandlung bis zur anerkannten erfolgreichen Therapie auf, geht aber auch der Frage nach, ob es wiederum Zeit ist, das erworbene Wissen zu überdenken und sich der Zukunft und neuen Anforderungen zu stellen. Frei nach dem Motto: Alles reglementiert? Alles klar? Alles unklar? Es gibt zahlreiche

Freitag Nachmittag - Saal 3

Freitag Nachmittag - Saal 7-8

Fragestellungen und von Stagnation kann keine Rede sein: Wie kann die Sonderstellung der HeGeBe in Einklang mit dem integrativen Versorgungsauftrag gebracht werden? Wie kann generell die Zusammenarbeit mit dem bestehenden Gesundheitssystem im Sinne einer durchgehenden Versorgung optimiert werden? Für welche Patientengruppe ist sie zukünftig vorgesehen? Sind es weiterhin die Patienten und Patientinnen mit erheblichen gesundheitlichen Defiziten und vorzeitiger Alterung oder vielmehr jene, die auf den rasch anflutenden Effekt des Heroins nicht verzichten können? Wie wird man den Behandlungsbedürfnissen minderjähriger Patienten und Patientinnen gerecht?

Der Workshop greift auf Fallvignetten zurück, die es den Teilnehmern ermöglichen, lösungsorientiertes Wissen konkret zu erarbeiten und zu vertiefen. Gemeinsam soll geklärt werden, ob die innovativen Entwicklungsschritte der 1990er-Jahre ins Stocken geraten sind und welche Herausforderungen die heroingestützte Behandlung in Zukunft zu bewältigen hat.

O. Berg¹, O. Schmid²

¹ARUD, Zürich, ²Janus, Zentrum für heroingestützte Behandlung, UPD, Basel, Schweiz

N9

PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN - GESTALTUNG VON SETTING UND THERAPIE

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind eine überdurchschnittlich häufige Begleiterscheinung vieler psychiatrischer Krankheiten. Menschen mit psychischen Leiden, besonders mit Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen, brauchen einen anderen therapeutischen Zugang als solche, die psychisch besser strukturiert sind. Um die Ausgangslage zu klären, braucht es eine strukturelle Diagnostik. Was kann der Kranke wollen? Der Umgang mit dem Irrationalen, dem "Unvernünftigen" muss in das Therapiekonzept eingebaut werden. Pädagogische, rein psychoedukative Zugänge sind oft wenig erfolgreich. Die Geschichte der Suchttherapie ist geprägt von pädagogischen Interventionen. Weshalb diese nur begrenzt erfolgreich sind und welche Strategien an Stelle der Nacherziehung angewendet werden können, soll der Inhalt dieses Workshops sein.

C. Aeschbach

Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen Basel Land, Liestal, Schweiz

N10

OPTIMALE VERSORUNG ? OFT VERNACHLÄSSIGTE BEREICHE IN SGB

Es dürfte ein breiter Konsens darüber bestehen, dass in den letzten Jahrzehnten die substitions-gestützte Behandlung (SGB) in der Schweiz grosse Fortschritte gemacht hat. Viele Betroffene erfahren eine hochwertige professionelle Hilfe gegen ihre Opiatabhängigkeit. Nichtsdestotrotz bleibt die Frage offen, ob in der substitions-gestützten Versorgung auch heute noch wichtige Bereiche unterversorgt sind bzw. die erzielten Errungenschaften auch ihre Schattenseiten haben?

Nach einem kurzen, einführenden Inputreferat, das in groben Zügen den Werdegang der substitions-gestützten Behandlung und ihre Erfolge in der Schweiz aufzeigt, soll in einer interaktiven Vorgehensweise in Form von Kleingruppenarbeiten nach unterversorgten Bereichen bzw. einseitigen Entwicklungen in der SGB gesucht werden.

Ziel des Workshops ist die kritische Reflexion der aktuellen substitions-gestützten Behandlung in der Schweiz. Ergebnisse und Zusammenhänge aus den Gruppendiskussionen werden am Schluss im Plenum zusammengestellt, sodass die Besucher für sie relevante Erkenntnisse aus dem Workshop in die eigene Arbeit zukünftig vermehrt einfließen lassen können.

G. Pitscheider

FOSUMOS, FOSUMIS, Praxis Parlami, Altdorf, Schweiz

Freitag Nachmittag - Saal 4

Freitag Vormittag - Saal 15

WORKSHOPS UND SYMPOSIEN NASUKO

Freitag Vormittag - Saal 16

N11 : SYMPOSIUM "NEUES AUS DEUTSCHLAND UND ÖSTERREICH"**N11.1****MODELLPROJEKT TEST IT : SZENENAHE HIV/HCV SCHNELLTESTS FÜR DROGENKONSUMENTEN IN NIEDRIGSCHWELLEN EINRICHTUNGEN**

Hintergrund Trotz einer Stabilisierung von neudiagnostizierten HIV-Infektionen bei intravenös Drogen Gebrauchenden auf relativ niedrigem Niveau ist diese Gruppe besonders von HIV bedroht. Die meisten Drogenkonsumenten der offenen Drogenszene verfügen nur über einen sehr eingeschränkten Zugang zum medizinischen Hilfesystem. Untersuchungen bei Substituierten und aktuell Konsumierenden zeigen, dass die Kenntnis des eigenen Infektionsstatus unzureichend ist und HIV-Tests nicht angeboten oder aufgrund des hochschwelligigen Zugangs kaum wahrgenommen werden. Mit dem modellhaften Projekt „test it“ wurde Drogenkonsumenten und Substituierten ein szenenaher und niedrigschwelliger Zugang zu einem Schnelltestangebot verschafft. Mittels Beratung und Risikocheck galt es das Bewusstsein aktuell Drogen konsumierender Menschen in Bezug auf HIV und HCV zu erhöhen und die Entwicklung persönlicher Schutzstrategien zu unterstützen. Ergebnis: Es wurden bei 160 getesteten Klienten 6 bisher unbekannte HIV Infektionen diagnostiziert. Der Schnelltest kann IVDU tatsächlich einen niedrigschwelligeren Zugang zum Schnelltest ermöglichen. Entscheidend für die ausgesprochen gute Inanspruchnahme des Angebots sind drei Aspekte: - Die kurze Dauer zwischen Test und Ergebnis - Das Vertrauen zum Berater/zur Beraterin - Es wird keine Venenpunktion notwendig sondern nur Speichel oder Kapillarblut Die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und hcv wird durch die Durchführung regelmäßiger Tests deutlich erhöht. Fragestellung: Lässt die große Anzahl von neudiagnostizierten HIV und HCV Infektionen die Vermutung zu, dass die HIV Prävalenz und Inzidenz bei IVDU höher als angenommen ist?

D. Schäffer, W. Rensmann, S. Michel
Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, Deutschland

N11-2**SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG IN DEUTSCHLAND - LICHT - UND SCHATTENSEITEN 2012**

Nach über 20 Jahren Substitutionsbehandlung in Deutschland sind die Erfolge offenkundig: Die Zahl der Drogentoten ist erheblich gesunken, die Rate der HIV-Neuinfektionen hat sensationell abgenommen, das Durchschnittsalter der Substitutionspatienten steigt kontinuierlich an, die Belastungen der Öffentlichkeit durch Drogenhandel und -konsum hat weitgehend abgenommen und damit auch die Beschaffungskriminalität. Zudem hat die Zulassung der Substitutionsbehandlung nicht ein „falsches Signal“ für die Prävention der Opiatabhängigkeit gegeben, wie von den vormaligen Gegnern befürchtet wurde: Die Zahl der Heroin-Neukonsumenten hat seit einigen Jahren kontinuierlich abgenommen, Heroin ist „out“. Demgegenüber stehen Entwicklungen, die die Fortentwicklung der Behandlung ernsthaft behindern: Das Substitutionsrecht schafft Rechtsunsicherheit, ist Grundlage für haarsträubende Verfahren gegen substituierende Ärzte, produziert überreglementierte therapeutische Verhältnisse und hält viele niedergelassene Ärzte davon ab, Opiatabhängige zu behandeln. In einigen Landesteilen herrscht eine Unterversorgung, in den Haftanstalten findet Substitution vielerorts nicht statt, die Behandlung von Begleiterkrankungen neben HIV/AIDS ist deutlich verbesserungsfähig und die Zulassung von Heroinambulanzen stockt. Ein ursprünglich zur Förderung der Opiatsubstitution entwickeltes Honorierungswesen verhindert in vielen Fällen die Rehabilitation der Patienten und verstärkt den Trend zu Großambulanzen und Spezialpraxen. Der Streit über den Umgang mit dem Beikonsum resp. über die Behandlung von zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen neben der Opiatabhängigkeit hält an.

H.-G. Meyer-Thompson
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Asklepios-Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg, Deutschland

N11-3**NEUES ZUR SUBSTITUTIONSTHERAPIE AUS ÖSTERREICH**

Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg des Benzodiazepin-Beigebrauchs bei Patienten und Patientinnen in substitutionsgestützter Therapie mit Opioiden ist Anlass zur Besorgnis und erfordert die Einleitung von Maßnahmen, die dieser Tendenz entgegensteuern. Eine davon ist der Erlass einer Leitlinie „zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei PatientInnen in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ durch das Bundesministerium für Gesundheit, die in ihren Grundzügen vorgestellt wird. Eine Einschränkung der Verschreibbarkeit von Flunitrazepam auf gesetzlicher Ebene ist in Vorbereitung. Eröffnung eines neuen niedrigschwelligen sozialmedizinischen Zentrums in Wien – das „Jedmayer“. Auf fünf Etagen und 2.800 Quadratmetern hat das Betreuungszentrum der Suchthilfe Wien gGmbH seine Schwerpunkte im Tageszentrum, Wohnen, in der Beratung und Betreuung, Infektionsprophylaxe und in der gemeinwesenorientierten Straßensozialarbeit. Das Ambulatorium Suchthilfe Wien gewährleistet eine umfassende suchtmmedizinische Versorgung und Behandlung durch ein interdisziplinäres Team (Allgemeinmedizin, Interne, Psychiatrie, Gynäkologie, Krankenpflege), vor allem im Bereich der substitutionsgestützten Behandlung. Nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ werden hier Suchtkranke vielschichtig behandelt – stets in enger Zusammenarbeit mit Experten der Sozialarbeit.

H. Haltmayer
Ambulatorium Suchthilfe Wien, Österreich

SESSION POSTERS TDO

PST1

PROFIL DES PATIENTS INCLUS DANS UN TRAITEMENT ASSISTÉ PAR HÉROÏNE : COMPARAISON AVEC LES ÉTUDES ÉTRANGÈRES

TADAM est une étude contrôlée randomisée comparant un traitement par héroïne (HAT) avec des traitements par méthadone existants. Ce projet est toujours en cours mais nous disposons déjà de données sur les patients au moment de leur inclusion. Nous analysons leur profil, particulièrement leurs caractéristiques criminologiques, et nous le comparons avec celui des participants aux autres expériences HAT.

Lors de l'inclusion, chaque patient a répondu à des questionnaires standardisés ainsi qu'à un questionnaire de délinquance et de victimisation autoreportées. Comme point de comparaison, nous avons sélectionné trois études européennes sur le HAT. Nous avons ajouté une étude suisse, sans groupe contrôle, évaluant les effets de la prescription d'héroïne sur la délinquance des patients. Nos patients sont plus âgés et le plus souvent de sexe masculin. Ils bénéficient plus souvent d'allocations sociales et ont connu plus de traitements pour un problème d'addiction. Ils ont un passé judiciaire aussi important qu'à l'étranger. Sur les six derniers mois, ils sont moins nombreux à avoir commis des actes délinquants mais le nombre d'actes commis est plus important. Les faits sont surtout liés à la drogue ou à la propriété.

Nos patients sont moins nombreux à être délinquants mais il y aurait plus de professionnalisation qu'à l'étranger. Le plus petit nombre de délinquants pourrait s'expliquer par la moyenne d'âge plus élevée de nos patients, la plus grande proportion d'allocataires sociaux ou encore par le recours plus important à des traitements pour leur(s) addiction(s).

C. Deblire, A. Lemaître

Institut des sciences humaines et sociales, Université de Liège, Belgique

PST2

IMPACT DU CENTRE DE TRAITEMENT ASSISTÉ PAR DIACÉTYLMORPHINE SUR SON ENVIRONNEMENT URBAIN.

Depuis 2011, la Belgique s'est lancée dans un projet visant à tester l'efficacité d'un traitement assisté par diacétylmorphine, le projet TADAM. Cette recherche est destinée à des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne ne trouvant pas de solution satisfaisante dans les traitements existants. Le projet TADAM est une étude contrôlée randomisée qui porte sur 74 patients en région liégeoise.

Dependant, même si le principe du traitement assisté par diacétylmorphine est globalement accepté par la population, comme il l'a été à Liège, l'installation même du centre de traitement par diacétylmorphine peut susciter de vives oppositions. Ces oppositions proviennent notamment de la peur que les personnes dépendantes de l'héroïne accueillies par le centre ne génèrent des nuisances dans le quartier.

L'étude IMPEN, impact du centre sur son environnement urbain, aura donc pour objectif de répondre à la question suivante : le centre de traitement par diacétylmorphine suscitera-t-il des nuisances supplémentaires pour les riverains ?

Pour répondre à cette question, différentes données ont été récoltées avant et après l'implantation du centre.

Deux grandes catégories de données sont exploitées. Les premières sont des données collectées par l'équipe de recherche. Les secondes sont des données de la ville de Liège et des services de police. Ces données nous permettront de voir si l'on constate une amélioration ou une dégradation quelconque de l'état général du quartier et si plus ou moins de nuisances sont comptabilisées. L'évaluation du volet "IMPEN" étant toujours en cours, seules des tendances provisoires peuvent faire l'objet de discussions. Néanmoins, que ce soit du côté de la presse ou du côté des riverains, aucune grande objection n'a encore été formulée à l'encontre du centre de traitement assisté par diacétylmorphine.

G. Litran

Criminologie, Université de Liège, Belgique

PST3

ENTRE INCERTITUDE, DÉTENTION ET CONSOMMATIONS : L'AMBULATOIRE-FOREST, UNE RÉINSERTION À VISAGE HUMAIN !

En Belgique, l'Ambulatoire-Forest se définit comme une interface entre le milieu carcéral et la société. En effet, notre structure permet une guidance sociale ainsi qu'un soutien psychologique pour les personnes incarcérées et accoutumées aux consommations de produits toxiques. Rencontrés au sein des prisons, les bénéficiaires sont fragilisés par les conditions d'enfermement. Par les visites hebdomadaires des professionnels de notre association, les détenus entrevoient leur "retour à la liberté".

Nous avons effectué une analyse basée sur les chiffres disponibles dans les rapports d'activités annuels sur une durée de trois ans. Il s'agit d'un exercice comparatif où L'Ambulatoire-Forest peut aisément démontrer que, avec une équipe à cadre constant, les travailleurs assistent à une augmentation exponentielle des demandes. En effet, les demandes de guidances sociales sont en évolution constante et atteignent près de 30 %. Les demandes de suivis psychologiques ont augmenté de 20 %. Le nombre et la qualité des produits consommés sont eux aussi en évolution constante. Le nombre de doubles suivis est lui aussi en nette augmentation, ce qui vient conforter l'idée que les demandes se complexifient ; les profils sociologiques et psychologiques deviennent polymorphes.

Comme nous le démontre ses analyses, l'Ambulatoire-Forest fait, avec peu de moyens, le "grand écart" entre le "no man's land" des lieux de détention et la vie active de notre société. Nonobstant que ces complexifications sont invalidantes pour le travail quotidien, et espérant un sursaut des politiques responsables des matières de la justice et de la santé, L'Ambulatoire-Forest se fait le défi de perspectives nouvelles !

V. Laval, J. Crabbe

Toxicomanie-détention, Ambulatoire-Forest, Bruxelles, Belgique

PST4

PROJET AÏDA : ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ, INTÉGRÉ ET DIFFÉRENCIÉ DES ASSUÉTUDES

Le projet est élaboré en lien avec une recherche scientifique visant à redéfinir et améliorer les plans de soins pour des personnes dépendantes présentant des comorbidités psychiatriques. Il est développé dans la philosophie de la réforme des soins en santé mentale actuellement en cours en Belgique.

Méthode : proposer un accompagnement intensif avant, pendant et après une éventuelle hospitalisation, impliquant une prise en charge spécifique de la demande et des besoins de l'utilisateur. Cet accompagnement se base sur une approche intégrée (approche psychocorporelle, cognitivo-comportementale, systémique, travail pluridisciplinaire et en réseau, mindfulness, groupe de parole, coaching, suivi médical, sevrage, testing...). Usagers présentant des problématiques d'assuétudes associées à des troubles de la personnalité. L'évaluation du projet repose sur des études observationnelles et longitudinales. Parmi les indicateurs de mesure, citons : le nombre de personnes bénéficiaires de l'accompagnement, le nombre d'intervenants impliqués dans les situations individuelles, le nombre ainsi que l'intensité des rechutes par rapport à un sevrage simple (physique), le nombre de trajets (extra muros) et de circuits (intra muros) de soins amorcés, la fréquence des plaintes somatiques, la fréquence des plaintes psychiques, le niveau de bien-être à différents moments de l'accompagnement. La finalité du projet est une prise en charge globale et intégrée à visée de (ré)-insertion de jeunes adultes présentant un double diagnostic d'assuétudes et un trouble de la personnalité. C'est l'expérience d'un accompagnement continu de la personne tout au long du processus de réinsertion sociale.

R. Clavie, A. Bouchez

Département des soins aux patients, H.N.P. Saint-Martin, Dave, Belgique

SESSION POSTERS TDO

PST5

CHANGES IN COGNITION IN NON-PSYCHOSIS SUBSTANCE-ABUSING PATIENTS TREATED FOR 12-WEEKS WITH QUETIAPINE

The second-generation antipsychotic quetiapine has been evidenced to improve substance abuse outcomes in psychosis and non-psychosis patients. Recently, our group has shown that quetiapine treatment is associated with cognitive improvement in patients with schizophrenia-spectrum and substance use disorders. To our knowledge however, no study has investigated the effects of this medication on cognition in non-psychosis substance abusers, although substance abuse is associated with significant cognitive impairments. The present study sought to examine changes in cognition in 24 non-psychosis substance abusers (alcohol > cannabis > stimulants) undergoing 12-week open-label quetiapine therapy. Working memory, speed of processing and paired associates learning were measured using the Cambridge Neuropsychological Tests Automated Battery. Psychiatric symptoms, substance abuse outcomes and extrapyramidal symptoms (EPS) were also measured, before and after quetiapine treatment. Patients were enrolled when entering alcohol and/or drug detoxification. Results Cognition (working memory, speed of processing & paired associates learning) improved during treatment. Similarly, substance abuse outcomes, psychiatric symptoms and EPS also improved during treatment. The results of this pilot study suggest that quetiapine may improve cognition, substance abuse outcomes, psychiatric symptoms and EPS in non-psychosis substance abusers. However, the uncontrolled design of this study precludes the attribution of improvements to quetiapine. Given that growing evidence shows that cognitive deficits are significant obstacles to treatment in substance-abusing populations, better controlled studies will be required in the future to ascertain whether the cognitive and clinical improvements reported here were quetiapine-related or not.

S. Potvin¹, É. Rizkallah^{1,2}, T. Pampoulova², J.-P. Chiasson², A. Gendron¹

¹Fernand-Seguin Research Center ; Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Montreal ; ²Clinique du Nouveau-Départ, Montréal, Canada

PST6

SUBSTANCE USE AND COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG A SAMPLE OF QUEBEC PHYSICIANS

Approximately 10-15% of physicians suffer from a substance use disorder over the course of a lifetime. Recent literature has focused on the rise in addiction among anesthesiologists and the predominance of opiate abuse among physicians. A retrospective study design was performed on 123 physicians who were treated for substance abuse/dependence from 1986 to 2012, at a rehabilitation center specialized in substance use disorders and comorbid psychopathology. Each patient admitted for treatment received the following initial assessments : medical evaluation, psychiatric interview, toxicology screenings, and psychometric evaluations. Of the 123 physicians admitted for

detoxification and rehabilitation, 37% were general practitioners, followed by 9% anaesthesiologists and 8% psychiatrists. Eighty-two percent of the population presented an alcohol use disorder. Within this population, approximately 36% abused alcohol only, while the remaining physicians consumed alcohol plus another psychoactive substance. Concomitant benzodiazepine and alcohol use (24%) had the second highest prevalence rate among our population of physicians, followed by concomitant alcohol and cocaine abuse (12%). Ranking fourth in prevalence were opioids, either alone (5%) or in combination with another psychoactive substance (6.5%). Twenty-three percent suffered from an anxiety disorder, 17% were diagnosed with dysthymia, 14% were depressed, and 14% bipolar type I or II. Of the physicians presenting for treatment the following trends were reported : (i) high prevalence of general practitioners ; (ii) the majority abuse alcohol, and (iii) comorbid anxiety or mood disorders are common. What this review adds to the existing literature is that general practitioners greatly outnumber other types of physicians seeking treatment, particularly anaesthesiologists. Lastly, this study does not support the apparent growing concern of opiate use among physicians.

K. Stavro^{1,2}, É. Rizkallah^{1,2}, J.-P. Chiasson¹, S. Potvin²

¹Clinique du Nouveau-Départ, Montréal ; ²Fernand-Seguin Research Center ; Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Montreal, Canada

PST7

THE INFLUENCE OF SEX DIFFERENCES ON PSYCHIATRIC AND SUBSTANCE USE DISORDERS

Research findings suggest that there are significant gender differences in the epidemiology, etiology and psychiatric profiles of individuals with substance use disorders (SUD). These differences may have significant treatment implications and warrant further clarification to help enhance the design of gender-sensitive screening and treatment interventions. The present study investigate gender differences in the type of substance abuse, the reasons for substance abuse and psychiatric comorbidities in patients seeking treatment for substance use disorders. A retrospective chart review of 129 men and 59 women were evaluated after withdrawal for patterns of consumption, using the Michigan Alcohol Screening Test (MAST), the Drug Abuse Screening Test (DAST) and Inventory of Drug/Alcohol Taking Situations (ID/ATS), as well as for anxiety, depression, social phobia and personality disorders using Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Social Phobia Inventory (SPIN) and Millon Clinical Multi-Axial Inventory-III (MCMI-III). Of the 183 patients included in the analysis, the results indicate that males (30.2%) were more likely than females (11.1%) to be diagnosed with cocaine abuse/dependence. Compared to males, females were more anxious, socially phobic, and passive/avoidant. They were also more prone to abuse alcohol and benzodiazepines to reduce their negative emotions. According to behaviourist theories, psychoactive substances are used for their positive and/or negative reinforcing properties. The results of this chart review suggest that positive and negative reinforcement are gender-related : psychoactive substance use in males is driven by the search for positive emotions, whereas females would be motivated by the need to relieve negative affect.

É. Rizkallah^{1,2}, K. Stavro^{1,2}, L. Dinh - Williams¹, J.-P. Chiasson¹, Tania Pampoulova¹, S.Potvin²

¹Clinique du Nouveau-Départ ; ²Fernand-Seguin Research Center ; Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Montreal, Canada

SESSION POSTERS TDO

PST8

LES TROUBLES SEXUELS CHEZ LES SUJETS SOUS TRAITEMENT DE MÉTHADONE

Dans les années 1990, la nécessité de réduire les ravages causés par l'usage de drogues devint plus clairement établie et entraîna des changements qui permirent aux médecins de prescrire plus facilement des traitements à la méthadone. Toutefois, la méthadone peut être à l'origine d'effets secondaires multiples, notamment les troubles sexuels.

L'objet de cette étude, la première du genre concernant la population casablancaise sous traitement à la méthadone et suivie au service d'addictologie, est d'avoir un descriptif sur l'activité sexuelle de base et d'établir la fréquence des principaux troubles sexuels.

L'étude a concerné une série de 17 patients inclus au pool de traitement sous méthadone selon les critères d'inclusion au Service d'addictologie de Casablanca. Le critère d'inclusion retenu pour l'étude est la disponibilité à répondre à un hétéro-questionnaire établi pour les besoins de l'étude après la prise quotidienne de méthadone au Service d'addictologie. L'hétéro-questionnaire a exploré la sexualité de base et les différents troubles sexuels selon les critères du DSM-IV-TR.

Seul 17.64 % des patients sont satisfaits de leurs relations sexuelles alors qu'ils pensent que leurs partenaires sont satisfaits dans 70.58 %. Deux patients ont rapporté des rapports extraconjugaux. Plus de la moitié de l'échantillon, soit 64.70 %, ont remarqué une diminution du désir sexuel après l'addiction. Sept sujets rapportent des difficultés à avoir un orgasme lors d'un rapport sexuel. Huit sujets ont rapporté des difficultés érectiles et six un trouble de l'éjaculation.

L. El Amrani, S. Berrada

Service d'addictologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

PST9

CONSOMMATION DE LA DROGUE DANS LES PRISONS CAMEROUNAISES : RÉALITÉS ET EFFET PARADOXAL

La consommation de la drogue suscite des avis partagés sur la scène internationale. Autorisée par certains pays dans des situations particulières, notamment comme analgésique, elle reste dans l'ensemble proscrite du fait de ses effets délétères. En milieu carcéral, si les détenus y trouvent une solution face à l'enfermement ou un moyen d'apaisement de leurs soucis ("le gué me permet de supporter ma prison. Quand il me manque, je ne dors plus et deviens très irritable", Essomba, 30 ans), certains régisseurs de prison pensent que la drogue véhiculée par des visiteurs, des détenus corvéables et quelques gardiens véreux, alimente plus la violence qu'elle ne la calmerait et devrait rester interdite sous toutes ses formes. En effet, elle est associée aux débordements de violences et évasions, et met en permanence le personnel en état d'alerte maximal. Toutefois, un gardien du bureau intérieur propose que l'on autorise à doses contrôlées le tabac et l'alcool, et que l'on maintienne l'interdiction des drogues dures (cannabis, comprimés, etc.). Le but de cette communication est de s'intéresser à la consommation de drogues en milieu carcéral au Cameroun, en se focalisant sur les types de drogues et leurs effets sur les détenus et la vie au sein des prisons, afin de dégager des pistes de réflexions concernant les hypothèses explicatives et les possibilités de prise en charge.

J. Bissila Ndjana, F. Ndjodo Awono

Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la justice, Yaoundé, Cameroun

PST10

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ CHEZ DES PATIENTS SOUS MÉTHADONE

La prévalence du TDA/H chez l'adulte est estimée à 3,4%. Ce trouble est souvent pourvoyeur de difficultés psychosociales, liées, en partie, à la coexistence fréquente de troubles addictifs. Chez ces patients, l'évaluation du TDA/H donne des résultats très différents selon les populations et les outils utilisés. Nous avons donc cherché à évaluer la prévalence du TDA/H chez des patients sous méthadone.

Quatre-vingt onze patients ambulatoires traités par méthadone ont été évalués. Afin de dépister le TDA/H, ils ont rempli la Wender Utah Rating Scale (WURS) et l'Adult Self Report Scale (ASRS VI.1). De plus, l'avis des cliniciens concernant le diagnostic de TDA/H chez ces patients a été recueilli.

Vingt et un sujets sur 91 ont été dépistés pour un TDA/H de l'enfance (dépistage positif à la WURS) et 19 pour un TDA/H de l'adulte (dépistage positif à l'ASRS). Parmi eux, 10 présenteraient un TDA/H ayant débuté dans l'enfance et persistant à l'âge adulte (dépistage positif aux deux questionnaires). Les cliniciens ont, eux, identifiés neuf patients comme ayant un TDA/H de l'adulte dont cinq étaient dépistés par au moins un des deux questionnaires.

On constate la difficulté de poser un diagnostic clair de TDA/H à l'aide d'outils. Il est nécessaire de prendre en compte, aussi bien dans la recherche que dans la clinique, l'avis d'un clinicien expérimenté.

M. Jarroir, E. Nichols, L. Romo, V. Bloch, J. P. Lépine, F. Vorspa
Hôpital Fernand Widal, Paris, France

PST11

COMORBIDITÉ ADDICTIVE EN PSYCHIATRIE ET RELATION AVEC LE GENRE

Dans notre pratique quotidienne, nous remarquons qu'au-delà des pathologies psychiatriques ou des dépendances aux SPA, bien définies par des critères internationaux et nécessitant une prise en charge spécifique, les patients manifestent des niveaux de détresse psychologique différents, qui ne semblent pas toujours corrélés à la pathologie de base.

Des études ont montré que, dans les populations générales et toxicodépendantes, les scores de détresse psychologique étaient plus importants parmi les femmes.

Les enquêtes portant sur les comorbidités psychiatriques restent encore peu nombreuses et l'intérêt pour la question du genre est encore très peu évoquée.

Dans ce travail, nous avons voulu vérifier si ces différences de genre, retrouvées dans la population générale, apparaissent également dans une population de sujets hospitalisés dans une unité de soins de comorbidités psychiatriques et addictives.

L'intérêt était de comprendre les particularités des patients comorbides et de pouvoir adapter les aides, notamment psychosociales et thérapeutiques, en fonction des individus. Il s'agit d'une étude transversale, ouverte et comparative, d'évaluation de critères psychopathologiques, portant sur 224 patients sur une période de deux ans. L'échelle utilisée est la SCL-90-R, permettant de coter neuf dimensions et trois indices globaux.

L'évaluation du critère principal de jugement n'a pas mis en évidence de différence significative dans l'intensité de la détresse psychologique entre les sexes. L'évaluation des scores des différentes dimensions de l'échelle n'a pas mis en évidence de différence significative entre les sexes, même si on retrouve une tendance à la dépressivité et à la somatisation chez la femme. Pour les deux sexes, les dimensions les plus intenses sont la dépressivité, la somatisation, l'obsession compulsive et l'anxiété. La comorbidité psychiatrique semble donc modifier l'influence du genre sur la détresse psychologique dans les addictions.

H. Lannabi, H. Defay-Goetz

Centre Hospitalier du Rouvray, Rouen, France

SESSION POSTERS TDO

PST12

LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA SANTÉ MENTALE AU CAMEROUN : PROBLÉMATIQUE ET IMPACT SOCIO SANITAIRE

Le Cameroun dispose d'une stratégie sectorielle de santé qui prévoit un programme national de santé mentale mais ce dernier peine à être mis en œuvre. Cette situation n'est pas sans conséquences sur la santé mentale des populations, tant sur les croyances, les institutions, que sur la prise en charge des troubles psychiques, y compris la dépendance aux opioïdes. Ainsi, la santé mentale y est restreinte à une activité clinique psychiatrique sans cadre juridique approprié et elle est pratiquée dans quelques formations sanitaires publiques et privées confessionnelles.

Les activités préventives que sont les communications pour le changement de comportement sont limitées à quelques interventions dans les médias, surtout lors des journées commémoratives internationales, activités qui sont davantage menées par les associations et les organisations non gouvernementales locales.

L'impact socio-sanitaire est désastreux, avec un abandon des personnes souffrant de troubles, victimes de préjugés, de stigmatisation et d'exclusion ; un faible accès aux soins liés à l'insuffisance des infrastructures et des professionnels spécialisés ; un manque d'implication des pouvoirs publics et de la communauté entravant la réhabilitation psychosocioprofessionnelle ; une insuffisance de formation, de recherche et de législation spécifique en santé mentale. Compte tenu des mutations socioculturelles, des conditions économiques et sanitaires difficiles que connaît le Cameroun, et tenant compte des recommandations de l'OMS, la mise en œuvre d'une politique nationale en santé mentale est une urgence dans ce pays.

C. Palisson Avang

Centre médical de l'Arrondissement de Délangué, Edéa, Cameroun

PST13

LA DROGUE COMME MOYEN DE CONTENTION DE LA VIOLENCE INTERNE DANS LA PSYCHOSE

La consommation de drogue est un phénomène particulièrement fréquent dans la population de patients psychotiques, pouvant atteindre pratiquement un patient sur deux selon certaines études. En effet, notre recherche, menée au Service de psychiatrie de l'hôpital Jamot au Cameroun et portant sur les agirs violents dans la psychose, nous a conduit à faire le constat d'un nombre de plus en plus élevé de patients psychotiques souffrant de troubles graves liés à l'utilisation d'opiacés et bénéficiant pour cela d'un traitement. Dans ces lieux de soins, les patients présentant cette comorbidité sont le plus souvent des hommes jeunes, présentant un risque plus élevé de comportements inscrits du côté d'une violence extrême.

L'histoire de ces patients met en évidence que le recours à la drogue vient répondre, dans l'actuel social, à des événements traumatiques tels que des actes de maltraitance, de l'inceste, de l'abus sexuel, des carences affectives qui ont profondément désorganisé leur intériorité psychique marquée par une violence interne difficile à contenir. Cette violence, exprimée dans leurs discours délirant par des angoisses massives de morcellement, d'anéantissement ou de mort, ainsi que par un sentiment de dépersonnalisation, pourrait à notre avis présider à la consommation de la drogue destinée à la surmonter.

Ce phénomène nous interroge sur le lien possible entre la violence psychique interne et la consommation de drogue, ainsi que sur les difficultés que présente la prise en charge de ces patients. Nous nous appuyons sur des données de la littérature ainsi que sur des cas cliniques, afin de dégager quelques pistes de réflexions concernant cette problématique et son lien avec la violence dans des contextes de décompensation psychotique.

C. H. Edoa

Département de psychologie, Université de Lausanne, Suisse

PST14

DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET INTERVENTION BRÈVE CHEZ DES PATIENTS TOXICODÉPENDANTS EN TRAITEMENT : ÉTUDE CLINIQUE CONTRÔLÉE ET RANDOMISÉE

Un problème majeur chez les patients toxicodépendants en traitement est la consommation parallèle d'alcool. Celle-ci est souvent à l'origine de conséquences négatives pour la santé et pour l'évolution du patient, ainsi que pour les résultats du traitement. Les 254 sujets inclus dans cette étude sont des patients toxicodépendants en traitement et suivis en ambulatoire par le Service d'addictologie des HUG.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

1. Décrire la prévalence de buveurs excessifs et de patients alcoolodépendants parmi des patients toxicodépendants en traitement avec l'utilisation d'un questionnaire, l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test), développé par l'OMS.
2. Analyser l'efficacité de l'intervention brève chez les patients toxicodépendants buveurs excessifs et dépendants à l'alcool avec le score de l'AUDIT à 3 et 9 mois après cette intervention dans une étude contrôlée et randomisée.

L'étude a montré une prévalence élevée (44%) de la consommation problématique d'alcool parmi des patients en traitement pour la consommation de drogues illégales (héroïne et cocaïne). Dans le suivi à 3 mois et à 9 mois, la consommation d'alcool a diminué dans les deux groupes sans montrer une différence significative en faveur de l'intervention brève.

Le dépistage de la consommation d'alcool et le feedback sur celle-ci ont montré un impact très intéressant sur cette population.

N. Feldman, A. Chatton, R. Khan, Y. Khazaal, D. Zullino

Service d'addictologie, Département de santé mentale et psychiatrie, HUG, Genève, Suisse

PST15

PARCOURS D'UNE PERSONNE TOXICODÉPENDANTE EN TUNISIE : CONTEXTE ET MODALITÉS DE CONSOMMATION

Plusieurs enquêtes rétrospectives descriptives à partir de dossiers médicaux de patients hospitalisés en psychiatrie ont été menées : la première entre 1987 et 1997 (39 patients dépendants aux opiacés), la deuxième entre 1995 et 2005 sur la buprénorphine haut dosage (BHD) et la dernière entre 2005 et 2007. La BHD fait l'objet d'une vente illégale et d'un mésusage en Tunisie et a été l'objet des deux dernières études.

Les trois études trouvent le même profil de patients (de sexe masculin, de milieu social défavorisé, peu scolarisé et sans travail, célibataire).

Le parcours des personnes toxicodépendantes débute en moyenne à l'âge de 20 ans. Dans 84,8 % des cas, ces personnes ont débuté par la consommation d'héroïne, 60,6 % des cas étaient consommateurs de cocaïne et 6,06 % d'ecstasy. Les 15,2 % des usagers de BHD n'ont jamais consommé d'opiacés auparavant. Pour les deux dernières études :

- la première consommation de BHD a eu lieu en Tunisie dans tous les cas ;
- l'information concernant l'existence de la BHD est dispensée par des usagers de drogues, l'obtention se faisant au marché noir et le prix du comprimé variant entre 15 et 20 Dinars tunisien (1 ≈ 1,8 Dinar tunisien) ;
- l'âge moyen de la première consommation de BHD est de 30 ans, soit 10 ans après la première consommation de drogue ;
- la curiosité et la recherche de sensations sont les motivations principales qui poussent à l'usage de BHD (96,9 % des cas) ;
- la voie intraveineuse est utilisée dans tous les cas - le comprimé est écrasé, dissous dans l'eau, chauffé puis injecté en intraveineuse.

Dans tous les cas, la première injection est décrite comme agréable ce qui a motivé les récidives. La polyconsommation est fréquente au moment de l'usage de BHD. L'alcool (93,9 %) et le cannabis (90,9 %) sont les produits les plus utilisés.

R. Ghachem, O. Moula, A. Bousker

Service des urgences et de la consultation, Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

SESSION POSTERS NASUKO - Présentations francophones

PSN4

IMPULSIVITÉ, ALEXITHIMIE ET DISTORSIONS COGNITIVES : LA PERSONNALITÉ SPÉCIFIQUE DES JOUEURS PATHOLOGIQUES EN LIGNE

Le jeu pathologique est défini dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) comme un trouble du contrôle des impulsions. Mais de récentes études ont remis en question cette classification basée sur l'impulsivité. L'objectif principal de notre recherche est d'étudier l'importance de l'impulsivité et de ses différents construits chez les joueurs pathologiques en ligne.

Les participants interrogés sont des joueurs en ligne, recrutés via des annonces postées sur les sites web de jeux d'argent. Nous investiguons le niveau d'addiction aux jeux d'argent, l'impulsivité, les cognitions associées au jeu, l'alexithymie, les comorbidités anxio-dépressives, et les stratégies de coping. Le recueil des données est en cours. Les premiers résultats, sur 32 participants, semblent montrer un niveau d'impulsivité plus élevé chez les 8 joueurs pathologiques, uniquement lorsqu'ils sont confrontés à des affects négatifs. Ces données iraient dans le sens d'une vulnérabilité émotionnelle chez ces derniers, manifestée par des scores plus élevés à l'échelle d'alexithymie et par un coping majoritairement centré sur l'émotion. Comme attendu, les données tendent également à montrer de plus grandes distorsions cognitives chez les joueurs compulsifs. Ces résultats seraient similaires à ceux antérieurement trouvés chez des joueurs de machines à sous, pour lesquels les relations de jeux sont tout autant virtuelles. De futures recherches devraient étudier les déterminants psychologiques communs à ces deux groupes de joueurs, et les motivations sous-tendant leur préférence pour des aversaires virtuels. Aussi, ces données devraient nous permettre de nourrir le débat sur la classification du jeu pathologique.

E. Ducroz^{1,2}, S. Montel^{1,2}, C. Davidson³

¹EA, 4360 APEMAC ; ²Université de Lorraine, Metz, France ;

³MD Consultation, Genève, Suisse

PSN5

LES SALLES DE CONSOMMATION DE DROGUE SONT-ELLES UNE MESURE JUSTIFIÉE DE RÉDUCTION DES RISQUES ?

En place depuis plus de dix ans, les salles de consommation de drogue (SCD) ne font pas l'unanimité. Le but de notre étude est de comprendre si oui, et en quoi, ces structures sont une mesure de réduction des risques justifiée sur le plan éthique.

Revue de la littérature effectuée sur Pubmed. Analyse de quatre aspects éthiques : le dilemme juridique, les caractéristiques du consommateur, le devoir de bienfaisance et le rôle des SCD comme structure de soin. Consultation et commentaire des articles parus dans les journaux Le Monde, Le Figaro, Le Temps et La Tribune de Genève.

Selon les données, la population ciblée par les SCD est atteinte, les comportements à risque et les overdoses sont réduits et l'orientation vers des structures de traitement est améliorée. Les consommateurs transgressent la loi mais sont aussi victimes d'un commerce dégradant. La fragilisation de leur santé par la répression légitime un assouplissement juridique dans un lieu défini. Les SCD offrent un soutien sans conditions, en faisant abstraction des raisons qui poussent le consommateur à adopter un comportement nocif. En prenant des mesures pour ne pas négliger les besoins des consommateurs, l'acceptation des SCD relève du principe de bienfaisance. La santé, comme bien-être physique, mental et social, est améliorée par les SCD qui sont dès lors une structure de soin.

Les bienfaits démontrés des SCD et ces réflexions montrent qu'elles sont la suite logique d'une approche pragmatique de la consommation. Leur ouverture est donc justifiée et nécessaire.

A. Evain

Faculté de médecine, Université de Genève, Suisse

PSN6

COORDINATION DE PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Dans le cadre d'une conceptualisation de la prise en charge et des prestations et institutions médicosociales dans le domaine des addictions, la Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg a créé en 2008 un groupe de travail et a mandaté le Service du médecin cantonal pour la coordination de ce projet. L'objectif de ce projet et du groupe de travail était : a) un renforcement des prestations déjà existantes ainsi qu'une analyse des prestations et des institutions existantes dans le domaine des addictions ; b) une analyse du besoin des prestations et institutions non existantes se basant sur ces résultats ; c) une conceptualisation de la coordination des prestations dans le canton de Fribourg avec des propositions pour le développement de nouvelles prestations ou d'améliorations de celles existantes.

Il était aussi question de mettre sur pieds un processus d'indication, d'étudier des synergies entre les institutions socio-éducatives et de proposer une structure globale du dispositif. Ce groupe de travail interdisciplinaire était composé de représentants des sites ambulatoires et stationnaires du Réseau fribourgeois de santé mentale, des institutions Le Torry, Le Radeau, Le Tremplin, de l'Hôpital cantonal de Fribourg et de médecins installés. Dans la phase de la conceptualisation, un projet pilote par rapport à l'indication des personnes dépendantes, essentiellement avant l'entrée dans une structure résidentielle, a pu être réalisé. Sur la base de l'analyse des besoins du canton de Fribourg dans le domaine des addictions, un concept global par rapport à la coordination et à l'amélioration des prestations et institutions spécialisées a été créé. En résumé, le résultat de ce travail intense de 4 ans a été la création d'un réseau spécialisé cantonal, aujourd'hui bien établi, la réalisation d'un projet pilote d'indication ainsi qu'un concept global par rapport à la coordination et à l'amélioration des prestations pour les personnes dépendantes dans le canton de Fribourg.

A. Kuntz, S. Abid, G. Biscontin, T. Radermecker,

E. Barboni, J.-C. Baud

Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit / Réseau fribourgeois de santé mentale, Marsens, Suisse

POSTERSESSION NASUKO

PSN1

DAS ARZT-PATIENTENVERHÄLTNIS IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Damit OpiatgebraucherInnen umfassend von der Substitution profitieren können; ist eine intakte und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Grundlage. Aber wie ist es eigentlich um das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bestellt? Mit dem Ziel die Sichtweise der Patienten in den Fokus zu rücken, führte die Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Drogenselbsthilfe JES im Zeitraum März bis November 2011 eine anonyme, multizentrische und fragebogengestützte Erhebung bei 702 Substitutionspatienten durch. Ziel war es eine Situationsanalyse zu Problembereichen und Potentialen im Praxisalltag aus der Perspektive der Patienten zu erhalten. Im Mittelpunkt der Befragung standen folgende Themen: - Information/Einbeziehung von Patienten - Datenschutz/Privatsphäre - Therapieziele/Medikamente - Vorkommen von und Umgang mit Sanktionen Insgesamt bieten die Ergebnisse wichtige Ansätze zur Verbesserung des Arzt/Patientenverhältnisses mit dem Ziel die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und (noch) bessere Behandlungsverläufe zu generieren.

D. Schäffer, M. Jesse, C. Schieren, K. Heinze Jochen Lenz, M. Häde (JES Bundesvorstand)
Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, Deutschland

PSN2

OUTCOME OF HEPATITIS C THERAPY IN A MULTIMORBID PATIENT COLLECTIVE LIVING WITH SUBSTANCE USE DISORDER

Background Due to high prevalence of Hepatitis C and other liver toxic factors like alcohol, cannabis and co-medication intravenous drug users (IDU) are at elevated risk for end stage liver disease. IDUs build the most relevant reservoir of Hepatitis C Virus (HCV). Arud runs four outpatient clinics for addiction medicine in Zurich Switzerland. Most of the patients in care are suffering from Heroin dependence and are under substitution therapy (methadone, heroine, buprenorphin and long acting morphin). In this primary care setting patients are seen by GP's, HIV/HCV specialists, psychiatrists, psychotherapists and social workers all under the same roof. First aim of this study was to evaluate Hepatitis C treatment outcome in this difficult to treat patient collective with high prevalence of mental and physical co morbidity. Additionally we intended to show feasibility of providing Hepatitis C therapy to patients under prescribed heroin treatment. Methods A retrospective analysis of records of all patient having started a Hepatitis C therapy in Arud outpatient clinics between 2005 and 2010 was done. Multiple regression analysis was used to examine the influence of several co factors on treatment outcome. Results 66 Hepatitis C therapies were started in the years 2005-2010. Overall SVR was 62%. Patients treated with prescribed heroine achieved an SVR of 64%. Neither illicit drug use on any route during therapy nor ongoing iv drug use (n=51/82,3%) nor mental comorbidities (n=54/83,1%) had a significant influence on Hepatitis C therapy outcome in multiple regression analysis. Conclusion Offering Hepatitis C therapy to a polymorbid collective of IDU is feasible and successful in primary care based multidisciplinary setting. Patients with a prescribed heroin treatment can be cured from Hepatitis C in a similar rate as patients without drug using history.

N. Brunner, O. Senn, L. Falcato, P. Bruggmann
ARUD, Zürich, Schweiz

PSN3

KOORDINATION VON SUCHTSPEZIFISCHEN LEISTUNGEN UND EINRICHTUNGEN IM KANTON FRIBOURG

2008 rief die Gesundheitsdirektion des Kantons Fribourg eine Arbeitsgruppe ins Leben und beauftragte den kantonsärztlichen Dienst mit der Koordination dieser Arbeitsgruppe. Ziel der Arbeitsgruppe war a) eine Stärkung der Zusammenarbeit bereits bestehender Institutionen, b) die Bestandsaufnahme bestehender Angebote c) eine Überprüfung des Bedarfs an suchtspezifischen Leistungen und Einrichtungen im Kanton Fribourg. d) darauf aufbauend dann eine Konzeptualisierung bestehender und aufgrund der Bedarfsanalyse zu entwickelnder Angebote. Die Arbeitsgruppe umfasste ambulante und stationäre suchtmmedizinische Einrichtungen des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit, die Einrichtungen Torry, Le Tremplin, REPER, Le Radeau, Kantonsspital

Fribourg sowie ein Vertreter der niedergelassenen Aerzte. In der Konzeptualisierungsphase wurde neben einem Pilotprojekt zur Indikation von abhängigen Menschen vor Eintritt v.a. in eine weiterführende stationäre Massnahme durchgeführt anhand der Bedarfsanalyse ein umfassendes Konzept zur Koordination und Verbesserung von suchtspezifischen Leistungen im Kanton Fribourg entwickelt. Ergebnis der 4-jährigen Arbeitsgruppe war neben der Schaffung eines heute gut funktionierenden Netzwerks im Bereich Suchtarbeit sowie eines Pilotprojekts zur Indikation von abhängigen Patienten ein ca. 100-seitiges Konzeptpapier zur Koordination von suchtspezifischen Einrichtungen im Kanton Fribourg, welches 2012 dem Staatsrat vorgelegt wurde.

A. Kuntz, S. Abid, G. Biscontin, T. Radermecker, F. Vallat, E. Barboni
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit, Marsens, Schweiz

PSN7

HEPATITIS C VERSORGUNG IN DEN KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN DER STADT ZÜRICH

Die Hepatitis C Aufklärung und Versorgung von Drogenabhängigen ist ungenügend. Ziel des Projektes ist, durch Zusammenarbeit zweier Anbieter aus der Gesundheitsversorgung von Suchtpatienten die Hepatitis C Test- und Therapieraten sowie das Hepatitis C Wissen bei Drogenkonsumierenden zu verbessern. Viele aktiv Drogenkonsumierende suchen in der Stadt Zürich die Kontakt- und Anlaufstellen auf. Dort können sie in geschütztem Rahmen konsumieren. Die Arud bietet in ihren suchtmmedizinischen Zentren spezialisierte Sprechstunden für HIV und Hepatitis C an. In diesem Projekt werden an den K&As Hepatitis C Blutuntersuchungen verbunden mit einer Aufklärung und Beratung und bei Bedarf einer Therapie angeboten. Hierfür wird das Pflegepersonal der K&A durch die Arud speziell geschult und trainiert und ein spezialisierter Arzt der Arud steht in den K&A vor Ort zur Verfügung. Durch die Pflegefachpersonen werden die Drogenkonsumierenden in den K&As aufgeklärt und getestet. In enger Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin und allfälligen weiteren Bezugspersonen wird bei positiv Getesteten die Indikation und Weiterleitung zur Therapie vorgenommen.

Ph. Bruggmann, P. Menzi, R. Hoffmann
ARUD, Zürich, Schweiz

PSN8

QTC PROLONGATION IN METHADONE MAINTENANCE – THE ROLE OF HCV INFECTION

Background: Several studies reported prolonged QTc-intervals in patients under methadone maintenance treatment, including development of torsade-de-pointes arrhythmia and death. It is still not clear yet why some patients develop critical extensions while others do not. Apart from pre-existing structural and other heart diseases and methadone dosage, several findings point to the importance of liver-function impairment including the presence of HCV-infection as a predictor of longer QTc-intervals. Methods: We assessed single ECG-findings in a convenience sample of 210 methadone maintained heroin-dependent patients, taking HCV-infection status and methadone dosage into account simultaneously by means of a multiple linear regression model with QTc-interval as the dependent variable. The study was carried out from November 2010 till April 2011. Results: Prolonged QTc-time is associated with hepatitis C infections (p=0.005) and higher doses of racemic methadone (p=0.012). Conclusion: Infection with hepatitis C increases the likelihood of critical QTc prolongation in patients in methadone maintenance treatment. Our results further underline the importance of screening for and treating HCV-infection in these patients.

N. Gholami, L. Boesch, Ph. Bruggmann, L. Falcato, R. Stohler
ARUD, Zürich, Schweiz

PSN9

KNOCHENMINERALGEBALT BEI OPIOIDABHÄNGIGEN MIT UND OHNE CHRON. HEPATITIS C

Hintergrund: Osteoporose ist eine häufige Begleiterkrankung bei Opioidabhängigen. Zusätzliche Risikofaktoren für einen verminderten Mineralgehalt sind Drogen- und Alkoholkonsum, Mangelernährung, fehlende körperliche Aktivität sowie Komorbiditäten wie chronische Lebererkrankungen und HIV. Studienziele: Mit dieser klinischen Studie soll untersucht werden,

POSTERSESSION NASUKO

wie häufig eine Verminderung des Knochenmineralgehaltes bei substituierten Opioidabhängigen mit oder ohne chronischer Hepatitis C verbreitet ist und welche individuellen Risikofaktoren, Verhaltensmerkmale sowie Begleiterkrankungen ungünstige Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel und den Knochenmineralgehalt haben. Methodik: Bei 200 substituierten Opioidabhängigen werden folgende Daten erfasst: Fragebögen zu Dauer und Ausmass des Konsums von Opiaten und anderer Substanzen, Zyklus- und Sexualstörungen, Umfang der körperlichen Aktivität und Kalziumzufuhr; Frakturrisikoevaluation; Blutentnahme für Knochenstoffwechsel, Hepatitis/HIV-Serologien; Knochendichte-Messung mittels DXA. Beschreibung der Stichprobe (bislang n=248, 75% Männer; Alter median 44 Jahre, IQR 39-49). Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 14 Jahre (8-17). Die Substitutionsmedikamente sind: Methadon (68%) mit durchschnittlich 80mg (50-110mg), Morphin (26%) mit durchschn. 600mg (400-735mg), Buprenorphin (7%) mit durchschn. 12mg (8-18mg). Bei den Abhängigkeitserkrankungen finden sich folgende Prozentangaben: Opiate mit 100% (=Einschlusskriterium), 70% hatten intravenösen Konsum; Tabak mit 96%, Kokain mit 64%, Cannabis mit 48%, Benzodiazepine mit 42%, und Alkohol mit 40%. Die Konsumdauer insgesamt in Jahren beträgt für Opiate median 20 J. (IQR 15-25), für Tabak 25 packyears (17-35), für Kokain 18 Jahre (11-24), Benzodiazepine 15 J. (5-22), Cannabis 25 J. (16-31) und Alkohol 24 J. (16-31). Der Alkoholkonsum wurde quantifiziert: 35% trinken 1-19g Alkohol pro Tag, 8% 20-39g/d, 9% 40-59g/d, 14% 60g+/d und 34% sind abstinent. Psychiatrische Doppeldiagnosen sind Persönlichkeitsstörungen mit 55%, affektive Störungen mit 39%, ADHD mit 9%, Schizophrenien mit 5%, Angststörungen und PTSD mit je 6%; ohne eine psychiatrische Zusatzdiagnose blieben 13%. Als psychiatrische Medikation erhalten 23% Benzodiazepine, 20% Antidepressiva, 11% Neuroleptika und 8% Ritalin u.ä. Als Ausdruck der opiatinduzierten Dämpfung der Sexualhormone haben 48% Libidostörungen, 47% der Frauen eine Amenorrhoe seit 7 Jahren (2-10), 20% der Männer eine Erektionsstörung. Resultate: Bislang erklärten sich 139 Patienten für eine Studienteilnahme bereit. Von 103 Patienten liegen bislang die DXA-Ergebnisse vor und von 103 die Serologie-Ergebnisse. Ausgewertet sind bislang 50 Patienten; hiervon 33% mit deutlich vermindertem Mineralgehalt (Z-Score <-2.5 SD), 42% mit leicht vermindertem Mineralgehalt (Z-Score -1 bis -2.5 SD) mit Alter 40+ (n=40) und 40% mit low bone mass bei den unter 40jährigen (n=10). Diagnostiziert sind 24% mit chronischer Hepatitis C und 8% als medikamentös erfolgreich behandelt; 16% hatten eine Spontanelimination, 52% keinen immunologischen Kontakt. Bislang gibt es aufgrund der kleinen Fallzahl noch keinen Anhalt für eine statistische Korrelation zwischen chron. Hep. C und Knochenmineralgehalt. Schlussfolgerung: Bei diesen langfristig substituierten Patienten mit zusätzlich vorliegenden Risikofaktoren fand sich erwartungsgemäss eine signifikante Anzahl mit vermindertem Mineralgehalt; über die Erfassung des individuellen Frakturrisikos erwarten wir eine gesteigertes Gesundheitsbewusstsein gegenüber Osteoporose und eine Optimierung präventiver Massnahmen; dieses Kollektiv sollte frühzeitig auf Knochenstoffwechselstörungen untersucht werden, auch schon bei unter 40jährigen.

F. Gotthardt, C.Scheidegger, C.Thierfelder, C.Huber, M.E.Kraenzlin, A.Jochum, C.Meier
Zentrum für Suchtmedizin Basel, Schweiz

PSN10

ONGOING ILLICIT DRUG USE MAY NOT REDUCE TREATMENT OUTCOME OF CHRONIC HEPATITIS C

Damit OpiatgebraucherInnen umfassend von der Substitution profitieren können; ist eine intakte und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Grundlage. Aber wie ist es eigentlich um das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bestellt? Mit dem Ziel die Sichtweise der Patienten in den Fokus zu rücken, führte die Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Drogenselbsthilfe JES im Zeitraum März bis November 2011 eine anonyme, multizentrische und fragebogengestützten Erhebung bei 702 Substitutionspatienten durch. Ziel war es eine Situationsanalyse zu Problembereichen und Potentialen im Praxisalltag aus der Perspektive der Patienten zu erhalten. Im Mittelpunkt der Befragung standen folgende Themen: - Information/Einbeziehung von Patienten - Datenschutz/ Privatsphäre - Therapieziele/Medikamente - Vorkommen von und

Umgang mit Sanktionen Insgesamt bieten die Ergebnisse wichtige Ansätze zur Verbesserung des Arzt/Patientenverhältnisses mit dem Ziel die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und (noch) bessere Behandlungsverläufe zu generieren.

C.Huber, C. Scheidegger, C.Thierfelder
Zentrum für Suchtmedizin, Basel, Schweiz

PSN11

HEROIN ADDICTION TREATMENT : BRIDGING THE GAP BETWEEN THERAPY AND HARM REDUCTION

The Swiss 4 pillars drug policy, consisting of prevention, therapy, harm reduction, and law enforcement as the 4 pillars of this policy, proved to be highly successful in order to reduce the societal burden of heroin addiction. To probably the largest part this success is owed to opioid substitution treatment (OST). However, the therapy side, for which abstinence is a prerequisite and the goal at the same time, doubts on to these days that OST is therapy. High drop-out rates and relapses and the resulting harm are accepted in this paradigm. On the other hand, harm reduction defines its goals stepwise. The base of all goals is mere survival. On top of this higher goals can be defined (e.g. reduced risks concerning the ways of use, the substance, the amount) up to the highest goal of abstinence. In this pyramid of goals (derived from the model of Maslow) OST fits in well as an intermediate step to total abstinence.

Over the last decade the number of clients of our local harm reduction contact point and safe injecting facility (SIF) being not in contact with the treatment system was stable (approx. one third). A survey yielded also the fact that some clients would be willing to enter OST, if it was available in the SIF. So the local OST clinic and the SIF planned an extension of the clinic in the SIF, which started in April 2011. Results are reported.

R. Hämmig,
UPD, Bern, Schweiz

PSN12

RIGHT FOR OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT (OST) : A FUNDAMENTAL HUMAN RIGHT

Opioid substitution treatment has proven to be an effective measure in heroin addiction. The constitution of the WHO declares "the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being", the Universal Declaration of Human Rights adds a right for treatment and social support, further specified by the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. From this derives the obligation of the state to take positive steps to realise the right for health. Heroin addicts have thus a right for substitution. The same applies to prisoners according to the resolution of the UN General Assembly 45 / 111.

R. Hämmig
UPD, Bern, Schweiz

PSN13

STIGMA AND EGO DEPLETION AS A NOVEL CONCEPT TO UNDERSTAND ADDICTION

Drug addicts are stigmatised and consecutively discriminated. This has a negative impact on their health. Societal stereotypes still hinder that society recognises addiction as a disease, despite the fact it is classified in ICD-10 and DSM IV-TR. One of the reasons is that addiction as a bio-psycho-social condition is still lacking a proper conceptualisation.

According to the psychoanalytical model of Rado (1926) drugs change the Ego functions and the Ego gets under the influence of the Id. This concept is consistent with the newer findings from neuro-sciences and psychology. These findings show that self-control is impaired and that the Ego undergoes "Ego-depletion". These changes vary over time, thus addicts are able to give an informed consent to a treatment, which has to fulfil the conditions of a modern bio-ethic (respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice of distribution).

R. Hämmig
UPD, Bern, Schweiz

STANDS ET ACTIVITÉS SATELLITES SONDERVERANSTALTUNGEN

Stands institutions et associations

Stiftung Terra Vecchia
 Infodrog
 Practiciens addiction Suisse / *Praxis Suchtmedizin*
 FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ost-Schweiz)
 SSAM (Swiss Society of Addiction Medicine)
 CoRoMA (Collège romand de médecine de l'addiction)
 CJE (Centre du jeu excessif)
 IDCPC (International Drug Policy Consortium)
 Fondation de Nant
 GREA (Groupement romand d'étude des addictions)
 Fédération addiction
 Maison de l'Ancre, Genève
 CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes)

Symposium satellite Reckitt Benckiser

Regards croisés sur l'addiction aux opioïdes



Modérateur : Jean-Baptiste Lafontaine, Membre ALTO, Maison médicale La Plante, Namur, Belgique

Le modèle de prise en charge français ses succès, ses limites ! Quelle place pour une nouvelle approche du traitement

J.-P. Daulouède
 Médecin psychiatre - CSAPA Bizia - Médecins du Monde, Bayonne, France

L'évolution des traitements de substitution en Belgique

D. Lamy
 Médecin généraliste, Président ALTO, membre de la SSMG, Mons, Belgique

Stands industrie pharmaceutique



Margrith Jäger ; Reckitt Benckiser (Switzerland) AG
 Arnaud Quédé ; Reckitt Benckiser (Switzerland) AG
 Simon Duchateau ; Reckitt Benckiser (Switzerland) AG



Jerome Zufferey ; Servier (Suisse) SA
 Mélanie Heuby ; Servier (Suisse) SA



Norbert Jaeger ; OrPha Swiss GmbH



Géraldine Cudre ; Pfizer AG
 Renato Ricchione ; Pfizer AG

COMITÉS D'ORGANISATION ORGANISATIONSKOMITEE

Comité de liaison et bureau exécutif Organisationskomitee

Barbara Broers (SSAM) ; Riaz Khan (ISAM) ; Thomas Rathelot (HUG) ; Jean-Félix Savary (GREA) ; Olivier Simon (CoRoMA) ; René Stamm (OFSP) ; Ingrid Vogel (Secrétariat).

Comité international Internationales Komitee TDO

Soumia Berrada (Casablanca) ; Jean-Pierre Couteron (Paris) ; Sylvie Des Roches (Montréal) ; Ludovic Henrard (Bruxelles) ; Nathalie Latour (Paris) ; Pierre Lauzon (Montréal) ; Florence Mabileau (Strasbourg) ; Olivier Simon (Lausanne) ; René Stamm (Berne) ; Ivanka Stewart-Patterson (Montréal) ; Ingrid Vogel (Lausanne) ; Serge Zombek (Bruxelles).

Schweizerisches Komitee NaSuKo

Claudine Aeschbach (Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen Basel Land) ; Thilo Beck (Arud, Zürich) ; Regula Hälgi (Infodrog, Bern) ; Robert Hämmerli (UPD, Bern) ; André Kuntz (RFSM, Fribourg) ; Chung-Yol Lee (Fribourg) ; Roger Mäder (FOSUMOS, St. Gallen) ; Daniel Meli (Arud, Zürich) ; Gerhard Pitscheider (Praxis Parlami, Altdorf) ; René Stamm (BAG, Bern) ; Hannes Strasser (UPD, Basel) ; Markus Weimann (Ingrado, Lugano).

Comités régionaux TDO

Belgique : Christian Figiel, Ludovic Henrard, Dominique Lamy, Caroline Theisen, Christophe Thoreau, Catherine Van Huyck, Serge Zombek.

Canada : Suzanne Brissette, Richard Cloutier, Gilles Cuillerier, Pierre Desrosiers, Pierre Lauzon, Guy-Pierre Lévesque, Nicole Marois, Pierrette Savard, Ivanka Stewart-Patterson.

France : Marc Auriacombe, Jean-Pierre Couteron, Nathalie Latour, William Lowenstein, Claude Magnin, Alain Morel, Fabrice Olivet, Thierry Sainte Marie.

Suisse : Jacques Besson, Hervé Durnat, Isabelle Gothuey, André Kuntz, Pierre Mancino, Thomas Rathelot, George Riesen.
MedNET : Jamal Anani (Jordanie) ; Nabil Ben Salah (Tunisie) ; Mohamed Saïd Laidli (Algérie) ; Ramzi Haddad (Liban) ; Aref Khoweiled (Egypte) ; Jallal Toufiq (Maroc).

Comité de sélection des résumés TDO

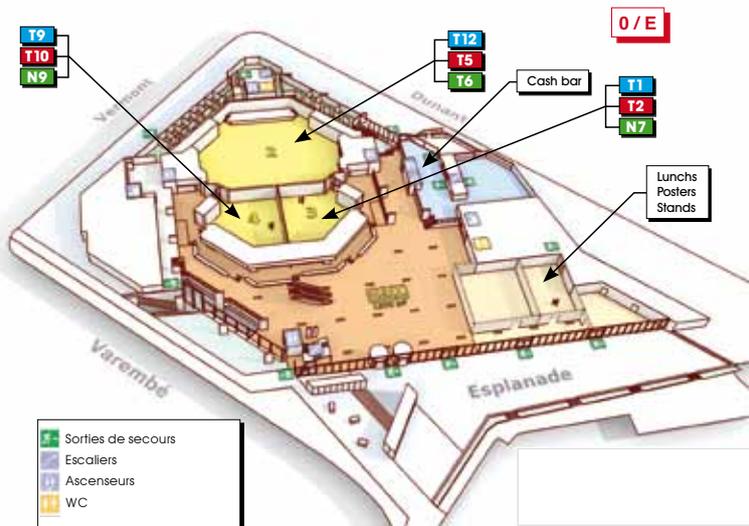
Gilles Cuillerier (Montréal) ; Pierre Desrosiers (Montréal) ; Thierry Favrod-Coune (Genève) ; Anne François (Genève) ; Ludovic Henrard (Bruxelles) ; André Kuntz (Fribourg) ; Nathalie Latour (Paris) ; Pierrette Savard (Montréal).

Conseil scientifique Wissenschaftlicher Beirat

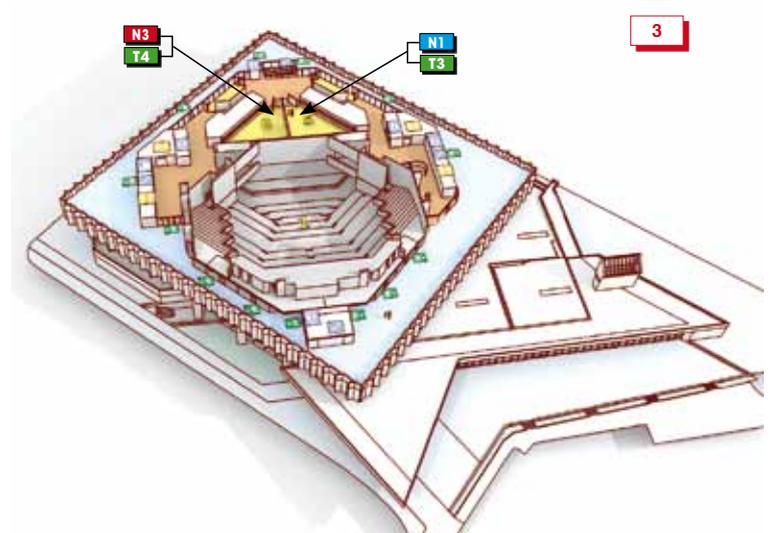
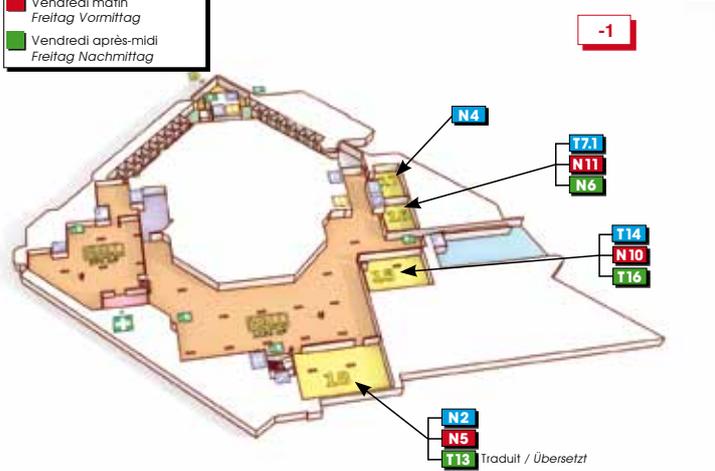
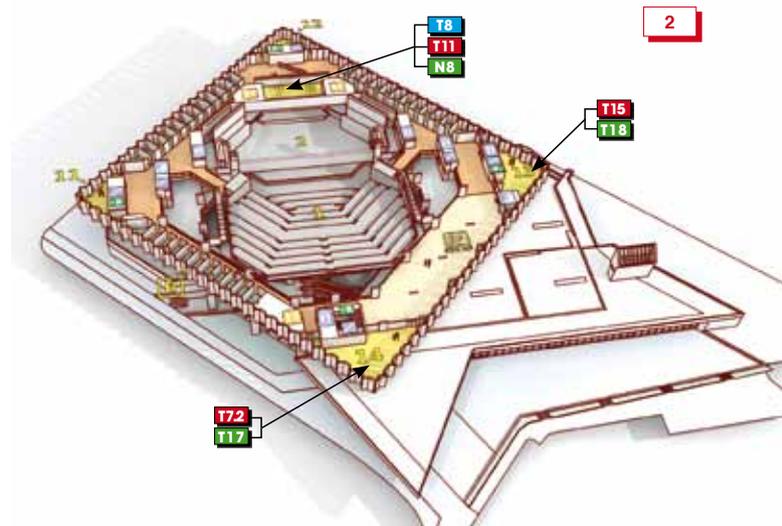
Prof. Marc Anseau (Liège) ; Prof. Marc Auriacombe (Bordeaux) ; Dr Amine Benyamina (Villejuif) ; Prof. Jacques Besson (Lausanne) ; Prof. Julie Bruneau (Montréal) ; Prof. Olivier Cottencin (Lille) ; Prof. Maurice Dematteis (Grenoble) ; Prof. Marie-Josée Fleury (Montréal) ; Dr Robert Hämmerli (Berne) ; Dr Denis Hers (Bruxelles) ; Prof. Louis Jehel (Fort de France) ; Prof. Didier Jutras-Aswad (Montréal) ; Prof. Christophe Lançon (Marseille) ; Prof. Michel Lejoyeux (Paris) ; Prof. André Lemaître (Liège) ; Prof. Jean-Pierre Lépine (Paris) ; Prof. Pierre Michel Llorca (Clermont-Ferrand) ; Prof. Louise Nadeau (Montréal) ; Prof. François Paille (Nancy) ; Prof. Isidore Pelc (Bruxelles) ; Prof. Dominique Penneau-Fontbonne (Angers) ; Prof. Michel Reynaud (Villejuif) ; Dr Michel Roland (Saint-Gilles) ; Prof. Élise Roy (Longueuil) ; Dr Rudolf Stohler (Zurich) ; Prof. Florence Thibaut (Rouen) ; Prof. Jallal Toufiq (Salé-Rabat) ; Dr Marc Valleur (Paris) ; Prof. Jean-Luc Vénisse (Nantes) ; Prof. Gerhard Wiesbeck (Bâle) ; Prof. Daniele Zullino (Genève).

Comité d'accueil / Staff

Lukas à Porta, Hugo Babel, Thilo Beck, Aline Bernhardt Keller, Barbara Broers, Caroline Dunand, Agathe Evain, Anne François, Véronique de Germond-Burquier, Alexandra Grünenfelder, Regula Hälgi, Stéphanie Houriet, Dimitri Kohler, André Kuntz, Antonella Luongo, Roger Mäder, Stéphanie Müller Sophie Nunweiler, Aude Pittet, Florence Rohner, Olivier Simon, René Stamm, Diane Steber, Emmanuel Tichelli, Marianne Tille, Alex Tomei, Ingrid Vogel, Nevena Vlajic, Maude Waelchli, Astrid Wüethrich, Coralie Zumwald

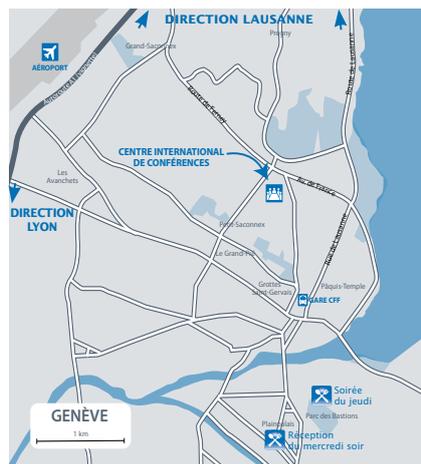


- + Sorties de secours
- E Escaliers
- A Ascenseurs
- W WC
- J Jeudi après-midi
Donnerstag Nachmittag
- V Vendredi matin
Freitag Vormittag
- N Vendredi après-midi
Freitag Nachmittag



Transports publics :

- Depuis la Gare :
Bus n°5 : Arrêt Vermont
Bus n°8 : Arrêt UIT
Tram n°15 : Arrêt Nations
- Depuis l'Aéroport :
Bus n°5 : Arrêt Vermont
Bus n°28 : Arrêt Nations



Öffentliche Verkehrsmittel:

- Vom Bahnhof:
Bus n°5: Haltestelle Vermont
Bus n°8: Haltestelle UIT
Tram n°15: Haltestelle Nations
- Vom Flughafen:
Bus n°5: Haltestelle Vermont
Bus n°28: Haltestelle Nations

Réceptions et repas:

Apéritif dinatoire commun aux trois congrès ISAM / TDO / NaSuKo au musée d'art contemporain (Mamco) de Genève : mercredi 17 octobre à 19 h moyennant une participation de CHF 15.- (visite du musée incluse).
Accès : Depuis le CICC; Bus n°5 direction "Thônex-Vallard".
Stop à "Gare Cornavin". Bus n° 1 direction Petit-Bel-air. Stop Cirque.
Marche de 5 min à travers la place de Plainpalais direction rue Gourgas.
Entrée dans rue Gourgas.

Soirée repas TDO / NaSuKo au restaurant du parc des Bastions : jeudi 18 octobre dès 19 h 30 moyennant une participation de CHF 50.-
Musiciens, emmenez votre instrument (et vos partitions) pour la jam-session.
Accès : Depuis le CICC; Bus n°5 direction "Thônex-Vallard". Stop à "Bel Air". Bus n°3 direction "Crêts-de-Champel". Descendre à "Place Neuve".
Marche de 5 minutes direction "Le parc".

Apéro und Abendessen:

Apéro der ISAM, TDO, NaSuKo im Kunst Museum (Mamco):
Mittwoch, 17. Oktober ab 19h mittels einer Anmeldung von CHF 15.-
(inklusive Museumsbesuch)
Zufahrt: Vom CICC; Bus n°5 in Richtung "Thônex-Vallard". Stop bei "Gare Cornavin". Bus n° 1 in Richtung Petit-Bel-air. Stop bei Cirque.
5 Minuten zu Fuss durch den Plainpalais Platz in Richtung rue Gourgas.
In die rue Gourgas.

Abendessen der TDO / NaSuKo im Restaurant du parc des Bastions:
Donnerstag, 18. Oktober ab 19h30 mittels einer Anmeldung von CHF 50.-
Musiker; nehmt eure Instrumente und Noten für eine Jam-Session mit.
Zufahrt: Vom CICC; Bus n°5 in Richtung "Thônex-Vallard".
Stop bei "Bel Air". Bus n°3 in Richtung "Crêts-de-Champel".
Aussteigen bei "Place Neuve". 5 Minuten zu Fuss in Richtung des Parks.

TROISIÈME COLLOQUE INTERNATIONAL FRANCOPHONE SUR LE TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE AUX OPIOÏDES
DRITTE NATIONALE UND INTERNATIONALE SUBSTITUTIONS-KONFERENZ

INSTITUTIONS PARTENAIRES ET ORGANISATIONS ASSOCIÉES PARTNERINSTITUTIONEN

Addiction Suisse / Sucht Schweiz

ASBL Transit (Bruxelles)

Association Argos (Genève)

Association vaudoise des médecins concernés par la
toxicodépendance

ASUD - Autosupport des usagers de drogues (France)

Contact Netz (Bern)

Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant
dans le domaine des Addictions

ELSA - Équipes de liaison et de soins en addictologie (France)

Entrée de secours (Vaud)

Fondation Bartimée (Vaud)

Fondation de Nant (Vaud)

Fondation Dépendances (Jura)

Fédération française d'addictologie

Fondation Neuchâtel Addiction

Fondation Phenix (Genève)

Fondation Valais addiction

Groupe genevois des praticiens en médecine de l'addiction

International Drug Policy consortium (IDPC)

Kantonale Psychiatrische Dienste (Basel)

MG Addictions (France)

Première ligne (Genève)

Psychiatrische Universitätsklinik (Zürich)

Reper (Fribourg)

Réseau fribourgeois de santé mentale

Service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève

Service de médecine de premier recours des Hôpitaux
universitaires de Genève

Universitäre Psychiatrische Dienste (Bern)

Universitäre Psychiatrische Kliniken (Basel)

Stiftung Terra Vecchia (Bern)

Suchtfachklinik Selhofen (Bern)

Zone bleue (Vaud)