



HAL
open science

Evaluation des bilans somatiques effectués lors de la primo-prescription de Méthadone au centre Méthadone de Nancy en 2009

Marie Julie Jacques

► **To cite this version:**

Marie Julie Jacques. Evaluation des bilans somatiques effectués lors de la primo-prescription de Méthadone au centre Méthadone de Nancy en 2009. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01734035

HAL Id: hal-01734035

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734035>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par
Marie Julie JACQUES

le 17 juin 2011

**EVALUATION DES BILANS SOMATIQUES
EFFECTUES LORS DE LA PRIMO-PRESCRIPTION DE METHADONE
AU CENTRE METHADONE DE NANCY EN 2009.**

Examineurs de la thèse:

M. Le Professeur Jean-Pierre KAHN	} Président
M. Le Professeur Christian RABAUD	} Juge
M. Le Professeur François ALLA	} Juge
M. Le Docteur Paolo DI PATRIZIO	} Juge et Directeur de Thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle : « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI Professeur Francis RAPHAËL
« DES Spécialité Médecine Générale	
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri
LAMBERT

Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise
MONERET-VAUTRIN

Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude
PERRIN - Guy PETIET Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean
PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL -
Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET

Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick
ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHULLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT -
Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur Le Professeur Jean-Pierre KAHN,
Professeur de Psychiatrie d'adultes.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils avisés.

Soyez assuré de notre profond respect pour vos compétences.

A notre Maître et Juge,
Monsieur Le Professeur Christian RABAUD,
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être notre juge.
Soyez assuré de notre respect et de notre sincère gratitude.

A notre Maître et Juge,
Monsieur Le Professeur François ALLA,
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (type mixte :
clinique).

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être notre juge.
Soyez assuré de notre respect et de notre sincère gratitude.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO,
Maître de Conférences associé en Médecine Générale.

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir confié la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre gentillesse, votre patience, vos encouragements et votre présence si précieuse à nos côtés.

Soyez assuré du respect, de l'estime et de la gratitude que nous vous portons.

A ma famille, et tout particulièrement,

A ma maman, tout d'abord, merci pour ta relecture et tes conseils très pertinents. Je te remercie pour ton soutien inconditionnel et ton affection toujours renouvelée. Tu as fait preuve de beaucoup de patience. Il en aura fallu pour boucler ces études de médecine. Il est temps de te dire tout mon amour, toute ma tendresse et toute mon affection.

A mon papa, je te remercie pour l'apprentissage de l'autonomie et de la liberté de choix que tu m'as accordés. Trouve ici l'expression de tout mon amour.

A ma marraine, je te remercie pour ta relecture attentive, ta patience et ton soutien inconditionnel. L'accueil au sein de ton foyer a toujours été d'un grand réconfort et toujours très chaleureux. Trouve ici l'expression de tout mon amour et de tout mon respect.

A ma mamie Olga, merci de n'avoir jamais douté. Trouve ici l'expression de tout mon amour et de toute ma tendresse.

A mes petits frères, Paul-André et Jean-Christophe, vous êtes pétillants d'énergie et de joie de vivre. Je vous aime.

A toute la famille «Baum'», qui a grandement participé aux accueils si chaleureux !

A Fanfan et Val', tout a commencé il y a 11 ans chez vous, je vous remercie pour votre accueil et pour avoir adouci ma rentrée dans la faune de la PCEM1.

Aux souvenirs affectueux de mon tonton Pierrot (ça y est, j'ai fini mes études !), de ma mamie Thérèse (finalement, j'ai fait médecine...) et de mon pépère (j'y suis arrivé !).

A mes amis, et particulièrement,

A Céline, ma sœur de cœur, à notre amitié sincère et complice depuis plus de vingt ans maintenant. Merci de m'avoir fait apprécier le ski et tant d'autres bonnes choses ! Rien ne change malgré le temps et les distances, nos discussions n'ont toujours pas de fin, et j'en suis très heureuse. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Pierre, je te remercie pour tes relectures, ton aide et tes conseils toujours très pertinents. Depuis la 1ère 10 à Fabert, nous avons bien grandi! Et pourtant, malgré les hauts et les bas, la distance, notre amitié est intacte et sincère et je m'en réjouis. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Benoit, le temps et la distance n'écorchent pas la simplicité de notre amitié. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Carole et Jeff, mes amis de lycée, pour notre amitié sincère et durable.

A toute l'équipe du Tutorat, qui m'a permise de pleinement intégrer et apprécier mes études de médecine. Dix ans plus tard, on a grandi, mais rien n'a changé, mise à part que nous sommes de vrais médecins maintenant ! Enfin je crois...Un grand merci à Laure (la meilleure des chefs !), à Jean-Ro (pour tous ces petits noms d'oiseaux affectueux), à Camille (mon éternelle voisine, tu ne m'attireras pas jusqu'en Meuse !), à Hélène (pour tous ces fou-rires, ayant débutés derrière le comptoir), à Flo (pour tous ces bons moments et cette précieuse relecture), à Julie (pour la découverte de l'organisation par les listes, les apéros place Stan, les vacances à Cagnes), à Marie (aussi pour tous ces bons moments !), à Julien (pour toutes ses contradictions et son sourire), à Khaled (pour tous ces moments partagés) et à Max (pour avoir dignement pris la relève et ta joyeuse habitude des compliments, merci).

A l'équipe de l'épopée sarrebourgeoise, Flo, Marie et Julie, j'en garde un très bon souvenir, ce fût un réel plaisir de partager cette expérience avec vous. J'attends avec impatience l'album de la «dream team».

A «ceux de l'assoc'», qui sont venus dignement «s'associer» à l'équipe du Tutorat. Un grand merci à Val (pour ton amitié sincère et ton soutien), à Laure-Isabelle (toi aussi tu as un drôle de prénom, ma binôme d'APP, mon hébergeuse des gardes meusiennes, et tant d'autres bons souvenirs !), à Claire (pour ton aide pour les «détails», et tout ces bons moments partagés), à Nancy et à Moumou (parce que j'ai longtemps cru que tu en faisais partie !).

Merci aussi à Marie Prestat pour les bonnes soirées, à Jean-Phi, ses conseils pertinents et ces bons moments, à Fred, pour son soutien.

Un grand merci à tous les «rapportés» avec qui je suis très heureuse de partager d'agréables moments, Fix (joyeux anniversaire !), Julie (merci pour ton aide informatique, je ne sais pas combien de migraines tu m'as épargnées !), Cab (mince, 14 ans....!!), Guilhem, Fred, Tony, Jean-Bat, Julien, Seb, Nico, Delphine, Charlotte et Annabelle.

A Daniel, je te remercie pour cette fabuleuse collocation, pour ta patience, ta gentillesse et ton écoute au cours de ces derniers mois.

Je souhaite aussi remercier toute l'équipe de l'UFATT de Nancy pour son accueil, son enseignement si précieux et m'avoir inspiré le sujet de ce travail de thèse.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

<u>ABREVIATIONS</u>	p.25
<u>INTRODUCTION</u>	p.28
<u>I LES PATHOLOGIES RENCONTREES CHEZ LES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES ET AUTRES COADDICTIONS ET LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA METHADONE : REVUE DE LA LITTERATURE</u>	p.30
<u>I.1 INTRODUCTION ET GENERALITES</u>	p.31
<u>I.2 DEVELOPPEMENT DES COMPLICATIONS SOMATIQUES</u>	p.32
<u>I.2.1 LES MODES DE CONSOMMATION</u>	p.32
<u>I.2.2 LA METHADONE</u>	p.33
<u>I.2.3 LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES</u>	p.35
I.2.3.1 L'HEPATITE C	p.35
I.2.3.2 LE VIH	p.36
I.2.3.3 L'HEPATITE B	p.38
I.2.3.4 L'HEPATITE A	p.39
I.2.3.5 LA TUBERCULOSE	p.39
I.2.3.6 LA SYPHILIS	p.40
I.2.3.7 LA MALADIE DE LYME	p.40
I.2.3.8 LES ANOMALIES DERMATOLOGIQUES	p.41
<u>I.2.4 LE SYSTEME CARDIOVASCULAIRE</u>	p.41
<u>I.2.5 LES PATHOLOGIES ORL ET STOMATOLOGIQUES</u>	p.46
<u>I.2.6 LES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES</u>	p.48
<u>I.2.7 LES COMPLICATIONS NUTRITIONNELLES</u>	p.49
<u>I.2.8 LES ATTEINTES DU SYSTEME PNEUMOLOGIQUE</u>	p.49
<u>I.2.9 LES PATHOLOGIES HEPATIQUES</u>	p.49
<u>I.2.10 LES PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES</u>	p.49
<u>I.2.11 AU NIVEAU NEUROLOGIQUE</u>	p.50
<u>I.3 APPROCHE SUCCINTE DES COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES</u>	p.50

<u>I.4 POLYCONSOMMATIONS</u>	p.54
<u>I.4.1 LA CONSOMMATION TABAGIQUE</u>	p.54
<u>I.4.2 LA CONSOMMATION D'ALCOOL</u>	p.54
<u>I.4.3 L'USAGE DE COCAÏNE</u>	p.55
<u>I.4.4 LA CONSOMMATION DE BENZODIAZEPINES ET APPARENTES</u>	p.56
<u>I.5 CONCLUSION</u>	p.57
<u>II OBJECTIFS DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE</u>	p.58
<u>II.1 OBJECTIFS</u>	p.59
<u>II.2 HYPOTHESES</u>	p.59
<u>II.3 METHODOLOGIE DE L'ETUDE</u>	p.60
<u>II.3.1 RAPPEL DU CHEMINEMENT DE L'INSTAURATION DU SUPPORT DE L'ETUDE</u>	p.60
<u>II.3.2 TYPE D'ETUDE</u>	p.62
<u>II.3.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE, CRITERES DE SELECTION</u>	p.62
<u>II.3.4 MODE DE COLLECTE</u>	p.63
<u>II.3.5 DONNEES RECUEILLIES</u>	p.63
<u>II.3.6 MODALITE DE TRAITEMENT DES DONNEES</u>	p.64
<u>II.3.7 DIFFICULTES</u>	p.65
<u>II.3.8 EVALUATION</u>	p.65
<u>III PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE</u>	p.66
<u>III.1 INTERROGATOIRE</u>	p.67
<u>III.1.1 REPARTITION DES SEXES</u>	p.67
<u>III.1.2 AGE</u>	p.67
<u>III.1.3 COORDONNEES</u>	p.68
<u>III.1.4 ANTECEDENTS</u>	p.68
III.1.4.1 ALLERGIQUES	p.68
III.1.4.2 CHIRURGICAUX	p.69

III.1.4.3 MEDICAUX	p.69
III.1.4.4 FAMILIAUX	p.70
<u>III.1.5 TABAC</u>	p.70
<u>III.1.6 ALCOOL</u>	p.71
<u>III.1.7 VACCINATIONS</u>	p.72
<u>III.1.8 CONTRACEPTION</u>	p.72
<u>III.1.9 PRODUITS ET MODES DE CONSOMMATION (DONNEES DECLARATIVES)</u>	p.73
III.1.9.1 LES OPIACES ET ASSIMILES	p.73
III.1.9.2 LES PRODUITS NON OPIACES	p.75
III.1.9.3 LES MODES DE CONSOMMATION	p.76
<u>III.1.10 TRAITEMENTS EN COURS</u>	p.77
<u>III.2 EXAMEN CLINIQUE</u>	p.78
<u>III.2.1 IMC</u>	p.78
<u>III.2.2 ORL-STOMATOLOGIQUE</u>	p.78
<u>III.2.3 PNEUMOLOGIQUE</u>	p.78
<u>III.2.4 CARDIO-VASCULAIRE</u>	p.79
<u>III.2.5 DIGESTIF ET GYNECOLOGIQUE</u>	p.79
<u>III.2.6 RHUMATOLOGIQUE</u>	p.80
<u>III.2.7 DERMATOLOGIQUE</u>	p.80
<u>III.2.8 NEUROLOGIQUE</u>	p.80
<u>III.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>	p.81
<u>III.3.1 ECG ET AVIS CARDIOLOGIQUE</u>	p.81
<u>III.3.2 BIOLOGIE</u>	p.82
III.3.2.1 NFS	p.83
III.3.2.2 GLYCEMIE	p.83
III.3.2.3 SEROLOGIES	p.83
III.3.2.3.1 VIH	p.83
III.3.2.3.2 VHC	p.84
III.3.2.3.3 VHB	p.84
III.3.2.3.4 SYPHILIS	p.84
III.3.2.3.5 MALADIE DE LYME	p.84
III.3.2.4 BILAN HEPATO-RENAL	p.85

III.3.2.4.1 HEPATIQUE	p.85
III.3.2.4.2 RENAL	p.85
<u>III.4 RELAIS MEDECIN TRAITANT</u>	p.85
<u>IV ANALYSE DE NOS RESULTATS</u>	p.86
<u>IV.1 INTERROGATOIRE</u>	p.87
<u>IV.1.1 SEXE</u>	p.87
<u>IV.1.2 AGE</u>	p.87
<u>IV.1.3 COORDONEES</u>	p.87
<u>IV.1.4 ANTECEDENTS</u>	p.88
<u>IV.1.5 TABAC</u>	p.88
<u>IV.1.6 ALCOOL</u>	p.89
<u>IV.1.7 VACCINATIONS</u>	p.89
<u>IV.1.8 CONTRACEPTION</u>	p.89
<u>IV.1.9 PRODUITS ET MODES DE CONSOMMATION</u>	p.90
<u>IV.1.10 TRAITEMENTS EN COURS</u>	p.90
<u>IV.2 EXAMEN CLINIQUE</u>	p.91
<u>IV.2.1 IMC</u>	p.91
<u>IV.2.2 ORL-STOMATOLOGIQUE</u>	p.91
<u>IV.2.3 PNEUMOLOGIQUE</u>	p.91
<u>IV.2.4 CARDIO-VASCULAIRE</u>	p.92
<u>IV.2.5 DIGESTIF ET GYNECOLOGIQUE</u>	p.92
<u>IV.2.6 RHUMATOLOGIQUE</u>	p.92
<u>IV.2.7 DERMATOLOGIQUE</u>	p.92
<u>IV.2.8 NEUROLOGIQUE</u>	p.93
<u>IV.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>	p.93
<u>IV.3.1 AVIS CARDIOLOGIQUE</u>	p.93
IV.3.1.1 CONSULTATION CARDIOLOGIQUE	p.93
IV.3.1.2 ECG	p.94
<u>IV.3.2 BIOLOGIE</u>	p.94
IV.3.2.1 NFS	p.94
IV.3.2.2 GLYCEMIE	p.94

IV.3.2.3 SEROLOGIES	p.95
IV.3.2.3.1 VIH	p.95
IV.3.2.3.2 VHC	p.95
IV.3.2.3.3 VHB	p.95
IV.3.2.3.4 SYPHILIS	p.96
IV.3.2.3.5 MALADIE DE LYME	p.96
IV.3.2.4 BILAN HEPATO-RENAL	p.96
IV.3.2.4.1 HEPATIQUE	p.96
IV.3.2.4.2 RENAL	p.97
<u>IV.4 RELAIS MEDECIN TRAITANT</u>	p.97
<u>V DISCUSSION ET PERSPECTIVES</u>	p.98
<u>V.1 DISCUSSION</u>	p.99
<u>V.1.1 INTRODUCTION</u>	p.99
<u>V.1.2 CONCERNANT LES DONNEES GENERALES</u>	p.99
<u>V.1.3 A PROPOS DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES</u>	p.100
<u>V.1.4 LA CONSOMMATION DE PRODUITS : QUOI ? COMMENT ? RISQUES ET INTERACTIONS ?</u>	p.101
V.1.4.1 QUELS SONT LES PRODUITS CONSOMMES ?	p.101
V.1.4.2 QUELS SONT LES MODES DE CONSOMMATION ET LES RISQUES ?	p.103
<u>V.1.5 LE PROBLEME INFECTIEUX CHEZ LE PATIENT DEPENDANT AUX OPIACES</u>	p.104
V.1.5.1 INTRODUCTION	p.104
V.1.5.2 LE VIH	p.105
<u>V.1.6 CONCERNANT LE PROBLEME HEPATIQUE</u>	p.105
<u>V.1.7 A PROPOS DU SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE</u>	p.108
<u>V.1.8 AU SUJET DES PATHOLOGIES CUTANEEES</u>	p.110
<u>V.1.9 AU NIVEAU OSTEO-ARTICULAIRE</u>	p.110
<u>V.1.10 TABAC, ASTHME ET PNEUMOLOGIE</u>	p.112
<u>V.1.11 AU NIVEAU ORL ET STOMATOLOGIQUE</u>	p.113

<u>V.1.12 A PROPOS DE L'APPAREIL GYNECOLOGIQUE ET LES PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE</u>	p.114
<u>V.1.13 AU NIVEAU METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN</u>	p.116
<u>V.1.14 AU SUJET DU SYSTEME NEUROLOGIQUE</u>	p.117
<u>V.2 BIAIS</u>	p.117
<u>V.3 QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ?</u>	p.117
<u>V.3.1 CONCERNANT LE BILAN SOMATIQUE</u>	p.118
<u>V.3.1.1 A PROPOS DE L'INTERROGATOIRE</u>	p.118
<u>V.3.1.2 A PROPOS DE L'EXAMEN CLINIQUE</u>	p.119
<u>V.3.1.3 A PROPOS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>	p.119
<u>V.3.1.4 CONCLUSION</u>	p.120
<u>V.3.2 VERS UNE DEUXIEME CONSULTATION</u>	p.124
<u>V.3.3 VERS UNE CONSULTATION POUR TOUS LES PATIENTS TOXICOMANES</u>	p.125
<u>CONCLUSION</u>	p.129
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.132
<u>ANNEXES</u>	p.139
<u>ANNEXE 1 : LISTE DES PATHOLOGIES A EVOQUER CHEZ UN UTILISATEUR DE DROGUES ILLICITES</u>	p.140
<u>ANNEXE 2 : BILAN SOMATIQUE ENTREE METHADONE</u>	p.142
<u>ANNEXE 3 : BILAN SOMATIQUE PRE-METHADONE</u>	p.143
<u>ANNEXE 4 : BILAN SOMATIQUE TOXICO-DEPENDANCE</u>	p.146

ABBREVIATIONS

Afssaps : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales
ASOS : Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DRAMÉS : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite
ECG : électrocardiogramme
FCV : Frottis Cervico-Vaginal
HAS : Haute Autorité de Santé
HP : Hors Prescription
HTA : HyperTension Artérielle
HTAP : HyperTension Artérielle Pulmonaire
IDR : IntraDermoréaction à la Tuberculine
IMC : Indice de Masse Corporelle
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IV : Intra-Veineux (se)
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LSD : Lysergesäurediethylamid : diéthylamide de l'acide lysergique,N,N-diéthyllysergamide
OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OPEMA : Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire
OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse
PA : Paquets-Années
PPM : Primo-Préscription de Méthadone
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UA : Unité d'Alcool

UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immudéficiency Humaine

INTRODUCTION

A la fin de l'année 2006, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) méthadone est modifié. Cela fait suite à la survenue de cas de torsades de pointe et d'allongement de l'intervalle QT. Ces anomalies sont le plus souvent observées chez des patients recevant une posologie élevée de méthadone ou présentant des facteurs de risque d'allongement de cet intervalle. La méthadone doit désormais être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et électrocardiographique, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT.

Une réflexion concernant la pertinence d'un bilan somatique chez les patients toxicomanes est engagée devant ces nouveaux éléments pharmacologiques et les risques de comorbidités somatiques et psychiatriques déjà connus. A ce moment, aucun bilan somatique n'est organisé de manière systématique au centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) de Nancy. Les patients sont orientés vers leur médecin traitant, un cardiologue ou un centre de médecine préventive. Un questionnaire concernant les principales problématiques pharmacologiques et somatiques de la population toxicomane est alors élaboré. Il est mis en place dans le cadre d'un bilan somatique systématique au centre méthadone de Nancy à partir du premier janvier 2009 pour tous les patients prétendant à une prescription de méthadone. Ce bilan comporte deux problématiques majeures : l'expertise médicale avant la prescription de méthadone et l'évaluation des comorbidités somatiques des patients dépendants aux opiacés.

Nous évaluons dans notre étude la première année de mise en place de ce bilan somatique au centre méthadone de Nancy. Tout d'abord, nous analysons la littérature pour déterminer les pathologies rencontrées chez les patients toxicomanes et les recommandations pharmacologiques concernant la méthadone. Puis nous exposons les objectifs et la méthodologie de notre étude. Ensuite nous présentons les résultats mesurés et leur analyse. Enfin, nous comparons ces résultats à la revue de la littérature pour discuter la pertinence des éléments mesurés et proposer des éléments de perspectives.

I LES PATHOLOGIES

RENCONTREES

CHEZ LES PATIENTS

DEPENDANTS

AUX OPIACES ET AUTRES

COADDICTIONS

ET LES RECOMMANDATIONS

CONCERNANT LA

METHADONE :

REVUE DE LA LITTERATURE

Par une analyse de la littérature, nous présentons un rappel bref et non exhaustif des pathologies rencontrées chez les patients dépendants aux opiacés et ayant des coaddictions. Nous exposons les recommandations nécessaires lors d'une primoprescription d'un traitement par méthadone.

I.1 INTRODUCTION ET GENERALITES

L'étude somatique chez les patients toxicomanes s'est surtout développée à partir de la découverte des virus de l'hépatite C (VHC) et de l'immunodéficience humaine (VIH). La logique de prise en charge somatique des toxicomanes a subi une accélération considérable depuis l'épidémie de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (1). De plus, le vieillissement de la population toxicomane avec des atteintes chroniques impose un renforcement du pôle somatique de la médecine des addictions et oblige à réfléchir sur les formations et collaborations à développer entre les partenaires du réseau de soins (2).

D'après les données de l'assurance maladie (3), le nombre total de bénéficiaires ayant des remboursements de méthadone est de 25517 au cours du 2ème trimestre 2008, soit une évolution de 155 % en 4 ans. En comparaison, pour la même période, on notait 99043 bénéficiaires ayant des remboursements de buprénorphine haut dosage (BHD). Un bénéficiaire de traitement de substitution aux opiacés sur cinq est traité par méthadone. 78,5 % des bénéficiaires ayant des remboursements de méthadone ont des posologies inférieures à 100 mg/j.

Selon l'enquête d'observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM) (4), l'âge moyen des sujets (patients présentant un abus, ou une pharmacodépendance, ou recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)) est de 32,7 ans, ce qui reste stable. La proportion d'hommes est stable, à 78 %. 74 % des sujets inclus dans l'enquête suivent un TSO, dont 40 % de BHD et 60 % de méthadone.

Selon l'enquête Coquelicot (5), la population des usagers de drogue est essentiellement masculine (74 %), l'âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes, 34,5 ans pour les femmes.

I.2 DEVELOPPEMENT DES COMPLICATIONS SOMATIQUES

I.2.1 LES MODES DE CONSOMMATION

Les principales pathologies rencontrées sont dues aux produits consommés mais aussi aux pratiques de consommation. Connaître les pratiques des usagers permet d'orienter l'examen clinique et les mesures de prévention à délivrer pour la réduction des risques.

Concernant l'héroïne (4), la principale voie d'administration est nasale (68 %) et est en diminution. La pratique de l'inhalation est en augmentation (24 %). La voie intra-veineuse est stable à 20 %.

A propos de la cocaïne (4), la principale voie d'administration est également nasale (64 %). On constate la pratique de l'inhalation dans 29 % des cas et l'utilisation de la voie intra-veineuse dans 26 % des cas.

Selon les études (4, 5), la part de sujets ayant déjà expérimenté l'injection intra-veineuse est variable. Cette différence semble due aux modalités de recrutement des populations étudiées.

D'après l'étude Coquelicot (5), l'injection a été pratiquée par 70 % des usagers de drogue au moins une fois dans leur vie. Durant le dernier mois, 13 % des usagers de drogue ont partagé leur seringue, 38 % le petit matériel, et 25 % la paille de snif.

D'après l'enquête d'observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire (OPEMA) (6), 53 % des sujets ont déjà utilisé la voie intra-veineuse comme voie d'administration d'une drogue.

Les données européennes les plus récentes (7) mettent en évidence une stabilisation de l'usage de drogue par voie intraveineuse. Près d'un quart des patients entamant un TSO indique avoir consommé de la drogue par voie intraveineuse dans le passé.

I.2.2 LA METHADONE

Une revue de la littérature concernant la méthadone est nécessaire pour en connaître les mesures d'instauration, les risques systémiques, les précautions d'emploi et les interactions éventuelles.

Les modalités de primo-prescription de méthadone (PPM) (8) ont évolué depuis son autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1995. L'autorisation de prescrire de la méthadone a été instaurée en 1993 au titre de la prise en charge des toxicomanes dépendants aux opiacés. La France présente une situation originale dans le paysage européen où la part moyenne de la méthadone parmi les traitements de substitutions aux opiacés avoisine 90 % (versus 12 % en France). Depuis la circulaire du 30/01/2002, l'initiation d'un traitement par méthadone n'est plus réservée aux médecins exerçant en CSST, mais est possible pour «tout médecin exerçant en établissement de santé». D'après les données d'activités de 2006, la PPM est plus souvent effectuée en consultation externe (63 %) qu'en hospitalisation (37 %). Les médecins impliqués dans la PPM sont le plus souvent des psychiatres (32 %), des addictologues (25 %) ou des médecins généralistes (17 %). Les complications somatiques sont la raison justifiant une prise en charge hospitalière plutôt qu'ambulatoire dans 12 % des cas de choix de PPM en service hospitalier. Concernant les 1174 patients relevant d'une PPM en service hospitalier, un tiers présente des comorbidités psychiatriques, cinq patients sont signalés comme étant séropositif au VHC et deux au VIH ; 5 % de l'ensemble sont des femmes enceintes. Le relais à la sortie s'effectue le plus souvent vers un médecin généraliste (43 %). «Le volet hospitalier de l'enquête montre ainsi la place importante occupée par les médecins généralistes, aussi bien en amont (lorsqu'ils adressent les patients vers le milieu hospitalier) qu'en aval, lors du relais de prise en charge.»

Les données pharmacologiques de la méthadone sont précisées dans le *dictionnaire Vidal*. La méthadone est un «traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.» C'est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs μ et κ . Elle possède des propriétés analgésiques et antitussives. Liposoluble, elle subit un premier passage hépatique. La méthadone se lie à l'albumine et aux autres protéines plasmatiques et tissulaires, ce qui peut expliquer ses effets cumulatifs et sa lente vitesse d'élimination.

Elle est principalement métabolisée au niveau hépatique. Les métabolites sont inactifs. La méthadone est excrétée par filtration glomérulaire puis subit une réabsorption rénale. L'excrétion urinaire représente la voie principale d'élimination. La méthadone peut être retrouvée dans la sueur et la salive.

L'autorisation de mise sur le marché date de 1995, révisée le 22/12/2008. Outre le chlorhydrate de méthadone, elle contient du saccharose et de l'éthanol, dont il faut tenir compte lors de la prescription (intolérance au fructose, syndrome de mal-absorption du glucose et du galactose ou déficit en sucrase-isomaltase). C'est un médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

Les contre-indications sont un âge inférieur à 15 ans, une insuffisance respiratoire grave, une hypersensibilité à la méthadone et un traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique ou par sultopride.

Parmi les mises en garde, on retrouve des cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointe rapportés au cours de traitements par méthadone, principalement pour des posologies élevées (supérieure à 120 mg/j). La méthadone doit être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et électrocardiographique, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT. Les patients à risque sont ceux qui présentent un antécédent connu d'allongement de cet intervalle, des antécédents familiaux de mort subite, une posologie de méthadone élevée, supérieure à 120 mg/j, une pathologie cardiaque évoluée, un traitement médicamenteux concomitant avec des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT, certains antiparasitaires, le bépridil, le cisapride, le diphémanil, l'érythromycine intra-veineuse (IV), la luméfántrine, la mizolastine, la moxifloxacine, la spiramycine IV, la vincamine IV, avec des médicaments connus pour provoquer une hypokaliémie, ou entraîner une bradycardie, ou pour inhiber significativement le métabolisme de la méthadone. La prise concomitante d'alcool est déconseillée car elle majore l'effet sédatif. Des précautions d'emploi sont nécessaires chez le sujet âgé, les femmes enceintes, les patients présentant un asthme, une insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique grave, une insuffisance surrénalienne, une hypothyroïdie, une hypertrophie prostatique, une épilepsie et un diabète.

Il faut également prendre en compte les autres traitements sédatifs de type dérivés morphiniques, neuroleptiques, barbituriques, benzodiazépines, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs sédatifs, antihistaminiques H1 sédatifs, antihypertenseurs centraux, baclofène et thalidomide.

Parmi les associations retrouvées dans la littérature (4), on note 19 % de consommation concomitante d'héroïne et de méthadone sous protocole médical.

La modification des RCP concernant la méthadone et la nécessité d'une administration avec précaution (surveillance clinique, électrolytique et électrocardiographique) en raison des risques de torsades de pointes a été publiée en janvier 2007 (rectificatif du 06/04/2006).

Toutes ces précautions d'emploi avant la PPM sont nécessaires au vu de l'implication de la méthadone dans les décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances. En effet, dans l'enquête concernant les décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) en 2008 (9), on note que 38,5 % (soit n=84) des décès sont liés à la prise de TSO. 78 sont liés à la prise du produit seul, 58 rapportés à la méthadone et 20 à la BHD. 3 cas sont liés à l'association méthadone-cocaïne. Dans 51 cas, on note une association avec des médicaments psychotropes. Pour 16 cas, l'alcoolémie était supérieure à 0,5 g/l. «Une part importante des décès implique la méthadone en 2008, qu'elle soit seule ou associée.»

I.2.3 LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES

I.2.3.1 L'HEPATITE C

La prévalence globale des anticorps anti-VHC est de 0,84 % en France en 2006, 57 % de ces patients connaissent leur statut positif. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, la tranche 45-49 ans étant la plus touchée. (10)

Les facteurs de risque associés significativement à la présence d'anticorps anti-VHC sont l'usage de drogues par voies intraveineuse et nasale, le tatouage, entre autres. (10)

Après regroupement de différentes études (11-12), on peut observer une évolution de la prévalence de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues intraveineuses :

En 1993, on retrouve des chiffres entre 43 et 51 %.

En 1996, on note une prévalence comprise entre 47 et 57 %.

En 1997, les chiffres sont compris entre 58 et 62 %.

En 1999, la prévalence est de 63 %.

En 2002, on observe une prévalence entre 53 et 73 %.

En 2003, elle est de 73 %.

D'après l'étude Coquelicot (2004) (5), la séroprévalence du VHC est de 59,8 % quelque soit l'âge et de 28 % chez les moins de 30 ans. Au total, 27 % des usagers de drogues croient être négatifs à tort pour le VHC. La co-infection VIH/VHC est de 10,2 %. La séroprévalence du VHC croît avec l'âge, elle est déjà élevée (28 %) chez les moins de 30 ans et atteint 71 % à plus de 40 ans.

D'après des études plus récentes (6, 13), la prévalence du VHC semble en régression chez les usagers de drogues, en particulier chez les plus jeunes. D'après l'enquête OPEMA (2008) (6), un quart des sujets a une sérologie VHC positive et 20 % ne connaissent pas leur statut sérologique. D'après une étude concernant la prévalence et des facteurs de risque de l'infection par le VHC en 2008 parmi les usagers de drogue intraveineux présumés VHC négatifs (13), on remarque que 6,5 % des tests effectués sont positifs. La majorité des nouveaux cas dépistés positifs concerne des usagers ayant débuté les pratiques d'injection avant la mise en place des stratégies de réduction des risques. Aucun test n'est positif chez les usagers ayant débuté leurs pratiques après 2002.

I.2.3.2 LE VIH

La détermination de la prévalence globale du VIH en France semble être un exercice difficile. Parmi les usagers de drogues, la prévalence du VIH en France est passée de 40 % en 1988 à 20 % en 2002. (11)

Les enquêtes récentes (6, 11) ont tendance à montrer des chiffres à la baisse.

En effet, selon l'étude Coquelicot (2004) (5, 14), la séroprévalence du VIH est de 10,8 % quelque soit l'âge et de 0,3 % chez les moins de 30 ans. La co-infection VIH/VHC est de 10,2 %. La quasi-totalité des usagers de drogue séropositifs pour le VIH sont également contaminés par le VHC.

D'après l'enquête OPEMA (2008) (6), 3 % des sujets sont séropositifs au VIH et un patient sur cinq ne connaît pas son statut sérologique. Dans ces études (6, 11) on remarque que la prévalence du VIH est proche de 0 % chez les moins de 30 ans et augmente avec l'âge.

Cette tendance à la baisse montre que la politique de réduction des risques a eu un impact certain sur l'épidémie de VIH. Cet impact est beaucoup moins évident pour l'épidémie de VHC (11). En effet, selon l'étude Coquelicot (5, 14), une analyse par année de naissance montre l'impact de la politique de réduction des risques sur le VIH et le VHC entre les usagers de drogue âgés de moins de trente ans (qui ont pu bénéficier de l'ensemble des mesures de réduction des risques) et les usagers de drogues plus âgés. La quasi-absence de contamination par le VIH chez les moins de trente ans (0,3 %) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques. Cet impact a pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les usagers de drogue. On note 13 % de partage de matériel de consommation dans le dernier mois et un bon niveau de connaissance des usagers de drogue concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique. On peut supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après la mise en vente libre des seringues en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation. La prévalence est plus élevée chez les plus de quarante ans aussi du fait de la baisse de la mortalité depuis l'introduction des trithérapies (11).

I.2.3.3 L'HEPATITE B

La prévalence de l'antigène Hbs est de 0,65 % en France en 2006, 45 % de ces patients connaissent leur statut positif (10). Les hommes sont cinq fois plus touchés par le virus de l'hépatite B (VHB) que les femmes. Dans le quart Nord-Est de la France, la prévalence du portage de l'Ag Hbs est de 1,12 %. L'usage de drogues par voie intraveineuse, l'homosexualité et la précarité, entre autres, sont des facteurs significativement associés à la présence d'anticorps anti-Hbc, qui témoignent d'un contact avec le VHB (10).

D'après l'enquête OPEMA (6), 57 % des patients ont eu une vaccination complète pour le VHB.

Les recommandations de la conférence de consensus (15) concernant la vaccination contre le VHB en septembre 2003, font état que « compte tenu des données épidémiologiques disponibles, une attention particulière doit être portée au dépistage des personnes et à la prévention des risques élevés d'exposition au VHB. (...) Les sujets exposés en raison d'une situation ou d'un comportement à risque sont les usagers de drogue par voie parentérale (usage intraveineux ou pernasal), les personnes adeptes du tatouage ou du piercing, les personnes en contact avec un sujet porteur de l'AgHBs (en famille ou collectivité), les personnes infectées par le VIH ou le VHC, les patients hémodialysés chroniques, les patients transfusés chroniques, les patients et personnels des structures accueillant des handicapés mentaux, les personnes, hétérosexuelles ou homosexuelles, ayant des partenaires sexuels multiples et/ou une maladie sexuellement transmissible récente, les voyageurs en pays de forte endémie, les détenus, les candidats à une greffe. La vaccination de ces personnes est particulièrement recommandée en tenant compte de l'hétérogénéité des situations à risque et des niveaux de risque, le plus souvent mal déterminés. » Aucune modification à ces recommandations concernant la vaccination contre l'hépatite B n'a été apportée à la révision du calendrier vaccinal en 2008 (16).

La vaccination contre l'hépatite B doit être systématiquement proposée aux usagers de drogue utilisant la voie parentérale (1).

I.2.3.4 L'HEPATITE A

Selon les Centers for Disease Control and Prevention, «doivent être vaccinées contre l'hépatite A, les personnes suivantes : tous les enfants âgés de plus d'un an en zone d'endémie, les personnes dont l'activité sexuelle les expose au risque (homosexuels masculins), les personnes ayant une maladie hépatique chronique, les gens qui sont traités avec des produits dérivés du sang comme les concentrés de facteurs de coagulation, les personnes travaillant au contact du virus, et les gens qui vivent dans des communautés où un foyer est présent.»

«Chez un patient dépendant aux opiacés et séronégatif pour l'hépatite C, le risque d'attraper une hépatite est suffisamment important au cours de sa période de dépendance pour que la vaccination combinée (HAV+HBV) soit justifiée.» (17) Les hépatites sont fréquentes et indéniablement liées à la mortalité des personnes dépendantes aux opioïdes. Le risque élevé d'infection peut être réduit par la vaccination. En l'absence d'immunité pour les hépatites A et B, le vaccin combiné A/B est pratique à l'usage. (18)

I.2.3.5 LA TUBERCULOSE

La recherche de tuberculose est nécessaire. «La tuberculose a régressé régulièrement du fait du progrès social et de l'efficacité des traitements. (...) La prise en charge et le suivi des patients doivent être améliorés dans les populations les plus touchées (migrants, prisons, SDF).» (19)

Selon les études et les services d'addictologie, la place de l>IDR (intradermoréaction à la tuberculine) est discutée. (1)

I.2.3.6 LA SYPHILIS

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (20) concernant le dépistage de la syphilis, il n'y a pas d'indication claire de dépistage de la syphilis chez le patient toxicomane. «Les données spécifiques concernant certaines populations à risque potentiel telles que (...) les toxicomanes (...) font défaut en France».

L'avis de la HAS (20) recommande un dépistage de la syphilis acquise chez «les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise». Un dépistage peut être également proposé, en l'absence de données épidémiologiques validées, «aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés, lors de diagnostic d'infection sexuellement transmissible (IST) et de VIH, aux personnes ayant des rapports non protégés avec plusieurs partenaires par an, chez les migrants en provenance des pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud), lors d'une incarcération, après un viol.»

I.2.3.7 LA MALADIE DE LYME

La maladie de Lyme ne se dépiste pas, elle se diagnostique au cas par cas, selon l'interrogatoire et l'examen clinique (21). Le diagnostic est évoqué après une morsure de tique, associée à des manifestations cliniques. L'érythème migrant du stade primaire est cliniquement évident. Le stade secondaire regroupe les neuroborrélioses et les arthrites. Le stade tertiaire est composé de neuroborrélioses tardives et d'arthrites récidivantes. Le syndrome post-Lyme regroupe des symptômes généraux (asthénie, algies diffuses, plaintes cognitives) et le traitement n'en modifie pas l'évolution.

I.2.3.8 LES ANOMALIES DERMATOLOGIQUES

Les principales pathologies dermatologiques du patient dépendant aux opiacées sont d'origine infectieuse et quasi exclusivement du fait de l'injection intra-veineuse.

La recherche d'abcès est un moment clé de l'examen clinique (22). Les infections cutanées sont essentiellement à germes mixtes (anaérobies, cocci gram positifs). Les autres pathologies cutanées à rechercher sont principalement une cellulite, une thrombose veineuse profonde, une thrombophlébite et un ulcère chronique. Le statut vaccinal antitétanique est à vérifier devant chaque plaie (22). La recherche du statut vaccinal est importante. Les rappels du dTP (diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) à partir de 16-18 ans sont recommandés tous les dix ans (16).

Au niveau cutané, il faut également rechercher les séquelles cutanées d'accidents (1).

I.2.4 LE SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

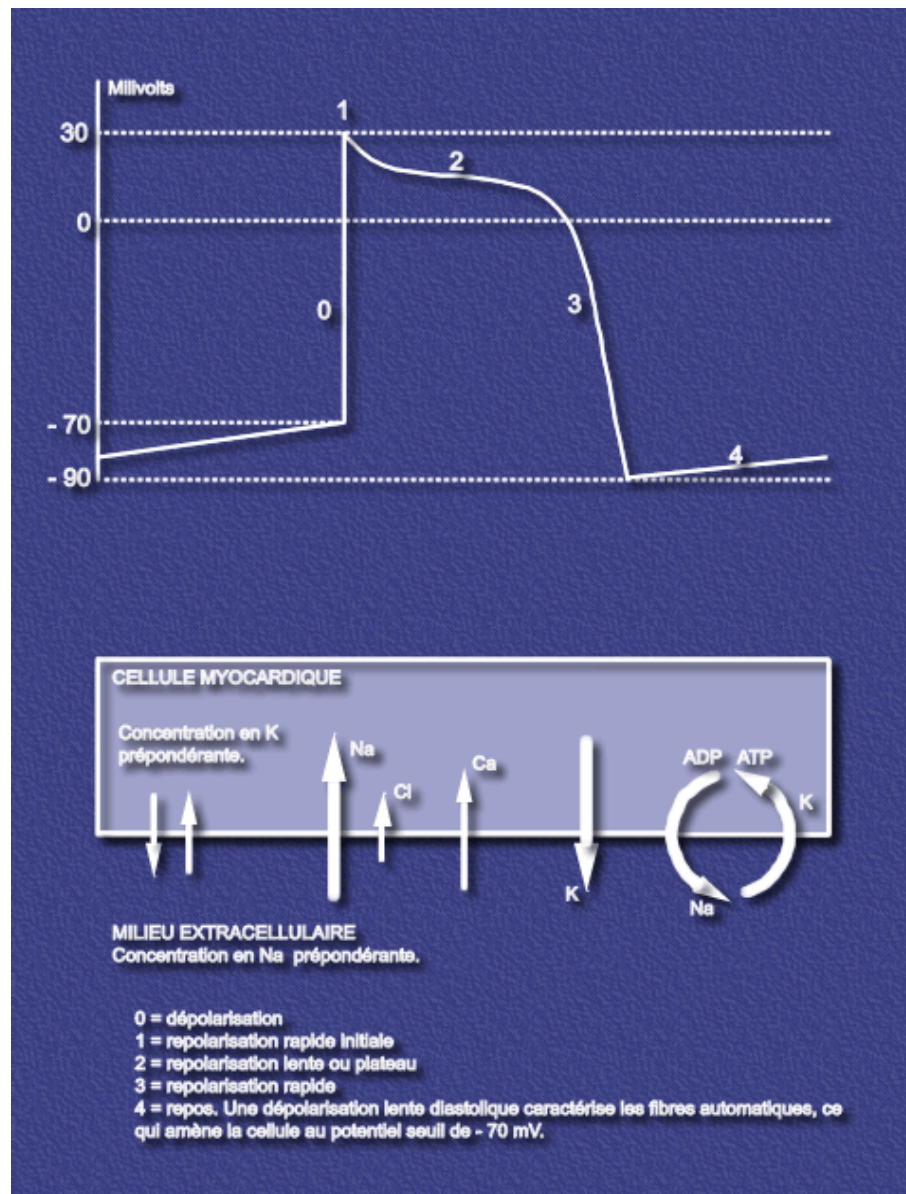
Tout d'abord, il convient d'effectuer un rappel de physiopathologie cardiologique (23).

Le système de commande du cœur comprend le nœud sinusal de KEITH et FLACK, le nœud d'ASCHOFF-TAWARA, le faisceau de HIS et ses deux branches, qui font suite au centre nodal, et le réseau de PURKINJE qui représente la terminaison du faisceau de HIS.

Les cellules du système de commande se dépolarisent périodiquement, le centre sinusal impose son rythme à l'ensemble du système.

La conductibilité permet de transmettre l'onde de dépolarisation des centres sinusal et nodal vers les cellules myocardiques et entraîne la contraction des ventricules.

La cellule myocardique au repos est électropositive en surface et électronégative à l'intérieur. Lorsque la cellule est excitée, la polarité s'inverse et correspond à la dépolarisation de la cellule myocardique. Puis se succèdent une phase de repolarisation initiale, une dépolarisation maintenue (ou plateau), une repolarisation et enfin une phase de polarisation stable (ou de repos). Les mouvements des ions sodium, potassium et calcium sont responsables de ces variations de potentiel.



L'intervalle QT est la durée entre le début de l'onde QRS, synchrone de la dépolarisation des ventricules, et la fin de l'onde T, correspondant à la repolarisation des ventricules. Il correspond au temps de systole électrique.

Un allongement de l'espace QT est associé à un risque élevé de torsades de pointe ou de fibrillation ventriculaire. Sa durée varie en fonction de la fréquence cardiaque, il diminue quand la fréquence cardiaque augmente et augmente quand la fréquence cardiaque diminue. On utilise la formule de Bazett pour calculer le QT corrigé (QTc) qui est la mesure de l'intervalle QT corrigé par la fréquence selon la formule $QTc = QT/\sqrt{RR}$. Il est normalement inférieur ou égal à 440 ms.

L'allongement du QT peut être acquis ou secondaire. La cause peut être métabolique (hypokaliémie ou hypomagnésémie) ou médicamenteuse (anti-arythmiques de classe I-A et III, certains antibiotiques, la méthadone, entre autres). L'origine peut également être congénitale. Le risque de survenue de torsades est corrélé avec la valeur de l'allongement du QT.

La torsade de pointe débute par une extra-systole R/T. Elle est constituée de complexes larges (fréquence proche de 200 bpm), avec un aspect en fuseaux. La torsade se termine spontanément. Elle correspond à une forme particulière de tachycardie ventriculaire spontanément résolutive et récidivante. Le principal risque de la torsade de pointe est la dégénérescence en fibrillation ventriculaire.

Les étiologies sont les bradycardies sévères (bloc auriculo-ventriculaire ou iatrogénique), les hypokaliémies, les surcharges médicamenteuses (Quinidine, Bépridil, Disopyramine), le syndrome du QT long congénital.

La fibrillation ventriculaire correspond à la désynchronisation de l'activité ventriculaire, chaque fibre myocardique se contracte à un rythme propre. Elle entraîne rapidement un arrêt cardio-respiratoire et la mort survient si elle n'est pas traitée dans les trois minutes qui suivent le début.

D'après plusieurs études, le risque de torsades de pointe sous méthadone existe (24), mais reste faible (25). Dans la majorité des cas, un facteur aggravant est associé (25-27).

Les recommandations électrocardiographiques (18, 28) concernant l'instauration d'un traitement par méthadone sont tout d'abord d'interroger tous les patients sur leurs facteurs de risque cardiaque et de rechercher un effet de prolongation sur l'intervalle QTc de la comédication.

«Un électrocardiogramme (ECG) est recommandé lors de :

- Prise de substances qui prolongent l'intervalle QTc, indépendamment de la dose de méthadone.
- Dose de méthadone supérieure à 120 mg/j et anamnèse positive d'arythmie ou de ses symptômes.
- Dose de méthadone supérieure à 120 mg/j et présence de facteurs de risques additionnels.
- Troubles électrolytiques, par exemple : prise de diurétiques, diarrhées, vomissements depuis quatre jours ou plus (dosage du sodium, potassium) et troubles alimentaires.
- Apparition de symptômes qui peuvent être attribués à un trouble du rythme cardiaque.
- Avant l'introduction de médicaments qui prolongent l'intervalle QTc, indépendamment de la dose de méthadone. En cours de traitement, un ECG de contrôle permet de mesurer des modifications par rapport à l'ECG de départ.

Les listes de médicaments qui prolongent l'intervalle QTc doivent être régulièrement consultées, dans la mesure où elles sont complétées et actualisées en permanence. Un suivi rapproché et éventuellement le recours à un cardiologue est indiqué lors de diagnostic nouveau ou ancien de maladies cardiaques avec risque d'arythmie, syncope inexplicée, QTc supérieur à 450 ms et augmentation de l'intervalle QTc de 60 ms en comparaison à l'ECG de contrôle. Si l'intervalle QTc est supérieur à 500ms, une réduction des facteurs de risque et le cas échéant une réadaptation urgente du traitement de substitution de la méthadone sont indiquées. Une évaluation annuelle des facteurs de risque est recommandée.»

Une étude française (29) recommande de faire un ECG systématiquement à tout patient ayant un traitement par méthadone, et notamment en cas d'augmentation récente de la posologie.

Ensuite, la consommation de drogues comporte des risques cardiovasculaires souvent méconnus. Les pathologies cardio-vasculaires ont plusieurs étiologies, infectieuses et toxiques.

La pratique de l'injection intra-veineuse peut occasionner une thrombophlébite septique au point d'injection provoquant des bactériémies, à l'origine d'endocardites (30). Leur siège est dans 60 % des cas la valve tricuspide et dans 40 % des cas les valves aortiques ou mitrales. L'endocardite tricuspidiennne se complique souvent d'embolies pulmonaires septiques multiples. Elles peuvent secondairement s'abcéder. Il est fréquent que le point d'appel soit pulmonaire. Il est donc important d'ausculter régulièrement ces patients. Les bactéries en cause sont *Staphylococcus aureus* dans 60 % des cas. Les dents doivent être traitées ou enlevées pour prévenir les endocardites secondaires.

Les pathologies à rechercher sont fonction du ou des produits consommés (22) :

- Opiacés : brady-arythmie, arythmies supra-ventriculaire et ventriculaire, hypotension, œdème pulmonaire non cardiogénique, endocardite.
- Cocaïne : Hypertension, brady-arythmie, tachy-arythmie supra ventriculaire, arythmie ventriculaire.
- Amphétamines : ischémie-infarctus du myocarde.
- Ecstasy : œdème pulmonaire non cardiogénique, insuffisance cardiaque chronique, endocardite.
- Cannabis : tachycardie ; en cas de doses élevées : hypotension, bradycardie.
- LSD (N,N-diéthyllysergamide): tachycardie, arythmie supra ventriculaire, hypertension, ischémie myocardique.

Il est important de savoir que la consommation de cocaïne expose à des troubles du rythme et que des complications ischémiques, des infarctus du myocarde, des sujets très jeunes ont été décrits (22). Selon les nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge du patient cocaïnomanne (31), il est recommandé de rechercher la prise concomitante de méthadone et de cocaïne. En effet la prise concomitante de ces deux produits présenterait un risque majoré d'allongement de l'espace QT d'après des cas décrits dans la littérature.

Au niveau métabolique, l'hypokaliémie est un risque majeur de troubles du rythme en association avec la méthadone (27, 28, 23). Il faut rechercher la prise de laxatifs pouvant induire une hypokaliémie. La constipation est un problème majeur chez les patients héroïnomanes. L'affection du système nerveux autonome par l'héroïne réduit l'efficacité du fonctionnement de l'intestin grêle, induisant une constipation. L'hypocalcémie s'accompagne d'un allongement du QT lié à celui de la systole électrique (ST) (23). Il convient d'en réaliser les dosages biologiques et de rechercher les interactions médicamenteuses susceptibles de les induire.

I.2.5 LES PATHOLOGIES ORL ET STOMATOLOGIQUES

D'après l'enquête OPEMA (6), 30 % des sujets de l'enquête ont un état bucco-dentaire négligé.

Il faut remarquer la fréquence importante des problèmes parodontaux chez les héroïnomanes (32-34). Les altérations gingivales et parodontales sont souvent dues au manque d'hygiène et à la malnutrition qui vont de pair avec la toxicomanie. Ces troubles s'expliquent aussi par une déficience de la réponse immunitaire cellulaire et humorale. La présence de récepteurs spécifiques aux opiacés a été retrouvée sur des lymphocytes, des monocytes et des plaquettes. La carie du collet (ou carie de Lowenthal) se révèle caractéristique et quasi-pathognomonique d'une lésion rencontrée chez l'héroïnomane. Ces lésions sont asymptomatiques, apparaissent au niveau du collet en vestibulaire et lingual, évoluent rapidement vers la nécrose pulpaire et peuvent s'étendre très rapidement tout autour de la dent générant un risque important de fracture. La restauration prothétique des caries du toxicomane impose souvent des aménagements tissulaires préprothétiques. A ce jour, aucune étude ne montre une influence directe des médicaments de substitution sur l'apparition ou l'évolution des maladies parodontales.

Cependant, on note que la méthadone, disponible sous forme d'un sirop particulièrement visqueux et sucré, ne permet pas d'améliorer les conditions de développement des lésions cervicales. Au contraire, la vitesse d'évolution de ces lésions semble être plus rapide (34, 35), positionnant le patient traité par substitution dans une situation pratiquement obligatoire de soins dentaires. La plupart des patients demandeurs de soins dentaires et parodontaux sont des patients traités par substitution. Il est assez rare, lorsqu'ils ne sont pas traités par des médicaments de substitution qu'ils viennent chez le chirurgien-dentiste. Les soins dentaires contribuent à une amélioration de l'image de soi, alimentant cette volonté de réinsertion et le retour vers le respect et le soin de leur corps.

De plus, la cocaïne (31), par ses propriétés vasoconstrictrices, va induire un certain nombre de manifestations orales sous forme d'agressions localisées concernant aussi bien les tissus mous (gencive et muqueuse) que les tissus durs (émail et dentine). Les propriétés vasoconstrictrices de ce produit peuvent induire chez les consommateurs chroniques une ischémie du septum nasal induisant une nécrose de la muqueuse, suivie d'une perforation du septum nasal pouvant aller jusqu'à la perforation du palais dur dans sa zone médiane. Les différentes manifestations orales ayant une fréquence plus élevée chez les cocaïnomanes sont la gingivite ulcéro-nécrotique, le bruxisme, la xérostomie, l'abrasion cervicale par brossage traumatique, la lacération gingivale et le trouble de l'articulation temporo-mandibulaire.

Un bilan stomatologique doit être effectué en priorité. Mais la question récurrente de la prise en charge financière des prothèses et appareils reste problématique (1).

I.2.6 LES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES

Le risque d'aménorrhée sous héroïne est important, consécutif à une perturbation des cycles hormonaux due à l'effet inhibiteur de l'héroïne sur les hormones pituitaires (22). La vérification d'une prise de contraception régulière et efficace est nécessaire pour éviter les grossesses non désirées (22).

Les hommes et femmes dépendants doivent être informés de la possibilité d'une grossesse lors de rapports sexuels non protégés, même en cas d'aménorrhée. Une contraception est recommandée en raison de la situation de vie instable de nombreux dépendants (privilégier des contraceptifs peu exigeants en termes d'adhérence comme des implants d'hormones ou le stérilet). Lors de comportements sexuels à risque (prostitution, échanges de services), l'usage de préservatifs pour les deux sexes est la règle (18).

En cas de grossesse, «les risques pour la mère et pour l'enfant sont essentiellement liés à des consommations de substances multiples, à une absence de suivi de la grossesse et à une non reconnaissance ou une absence de traitement des pathologies maternelles.(...) Les effets (de la consommation d'héroïne) sont d'autant plus graves si le taux d'opiacés est fluctuant (souffrance fœtale in utero en cas de manque).(..) La méthadone est liée à des poids de naissance supérieurs aux nouveaux-nés exposés intra-utero à l'héroïne et à un sevrage du nouveau-né plus tardif (jusqu'à 3 semaines après la naissance). Aucune malformation n'a été décrite chez l'Homme (22).» La méthadone paraît être l'opiacé recommandé en cours de grossesse (36).

Concernant la teneur en alcool de la forme sirop de la méthadone lors d'une instauration de traitement en cours de grossesse, rappelons qu'un flacon unidose de méthadone 20, 40 ou 60 mg contient donc 210 mg d'alcool. Rappelons également que la mesure standard est de 10 g pour un verre d'alcool. Donc, un flacon de méthadone contient en alcool un 48ème de ce que contient un verre d'alcool moyen, soit un quart de centilitre d'un verre de vin, ou un demi centilitre d'un verre de bière sous sa forme la plus connue du demi tiré au comptoir (37).

I.2.7 LES COMPLICATIONS NUTRITIONNELLES

La négligence de l'alimentation et de l'hygiène chez les personnes toxicodépendantes peut être responsable de carences multiples, notamment vitamino-calciques (17).

I.2.8 LES ATTEINTES DU SYSTEME PNEUMOLOGIQUE

Plusieurs études rapportent des anomalies des radiographies pulmonaires chez les patients toxicomanes. La recherche de tuberculose est importante. A l'interrogatoire, devant les nombreux facteurs de risque, une hémoptysie est spécifiquement recherchée (1).

I.2.9 LES PATHOLOGIES HEPATIQUES

Une élévation des transaminases doit alerter et engendrer une prise en charge rapide car les risques d'exposition à des substances hépatotoxiques et de contamination virale sont importants (22).

I.2.10 LES PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES

Les antécédents à rechercher sont les antécédents généraux mais aussi traumatologiques. La traumatologie est une pathologie fréquente qui peut avoir des conséquences de type handicap ou douleurs chroniques (1). Les pathologies douloureuses sont délicates à prendre en charge chez le patient toxicomane (38).

Il est également nécessaire de rechercher des lombalgies, des signes ou des séquelles d'arthrites ou d'ostéomyélites (1).

I.2.11 AU NIVEAU NEUROLOGIQUE

Il faut rechercher les antécédents d'épilepsie en vue d'une contre-indication au traitement par méthadone. L'examen doit rechercher des compressions nerveuses périphériques consécutives à une injection, un abcès, une position prolongée inadaptée (1).

I.3 APPROCHE SUCCINCTE DES COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES

Drogues et psychopathologie «influencent réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions en se succédant, s'intriquant et parfois se confondant» (Farges, 1998).

La fréquence de la comorbidité psychiatrique chez les sujets toxicomanes est considérée par les auteurs comme particulièrement élevée (39-41).

Les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des manifestations anxieuses, ont une incidence particulièrement élevée (entre 30 et 70 % selon les études). Les résurgences de traumatismes psychiques de l'enfance et de l'adolescence sont fréquemment retrouvées dans les antécédents parmi les sujets toxicomanes et dépressifs. On recherchera, entre autres, maltraitances, abandons ou deuils à répétition ainsi que les antécédents d'alcoolisme et de dépression chez les parents. Les troubles bipolaires peuvent conduire à des consommations d'héroïne et de psychostimulants en alternance. Les traitements de substitution n'induisent pas de symptomatologie dépressive. Ils peuvent participer à l'émergence de troubles thymiques masqués jusque-là par la consommation de drogues. Un suivi médico-psychologique régulier et durable de ce type de traitement permet de repérer cette symptomatologie, de l'évaluer, de surveiller l'apparition d'effets secondaires et de mettre en place une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique appropriée.

Des plaintes concernant les troubles du sommeil sont fréquemment exprimées. Les troubles du sommeil sont un facteur de surconsommation de psychotropes et de rechutes chez les sujets dépendants aux opiacés. L'origine de ces troubles peut être le mode de vie via l'inactivité, la désorganisation du rythme nyctéméral, la solitude. L'effet pharmacologique de certaines drogues peut également jouer un rôle, comme le cannabis qui peut provoquer des attaques de panique ou les prises vespérales d'alcool ou l'usage de psychostimulants. Les autres étiologies à évoquer sont un symptôme de manque, un trouble primitif du sommeil ou un signe d'appel d'une pathologie psychiatrique.

Les comportements agressifs ou violents de sujets toxicomanes peuvent avoir différentes causes et sont favorisés par divers facteurs qui peuvent se conjuguer. Parmi les troubles de la personnalité, on retrouve la personnalité dite antisociale ou psychopathique (forte instabilité et intolérance à la frustration), les personnalités de type schizophrénique ou paranoïaque, dont la symptomatologie délirante est masquée par les drogues et qui se manifestent essentiellement par une pathologie du comportement. Parmi les facteurs aggravant, on observe les effets induits par certaines substances, notamment les psychostimulants (cocaïne, crack et amphétamines), auxquels s'ajoutent les effets paradoxaux de «mésusages» de benzodiazépines et des associations avec l'alcool. La désocialisation, le mode de vie de la rue et l'habitude d'entrer facilement dans des rapports de force où la violence tend à devenir un moyen d'expression, peut prendre le pas sur la parole et la capacité à négocier.

Toutes les substances psychoactives peuvent favoriser la survenue ou la gravité de différents troubles psychiques non spécifiques. Les pharmacopsychoses et les états confusionnels apparaissent comme directement liés à la consommation de certaines substances.

La symptomatologie de la pharmacopsychose affecte le cours de la pensée par des manifestations dissociatives et des productions délirantes plus ou moins prononcées. Elles peuvent soit apparaître de façon brutale et spectaculaire, soit s'installer progressivement. L'évolution est généralement favorable si l'intoxication cesse. Des rémanences d'accès d'angoisse accompagnées d'altération des perceptions sensorielles ont été décrites à distance plus ou moins longue de l'arrêt de toute consommation d'hallucinogènes.

Pour les patients présentant de tels troubles et parallèlement dépendants aux opiacés, les traitements de substitution par la méthadone peuvent apporter un certain soulagement de l'angoisse et une amélioration globale de l'état psychique.

Les syndromes confusionnels associent des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions cognitives, en particulier de l'attention et de la mémoire de fixation, et une incoordination motrice et idéo-verbale. Lors de tels épisodes confusionnels, des troubles du comportement (crises clastiques, auto ou hétéro-agressivité...) peuvent se produire. L'apparition de tels épisodes confusionnels dans la trajectoire du toxicomane constitue un critère de gravité de la toxicomanie.

Il n'existe pas de troubles de la personnalité spécifiques ou prédictifs de la toxicomanie. Un grand nombre de travaux s'accordent pour souligner l'incidence élevée des troubles de la personnalité parmi les sujets dépendants de substances psychoactives. La personnalité dite «antisociale» ou psychopathique est celle qui est souvent évoquée. De nombreux auteurs ont souligné la fréquence des personnalités dites «états limites» et, dans une moindre mesure, l'existence de personnalités psychotiques.

La personnalité «anti-sociale» est marquée par une impulsivité, une instabilité comportementale, une tendance aux passages à l'acte, une labilité de l'humeur et des difficultés importantes de socialisation. Une composante dépressive est habituelle et la toxicomanie y figure, parallèlement à l'alcoolisme, aux états dépressifs majeurs et à la délinquance. Entre toxicomanie et psychopathie il existe une sorte de renforcement : les tendances de la personnalité portant ces sujets vers l'abus de drogues et les transgressions, et la toxicomanie accentuant en retour les conduites antisociales.

Les personnalités limites ont des traits spécifiques quant aux relations à autrui qui sont de nature anaclitique (besoin constant d'étayage) et/ou abandonnique, elles ont une forte tendance à l'angoisse et aux passages à l'acte. La dépression fait partie des modes de décompensation ainsi que des affections psychosomatiques graves, des maladies alcooliques et des troubles de type psychotique (dépersonnalisation). L'association personnalité limite et toxicomanie favoriserait les passages à l'acte suicidaire.

La rencontre entre toxicomanie et schizophrénie semble fréquente (39-41), ces sujets ayant une inclination prononcée à l'automédication. Ces personnalités présentent une attitude générale de repli et de fuite des contacts sociaux. Le repli étant douloureux et dépressif, le recours à des substances psychoactives est d'autant plus fréquent qu'il permet aussi de donner du sens au vécu d'étrangeté voire à l'apparition d'éléments délirants. Généralement, l'évolution de la toxicomanie se fait sur un mode séquentiel et l'importance des symptômes psychopathologiques prend le pas sur la toxicomanie en tant que telle.

Ces descriptions des rapports entre pathologies de la personnalité et abus de drogues sont indicatives. Les autres personnalités pathologiques (hystérique, obsessionnelle, etc...) peuvent aussi être présentes parmi les personnes dépendantes de substances psychoactives (41).

D'après l'enquête OPEMA (6), près de la moitié des sujets de l'étude ne présente pas de comorbidités psychiatriques, un tiers présente des troubles anxieux et dépressifs, 13 % des troubles de la personnalité et assimilés, 5 % des troubles psychotiques et délirants, 2 % des troubles du comportement alimentaire.

L'exclusion sociale aggrave la situation médico-psychosociale des personnes toxicodépendantes en les empêchant de recourir précocement aux soins, en ajoutant aux difficultés objectives d'accès aux soins, l'impression de ne plus être dignes d'y avoir droit (17).

Chez les personnes toxicodépendantes, gravement traumatisées psychologiquement, l'expérience montre qu'une prise en charge somatique permet de créer des liens qui survivront à une éventuelle rechute et pourront ramener le patient dans le réseau de soins (17).

Certains «échecs» de la politique de réduction des risques peuvent être liés à l'organisation psychique de la personne toxicomane (2).

I.4 POLYCONSOMMATIONS

I.4.1 LA CONSOMMATION TABAGIQUE

La prévalence de la consommation de tabac dans la population générale de 15 à 75 ans est de 23,6 % en 2008 (27,7 % chez les hommes et 19,7 % chez les femmes) (42).

D'après l'enquête OPEMA (6), 91 % des sujets sont dépendants du tabac. Une autre étude montre l'augmentation de la prévalence de la dépendance nicotinique en cas de poly-addictions, notamment à l'héroïne, par rapport à la population générale (43).

I.4.2 LA CONSOMMATION D'ALCOOL

D'après l'enquête OPPIDUM (2008) (4), la dépendance alcoolique est retrouvée chez 19 % des sujets.

Selon l'enquête OPEMA (6), 16 % des sujets sont dépendants de l'alcool.

D'après une étude américaine (44), l'usage d'alcool chez les patients ayant un traitement par méthadone présente un risque sanitaire majeur, exacerbe les pathologies psychiatriques et augmente le risque de décès par overdose. Il existe un taux important (76 %) de dépendance alcoolique chez les patients traités par méthadone. Il est plus important chez les hommes (81 % versus 66 % chez les femmes). Il apparaît que le suivi au cours d'un traitement par méthadone permet d'améliorer la prise en charge des co-addictions, notamment à l'alcool et à la cocaïne (45).

I.4.3 L'USAGE DE COCAÏNE

D'après un rapport de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies de novembre 2009 (46), la cocaïne est entrée dans une phase de diffusion large de sa consommation depuis le milieu des années 90. Le niveau d'expérimentation est de 3,3 % à 17 ans en 2008. Parmi les problèmes identifiés par les professionnels, sont rapportés les troubles psychiatriques, les troubles cardiovasculaires (HTA (hypertension artérielle), angor ou infarctus du myocarde) et vasculaires cérébraux (AVC (accidents vasculaires cérébraux), troubles convulsifs) et les pathologies traumatologiques. Dans les cas des patients polytoxicomanes, bénéficiant d'une prescription d'un médicament de substitution, le fait de croire que la déclaration d'une consommation de cocaïne pourrait entraîner des conséquences sur cette prescription est très fréquente.

D'après les recommandations de la HAS (31), la consommation de cocaïne est le plus souvent une pratique d'adultes jeunes, l'expérimentation est maximale entre 15 et 29 ans. Les hommes sont trois fois plus consommateurs que les femmes. La voie de consommation la plus fréquente est la voie intranasale, l'injection est surtout le fait des usagers qui utilisent déjà la voie intraveineuse pour d'autres produits. La consommation de cocaïne est rarement à l'origine d'une demande de prise en charge dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (31). La consommation de cocaïne est associée à une augmentation du risque de complications (31) cardiovasculaires (syndrome coronaire aigu, troubles du rythme cardiaque, dysfonction ventriculaire gauche, dissection aortique et thromboses artérielle et veineuse), neurologiques (AVC ischémique ou hémorragique, abaissement du seuil épileptogène), ORL (lésion naso-sinusienne), infectieuses, dermatologiques, psychiatriques, obstétricales (HTA, AVC, éclampsie, avortements spontanés) et périnatales (RCIU (retard de croissance intra-utérin) homogène, prématurité). Les complications sont aussi infectieuses en lien avec des comportements à risque (VIH, VHB, VHC, IST, infections bactériennes). A noter (31) que des «cas d'allongement du QT et de torsades de pointes ont été décrits dans la littérature après consommation de cocaïne. Ils pourraient être aggravés par la prise concomitante de méthadone, une surveillance de l'ECG est d'autant plus recommandée.» D'après l'enquête OPPIDUM (4), on note 12 % de consommation associée cocaïne-méthadone sous protocole médical.

I.4.4 LA CONSOMMATION DE BENZODIAZEPINES ET APPARENTES

D'après l'enquête OPPIDUM (4), on note 21 % de consommation associée benzodiazépine et méthadone sous protocole médical. Les molécules les plus citées sont le diazépam, l'oxazépam, le bromazépam, la zopiclone, le clonazépam, l'alprazolam, le zolpidem, le clorazépate, le dipotassique, le flunitrazépam et le prazépam.

D'après l'enquête OPEMA (6), la quasi-totalité des patients est consommatrice d'au moins un médicament psychotrope. Un quart consomme des benzodiazépines, un patient sur dix des antidépresseurs, 5 % des neuroleptiques .

D'après l'étude Coquelicot (5, 14), les principaux médicaments consommés sont les benzodiazépines (40 % des sujets), les hypnotiques (20 %) et les amphétamines (7 %).

Une étude concernant les assurés sociaux affiliés à la CPAM de Nancy (47) révèle une prescription de benzodiazépines chez un tiers des patients traités régulièrement par BHD par leur médecin généraliste. Ces patients ayant une coprescription sont plus âgés, plus précarisés, plus nomades et ont des dosages plus élevés de BHD que les patients non traités par benzodiazépines.

La consommation anarchique de médicaments psychotropes induit une perte de contrôle, une perte de sens de la réalité qui peuvent conduire la personne à négliger les mesures habituelles de protection, augmentant le risque de contamination par le VIH, les hépatites et les IST (17).

I.5 CONCLUSION

Un patient toxicomane doit bénéficier, dès que possible au cours de son itinéraire, d'un bilan somatique (1). Le bilan de santé chez le patient toxicodépendant est une étape importante de la prise en charge. «C'est un bilan large au vu de la haute prévalence des morbidités dans cette population. Il permet de mettre à jour les vaccinations et de discuter des pratiques à risque (1, 22).» De plus, «il permet de dépister précocement d'éventuelles atteintes, de transmettre un message préventif adapté et de faire le point sur les conséquences de la consommation de drogues, de nouer des liens pouvant déboucher sur une prise en charge plus globale.» (17)

Le bilan somatique devrait comprendre une anamnèse classique, un examen physique complet, un bilan sanguin (17). L'examen doit tout particulièrement rechercher des atteintes cutanées (abcès, ulcères), des adénopathies, des atteintes cardio-vasculaires (thrombophlébites, endocardites, ...), pulmonaires, dentaires (risques infectieux et responsables de difficultés de réinsertion socio-professionnelle), uro-génitales et neurologiques, et permettre la mesure du poids et de la taille. Le bilan sanguin devrait contenir une VS (vitesse de sédimentation), une NFS (numération formule sanguine), les tests hépatiques, les sérologies pour les hépatites virales et le VIH, le VDRL et les analyses en relation avec les pathologies suspectées à l'anamnèse ou à l'examen clinique. C'est également un temps de communication préventive. La prévention concerne les vaccinations, les soins dentaires, les conditions d'injection.

Mais la prise en charge somatique doit être plus large. Elle doit être liée au produit lui-même, à son mode d'administration et au mode de vie du patient (1). (cf annexe 1)

Concernant les résultats du bilan somatique, il est conseillé de planifier un rendez-vous pour communiquer les résultats au patient et répéter les mesures de prévention. Le bilan de santé devrait être répété tous les six à douze mois (17).

II OBJECTIFS DE L'ETUDE

ET METHODOLOGIE

II.1 OBJECTIFS

L'objectif principal est d'analyser l'ensemble des données des bilans somatiques de pré-inclusion avant méthadone réalisés au centre méthadone du CHU (centre hospitalier universitaire) de Nancy en 2009 et d'en déterminer la pertinence à partir d'une comparaison à une revue de la littérature.

Les objectifs secondaires sont de permettre une meilleure prise en charge somatique et des co-morbidités des patients dépendants aux opiacés, d'évaluer les risques liés à la prescription de méthadone et de pouvoir définir les modalités pratiques permettant une amélioration de cette prise en charge si nécessaire.

II.2 HYPOTHESES

L'hypothèse principale est que la population toxicomane prétendant à un traitement par méthadone est une population à risque et que le traitement par méthadone nécessite une évaluation médicale. A partir d'une analyse de la littérature, on remarque qu'elle est à risque somatique, psychiatrique, présente des difficultés dans le suivi des soins et que la méthadone présente des données pharmacologiques requérant une expertise médicale.

L'hypothèse secondaire est qu'il existe des polyaddictions et des conduites à risques même chez le patient substitué par méthadone et que des éléments de ce bilan nécessite une réévaluation. Un bilan somatique paraît nécessaire mais également un suivi, une réévaluation de ce bilan après substitution par méthadone.

Ce bilan doit être axé sur une évaluation précise concernant l'instauration d'un traitement par méthadone. Mais il ne doit pas méconnaître les difficultés de suivi des soins de cette population à risque et en profiter pour dépister les éléments nécessaires (comorbidités, conduites et autres consommations à risque).

II.3 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

II.3.1 RAPPEL DU CHEMINEMENT DE L'INSTAURATION DU SUPPORT DE L'ETUDE

La synthèse de la méthadone a débuté en Allemagne à la fin des années 30. Son intérêt dans le traitement de substitution aux opiacés a été mis en évidence aux USA au début des années 60. Le premier programme de traitement par méthadone a été mis en place en 1963 en Colombie Britannique.

En France (48), la méthadone est sortie de son statut expérimental au milieu des années 90 sous l'effet de l'épidémie de sida, devant l'enjeu de santé publique. Le changement de politique sanitaire envers les toxicomanies a été marqué par la mise à disposition de la médecine de ville d'un médicament à base de BHD, le Subutex®. L'accès à la méthadone a été réservé aux CSST. La substitution est devenue un outil de santé publique au moment de l'épidémie de sida. Le sida révèle que les toxicomanes français sont nombreux à rester en marge des institutions de soins. «Permettre à cette population d'accéder aux soins et de réduire les risques liés à leur consommation de drogues devient un impératif de santé publique. En 1990, le Ministère de la Santé lance un appel d'offre pour ouvrir d'autres possibilités de traitement par méthadone. En 1991, une mission initiée dans les Hauts-de-Seine aboutira à l'ouverture de deux nouveaux « programmes », fin 1993 début 1994-95. A la même époque, d'autres centres obtiennent un agrément et s'ouvrent à Paris, (...), Nancy. L'année pivot de cette évolution est 1995, année de la mise sur le marché de la méthadone, suivie de celle de la BHD au début 1996.»

Dans la perspective «palliative» de s'occuper des conséquences sociales et sanitaires liées à la pratique toxicomaniaque, la méthadone est considérée en 1995 comme un outil de premier ordre (49). Ce traitement faciliterait la stabilisation des toxicomanes en favorisant l'arrêt de l'injection intra-veineuse d'héroïne. La méthadone permettrait non seulement de limiter la diffusion des virus du sida et de l'hépatite C mais aussi d'amorcer une réinsertion sociale et sanitaire.

Le centre Méthadone de Nancy a ouvert ses portes dans l'enceinte du CHU en 1995.

Jusqu'en 2006, aucun bilan somatique n'est organisé de manière systématique au centre méthadone de Nancy. Les patients étaient orientés vers leur médecin traitant, un cardiologue ou le centre de médecine préventive afin d'effectuer ce bilan. Ce dernier était recommandé pour prétendre à une prescription de méthadone.

A la fin de l'année 2006, le laboratoire Bouchara-Recordati modifie le RCP de la méthadone suite à la survenue de cas de torsades de pointe et d'allongement de l'intervalle QT. «Les récentes modifications apportées au résumé des caractéristiques des spécialités méthadone font suite à la survenue de cas de torsades de pointe et d'allongement de l'intervalle QT, le plus souvent chez des patients recevant une posologie élevée de méthadone (supérieure à 120 mg/j) ou présentant des facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT. La méthadone doit désormais être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et électrocardiographique, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT, c'est-à-dire en cas d'antécédent personnel connu d'allongement du QT (congénital ou acquis), d'antécédents familiaux de mort subite, de posologie élevée, supérieure à 120 mg/j, de pathologie cardiaque évoluée, d'associations avec des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT, ou connus pour provoquer une hypokaliémie, ou pour entraîner une bradycardie, ou pour inhiber significativement le métabolisme de la méthadone.»

Le bilan de santé chez le patient toxicodépendant est une étape importante de la prise en charge. Ce bilan doit être large au vu de la haute prévalence des morbidités dans cette population (22). Devant ces modifications et les risques de comorbidités connus dans la population dépendante aux opiacés, sous l'impulsion du chef de service Monsieur le Professeur JP Kahn, un bilan somatique est organisé au sein même de la structure à partir de janvier 2009, concernant tous les patients prétendants à une prescription de méthadone.

A la fin de la première année, nous nous sommes posés la question de l'intérêt de l'analyse de l'ensemble des données recueillies lors de cet examen clinique systématique, d'en déterminer la pertinence, de permettre une meilleure prise en charge somatique et des comorbidités de ces patients et d'en définir les modalités pratiques.

II.3.2 TYPE D'ETUDE

Notre étude est une analyse rétrospective de tous les bilans somatiques des sujets ayant bénéficié de cette consultation de pré-inclusion au centre méthadone de Nancy en 2009.

C'est une étude rétrospective par analyse statistique des données des dossiers.

L'étude rétrospective correspond à l'analyse des variables a posteriori dans une population définie. Les variables sont les éléments du bilan somatique réalisé au centre méthadone de Nancy pour l'année 2009.

Le choix de ce type d'étude s'est fait pour permettre une évaluation statistique de ces bilans somatiques, d'en déterminer la pertinence pour envisager des modifications si nécessaire à l'avenir.

L'analyse statistique des données est descriptive. Elle est représentée graphiquement.

II.3.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE, CRITERES DE SELECTION

La population concernée est l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une consultation médicale de pré-inclusion avant méthadone par l'interne de médecine générale du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009.

L'effectif est de 139 patients.

II.3.4 MODE DE COLLECTE

Ce bilan somatique est réalisé par l'interne de médecine générale en stage à l'UFATT sous la séniorisation d'un médecin généraliste attaché à la structure.

Les bilans biologiques sont réalisés dans le laboratoire d'analyses au choix du patient.

Le bilan cardiologique est préférentiellement réalisé au service de cardiologie du CHU de Nancy, en accord avec ce service, mais peut être réalisé chez le cardiologue au choix du patient.

II.3.5 DONNEES RECUEILLIES

Ce bilan somatique comprend : (cf annexe 2)

Un interrogatoire comprenant :

- L'identification du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance) et les coordonnées pour le joindre en cas d'anomalies.
- Les antécédents allergiques, chirurgicaux, médicaux et familiaux.
- La consommation de tabac et d'alcool.
- L'identification des drogues actuellement consommées et leurs modalités de consommation.
- Le statut vaccinal (BCG-DT POLIO).
- La prise d'une contraception et les différents traitements en cours.

Un bilan clinique regroupant :

- Les mesures du poids et de la taille.
- Un examen ORL et dentaire.
- Un examen pneumologique.
- Un examen cardio-vasculaire comprenant la mesure de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, l'auscultation cardiaque et l'examen des axes vasculaires.
- Un examen digestif et gynécologique succincts.
- Un examen rhumatologique.
- Un examen dermatologique et la recherche d'abcès.
- Un examen neurologique succinct.

Une consultation cardiologique est demandée pour la réalisation d'un ECG (mesure de l'espace QT et QT corrigé entres autres) et à la recherche de cardiopathie sous-jacente (congénitale ou acquise, valvulopathie infectieuse).

Un bilan biologique est prescrit à la recherche de co-morbidités, de contre-indications ou précautions d'emploi lors de la prescription de méthadone. Il comprend un versant infectieux : NFS, VS, PCR (protéine C-réactive), sérologies : VIH, VHC (avec ARN viral, si positive), VHB (Ag et Ac anti Hbs), Lyme et VDRL-TPHA. On explore aussi un versant métabolique comprenant un bilan hépatique (transaminases, gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubines totale, libre et conjuguée), un bilan rénal (créatinine et clairance de la créatinine) et glycémie à jeun.

II.3.6 MODALITE DE TRAITEMENT DES DONNEES

Les données sont traitées manuellement par exploitation des données du questionnaire (cf annexe 1) et des examens réalisés.

II.3.7 DIFFICULTES

Les difficultés rencontrées sont de plusieurs types.

Les difficultés sont tout d'abord humaines, nécessitant la création d'un créneau horaire, dans une salle d'examen avec un médecin disponible. La solution trouvée fut d'intégrer ce bilan somatique aux activités de l'interne en médecine générale en stage à l'UFATT (unité fonctionnelle d'accueil et de traitement des toxicomanes). Il réalise ces bilans, au centre méthadone, sous la séniorisation d'un praticien attaché, consultant au même endroit.

Les difficultés sont ensuite géographiques, les patients étant suivis à l'UFATT lors de la demande d'un traitement par méthadone, puis au centre méthadone après l'inclusion thérapeutique. Les dossiers médicaux sont scindés en deux parties, répartis dans les deux endroits.

Tous les bilans recommandés avant la prescription de méthadone ne furent pas réalisés avant la délivrance de méthadone. Le fait qu'ils ne furent pas réalisés avant la prescription d'un traitement de substitution par méthadone est une constatation de faits.

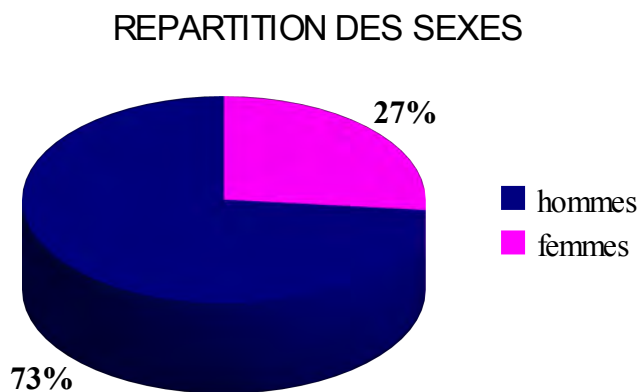
II.3.8 EVALUATION

L'évaluation se porte sur les réponses aux items du bilan somatique et les résultats des examens prescrits.

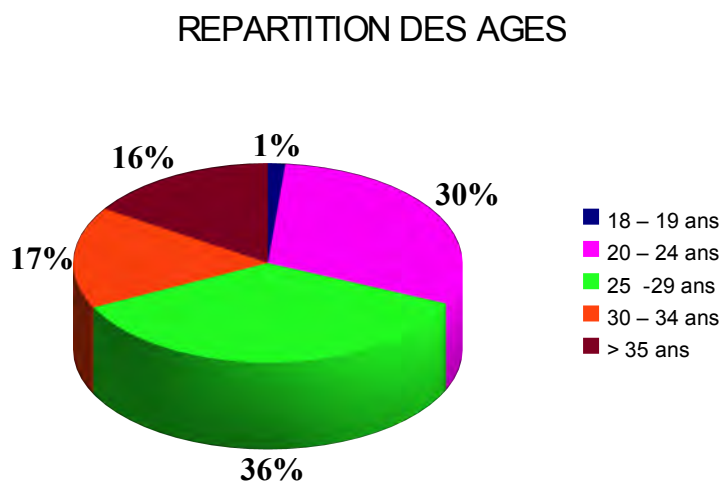
III PRESENTATION DES **RESULTATS DE L'ETUDE**

III.1 INTERROGATOIRE

III.1.1 REPARTITION DES SEXES



III.1.2 AGE



L'âge minimum est 19 ans et le plus élevé 52 ans.

L'âge moyen est de 28,3 ans.

L'âge médian est de 27 ans.

Concernant les hommes, l'âge moyen est de 28,9 ans et l'âge médian de 28 ans.

Concernant les femmes, l'âge moyen est de 27,2 ans et l'âge médian de 26 ans.

III.1.3 COORDONNEES

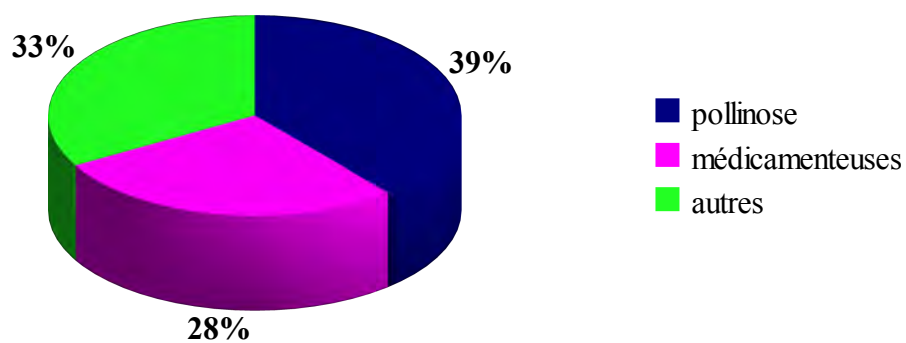
91 % des patients communiquent un numéro de téléphone.

III.1.4 ANTECEDENTS

III.1.4.1 ALLERGIQUES

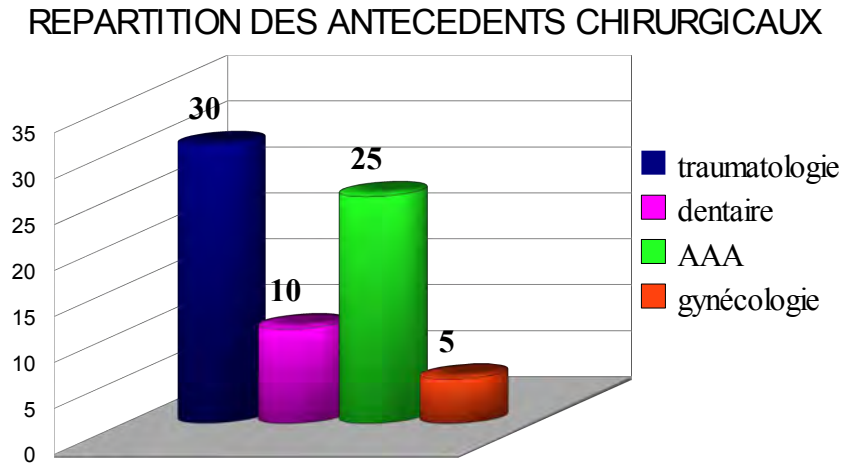
26 % présentent des allergies connues, réparties ainsi :

ALLERGIES



III.1.4.2 ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

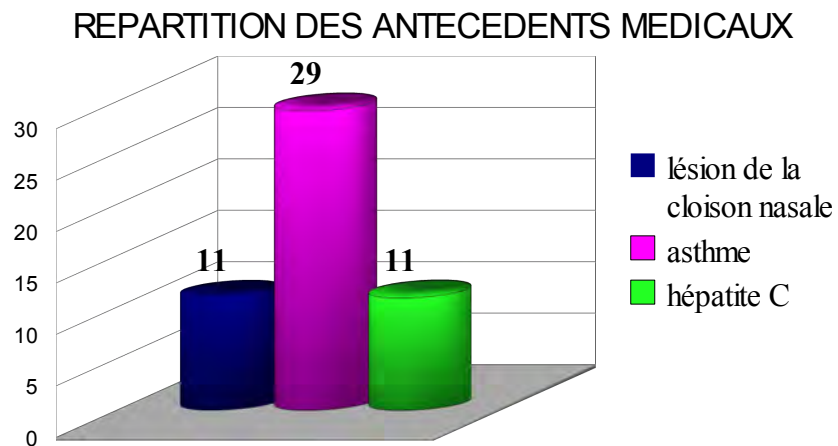
75,5 % présentent des antécédents chirurgicaux, qui se répartissent selon les pourcentages suivants :



AAA : appendicectomie, amygdalectomie et adénectomie

III.1.4.3 ANTECEDENTS MEDICAUX

40 % présentent des antécédents médicaux, qui se répartissent selon les pourcentages suivants :

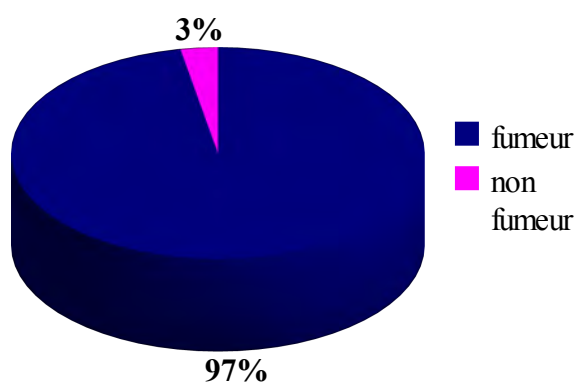


III.1.4.4 ANTECEDENTS FAMILIAUX

36 % signalent des antécédents familiaux. Aucun cas de mort subite familiale n'est déclaré.

III.1.5 TABAC

CONSOMMATION DE TABAC



La consommation moyenne est de 19 cigarettes par jour.

La consommation médiane est de 20 cigarettes par jour.

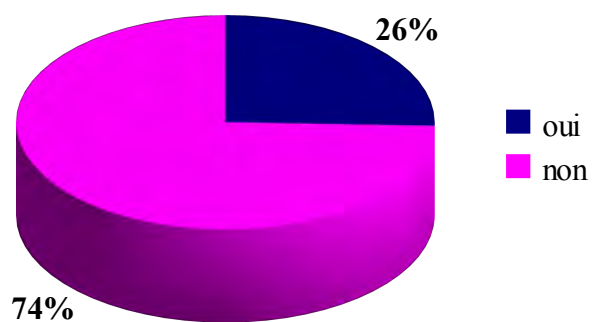
Concernant le nombre de paquets-années, 62 sont renseignés, sur 134 fumeurs.

La consommation moyenne est de 12,5 paquets-années (PA).

La consommation médiane est de 10 PA.

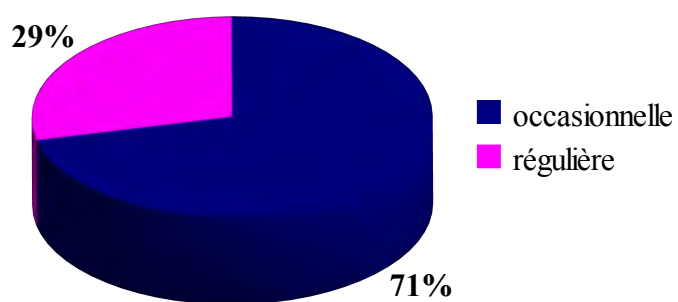
III.1.6 ALCOOL

CONSOMMATION D'ALCOOL



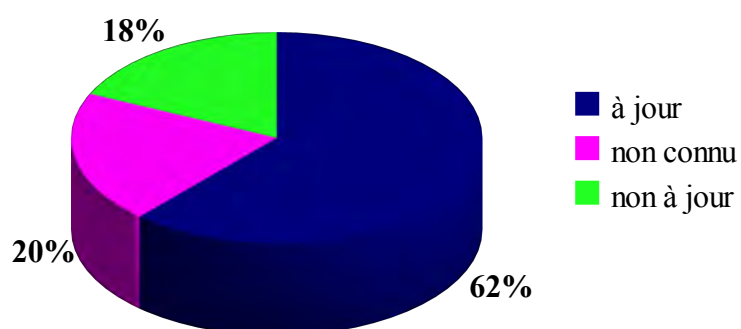
La fréquence de consommation parmi les sujets déclarant une consommation d'alcool est la suivante :

FREQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL



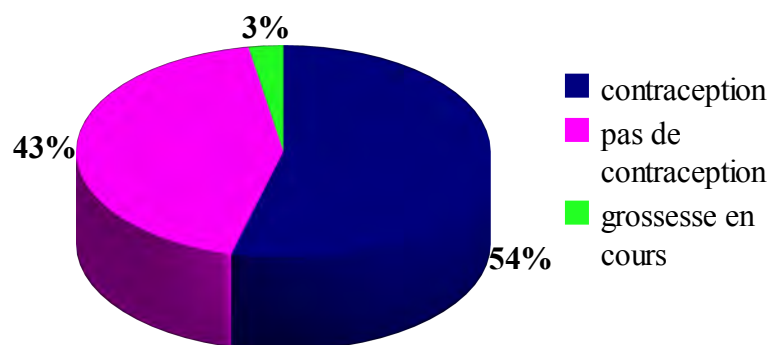
III.1.7 VACCINATIONS

STATUT VACCINAL (DTP)



III.1.8 CONTRACEPTION

CONTRACEPTION



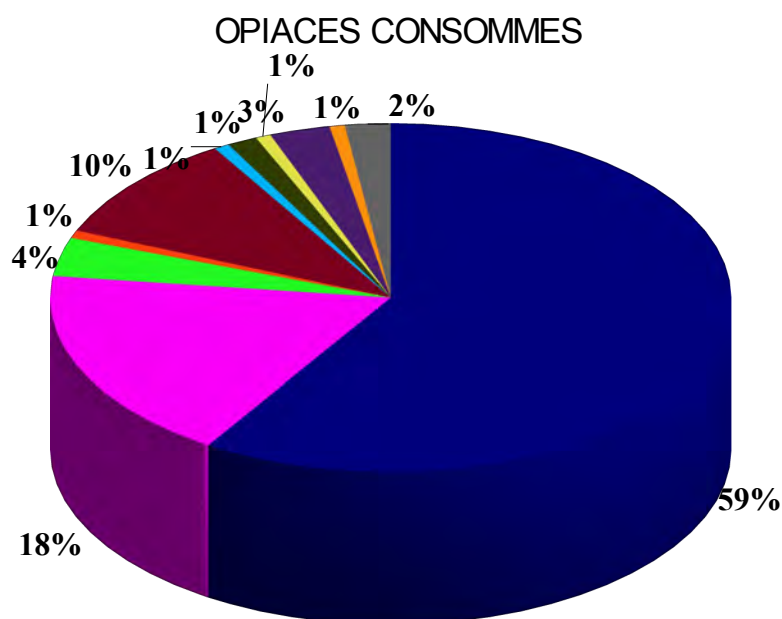
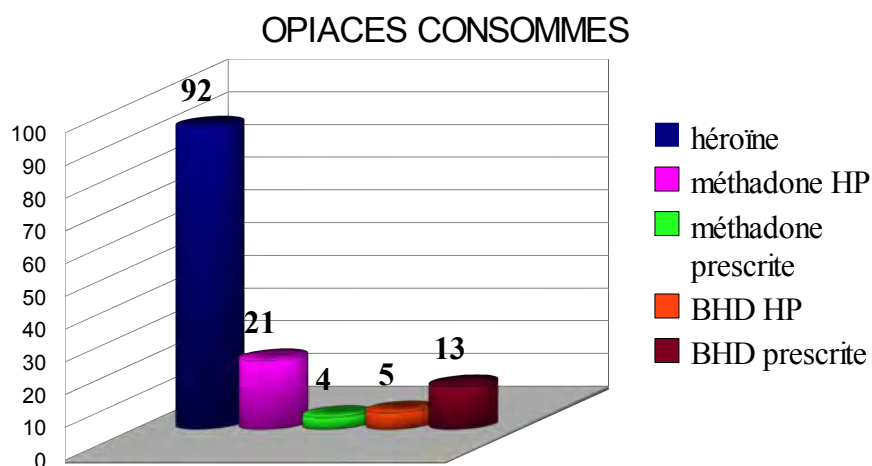
4 femmes déclarent un antécédent d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

III.1.9 PRODUITS ET MODES DE CONSOMMATION (DONNEES DECLARATIVES)

III.1.9.1 LES OPIACES ET ASSIMILES

La consommation renseignée d'opiacés et assimilés se répartit selon les pourcentages suivants :

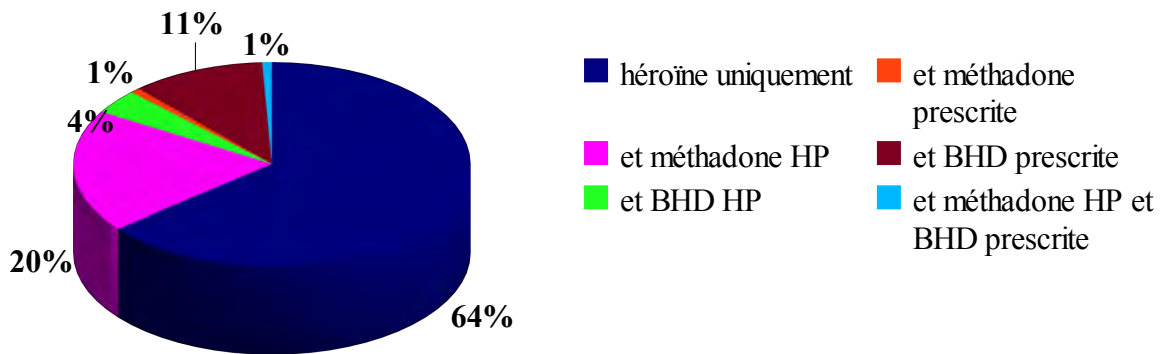
HP : hors prescription



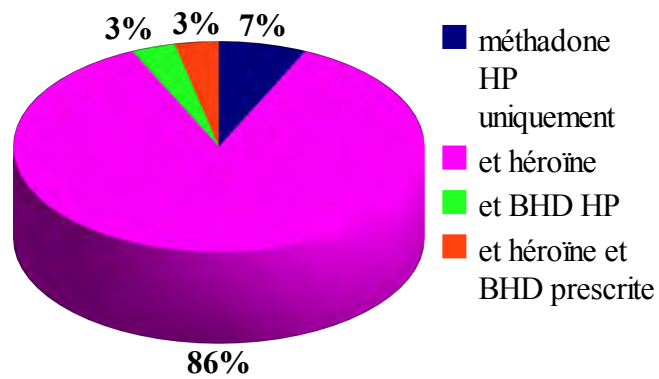
- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| ■ héroïne uniquement | ■ héroïne et méthadone HP | ■ héroïne et BHD HP | ■ héroïne et méthadone prescrite |
| ■ héroïne et BHD prescrite | ■ héroïne et méthadone HP et BHD prescrite | ■ méthadone HP uniquement | ■ méthadone et BHD HP |
| ■ uniquement méthadone prescrite | ■ uniquement BHD HP | ■ uniquement BHP prescrite | |

Les consommations par opiacés sont les suivantes :

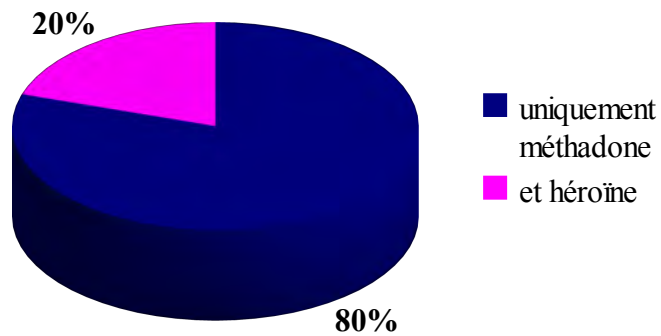
CONSOMMATION D'HEROINE



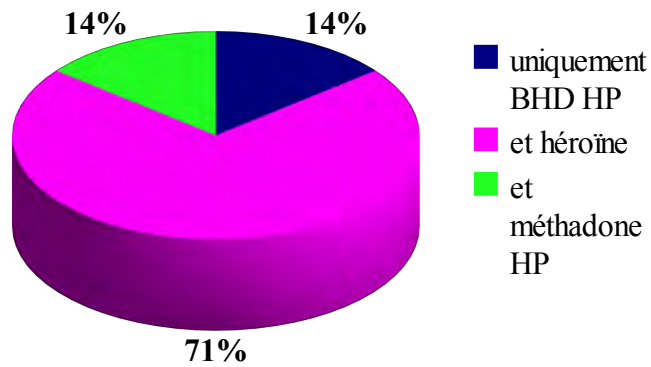
CONSOMMATION DE METHADONE HP



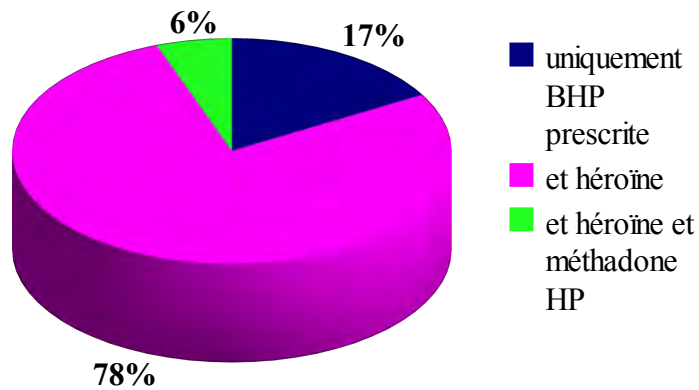
CONSOMMATION DE METHADONE PRESCRITE



CONSOMMATION DE BHD HP



CONSOMMATION DE BHD PRESCRITE



III.1.9.2 LES PRODUITS NON OPIACES

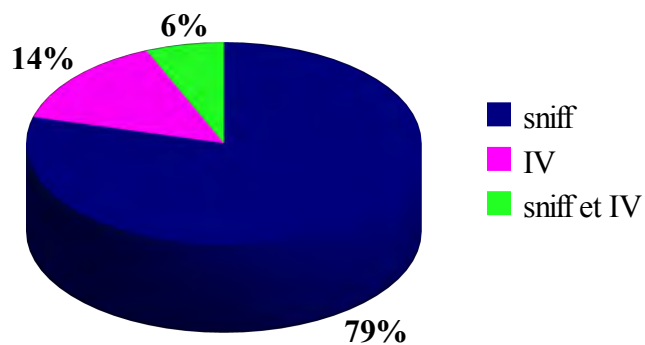
19,5 % des patients interrogés déclarent une consommation de cocaïne.

27 % des patients déclarent une consommation de cannabis.

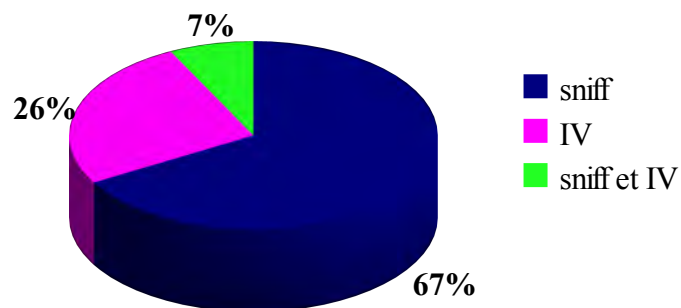
2 % de la population interrogée déclarent une consommation de type LSD, ecstasy.

III.1.9.3 LES MODES DE CONSOMMATION

MODE DE CONSOMMATION D'HEROINE



MODE DE CONSOMMATION DE COCAINE

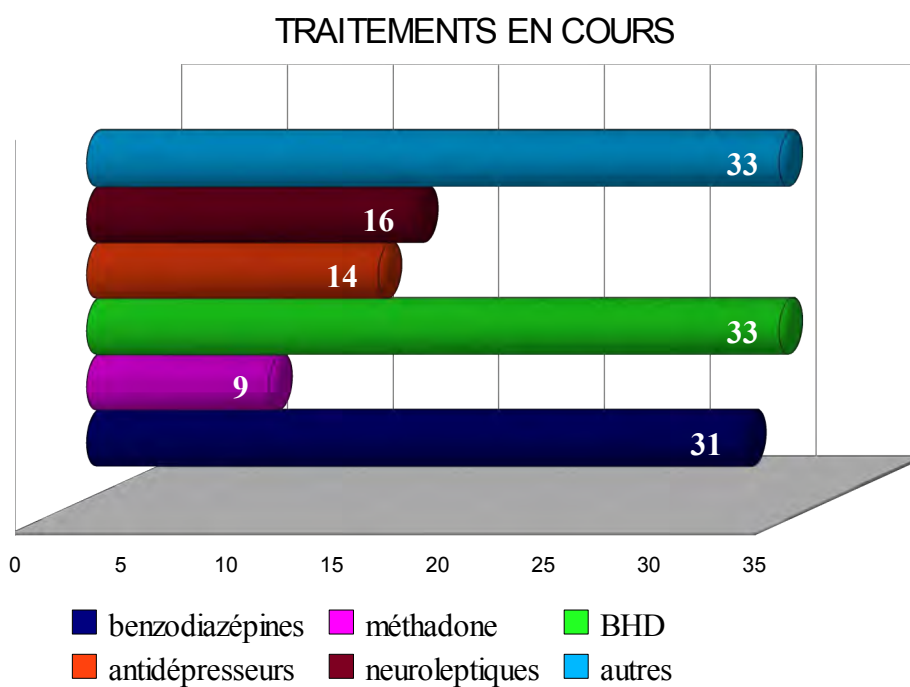


100 % des patients consommant de la BHD HP utilisent la voie intra-veineuse.

Quelque soit le produit consommé, on retrouve au moins 43 % des sujets de l'étude ayant expérimenté la pratique de l'injection intraveineuse.

III.1.10 TRAITEMENT EN COURS

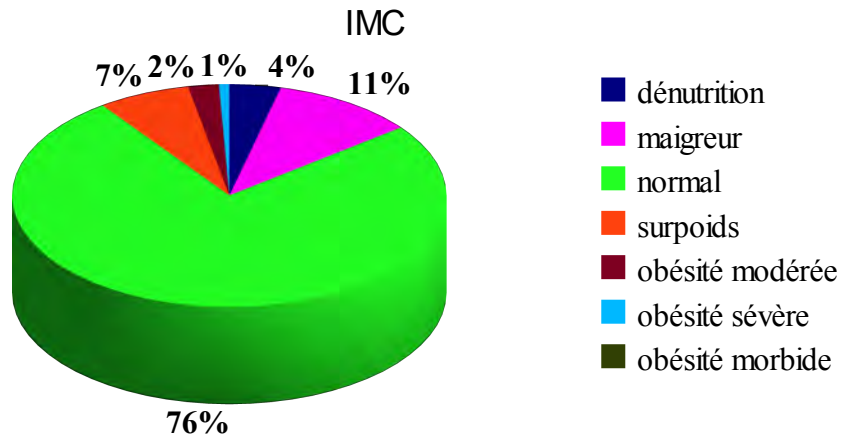
42 % des patients interrogés prennent un traitement médicamenteux, qui se répartissent selon les pourcentages suivants :



La catégorie «autres» regroupe les traitements d'orientation somatique. On y observe des antihistaminiques, des anti-hypertenseurs, des broncho-dilatateurs.

III.2 EXAMEN CLINIQUE

III.2.1 IMC (indice de masse corporelle)



III.2.2 ORL-STOMATOLOGIQUE

Cet examen est considéré comme «bon-correct» dans 46 % des cas, 54 % des examens sont anormaux. Parmi les examens anormaux, on retrouve 93 % des patients ayant des caries et 16 % une lésion de la cloison nasale, l'un n'excluant pas l'autre.

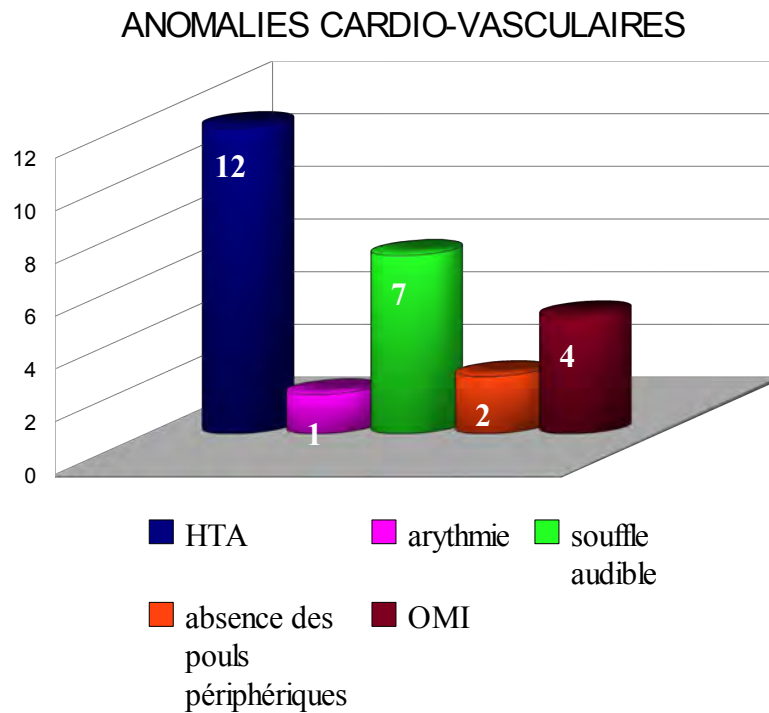
III.2.3 PNEUMOLOGIQUE

Cet examen est normal dans 82 % des cas, 18 % des examens sont anormaux.

Les anomalies de l'examen sont déclaratives (5 patients présentant une dyspnée de stade I) et auscultatoires de type ronchii ou diminution du murmure vésiculaire.

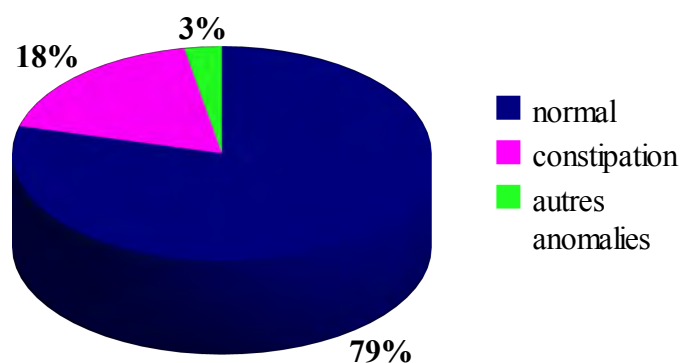
III.2.4 CARDIO VASCULAIRE

L'examen cardio-vasculaire est normal dans 83 % des cas. Les anomalies se répartissent selon les pourcentages suivants :



III.2.5 DIGESTIF-GYNECOLOGIQUE

EXAMEN DIGESTIF-GYNECOLOGIQUE

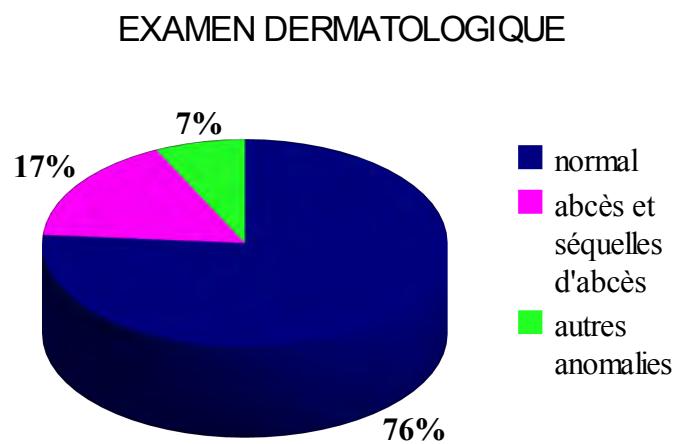


La catégorie «autres anomalies» regroupe une grossesse, un reflux gastro-oesophagien et des varices abdominales.

III.2.6 RHUMATOLOGIQUE

L'examen rhumatologique succinct est normal dans 98 % des cas. Les anomalies notées sont une sacroiliite, des coxalgies non étiquetées et une algodystrophie d'épaule.

III.2.7 DERMATOLOGIQUE



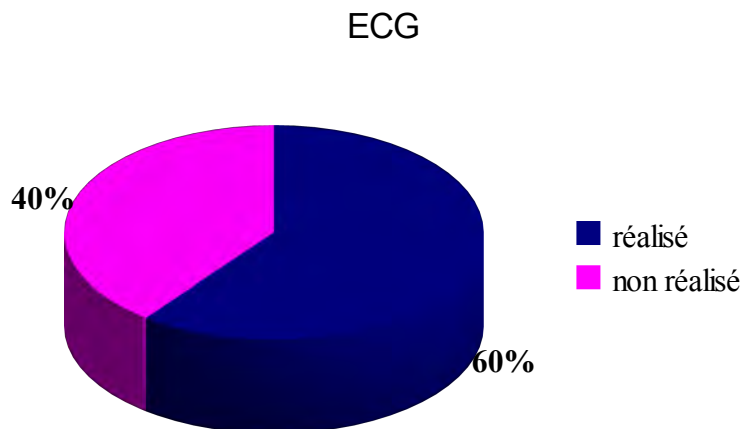
La catégorie «autres anomalies» contient principalement des lésions de grattage. On observe également des anomalies du type psoriasiques ou eczématiformes.

III.2.8 NEUROLOGIQUE

L'examen neurologique succinct est normal dans 98 % des cas. Les anomalies observées sont des céphalées et un trouble sensitivo-moteur.

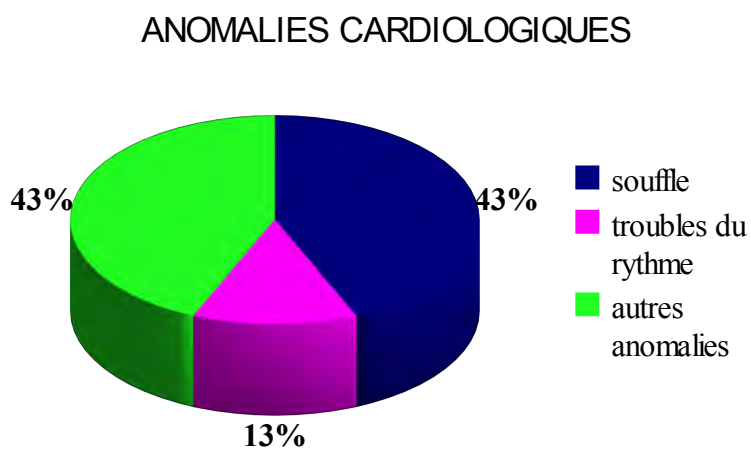
III.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

III.3.1 ECG ET AVIS CARDIOLOGIQUE



100 % des intervalles QTc mesurés sont normaux. 73 % des consultations cardiologiques sont normales.

Les anomalies retrouvées sont représentées ainsi :



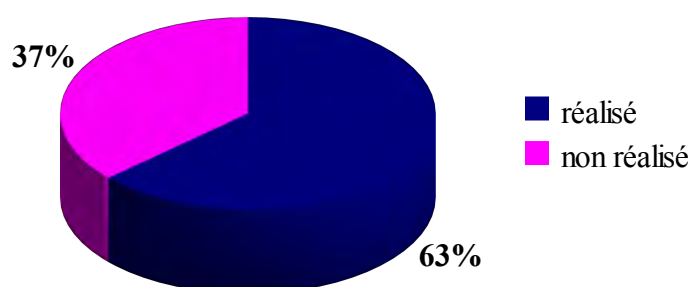
Dans la catégorie «autres anomalies» de la consultation cardiologique, on observe deux patients ayant un QT limite, un patient présentant une HTAP (hypertension artérielle pulmonaire), trois patients présentant une dyspnée, deux patients présentant des troubles de la repolarisation précoce, un patient ayant des douleurs atypiques dans un contexte d'hérédité cardio-vasculaire familiale et un patient ayant présenté une bradycardie sévère sous méthadone.

Il n'y a aucune contre indication cardiologique à l'instauration d'un traitement par méthadone.

Il existe une contre indication à l'instauration ambulatoire de méthadone pour un seul patient (bradycardie). L'indication d'instauration hospitalière sous monitoring cardiaque est préconisée.

III.3.2 BIOLOGIE

EXAMEN BIOLOGIQUE



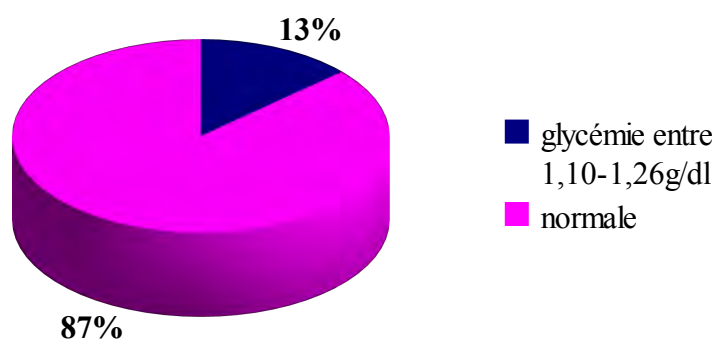
III.3.2.1 NFS

Cet examen est normal dans 62 % des cas, 38 % présentent un syndrome inflammatoire.

Parmi les anomalies de type syndrome inflammatoire, on note 20 % de patients présentant une anémie modérée.

III.3.2.2 GLYCEMIE

GLYCEMIE A JEUN



III.3.2.3 SEROLOGIES

III.3.2.3.1 VIH

100 % des patients ayant réalisé leur examen biologique ont une sérologie négative, soit 63 % des patients de l'étude.

III.3.2.3.2 VHC

94 % des patients qui ont réalisé leur bilan biologique ont une sérologie VHC négative, ce qui représente 59 % des patients de l'étude.

Parmi les résultats biologiques étudiés, il y a 6 % de sérologie VHC positive. Ces sérologies positives étaient inconnues du patient dans 60 % des cas.

Soit n=87 patients qui ont réalisé leur sérologie VHC, cinq sont positifs dont trois qui ne le savaient pas.

III.3.2.3.3 VHB

100 % des patients qui ont réalisé leur bilan biologique ont une sérologie VHB négative, ce qui représente 63 % des patients de l'étude. Il n'y a aucune découverte de sérologie VHB positive. 72 % des patients ayant réalisé cet examen ont une immunité contre le virus de l'hépatite B.

III.3.2.3.4 SYPHILIS

100 % des patients qui ont réalisé leur bilan biologique ont une sérologie négative, ce qui représente 58 % des patients de l'étude.

Il n'y a aucune découverte de sérologie syphilitique positive.

III.3.2.3.5 MALADIE DE LYME

95 % des patients ont une sérologie négative, soit 51 % des patients de l'étude. 5 % des patients ont une sérologie positive sans antécédent de maladie de Lyme traitée.

III.3.2.4 BILAN HEPATO-RENAL

III.3.2.4.1 HEPATIQUE

88 % des patients présentent un bilan hépatique normal.

12 % présentent une cytolysse. Les gamma GT sont inférieurs à dix fois la normale dans 90 % des cas, un patient présentant des gamma GT supérieurs à quinze fois la normale.

III.3.2.4.2 RENAL

99 % des patients présentent un bilan rénal normal, un patient ayant une insuffisance rénale modérée.

Le potassium a été dosé pour deux patients, il est normal.

III.4 RELAIS MEDECIN TRAITANT

Un relais vers le médecin traitant est nécessaire pour 75,5 % des patients pour :

- vérification du statut vaccinal et mise à jour,
- suivi gynécologique (FCV (frottis cervico-vaginal), contraception),
- prise en charge nutritionnelle (insuffisance et excès),
- bilan et suivi des anomalies de l'examen clinico-biologique,
- suivi des pathologies chroniques.

IV ANALYSE DE NOS RESULTATS

IV.1 INTERROGATOIRE

IV.1.1 SEXE

Le sex-ratio est de 3 : 1, la majorité des patients est masculine.

IV.1.2 AGE

L'âge des patients s'échelonne de 19 à 52 ans.

On note qu'un tiers des patients a entre 20 et 24 ans, un tiers entre 25 et 29 ans, un tiers plus de 30 ans.

Seulement 1% a moins de 20 ans.

L'âge moyen est de 28,3 ans et l'âge médian de 27 ans.

Concernant les hommes, l'âge moyen est de 28,9 ans et l'âge médian de 28 ans.

Concernant les femmes, l'âge moyen est de 27,2 ans et l'âge médian de 26 ans.

La majorité des patients, soit 83 %, a entre 20 et 34 ans, l'âge médian étant de 27 ans.

Les femmes sont plus jeunes que les hommes de 2 ans.

IV.1.3 COORDONEES

La majorité des patients, soit 91 %, est joignable en cas d'anomalie du bilan.

IV.1.4 ANTECEDENTS

Un quart des patients présente une allergie connue, principalement une pollinose. Aucune contre indication à la prescription de méthadone n'est retrouvée parmi les antécédents allergiques.

Trois quarts des patients de l'étude déclarent des antécédents chirurgicaux. Parmi ces patients, un tiers présente un antécédent traumatologique, un quart un antécédent de pathologie commune généralement de l'enfance (amygdalectomie, appendicectomie, adénectomie) et 10 % un antécédent de chirurgie dentaire.

Parmi l'ensemble de la population étudiée, un quart des patients présente un antécédent traumatologique, 20 % une pathologie de l'enfance et 8 % un antécédent chirurgical dentaire.

40 % des patients de l'étude déclarent un antécédent médical. Parmi ces patients, 30 % déclarent un asthme connu, 11 % une hépatite C connue, 11 % une lésion de la cloison nasale, 3,5 % une pathologie psychiatrique.

Parmi l'ensemble de la population étudiée, 12 % déclarent un asthme, 4 % une hépatite C, 4% une lésion de la cloison nasale et 1,5 % une pathologie psychiatrique. Aucun cas de VIH n'est retrouvé. Un cas de bradycardie observée sous méthadone a nécessité une précaution d'emploi.

Un tiers des patients déclare un antécédent familial notable. Aucun cas de mort subite familial n'a été signalé.

IV.1.5 TABAC

97 % de patients sont fumeurs. La consommation moyenne et médiane se regroupent autour de 20 cigarettes par jour. Près de la moitié des patients a renseigné une consommation en paquets-années (PA). La moyenne est de 12,5 PA, la médiane de 10 PA.

IV.1.6 ALCOOL

Un quart des patients interrogés déclare une consommation d'alcool, dont trois quart une consommation «occasionnelle» et un quart une consommation «régulière».

Parmi la population étudiée, la majorité des patients ne déclare pas de consommation d'alcool, 18 % une consommation «occasionnelle» et 8 % «régulière».

IV.1.7 VACCINATIONS

62 % des patients interrogés disent avoir leur statut vaccinal à jour concernant le dTP.
18 % des patients déclarent un statut vaccinal connu et non à jour.
Un cinquième des patients ne connaît pas son statut vaccinal.

On peut en déduire que 38 % des patients interrogés ont un statut vaccinal envers le dTP inconnu ou non à jour.

IV.1.8 CONTRACEPTION

L'interrogatoire révèle que 3 % des patientes sont enceintes au moment du bilan somatique.

54 % des patientes prennent une contraception de manière régulière, 43 % n'ont pas de contraception.

On retrouve 10 % de femmes ayant un antécédent d'IVG chirurgical.

IV.1.9 PRODUITS ET MODES DE CONSOMMATION

La quasi totalité des patients interrogés déclare consommer de l'héroïne, dont 40 % en concomitance avec de la méthadone et-ou de la BHD, prescrites ou non.

Un quart des patients déclare consommer de la méthadone, dont la majorité hors prescription.

Un cinquième des patients déclare consommer de la BHD, dont la majorité est prescrite.

Un cinquième des patients déclare consommer de la cocaïne.

Un quart des patients déclare consommer du cannabis de manière régulière.

La part de la population étudiée déclarant consommer du LSD ou de l'ecstasy est minime.

La majorité des patients déclarant consommer de l'héroïne utilise la voie nasale, 20 % en intra-veineuse actuelle, 14 % en voie intra-veineuse exclusive.

La majorité des patients déclarant consommer de la cocaïne utilise la voie nasale, un tiers en intra-veineuse actuelle, un quart en voie intra-veineuse exclusive.

Parmi l'ensemble de la population étudiée, on retrouve au moins 43 % de patients déclarant avoir déjà expérimenté l'injection intra-veineuse, tous les patients ne l'ont pas renseigné.

IV.1.10 TRAITEMENTS EN COURS

42 % des patients interrogés déclarent prendre un traitement médicamenteux.

Parmi la population étudiée, 14 % prennent un traitement à visée somatique (asthme, pollinose, HTA, ...), un quart prend un traitement psychotrope (13 % de benzodiazépines, 7% de neuroleptiques et 6 % d'anti-dépresseurs), un cinquième prend un traitement de substitution aux opiacés (14 % de BHD, 4 % de méthadone).

IV.2 EXAMEN CLINIQUE

IV.2.1 IMC

Trois quarts des patients ont un IMC normal, compris entre 18,5 et 25 kg/m².

Parmi les patients présentant une insuffisance de masse corporelle, 11 % de patients sont maigres et 4 % dénutris.

Parmi les patients présentant un excès de masse corporelle, 7 % présentent un surpoids et 3 % une obésité, majoritairement modérée.

IV.2.2 ORL-STOMATOLOGIQUE

La moitié des patients examinés présente un état bucco-dentaire et un examen ORL considérés comme «bon-correct».

La moitié des patients de la population étudiée a des caries (déclaratif ou clinique).

Un patient sur dix présente une lésion de la cloison nasale.

IV.2.3 PNEUMOLOGIQUE

La majorité des examens pneumologiques est normale.

Un patient sur cinq présente une anomalie de type dyspnée ou modification des bruits à l'auscultation (ronchi, râles bulleux).

IV.2.4 CARDIO-VASCULAIRE

La majorité des examens cardio-vasculaires est normale.

12 % des patients présentent une HTA.

On observe que 7 % des patients ont un souffle cardiaque à l'auscultation.

On constate que 4 % des patients présentent un œdème des membres inférieurs.

Les pouls périphériques ne sont pas retrouvés dans 2 % des cas.

On remarque 1 % de troubles du rythme à l'auscultation cardiaque.

On en conclue que 17 % des patients examinés présentent une anomalie de l'examen cardio-vasculaire.

IV.2.5 DIGESTIF ET GYNECOLOGIQUE

On observe que 79 % des patients ont un examen d'orientation digestive et gynécologique normal.

On distingue qu'un patient sur cinq mentionne des symptômes de constipation.

IV.2.6 RHUMATOLOGIQUE

La majorité des examens rhumatologiques est normale.

IV.2.7 DERMATOLOGIQUE

On distingue trois quarts d'examens dermatologiques normaux.

On note que 17 % des patients présentent une pathologie de type abcès ou séquelles d'abcès.

IV.2.8 NEUROLOGIQUE

La majorité des examens neurologiques est normale, les anomalies exprimées sont de type céphalées.

IV.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IV.3.1 AVIS CARDIOLOGIQUE

On constate que seulement 60 % des ECG et des consultations cardiologiques ont été réalisés.

IV.3.1.1 CONSULTATION CARDIOLOGIQUE

On remarque que trois quarts des consultations cardiologiques sont normales, soit pour 44 % de la population étudiée.

Les anomalies retrouvées sont variées. On retrouve majoritairement un souffle cardiaque ou un trouble du rythme. On observe également des anomalies de type QT limite, HTAP, dyspnée, troubles de la repolarisation précoce, douleurs atypiques dans un contexte d'hérédité cardio-vasculaire familiale et une bradycardie sévère sous méthadone.

On ne note pas de contre-indication absolue à l'instauration d'un traitement par méthadone.

Il existe une précaution d'emploi ayant nécessité l'instauration hospitalière du traitement par méthadone pour un patient de l'étude.

IV.3.1.2 ECG

La totalité des espaces QTc est normale, soit pour 60 % de la population étudiée.

IV.3.2 BIOLOGIE

On observe que seulement 63 % des examens biologiques demandés ont été réalisés.

IV.3.2.1 NFS

On constate que 38 % des patients ayant réalisé leur examen biologique présentent un syndrome inflammatoire modéré, dont la moitié une anémie modérée.

IV.3.2.2 GLYCEMIE

13 % des patients présentent une hyperglycémie à jeun modérée, soit inférieure à 1,26 g/l.

IV.3.2.3 SEROLOGIES

IV.3.2.3.1 VIH

La totalité des patients ayant réalisé leur examen biologique a une sérologie VIH négative, soit 63 % des patients de l'étude. La sérologie VIH est inconnue pour 37 % des patients de l'étude. Il n'y a aucune découverte de sérologie VIH positive.

IV.3.2.3.2 VHC

La quasi-totalité des patients ayant réalisé leur examen biologique a une sérologie VHC négative, soit 59 % des patients de l'étude.

3,5 % des patients de l'étude ont une sérologie VHC positive, 2 % des patients de l'étude l'ignoraient.

La sérologie VHC est inconnue pour 37 % des patients de l'étude.

IV.3.2.3.3 VHB

On note que la totalité des patients ayant réalisé leur examen biologique (soit 63 % des patients de l'étude) a une sérologie VHB (AgHbS) négative.

On repère que 45 % des patients de l'étude ont une immunité acquise contre le VHB. On en conclue que 55 % des patients de l'étude ont une immunité incertaine (négative ou non connue) vis-à-vis du VHB.

IV.3.2.3.4 SYPHILIS

On ne constate aucune syphilis biologique chez les patients ayant réalisé leur examen biologique, soit 58 % des patients de l'étude.

IV.3.2.3.5 MALADIE DE LYME

On relève que 95 % des patients ayant réalisé leur examen biologique présentent une sérologie de Lyme négative.

On repère que 5 % de patients ayant réalisé leur examen biologique (soit 2 % des patients de l'étude) ont une sérologie de Lyme positive et ayant nécessité un traitement antibiotique via leur médecin traitant.

IV.3.2.4 BILAN HEPATO-RENAL

IV.3.2.4.1 HEPATIQUE

88 % des patients ayant réalisé leur examen biologique ont un bilan hépatique normal.

On distingue, parmi les patients ayant réalisé leur examen biologique, que 12 % des patients présentent une cytolysse hépatique, les gamma GT étant inférieurs à dix fois la normale dans la majorité des cas.

Parmi la population étudiée, 8 % ont une cytolysse hépatique.

IV.3.2.4.2 RENAL

On constate que la majorité des bilans biologiques rénaux réalisés est normale. La seule anomalie notée est une insuffisance rénale modérée.

Le potassium n'a été dosé que dans 2 % des bilans biologiques.

IV.4 RELAIS MEDECIN TRAITANT

La vérification du statut vaccinal et sa mise à jour, le suivi gynécologique et contraceptif, la prise en charge nutritionnelle, le bilan et le suivi de l'examen et des anomalies clinico-biologiques et le suivi des pathologies chroniques sont des critères justifiant un relais vers le médecin traitant du patient.

Si l'on prend ces critères, on constate que trois quarts des patients nécessitent ce relais.

V DISCUSSION ET
PERSPECTIVES

V.1 DISCUSSION

V.1.1 INTRODUCTION

La comparaison de nos résultats à la littérature se fait principalement par rapport à l'ensemble de la population dépendante aux opiacés ou sous traitement de substitution aux opiacés. On a observé que les patients traités par méthadone ne représentent que 20 % des patients sous traitement de substitution aux opiacés en France (3, 50). Les résultats de la littérature peuvent différer de nos statistiques du fait de cette proportion. Cela peut expliquer en partie la différence entre les résultats de notre étude et ceux retrouvés dans la littérature.

V.1.2 CONCERNANT LES DONNEES GENERALES

La population de notre étude présente un sex-ratio identique à la littérature (4). On retrouve bien la même franche supériorité de la proportion masculine parmi la population toxicomane.

L'âge moyen de notre population étudiée est inférieur d'environ quatre ans à celui de la population dépendante aux opiacés retrouvé dans la littérature (4, 5, 14). On peut attribuer cette différence au fait que le traitement par méthadone peut faire partie des événements du parcours toxicomaniaque sans être représentatif de l'ensemble de la population dépendante aux opiacés ou sous TSO.

La majorité de la population de notre étude a moins de 35 ans, c'est-à-dire qu'elle avait moins de 13 ans au moment de l'autorisation de la vente libre des seringues. On peut donc supposer que la majorité des sujets de l'étude, soit 83 %, a débuté l'usage de drogues par voie parentérale après la mise en place des mesures de réduction des risques. Ceci peut expliquer nos faibles taux de patients contaminés par le VIH et/ou le VHC.

V.1.3 A PROPOS DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Concernant les antécédents psychiatriques, nous retrouvons une part très minoritaire de pathologies psychiatriques déclarées. D'après la littérature, on observe entre un quart et la moitié des patients présentant des comorbidités psychiatriques parmi la population toxico-dépendante (6). On note une étroite corrélation entre drogues et psychopathologie, sans qu'il existe de véritables troubles de la personnalité spécifiques ou prédictifs de la toxicomanie. Cependant, un grand nombre de travaux (39-41) souligne l'incidence élevée des troubles de la personnalité parmi les sujets dépendants de substance psychoactive. Les troubles de la personnalité le plus souvent rencontrés sont les personnalités psychopathiques, limites et psychotiques.

On peut se poser la question de comprendre pourquoi l'incidence des pathologies psychiatriques déclarées dans notre étude est si faible par rapport aux résultats observés dans la littérature (6).

Tout d'abord, il est envisageable que la question soit trop indirecte pour obtenir une réponse précise. En effet, nous demandons au patient s'il a des antécédents particuliers, allergiques, médicamenteux, chirurgicaux ou familiaux. Il est nécessaire de poser clairement la question lors de l'interrogatoire en demandant au patient s'il a des antécédents psychiatriques. De plus, le centre méthadone, lieu du bilan somatique, est scindé géographiquement de l'UFATT, lieu du dossier médical du patient, comportant le ou les diagnostics psychiatriques. Il est important de dire que le diagnostic psychiatrique ne fait pas partie des objectifs du bilan somatique dans la mesure où le patient est déjà suivi à ce niveau à l'UFATT.

Ensuite, on suppose que l'instauration du traitement par méthadone se fasse en milieu hospitalier pour une partie des patients présentant des troubles psychiatriques, notamment psychotiques. D'après la littérature (39-41), on sait que certains toxicomanes utilisent les opiacés comme auto-médication, pour justifier certaines idées délirantes ou juguler leur angoisse. L'instauration d'un traitement par méthadone peut faire prendre le risque d'une décompensation des symptômes psychiatriques jusque-là masqués par la prise d'héroïne.

Enfin, on envisage pour une partie des patients que le diagnostic de pathologie psychiatrique ne soit pas connu du patient ou que le patient ne sache pas l'évoquer de lui-même.

Il faut garder à l'esprit que la négligence du corps retrouvée dans la littérature chez les patients toxico-dépendants peut aussi expliquer la difficulté à faire réaliser les soins et les bilans somatiques.

V.1.4 LA CONSOMMATION DE PRODUITS : QUOI ? COMMENT ? RISQUES ET INTERACTIONS

V.1.4.1 QUELS SONT LES PRODUITS CONSOMMES ?

Dans la mesure où notre étude concerne des patients prétendant à une prescription de méthadone, traitement de substitution aux opiacés, il est logique de retrouver une quasi-totalité de patients consommant de l'héroïne. Ces patients étant dans une démarche de soins de leur toxico-dépendance, cela explique la part importante (40 %) de consommation concomitante d'héroïne et de TSO, prescrits ou non. Dans le cas de l'association héroïne-méthadone, soit un cinquième des patients, le risque d'overdose est important par effet cumulatif (9). Le fait d'aborder la question de la concomitance d'une prise de TSO et d'héroïne permet d'informer les patients concernant leur consommation actuelle et les risques encourus une fois le traitement par méthadone instauré.

Concernant les autres produits psychotropes consommés, nous devons aborder plusieurs points (51).

Tout d'abord, d'après les données de la littérature (31, 46), la consommation de cocaïne paraît en augmentation. L'expérimentation est maximale entre 15 et 29 ans, majoritairement chez les hommes. Ce problème n'est pas négligeable. 20 % des patients de notre étude déclarent en consommer, dont un quart en intra-veineuse. Ce comportement à risque les expose également à des problèmes infectieux. Mais la cocaïne présente des risques propres tels que l'infarctus du myocarde, l'AVC, la perforation de la cloison nasale, entre autres. Or, la consommation de cocaïne est rarement à l'origine d'une demande de prise en charge. De plus, la croyance que la déclaration d'une consommation de cocaïne peut entraîner des conséquences sur la prescription de leur TSO est fréquente chez les patients poly-toxicomanes. D'après l'enquête OPPIDUM (4), il existerait 12 % de consommation associée cocaïne-méthadone. Le risque est si important qu'il convient d'en rechercher la consommation à l'interrogatoire. D'autant plus que certaines données de la littérature (31) décrivent des cas d'allongement de l'espace QT et des torsades de pointe après consommation de cocaïne, qui pourraient être aggravés par la prise concomitante de méthadone. La surveillance de l'ECG lors du traitement par méthadone est recommandée en cas de prise associée de cocaïne.

Ensuite, la consommation d'alcool est un point important. En effet, l'usage d'alcool chez les patients traités par méthadone est déconseillé en raison du risque de majoration de l'effet sédatif et d'exacerbation des pathologies psychiatriques (44). D'après nos résultats, nous retrouvons 8 % des patients déclarant une consommation régulière d'alcool et 20 % une consommation occasionnelle. Le problème de cette méthode d'évaluation de la consommation d'alcool (oui/non, si oui : occasionnelle/régulière) est qu'elle ne correspond pas aux recommandations. En effet, il est préconisé de l'évaluer en unité d'alcool (UA). Le terme d'UA est utilisé pour définir la quantité d'alcool contenue dans un verre ou une bouteille. Une UA correspond à dix grammes d'alcool pur. Cette mesure universelle permet d'estimer la consommation et de l'évaluer au regard des seuils de consommation. Il faudrait aussi interroger les patients sur leur fréquence de consommation en utilisant des repères quotidiens, hebdomadaires ou mensuels. D'après différentes enquêtes (4, 6), on retrouve entre 16 et 19 % de sujets alcoolo-dépendants dans la population toxicomane. Nos faibles résultats par rapport à la littérature peuvent être dus à des données déclaratives et non quantifiées de manière standard. Il faudrait utiliser le mode d'évaluation en UA par jour, semaine ou mois pour mesurer précisément la consommation d'alcool chez les patients prétendants à une prescription de méthadone.

Mais une information claire concernant les risques d'interactions entre l'alcool et la méthadone doit être délivrée à tous les patients.

Enfin, il faut aborder le problème de la poly-consommation de médicaments psychotropes. D'après plusieurs études (4-6, 14, 17, 50, 51), les sujets dépendants aux opiacés consomment majoritairement au moins un médicament psychotrope. Nous avons observé que 13 % des patients consomment des benzodiazépines, 7 % des neuroleptiques et 6 % des anti-dépresseurs. Dans la littérature (5, 14, 47), on trouve entre 21 et 40 % de sujets prenant des benzodiazépines, 10 % des anti-dépresseurs et 5 % des neuroleptiques. Cette consommation non négligeable de médicaments psychotropes interagit avec la méthadone en majorant le risque sédatif. De plus, elle peut induire une perte du sens de la réalité et conduire à des pratiques à risque (non protection des rapports sexuels, partage de matériel de consommation de drogues) (17). On remarque que la classe majoritaire de cette consommation est celle des benzodiazépines. Mais cela paraît sous-estimé, probablement dû à une consommation occasionnelle ou hors-prescription. La consommation de benzodiazépines paraît licite dans ce contexte vu son action anxiolytique, propriété également retrouvée dans l'héroïne.

En conclusion, on remarque que l'héroïne n'est pas le seul produit psychotrope consommé dans la population étudiée. Les autres produits comme la cocaïne, l'alcool, les médicaments psychotropes ont leur risque propre et ils interagissent avec la méthadone. Pour ces raisons, nous devons en rechercher la consommation.

V.1.4.2 QUELS SONT LES MODES DE CONSOMMATION ET LES RISQUES ?

Nous avons observé une majorité de patients (85 %) consommant l'héroïne par voie nasale. Cette voie expose principalement aux risques de complications ORL et de contamination par le VHC.

La part de patients de l'étude utilisant la voie intra-veineuse actuellement est comparable aux données de la littérature (20 %) (4-7, 14, 52).

L'utilisation de ce mode d'administration de drogues paraît stable (53). D'après nos résultats, au moins 43 % des patients auraient déjà expérimenté l'injection intra-veineuse. Dans ce cas, les données de la littérature sont variables, allant de 25 à 70 % (4-7, 14). La pratique de l'injection intra-veineuse expose à de multiples risques, principalement infectieux. La pratique elle-même expose à des risques d'abcès et de dissémination systémique de toxiques et d'agents infectieux provoquant des lésions septiques diverses. Ces lésions, comme l'endocardite ou la méningite, exposent au risque de septicémie.

Ensuite, il existe un risque de partage de matériel, exposant en plus au risque de contamination par le VIH, le VHC, le VHB. La pratique de l'injection intra-veineuse expose à tellement de risques qu'elle mérite d'être renseignée pour chaque patient, concernant sa pratique actuelle et passée.

V.1.5 LE PROBLEME INFECTIEUX CHEZ LE PATIENT DEPENDANT AUX OPIACES

V.1.5.1 INTRODUCTION

On remarque que peu de nos patients présentent des symptômes infectieux. Cependant, on note que la moitié des patients ayant réalisé leur bilan biologique présente un syndrome inflammatoire biologique modéré. La mesure de la température doit faire partie du bilan initial (1, 17). Nous ne disposons pas de thermomètre. L'achat d'un thermomètre est nécessaire pour dépister une fièvre latente chez ces patients à haut risque infectieux.

Nous allons évoquer les risques infectieux des systèmes suivants dans des chapitres spécifiques : hépatiques (VHC, VHB, VHA), cardio-vasculaires (endocardites, embolies septiques), cutanés (abcès, thrombophlébites septiques), ostéo-articulaires (arthrite) et les risques liés au mode de vie (tuberculose, IST,...). Il faut aborder de manière particulière le problème du VIH (54) qui est à l'origine de l'accélération de la prise en charge somatique des sujets toxicomanes et de la mise sur le marché des traitements de substitution en France (1).

V.1.5.2 LE VIH

Nous constatons que la part de patients déclarant ou ayant une sérologie VIH positive est minime par rapport aux données globales de la littérature (4-6, 11, 14). D'après l'étude Coquelicot (2004-2007) (5, 14), on retrouve une prévalence de VIH de 11 % dans la population toxicomane.

Cependant, d'autres études plus récentes retrouvent des chiffres plus faibles (3 % dans l'enquête OPEMA en 2008 (6)). Nous observons une prévalence nulle dans notre étude. On peut s'interroger sur cette importante différence par rapport à la littérature. La population de notre étude est plus jeune que la majorité des populations toxicomanes étudiées dans la littérature (4-6, 14). La séro-prévalence du VIH croît aussi avec l'âge (0,3 % chez les moins de 30 ans) (5). La prévalence concernant la tranche d'âge majoritaire de notre étude paraît conforme à la littérature. On retrouve effectivement une correspondance entre les patients ayant débuté leur consommation de drogues après la mise en vente libre des seringues et la faible prévalence de VIH. Alors que la tendance à la pratique de l'injection intraveineuse reste stable et semble même être dévalorisée chez les jeunes usagers, la prévalence du VIH tend à diminuer (5, 14, 55). On peut en conclure l'impact important de la politique de réduction des risques concernant la transmission du VIH, visible également au niveau des résultats de notre étude.

V.1.6 CONCERNANT LE PROBLEME HEPATIQUE

Le problème hépatique se compose d'éléments iatrogènes, infectieux et toxiques.

La mise sous traitement méthadone nécessite comme précaution d'emploi la vérification préalable d'absence d'insuffisance hépatique grave, dans la mesure où son métabolisme est hépatique. Nous observons 12 % de patients ayant une cytolyse hépatique. Nous notons principalement des anomalies modérées, les cytolyses correspondant majoritairement à un taux de Gamma GT inférieur à 10 N. Dans notre étude, il n'y a aucune contre-indication hépatique au traitement par méthadone.

La recherche de problèmes hépatiques est une étape importante dans la réalisation du bilan somatique du patient dépendant aux opiacés en raison de l'importance des risques d'exposition à des substances hépatotoxiques et de contamination virale (22). Toute anomalie du bilan hépatique doit engendrer une prise en charge rapide.

Tout d'abord, concernant l'hépatite C, nous constatons que la part de patients déclarant ou ayant une sérologie positive de l'hépatite C est minime par rapport aux données de la littérature (5, 6, 11, 13, 14). La dernière étude de grande envergure, l'étude Coquelicot (2004-2007) (14), retrouve une prévalence de l'hépatite C de 60 % dans la population toxicomane. Cependant, d'autres études plus récentes montrent des chiffres plus faibles (13). Nous observons une prévalence de 3,5 % dans notre étude. Avec cinq patients de l'étude séropositifs pour le VHC, dont trois qui l'ignoraient, on peut s'interroger sur cette importante différence par rapport à la littérature. Tout d'abord, on constate que la population de notre étude est plus jeune que la majorité des populations de toxicomanes étudiées (4-6). On sait que la séro-prévalence de l'hépatite C croît avec l'âge (5) et, selon l'enquête Coquelicot (14), est de 28 % chez les moins de trente ans, tranche d'âge correspondant à la majorité des patients de notre étude. De plus, d'après la littérature (6, 56, 57), on remarque également qu'un quart des usagers de drogue pense être négatif à tort pour le VHC. Or, nous n'avons testé que 63 % de la population de l'étude. Il est probable que la partie non testée et déclarant être négative puisse en partie se tromper. Une étude (13) montre la franche diminution des infections par VHC chez les usagers ayant débuté leur consommation de drogues après 2002. De plus, d'après la littérature (13), il est fort probable que la mise en place de la vente libre des seringues puis de la politique de réduction des risques à grande échelle ait eu un impact important sur les comportements à risque des usagers de drogues et sur la contamination par le VHC. Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre «données générales», 83 % de la population étudiée avaient moins de 13 ans lors de l'autorisation de la vente libre des seringues. On suppose qu'un usager de drogue entame un programme de soins en moyenne 10 ans après le début de sa consommation. La majorité des patients de notre étude aurait débuté sa consommation de drogue après la mise en place de la réduction des risques, ce qui peut également expliquer la faible prévalence de l'hépatite C dans notre étude.

Rappelons que l'usage de drogues intra-veineuses et pernasales est un facteur de risque de contamination par le VHC (10). Chez les usagers de drogues actifs, il est recommandé de renouveler le dépistage de l'hépatite C au minimum tous les ans et en cas de notion de prise de risques (13, 58). Au moment du bilan somatique, il est pertinent de questionner le patient sur la date de son dernier bilan et ses pratiques. Cette donnée est renseignée dans le dossier médical du patient au niveau du questionnaire rempli lors du premier contact avec l'UFATT, mais n'est pas disponible lors de la réalisation du bilan somatique pour des raisons de différence géographique de structure d'accueil.

Ensuite, à propos de l'hépatite B, nous ne diagnostiquons aucune infection active dans notre étude. Dans la littérature (10), on note que la prévalence du portage de l'Ag Hbs est deux fois plus élevée dans le quart Nord-Est de la France et est plus fréquente chez les hommes. Ceci nous impose une certaine vigilance concernant l'hépatite B en raison de la localisation géographique et de la majorité masculine dans la population toxicomane. De plus, la pratique de l'injection intra-veineuse et la précarité sont des facteurs de risque connus de contact avec le VHB (10, 15). Le recrutement de notre population étudiée est plus à risque que la population générale. D'après les recommandations en vigueur (15), la vaccination contre le VHB est «particulièrement recommandée» pour les usagers de drogues par voies intra-veineuse et per nasale et les personnes ayant un comportement sexuel à risque. Nous observons que la majorité des patients ayant réalisé leur bilan biologique est immunisée contre l'hépatite B, ce qui est plus important que les chiffres moyens retrouvés dans la littérature (75 % versus 57 %) (6). Cependant, un quart de nos patients n'est pas immunisé et nécessite de bénéficier d'une mise à jour de leur statut vaccinal concernant le VHB (1).

Enfin, concernant l'hépatite A, le discours n'est pas standardisé. D'après les recommandations en vigueur, il n'existe pas d'indication précise de vaccination chez les patients toxicomanes (16). Cependant, il existe des recommandations pour les personnes vivant au contact du virus en foyer. Dans la littérature (17), on note que tout patient séronégatif pour l'hépatite C présente un risque suffisamment important d'attraper une hépatite au cours de sa période de dépendance que la vaccination combinée (HAV et HBV) puisse être justifiée. La question de l'hépatite A doit se poser.

V.1.7 A PROPOS DU SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

Le système cardio-vasculaire est un appareil à risques multiples. Il existe un risque infectieux, un risque propre aux produits consommés et un risque iatrogène.

Le risque infectieux est dû à la pratique de l'injection intra-veineuse. La dissémination systémique des produits et des agents infectieux peut provoquer, entre autres, une endocardite (30). Dans notre étude, au moins 43 % des patients déclarent avoir déjà expérimenté l'injection intra-veineuse et au moins 20 % la pratiquer actuellement. De plus, nous retrouvons 7 % des patients présentant un souffle cardiaque non connu, sans signes infectieux décelables à l'examen clinique. Devant le risque d'endocardite (30), la consultation cardiologique a été recommandée pour ces patients. La consultation cardiologique est inévitable en cas de découverte de souffle cardiaque à l'auscultation. L'importance du nombre de patients ayant expérimenté l'injection intra-veineuse, le risque d'endocardite et les conséquences de cette pathologie justifient la demande d'une consultation cardiologique en cas d'antécédents de cette pratique.

Le risque propre aux produits consommés est variable en fonction du type de produit (22). Les opiacés et la cocaïne entraînent majoritairement des troubles du rythme cardiaque. Nous n'observons qu'un cas de trouble du rythme à l'auscultation. Nous relevons 12 % de patients présentant une HTA modérée. La mesure de la tension artérielle est à contrôler à distance selon les recommandations en vigueur, pour savoir si l'élévation est persistante, due à la prise de produits ou à un effet «blouse blanche», la population toxicomane étant peu habituée aux soins somatiques.

La cocaïne, par son effet vasoconstricteur, peut provoquer un infarctus myocardique (31, 46). La part de patients déclarant consommer de la cocaïne dans notre étude est de 20 %. De plus, selon les nouvelles recommandations de la HAS (31), il apparaît dans la littérature une majoration du risque d'allongement de l'espace QT en cas d'association cocaïne et méthadone. La recherche de la totalité des produits consommés est nécessaire pour évaluer le risque cardio-vasculaire du patient, la nécessité d'une prise en charge cardiologique et le risque iatrogénique de ces produits.

Le principal risque iatrogénique dû à la méthadone est l'allongement de l'intervalle QT (24-29). Il y a plusieurs éléments à prendre en compte pour déterminer ce risque. Tout d'abord, il faut rechercher à l'interrogatoire les antécédents connus d'allongement du QT (congénital ou acquis) et les antécédents familiaux de mort subite. Dans notre étude, aucun patient ne signale de tels antécédents. Ensuite, il faut rechercher une pathologie cardiaque évoluée à l'interrogatoire, à l'examen clinique et, si besoin, par une consultation spécialisée. Nous n'observons aucun signe de ce type. Puis, il faut lister le traitement du patient à la recherche d'un traitement médicamenteux concomitant comprenant des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT (25), provoquer une hypokaliémie (27), entraîner une bradycardie, ou inhiber significativement le métabolisme de la méthadone (28). Aucun patient de notre étude ne présente de traitement de ce type. Il est important de rechercher une hypokaliémie par un dosage biologique (27). De plus, d'après la HAS (31), il faut rechercher une consommation de cocaïne, sachant que 20 % des patients de notre étude déclarent en consommer. La recommandation concernant la majoration du risque d'allongement de l'espace QT en cas d'association cocaïne et méthadone n'est pas officielle, une prudence est recommandée. Enfin, les patients à risque sont ceux dont la posologie de méthadone est élevée, supérieure à 120 mg/j. Cet élément est indisponible au moment du bilan somatique puisque le bilan est réalisé avant la mise en place du traitement par méthadone. D'après les données de la littérature (données de l'assurance maladie concernant le 2^{ème} trimestre 2008) (3), 78,5 % des bénéficiaires ayant des remboursements de méthadone ont des posologies inférieures à 100 mg/j, soit près de quatre patients sur cinq. De plus, la recommandation concernant le risque d'allongement du QT sous méthadone concerne l'administration de ce traitement aux patients présentant un risque sus-cité. L'intitulé exact de la recommandation du *dictionnaire Vidal* est : «La méthadone doit être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et ECG, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT.» On peut se poser la question de l'intérêt de la recherche systématique d'espace QTc pathologique chez tous les patients prétendant à un traitement par méthadone (29), d'autant plus que la majorité devrait avoir une posologie inférieure à 100 mg/j. Il faut dépister les patients à risque par un interrogatoire et un examen précis en recherchant les facteurs de risque sus-cités. Il faut faire une réévaluation de ces risques une fois le traitement par méthadone équilibré et la posologie connue.

V.1.8 AU SUJET DES PATHOLOGIES CUTANÉES

Les anomalies dermatologiques connues chez les patients toxicomanes peuvent avoir de graves conséquences, comme la fasciite nécrosante. La thrombophlébite septique peut être à l'origine d'endocardite infectieuse ou d'infection ostéo-articulaire (22). Elles sont quasi-exclusivement dues à la pratique de l'injection intra-veineuse. Nous observons des anomalies chez un quart des patients de notre étude, ce qui correspond au chiffre moyen de patients pratiquant l'injection intra-veineuse actuellement dans notre étude et dans la littérature. Les anomalies de notre étude sont principalement des abcès, des cicatrices d'abcès, des lésions de grattage, un réseau veineux pauvre avec des troubles trophiques. On doit donc rechercher non seulement les signes infectieux dermatologiques mais aussi les signes de troubles circulatoires et de séquelles traumatologiques (1).

Le patient toxicomane est à haut risque de plaies d'étiologies diverses (30). Selon les recommandations en vigueur et vu ce risque, il est nécessaire qu'il soit à jour concernant son statut vaccinal anti-tétanique. Dans notre étude, nous observons que 38 % des patients ont un statut vaccinal anti-tétanique inconnu ou non à jour. Il convient de le mettre à jour.

A noter que le tatouage expose au risque de contamination par le VHB, le VHC, et moins fréquemment le VIH (12). Cet élément doit figurer à l'examen clinique.

V.1.9 AU NIVEAU OSTÉO-ARTICULAIRE

Nous remarquons que la part d'antécédents traumatologiques n'est pas négligeable dans la population étudiée. C'est une pathologie fréquemment retrouvée dans la littérature (1). Le mode de vie de ces patients peut effectivement présenter des risques d'accidents. De plus, les séquelles douloureuses sont à rechercher car on sait que le traitement antalgique est particulièrement délicat chez le patient traité par méthadone (38). Les séquelles traumatologiques peuvent aussi engendrer des pathologies handicapantes qui retentissent au niveau socio-professionnel et posent des difficultés de réinsertion (2).

Concernant les pathologies rhumatologiques, il existe un risque de dissémination infectieuse systémique lors de l'injection intraveineuse de drogues (1, 30). C'est pourquoi il faut rechercher des signes ou séquelles d'arthrite, d'ostéomyélite. Nous ne retrouvons pas de telles pathologies dans notre étude. La majorité des examens rhumatologiques succincts apparaissent comme normaux, peut-être dû à un défaut de précision à l'interrogatoire.

Se pose la question de la maladie de Lyme (21). D'après les éléments suivants :

- La majorité de la population toxicomane a participé à des «teufs» ou «rave party» se déroulant en extérieur.
- La population recrutée vit dans la région où la séroprévalence de la borréliose de Lyme est la plus élevée en France (26,9 % en Alsace, 16,5 % en Lorraine, 7 % en moyenne sur l'ensemble du territoire français) .
- La phase primaire de la maladie de Lyme peut passer inaperçue car elle est indolore et invisible par le patient lui-même sur certaines parties du corps comme le dos, le pli interfessier, le cuir chevelu.
- Les phases secondaire et tertiaire se composent de signes cliniques tels que la neuroborréliose et l'arthrite.
- Le syndrome post-Lyme regroupe des signes généraux tels que l'asthénie, les algies diffuses et les plaintes cognitives.
- La part d'antécédents traumatologiques pouvant avoir des séquelles telles que des céphalées ou des plaintes d'origine ostéo-articulaire n'est ni négligeable dans notre étude ni dans la littérature.
- Nous retrouvons dans notre étude des anomalies neurologiques telles que des céphalées.
- Nous observons 5 % de patients ayant une sérologie de Lyme positive parmi les examens biologiques réalisés et ayant nécessité un traitement antibiotique via le médecin traitant. Ce taux est plus faible que la moyenne française de la séroprévalence de *Borrelia*.

On doit se poser systématiquement la question du diagnostic de maladie de Lyme devant ces éléments. En effet, la population recrutée est une population à risque vu la prévalence géographique élevée et la non spécificité des signes cliniques qui sont fréquemment retrouvés. Mais la maladie de Lyme ne se dépiste pas, elle se diagnostique (21). On demande donc une sérologie de Lyme au cas par cas.

On réalise un interrogatoire précis, recherchant tout particulièrement un épisode de morsure de tique mais aussi des signes de phases secondaire et tertiaire, et un examen clinique minutieux à la recherche d'un érythème migrant ou des signes d'arthrites ou de neuroborrélioses. En fonction des éléments recueillis, une sérologie de la borréliose de Lyme (test ELISA) est prescrite et éventuellement un bilan plus complet avec une étude du LCR selon les signes cliniques.

V.1.10 TABAC, ASTHME ET PNEUMOLOGIE

Nous observons 12 % de patients asthmatiques dans la population étudiée. Cette pathologie est à prendre en compte dans la mesure où le traitement par méthadone recommande une précaution d'emploi dans ce cas. Il faut en informer le patient, l'inciter à suivre son traitement de manière régulière et consulter un médecin en cas de symptômes de déséquilibre. De plus, la majorité de la population étudiée est fumeuse, ce qui est déconseillé en cas de pathologie asthmatique.

La prévalence du tabagisme dans la population étudiée est particulièrement importante. Elle est multipliée par quatre par rapport à la population générale (42), mais elle est identique à la littérature concernant la population toxicomane (6, 43). Rappelons qu'une consommation moyenne de 12,5 PA est mesurée dans notre étude et que nous observons des anomalies à l'examen pneumologique pouvant correspondre à des signes de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive). Les risques liés au tabac sont présents dès 10 PA. Entre 10 et 20 PA, la multiplication du risque de complications liées au tabac par rapport à la population non fumeuse est surtout remarquable au niveau du risque de BPCO. Il est nécessaire de faire un travail préventif concernant la consommation de tabac, d'autant plus que la BPCO, selon son évolution, peut interagir avec la prescription de méthadone.

Les signes de tuberculose ne sont pas spécifiquement recherchés à l'examen, ce qui est probablement une erreur au regard de la littérature (1, 19) et des facteurs de risque potentiels existant dans la population toxicomane. En effet, selon certains services et études, la place de l'IDR est discutée.

Il convient de rechercher dans notre bilan des signes spécifiques tels que l'hémoptysie, les sueurs nocturnes, la dyspnée et les facteurs de risque environnementaux tels que le type de logement (individuel ou collectif) pour évaluer le risque de contagio. Nous pouvons alors réfléchir à l'indication de la détection de la production d'interféron-gamma (mais non remboursé), d'une IDR et/ou d'une radiographie pulmonaire.

V.1.11 AU NIVEAU ORL ET STOMATOLOGIQUE

La majorité de la population étudiée consomme les produits par voie nasale, données conformes à la littérature (4). Nous retrouvons 8 % de patients ayant un antécédent chirurgical dentaire et 11 % ayant une perforation de la cloison nasale. A noter que la quasi-totalité de la population étudiée est fumeuse, ce qui entretient une inflammation chronique de la sphère ORL.

De plus, nous observons que 20 % des patients consomment de la cocaïne, dont 75 % par voie nasale. La littérature (31, 46) énonce les lésions naso-sinusiennes comme complications connues de la consommation de cocaïne, entraînant notamment une nécrose de la cloison nasale chez les consommateurs réguliers de cocaïne «sniffée».

Les lésions naso-sinusiennes posent le problème de la gestion de la douleur du patient dépendant aux opiacés. En effet, ces lésions sont particulièrement douloureuses et entraînent une «auto-médication» par divers produits, notamment l'héroïne, comme traitement antalgique (38). Or, l'utilisation de la voie nasale entretient ces lésions. La difficulté réside dans la résolution de ce cercle vicieux d'auto-entretien des lésions naso-sinusiennes par l'utilisation des produits comme antalgiques (38).

Nous observons que la moitié des patients de l'étude présente des caries visibles et nécessitant des soins dentaires, ce qui est plus élevé que les chiffres retrouvés dans la littérature (environ un tiers) (6). La fréquence élevée des pathologies stomatologiques chez les patients dépendants aux opiacés est bien documentée (32-34), notamment concernant la carie du collet qui est quasi-pathognomonique de la consommation d'héroïne.

L'évolution de ce type de carie vers la nécrose pulpaire est rapide. La vitesse d'évolution de ces lésions dentaires semble être plus rapide sous traitement par méthadone sirop (35). Ce dernier est l'unique forme galénique d'instauration d'un traitement par méthadone. Nous nous posons la question d'insister sur l'intérêt d'effectuer des soins dentaires avant le traitement par méthadone. Le traitement impose souvent une restauration prothétique. Il faut considérer le coût financier des soins et des prothèses dentaires comme un obstacle à la démarche de soins. Les soins dentaires sont nécessaires pour ne pas être un obstacle à la réinsertion professionnelle accompagnant souvent la démarche de soins d'un patient toxico-dépendant (1).

V.1.12 A PROPOS DE L'APPAREIL GYNECOLOGIQUE ET LES PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE

D'après la littérature (59), les comportements sexuels à risque sont élevés dans la population toxicomane. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette prévalence élevée. L'intoxication est décrite comme principal facteur contribuant à la prise de risque en réduisant la conscience du danger et en altérant l'évaluation du risque. Il faut noter que certaines femmes utilisent les relations sexuelles comme moyen de paiement de leurs drogues. S'ajoutent à ce principal problème, une perception négative des préservatifs, des attributions erronées au risque pris et des doutes concernant l'efficacité personnelle. Des infections spécifiques peuvent être induites par certains comportements sexuels à risque qu'il convient de rechercher plus précisément à l'interrogatoire.

Les rapports sexuels entre hommes sont un facteur de risque de syphilis, d'hépatite A, de VIH, VHB (5, 10, 20, 54).

La pratique de la fellation sans protection par préservatif est un facteur de risque de contamination pour la syphilis, le VIH, le VHB (5, 10, 20, 54).

La multiplicité des partenaires est un facteur de risque de syphilis, hépatite B, et de VIH (5, 10, 20, 54).

La prostitution est un facteur de risque de syphilis, de VHB, VIH (5, 10, 20, 54).

Les rapports sexuels sont à risque de contamination par le VHC s'il y a un contact avec le sang (10).

Une IST récente doit faire rechercher une syphilis, les virus de type VHB, VHC et VIH (5, 10, 20, 54).

Notre étude révèle que 43 % des patientes n'ont pas de moyen de contraception régulier. Dans la population étudiée, 10 % patientes signalent un antécédent d'IVG par curetage et 3 % des patientes sont enceintes au moment du bilan de santé.

Les pratiques sexuelles à risque, l'aménorrhée induite par la prise d'héroïne et l'absence de contraception régulière et suivie exposent les patientes toxico-dépendantes à un risque élevé de grossesse non désirée et non diagnostiquée précocement (60). Il faut profiter du moment du bilan de santé pour accentuer la prévention concernant les IST et la contraception, pour sensibiliser ces patientes à risque élevé.

La mise en place d'un traitement de substitution par méthadone chez une patiente dépendante aux opiacés enceinte est considéré comme une urgence au vu du risque élevé de souffrance fœtale en cas de fluctuation du taux d'opiacés (22). Concernant le traitement par méthadone pendant la grossesse, on ne note aucune malformation décrite chez l'être humain. Les patientes concernées ne réalisent pas forcément le bilan somatique, en raison d'impératifs de réduction des délais avant la mise en place du traitement par méthadone (36). La teneur en alcool d'un flacon de méthadone est minime (37). Elle ne s'oppose à l'arrêt de la méthadone dans le cadre d'un sevrage alcoolique. Actuellement, la tolérance de l'alcool au cours de la grossesse est de zéro. Il faut donc réfléchir, dans ce cas, à la forme gélule et évaluer la balance bénéfices/risques.

V.1.13 AU NIVEAU METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN

L'instauration du traitement de substitution par méthadone nécessite des précautions d'emploi telles que la vérification préalable d'absence de diabète, d'hypothyroïdie et d'insuffisance rénale grave.

Dans notre étude, la majorité des glycémies à jeun est normale, 13 % des patients ayant réalisé leur examen biologique présentent une hyperglycémie à jeun modérée. Il convient de refaire réaliser cet examen en insistant sur l'impératif d'être à jeun.

Nous n'avons ni recherché les signes cliniques d'hypothyroïdie, ni mesurer la TSHus. Au vu des précautions d'emploi recommandées dans le *dictionnaire Vidal*, c'est une erreur.

D'après le *dictionnaire Vidal*, des précautions d'emploi sont recommandées concernant un traitement par méthadone en cas d'insuffisance rénale grave. Nous n'avons observé aucune anomalie du bilan rénal, c'est-à-dire de la créatininémie et de la clairance de la créatinine. Ce bilan est justifié au vu des recommandations de la littérature et n'a opposé aucune contre-indication à la prescription de méthadone.

De plus, il faut mesurer la kaliémie, la calcémie et la magnésémie qui, en cas d'anomalies, peuvent entraîner des torsades de pointe (27).

Enfin, nous devons évoquer les complications nutritionnelles. D'après la littérature, on note des précautions concernant le risque de dénutrition dans la population toxicomane (17). La mesure de l'IMC dans notre étude retrouve 15 % des patients présentant une insuffisance de masse corporelle. Seulement 4 % sont dénutris, ce qui paraît faible par rapport aux données de la littérature. Il apparaît que la dénutrition n'est pas une pathologie fréquente dans notre étude.

V.1.14 AU SUJET DU SYSTEME NEUROLOGIQUE

Au niveau neurologique, la majorité de nos examens succincts est normale. Des plaintes, de type céphalées, sont exprimées. Il faut tenir compte des risques septiques méningés et cérébraux lors d'antécédents de pratique d'injection intra-veineuse. Il convient de rechercher des points de compressions nerveuses périphériques dus à un abcès ou à une position inadaptée prolongée lors des moments de «défonce» liés aux produits consommés (1). De plus, le traitement par méthadone nécessite comme précaution d'emploi la recherche d'antécédent d'épilepsie.

V.2 BIAIS

Un biais est une cause d'erreur d'une analyse statistique liée à la méthode de l'expérimentation. Dans notre étude, on peut relever les biais de sélection et d'attrition. En effet, la population étudiée correspond aux patients s'étant présentés à la consultation somatique, elle ne correspond pas à tous les patients ayant prétendu à une prescription de méthadone. Tous les patients prétendant à une prescription de méthadone n'ont pas réalisé le bilan somatique (rendez-vous non honoré). Cependant, la prescription de méthadone a été réalisée. On observe aussi un biais de mesure. Les techniques de mesures sont variables. Les différents examens et mesures ont été réalisés par des intervenants différents, soit quatre internes de médecine générale au cours de l'année 2009.

V.3 QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ?

Nous avons pu mettre en évidence la nécessité de modifier des éléments du bilan somatique avant l'instauration du traitement par méthadone et de mettre en place une deuxième consultation à distance.

V.3.1 CONCERNANT LE BILAN SOMATIQUE

V.3.1.1 A PROPOS DE L'INTERROGATOIRE

Les données générales telles que l'identification, la date de naissance et les coordonnées téléphoniques sont à conserver, de même que la recherche des antécédents allergiques.

Parmi les antécédents, il faut rechercher des éléments supplémentaires. Il faut interroger le patient sur ses antécédents traumatologiques tels que les douleurs, les séquelles handicapantes, les troubles rhumatologiques, les signes d'arthrite ou d'ostéomyélite. On doit préciser les pathologies asthmatiques, si elles sont équilibrées et suivies régulièrement. On doit rechercher une pathologie épileptique en vue d'une précaution d'emploi de l'instauration d'un traitement par méthadone. Il est important de rechercher au niveau pulmonaire les signes de tuberculose et de BPCO. Il est nécessaire d'interroger le patient sur son suivi dentaire. Ses dernières sérologies VIH et VHC doivent être renseignées. Les antécédents psychiatriques doivent être connus, si besoin au moyen du dossier médical d'accueil se trouvant dans la structure de l'UFATT. On doit précisément rechercher les antécédents familiaux de mort subite.

La consommation de tabac doit être évaluée en paquets-années. La consommation d'alcool doit être mesurée en unité d'alcool, par jour, semaine, ou mois. Concernant les drogues actuellement consommées, il faut renseigner tous les produits, y compris les médicaments hors-prescription tels que les TSO ou les psychotropes. La pratique de l'injection intra-veineuse, ancienne ou actuelle, la date de début de la consommation de drogues doivent être indiquées pour évaluer le risque septique et de contamination virale.

A propos des vaccinations, en plus du DTP, il faut rechercher le BCG et la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique.

En interrogeant les patientes sur leur contraception, on recherche une aménorrhée induite par la consommation d'héroïne et faire de la prévention concernant le risque de grossesse non désirée et d'IST. Devant ce risque de grossesse non désirée, il faut également vérifier la vaccination anti-rubéolique.

Un traitement médicamenteux concomitant doit être renseigné. Cela permet d'évaluer le suivi des pathologies somatiques, de dépister une éventuelle interaction avec la méthadone, ou une co-dépendance à un traitement psychotrope.

V.3.1.2 A PROPOS DE L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique doit être minutieux. Il doit se concentrer sur la recherche de signes infectieux. La mesure de la température est importante, l'achat d'un thermomètre est nécessaire. Au niveau dermatologique il faut rechercher des anomalies dues à la pratique d'injection intra-veineuse, actuelle ou passée, et un (ou des) tatouage(s). L'auscultation cardio-pulmonaire est une étape primordiale. On recherche des signes d'endocardite, de broncho-pneumopathie, ou un trouble du rythme cardiaque.

V.3.1.3 A PROPOS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Un bilan biologique est nécessaire chez tous les patients dépendants aux opiacés et prétendant à une prescription de méthadone. Cependant, des éléments doivent être systématiques et d'autres évalués au cas par cas.

Au vu du risque septique, il faut rechercher un syndrome infectieux avec une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation et une protéine C-réactive. Devant le risque de contamination, il faut vérifier le statut sérologique concernant le VIH et le VHC et le statut vaccinal concernant le VHB.

Au vu de la fréquence importante des pratiques sexuelles à risque dans la population toxicomane, on doit demander une sérologie de la syphilis. La prescription de méthadone nécessite la vérification du bilan ionique, hépato-rénal, thyroïdien et glycémique. On doit doser les éléments suivants : ASAT, ALAT, gamma GT, bilirubines totale, libre et conjuguée, phosphatases alcalines, taux de prothrombine, calcémie, magnésémie, natrémie, kaliémie, créatininémie et TSHus.

Selon les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique, on peut envisager plusieurs examens complémentaires au cas par cas. Devant des signes d'anomalies cardio-pulmonaires, notamment de tuberculose ou de BPCO, on peut demander la réalisation d'une radiographie pulmonaire. La sérologie de la borréliose de Lyme doit être demandée devant des éléments précis tels qu'un épisode de morsure de tique, un érythème migrant ou des signes de phases secondaire et tertiaire. Il faut penser à vérifier l'absence de grossesse devant toute aménorrhée par un dosage des β -HCG. Selon les pratiques sexuelles évoquées à l'interrogatoire, on peut rechercher une hépatite A par une sérologie.

La consultation cardiologique avant l'instauration du traitement par méthadone permet de dépister les patients à risque et de faire un bilan dans le cadre d'antécédent de pratique d'injection-intraveineuse. Il est recommandé de surveiller cardiologiquement les patients à risque d'allongement du QT lors de l'instauration du traitement. Un second électrocardiogramme paraît recommandé une fois le traitement par méthadone instauré et surtout pour des posologies supérieures à 120 mg/j.

Au vu des risques d'aggravation des lésions dentaires, une évaluation dentaire est nécessaire avant le début du traitement par méthadone pour débiter une prise en charge.

V.3.1.4 CONCLUSION

Au vu des ces éléments à modifier, nous avons décidé d'élaborer un nouveau questionnaire pouvant désormais servir de support au bilan somatique chez les patients prétendant à une prescription de méthadone. (annexe 3)

BILAN SOMATIQUE PRE-METHADONE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE DE L EXAMEN :

INTERVENANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

☎ :

REFERENT CSST :

MEDECIN TRAITANT :

INTERROGATOIRE

ALLERGIES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : NON OUI, à préciser :

TRAUMATOLOGIE, à préciser :

DENTAIRE, à préciser :

ANTECEDENTS MEDICAUX : NON OUI, à préciser :

ASTHME, à préciser :

EPILEPSIE, à préciser :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : NON OUI, à préciser :

MORT SUBITE, à préciser :

TABAC : NON OUI,

Paquets/Année

ALCOOL : NON OUI,

UA/Jour
UA/Semaine
UA/Mois

VACCINATIONS : BCG : NON OUI, date :

 DTP : NON OUI, date :

 VHB : NON OUI, date :

si femme, antirubeole : NON OUI, date :

SEROLOGIES : VIH : NON OUI, date :

 VHC : NON OUI, date :

SIGNES DE LYME : NON OUI, à préciser :

SUIVI DENTAIRE : NON OUI, à préciser :

GYNECOLOGIE :

Pratiques sexuelles à risque NON OUI, à préciser :

Aménorrhée NON OUI, à préciser :

Contraception NON OUI, à préciser :

Antécédents d'IVG NON OUI, à préciser :

TRAITEMENTS : NON OUI, à préciser :

TSO NON OUI, à préciser :

Psychotropes NON OUI, à préciser :

Médicaments allongeant le QT NON OUI, à préciser :

DROGUES ACTUELLES ET MODE DE CONSOMMATION :

HEROINE NON OUI SNIFF IV INHALE
METHADONE HP NON OUI SNIFF IV INHALE
BHD HP NON OUI SNIFF IV INHALE
COCAINE NON OUI SNIFF IV INHALE
CANNABIS NON OUI SNIFF IV INHALE
AUTRES NON OUI, à préciser :

ANTECEDENT D'IV NON OUI ACTUELLE ANCIENNE
DATE DE DEBUT D'IV :

BILAN CLINIQUE

TEMPERATURE : TAILLE : POIDS :
ORL – DENTAIRE : Lésion de la cloison nasale : NON OUI, à préciser :
Examen thyroïdien normal OUI NON, à préciser :
Examen :

PNEUMOLOGIQUE : dyspnée NON OUI, à préciser :
Signes de tuberculose NON OUI, à préciser :
Signes de BPCO NON OUI, à préciser :

Examen :

CARDIO-VASCULAIRE : Fc = bpm = TA = SaO2 =
OMI NON OUI, à préciser :
Souffle audible NON OUI, à préciser :
Arythmie NON OUI, à préciser :
Pouls périphériques NON OUI, à préciser :

Examen :

DIGESTIF : Constipation NON OUI, à préciser :

Examen :

RHUMATOLOGIQUE : Arthrite NON OUI, à préciser :

Examen :

DERMATOLOGIQUE : Tatouage NON OUI
Absès NON OUI ACTUEL CICATRICES
Troubles trophiques NON OUI, à préciser :

Examen :

NEUROLOGIQUE : Céphalées NON OUI, à préciser :
Déficit sensitivomoteur NON OUI, à préciser :

Examen :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES

NFS, VS, CRP

TPHA VDRL

Na, K, Ca, Mg, créatininémie, clairance de la créatininémie

TGO, TGP, Gamma GT, Bilirubines totale, libre et conjuguée, PAL, TP

Glycémie à jeun

TSH us

Consultation cardiologique avec ECG et dépistage des patients à risque d'allongement de l'intervalle QT

Consultation d'odontologie pour évaluation de l'état dentaire.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES AU CAS PAR CAS

Sérologies VIH et VHC si dernières sérologies > à 6 mois ou si notion de prise de risques

Sérologie VHB si dernière sérologie > à 6 mois, en l'absence de preuve de vaccination, ou si notion de prise de risques

β -HCGsi aménorrhée

Sérologie de borréliose de Lyme (test ELISA) selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Sérologie de l'hépatite A selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Radiographie pulmonaire si nécessaire

OBSERVATIONS :

V.3.2 VERS UNE DEUXIEME CONSULTATION ?

D'après les éléments mesurés dans notre étude et ceux de la littérature, une deuxième consultation somatique après l'instauration du traitement par méthadone est nécessaire. Une fois l'«urgence» de la mise en place d'un traitement par méthadone levée, il est envisageable que l'on puisse développer d'autres éléments lors d'une consultation somatique. On constate que la majorité des patients nous fournit ses coordonnées pour les joindre en cas d'anomalies du bilan somatique.

Dans un premier temps, cette consultation permet de reprendre les éléments anormaux du premier bilan somatique, d'analyser et de commenter les résultats des examens complémentaires avec le patient. En reprenant point par point le premier bilan somatique, on précise les éléments comme la consommation d'alcool ou autres drogues qui peut se modifier une fois le traitement instauré. On vérifie la persistance d'une HTA ou de signes infectieux (abcès, caries). Un suivi dentaire est indispensable lors d'un traitement par méthadone sirop vu le risque d'aggravation de lésions pré-existantes. Les anomalies biologiques sont expliquées au patient. Un bilan complémentaire est organisé si nécessaire. Le bilan cardiologique est commenté et permet de déterminer si le patient est considéré à risque lors d'un traitement par méthadone.

Puis, on peut renouveler, dans un climat plus serein après l'instauration du traitement, les messages de prévention générale, de risque et d'interaction avec la méthadone. On peut réitérer l'information concernant la nécessité de mettre à jour les vaccinations si nécessaire en demandant au patient de ramener son carnet de santé en consultation. Il serait également possible de renouveler les messages de prévention concernant la nécessité d'une contraception régulière et suivie, en évoquant des obstacles possibles à la mise en place de ce traitement (financier, difficulté de suivi). On discute du problème du tabac, de ses risques, et si nécessaire du suivi et de l'interaction avec une pathologie asthmatique. On reparle des interactions avec la méthadone, notamment avec l'alcool, la cocaïne et le risque d'overdose par consommation d'opiacés. On évalue la nécessité d'un second ECG selon la posologie d'équilibre de la méthadone et s'il existe une prise concomitante de cocaïne. Une deuxième consultation cardiologique n'est pas nécessaire, seulement un ECG.

Enfin, on peut organiser un suivi des différents problèmes somatiques avec le médecin traitant du patient, en accord avec ceux-ci.

V.3.3 VERS UNE CONSULTATION POUR TOUS LES PATIENTS TOXICOMANES

La population de notre étude représente les patients prétendant à une prescription de méthadone. Au CSST de Nancy, le bilan somatique ne concerne que ces patients. Au vu des risques somatiques dans la population toxico-dépendante, il est important de pouvoir réaliser ce type de bilan somatique à tous les patients, et pas seulement à ceux prétendant à une prescription de méthadone. Il est aussi important de pouvoir répéter ce bilan au minimum une fois par an pour tous les patients suivis dans cette structure. Il faut prendre en compte la difficulté des patients toxico-dépendants à engager et à suivre des soins somatiques.

Créer un espace de consultation somatique demande des moyens humains (nécessité d'un créneau médical) et matériels (une salle de consultation équipée et disponible). La salle de consultation existe déjà au centre méthadone, mais la majorité des patients suivis au CSST l'est à l'UFATT (unité scindée géographiquement du centre méthadone). De plus, cette salle est utilisée une demi-journée par semaine pour les bilans somatiques, le reste du temps elle est occupée par différents intervenants du CSST. Les créneaux de consultation médicale sont plutôt orientés vers le suivi psycho-thérapeutique du traitement par méthadone. Il n'y a pas d'intervenant médical spécifiquement affecté à la prise en charge somatique des patients. L'interne de médecine générale, actuellement en stage dans la structure, réalise les bilans somatiques, mais change à chaque semestre. On peut envisager de créer un espace de consultation somatique pérenne pour tous les patients toxico-dépendants, pour permettre un espace de confiance au niveau de la prise en charge somatique.

Au vu des ces éléments, nous avons décidé d'élaborer un questionnaire pouvant désormais servir de support au bilan somatique chez tous les patients toxico-dépendants. (cf annexe 4)

BILAN SOMATIQUE TOXICO-DEPENDANCE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE DE L EXAMEN :

INTERVENANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

 :

REFERENT CSST :

MEDECIN TRAITANT :

INTERROGATOIRE

ALLERGIES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : NON OUI, à préciser :

TRAUMATOLOGIE, à préciser :

DENTAIRE, à préciser :

ANTECEDENTS MEDICAUX : NON OUI, à préciser :

ASTHME, à préciser :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : NON OUI, à préciser :

TABAC : NON OUI, Paquets/Année

ALCOOL : NON OUI, UA/Jour
UA/Semaine
UA/Mois

VACCINATIONS : BCG : NON OUI, date :

DTP : NON OUI, date :

VHB : NON OUI, date :

si femme, antirubeole : NON OUI, date :

SEROLOGIES : VIH : NON OUI, date :

VHC : NON OUI, date :

SIGNES DE LYME : NON OUI, à préciser :

SUIVI DENTAIRE : NON OUI, à préciser :

GYNECOLOGIE :

Pratiques sexuelles à risque NON OUI, à préciser :

Aménorrhée NON OUI, à préciser :

Contraception NON OUI, à préciser :

Antécédents d'IVG NON OUI, à préciser :

TRAITEMENTS : NON OUI, à préciser :

TSO NON OUI, à préciser :

Psychotropes NON OUI, à préciser :

DROGUES ACTUELLES ET MODE DE CONSOMMATION :

HEROINE NON OUI SNIFF IV INHALE
METHADONE HP NON OUI SNIFF IV INHALE
BHD HP NON OUI SNIFF IV INHALE
COCAINE NON OUI SNIFF IV INHALE
CANNABIS NON OUI SNIFF IV INHALE
AUTRES NON OUI, à préciser :

ANTECEDENT D'IV NON OUI ACTUELLE ANCIENNE
DATE DE DEBUT D'IV :

BILAN CLINIQUE

TEMPERATURE : TAILLE : POIDS :

ORL – DENTAIRE : Lésion de la cloison nasale : NON OUI, à préciser :

Examen :

PNEUMOLOGIQUE : dyspnée NON OUI, à préciser :
Signes de tuberculose NON OUI, à préciser :
Signes de BPCO NON OUI, à préciser :

Examen :

CARDIO-VASCULAIRE : Fc = bpm = TA = SaO2 =
OMI NON OUI, à préciser :
Souffle audible NON OUI, à préciser :
Arythmie NON OUI, à préciser :
Pouls périphériques NON OUI, à préciser :

Examen :

DIGESTIF : Constipation NON OUI, à préciser :

Examen :

RHUMATOLOGIQUE : Arthrite NON OUI, à préciser :

Examen :

DERMATOLOGIQUE : Tatouage NON OUI
Absès NON OUI ACTUEL CICATRICES
Troubles trophiques NON OUI, à préciser :

Examen :

NEUROLOGIQUE : Céphalées NON OUI, à préciser :
Déficit sensitivomoteur NON OUI, à préciser :

Examen :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES

NFS, VS, CRP

TPHA VDRL

TGO, TGP, Gamma GT, Bilirubines totale, libre et conjuguée, PAL, TP

EXAMENS COMPLEMENTAIRES AU CAS PAR CAS

Sérologies VIH et VHC si dernières sérologies > à 6 mois ou si notion de prise de risques

Sérologie VHB si dernière sérologie > à 6 mois, en l'absence de preuve de vaccination ou si notion de prise de risques

β-HCG si aménorrhée

Sérologie de borréliose de Lyme (test ELISA) selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Sérologie de l'hépatite A selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Radiographie pulmonaire si nécessaire

Consultation cardiologique si anomalies à l'examen (arythmie, souffle cardiaque)

Consultation dentaire pour évaluer l'état bucco-dentaire.

OBSERVATIONS :

CONCLUSION

Après un an d'instauration du bilan somatique avant la prescription de méthadone au centre méthadone de Nancy, nous avons souhaité l'évaluer par ce travail de thèse. L'évaluation de ce bilan fait partie de ses objectifs lors de sa mise en place. Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs points importants.

Tout d'abord, le bilan des patients dépendants aux opiacés avant l'instauration de méthadone comporte deux axes majeurs de réflexion : le bilan du patient dépendant aux opiacés avec ses comorbidités et le bilan avant méthadone, médicament nécessitant des précautions d'emploi.

La prévalence des comportements à risque et des comorbidités est élevée dans la population toxicomane. Dans notre étude, on retrouve de nombreuses raisons d'instaurer une prise en charge somatique du patient toxicomane, conformément aux données de la littérature. Elle permet de faire le point sur les comportements à risques et de dépister d'éventuelles pathologies asymptomatiques, notamment infectieuses. L'instauration d'un bilan de santé systématique pour tous les patients toxicomanes est un point important dans un centre de soins spécialisés. Nous proposons un support de travail spécifique à ce bilan de santé pour le CSST de Nancy. Cet élément fait partie des objectifs de la création en cours du CSAPA à Nancy.

Au vu des données pharmacologiques de la méthadone, un interrogatoire précis, un examen clinique, biologique et cardiologique sont indispensables avant sa prescription. Par notre travail, nous pouvons dire que cet examen doit être exhaustif. De nouveaux éléments doivent le compléter, tant au niveau clinique, que biologique. Nous proposons un support détaillé pouvant être utilisé pour les bilans somatiques à venir. Une consultation cardiologique est nécessaire pour dépister les patients à risque de torsade de pointe et faire un bilan en cas d'antécédents de pratique d'injection intra-veineuse. L'importance des lésions dentaires dans la population étudiée et leur risque d'aggravation sous sirop de méthadone imposent un bilan dentaire avant l'instauration du traitement.

D'après les différents éléments que nous avons analysé, la mise en place d'une deuxième consultation après l'instauration du traitement par méthadone est importante. Elle permet de réévaluer les anomalies de la première consultation et le risque de torsade de pointe, d'informer le patient des conclusions du bilan somatique, de transmettre les messages de prévention, de mettre les vaccins à jour, entre autres.

Ensuite, notre étude confirme l'efficacité de la politique de réduction des risques. En effet, la population étudiée fait majoritairement partie de celle visée par ces mesures. La prévalence du VIH est nulle, celle du VHC faible. La majorité de notre population a débuté sa toxicomanie alors que cette politique de réduction des risques était mise en place. L'injection intra-veineuse comme voie d'administration paraît être discréditée grâce aux messages de prévention. L'AMM de la méthadone avait été validée pour lutter contre le problème de santé publique qu'étaient alors le VIH et le VHC. Notre étude concerne les toxicomanes avant ce traitement par méthadone. On peut supposer qu'en aidant les plus âgés, on diminue le risque de contamination des plus jeunes. Il apparaît aussi qu'actuellement les toxicomanes soient sensibles aux risques encourus lors de partage de matériel. Nos résultats sont encourageants envers le maintien de la politique de réduction des risques.

Enfin, nous proposons de réaliser des travaux pouvant exploiter les nouveaux supports de travail. Cela permettrait d'étudier la population toxicomane consultant en CSST d'une part et de réévaluer les bilans somatiques exhaustifs avant la mise en place d'un traitement par méthadone d'autre part. Cette nouvelle évaluation pourrait se concentrer sur les points faisant défauts à notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- POLOMENI P.. Evaluation somatique avant la mise en place du sevrage. In : Conférence de Consensus, «Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés» , 22-23 avril 1998, Montmorency : INSERM, 1998, 14p.
- 2- MONNAT M., BROERS B.. Médecine de l'addiction et réduction des risques : limites, défis et perspectives. Revue médicale suisse, 2003, n°2445, pp. 1-8.
- 3- AFSSAPS. Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes. Saint-Denis, 2009, 13p.
- 4- AFSSAPS-CEIP-Addictovigilance. OPPIDUM, résultats de l'enquête 20-octobre 2008. Saint-Denis, 2008, 6p.
- 5- JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y., et al.. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profil des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 2006, n°33, pp. 244-247.
- 6- AFSSAPS-CEIP-addictovigilance. OPEMA, résultats de l'enquête 1 novembre 2008. Saint-Denis, 2008, 5p.
- 7- OEDT. Tendances relatives à l'usage de drogues par voie intraveineuse en Europe, 2010, 3p.
- 8- COSTES J-M.. Primo-prescription de méthadone en établissement de santé. Tendances-OFDT, avril 2008, n°60, pp.1-4.
- 9- AFSSAPS-CEIP-Addictovigilance. DRAMES, résultats de l'enquête 2008. Saint-Denis, 2008, 4p.
- 10- InVS. Prévalence des infections par le VHC et le VHB en France métropolitaine (rapport final), 2006, p. 1.

- 11- EMMANUELLI J., JAUFFRET-ROUSTIDE M., BARIN F.. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. BEH, 2003, n°16-17, pp. 97-99.
- 12- DESENCLOS J-C.. Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux. BEH, 2003, n°16-17, p. 85.
- 13- LUCIDARME D., DECOSTER A., FREMAUX D., et al.. Etude prospective multicentrique de la prévalence et des facteurs de risque de l'infection par le VHC en 2008 parmi les usagers de drogue intraveineux présumés VHC négatifs. Le Flyer, 2010, n°40, pp. 20-22.
- 14- INVS. Enquête Coquelicot 2004-2007, 2007, 7p.
- 15- ANAES-INSERM. Réunion de consensus, vaccination contre le virus de l'hépatite B, texte de recommandations. Paris : 2003, 17p.
- 16- INVS. Calendrier vaccinal 2008 - Avis du Haut conseil de la santé publique. BEH, 2008, n°16-17, pp. 129-148.
- 17- MONNAT M., FOREL P.. Le bilan de santé chez le patient toxico-dépendant. Revue médicale de la Suisse romande, 1998, n°118, pp. 751-753.
- 18- SOCIETE SUISSE DE MEDECINE DE L'ADDICTION. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes. SSAM 2007, pp. 25-26 ; 29.
- 19- DESENCLOS J-C.. Le point sur la tuberculose. BEH, 2005, n°17-18, p. 65.
- 20- HAS. Recommandations en santé publique, évaluation à priori du dépistage de la syphilis en France, synthèse et perspectives, mai 2007, 30p.

- 21- CHOUTET J., CHRISTMANN D.. 16^{ème} Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse : Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives, 13/12/2006, Paris, 60p.
- 22- BESSON J., HAMMING R.. Toxicodépendance, problèmes somatiques courants, Collège romand de l'addiction. Paris : Médecine et Hygiène, 2003, 127p.
- 23- CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CHU DE GRENOBLE. Sémiologie et pathologie cardiovasculaire, 2006.
- 24- BESSON J, MONNAT M, GRIVEL J, et al..Addiction. Rev Med Suisse Jan 2011; 7(277) :16-9.
- 25- BUTLER B, RUBIN G, LAWRANCE A, et al.. Estimating the risk of fatal arrhythmia in patients in methadone maintenance treatment for heroin addiction. Drug Alcohol Rev Jul 2010.
- 26- MAYET S, GOSSOP M., LINTZERIS N, et al.. Methadone maintenance, QTc and «torsade de pointes» : Who needs an electrocardiogram and what is the prevalence of QTc prolongation? Drug Alcohol Rev, vol 30, Sep 2010.
- 27- THANAVARO KL, THANAVARO JL. Methadone-induced torsades de pointes : A twist of fate. Heart Lung, Mar 2011, Abstract.
- 28- KRANTZ MJ, MARTIN J, STIMMEL B, et al.. Qtc interval screening in methadone treatment. Ann Intern Med Mar 2009 ; 150(6) : 387-95.
- 29- PERRIN-TERRIN A, PATHAK A, LAPEYRE-MESTRE M. QT interval prolongation: prevalence, risk factors and pharmacovigilance data among methadone-treated patients in France. Fundam Clin Pharmacol., vol. 25, abstract, 2010.
- 30- Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale. Infection chez le toxicomane (en ligne). In : Alpes Med, Grenoble, Majac, 2003, 9p.

- 31- HAS. Prise en charge des consommateurs de cocaïne, recommandations de bonne pratique, février 2010, 34p.
- 32- BUNEL G, SAUVEUR G, WIERZBA CB. Pathologies générales et bucco-dentaires chez le toxicomane. Rev Odontostomatol (Paris) 1994 ; 23 : 461-75.
- 33- POIDATZ-LEPOIVRE E, MAMAN L, WIERZBA C.B. Principales complications infectieuses de l'héroïnomanie, leur incidence en odontostomatologie. Actual Odontostomatol (Paris). 1988 ; (163) : 521-36.
- 34- LOWENSTEIN M.. Toxicomanie et santé parodontale. Paro Sphère (Paris), 2009, 9p.
- 35- NATHWANI NS, GALLAGHER JE. Methadone: dental risks and preventive action. Dent Update Oct 2008 ; 35(8) : 542-4, 547-8.
- 36- UNGER A, JAGSCH R, JONES H, et al.. Randomized Controlled Trials in Pregnancy : Scientific and Ethical Aspects Exposure to different opioid medications during pregnancy in an intra-individual comparison. Addiction. 2011, Abstract.
- 37- LA REDACTION DU FLYER. Info brève : méthadone et alcool. Le Flyer, 2006, n°24, p.1.
- 38- LEE M, SILVERMAN SM, HANSEN H., et al..A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. Pain Physician ; 14(2) : 145-61.
- 39- BERTHELOT L., DI-PATRIZIO P., SCHWANN R.. double diagnostic, définitions, étiologie, prise en charge. In : Elversier, Psychiatrie, VIH et hépatite C. Masson, mai 2009.
- 40- BOUCHEZ J., MAREMMANI I.. Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques : « Double Diagnostic », Le Flyer, 2004, vol.1, HS n°3.
- 41- MOREL A.. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. Le Flyer, 2004, vol.2, HS n°3, pp 1-8.

- 42- KARSENTY S., HIRSCH A.. Les évolutions de la consommation de tabac en France de 1999 à 2008. BEH, 2010, n°19-20, p. 215.
- 43- GUYDISH J, PASSALACQUA E, TAJIMA B, et al.. Smoking prevalence in addiction treatment : a review. Nicotine Tob Res. 2011, Abstract.
- 44- TEPLIN D., RAZ B., DAITER J. et al.. Screening for alcohol use patterns among methadone maintenance patients. The american journal of drug and alcohol abuse, 2007, 33 : 179-183.
- 45- BYRNE SA, PETRY NM.. Concurrent alcohol dependence among methadone-maintained cocaine abusers is associated with greater abstinence. Exp Clin Psychopharmacol, Apr 2011 ; 19(2) : 116-22.
- 46- COSTES JM.. Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes? Tendances-OFDT, novembre 2009, n°68, pp 1-4.
- 47- DI PATRIZIO P., HOUILLE S., SCHWAN R., et al.. Buprénorphine haut dosage et benzodiazépines, une association à risque. Revue du praticien, 2010, supplément, vol.60, pp. 29-33.
- 48- AUGÉ-CAUMON M-J., BLOCH-LAINE J-F., LOWENSTEIN W., et al.. L'accès à la méthadone en France, bilan et recommandations. Paris : Ministère délégué à la santé, 2002, 92 p.
- 49- BERGERON H.. Politiques publiques et croyances collectives, analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995. Déviance et société, 1999, vol.23, n°2, pp. 131-147.
- 50- AFSSAPS. Bilan du mandat de la commission nationale des stupéfiants et des psychotropes (octobre 2006-septembre 2009). Vigilances n°49. Saint-Denis, 2010, 2p.

- 51- AFSSAPS-CEIP-Addictovigilance. ASOS, résultats de l'enquête 2008. Saint-Denis, 2008, 4p.
- 52- ALESSANDRI S.. Jeunes de moins de 25 ans inclus dans un traitement par la méthadone, CSST Créteil. Le Flyer, 2009, n°37, pp. 11-15.
- 53- OEDT. Etat du phénomène de la drogue en Europe, rapport annuel 2010. 2010, 114p.
- 54- LUCIDARME D.. Infection aiguë par le VIH et toxicomanie. Lomme, 2003, 11p.
- 55- VAN DER BERG C., SMIT C., VAN BRUSSEL G., et al.. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 2007, n°102, pp. 1454-1462.
- 56- MEFFRE C., LARSEN C., PERIN A., et al.. Surveillance de l'activité du dépistage et contrôle de dépistage de l'hépatite C au sein du réseau de laboratoire Rena-VHC, France 2000-2001. *BEH*, 2003, n°16-17, pp. 86-89.
- 57- DELAROCQUE-ASTAGNEAU E., CAMPESE C., BRONOWICKI J-P., et al.. Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires, 2000-2001, 2003. *BEH*, 2003, n°16-17, pp. 90-93.
- 58- DE SEVERAC ML., PERICH C.. La prise en charge globale dans un CSST, être suivi pour une hépatite C. *ARCAT*, 2005, Marseille, pp. 1-3.
- 59- NADEAU L., TRUCHON M., BIRON C.. Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes n'utilisant pas de drogues intra-veineuses : une approche de «focus group». *RISQ*, Québec, 1998, p.19.
- 60- WIEVIORKA S.. Grossesse et toxicomanie : une multiplicité des risques. *Revue du Praticien*, 1994, 8, (274), 37-41.

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des pathologies à évoquer chez un utilisateur de drogues illicites (1)

- Infections : population à risque infectieux élevé (malnutrition et troubles de l'immunité ; injections septiques ; inhalations septiques ; infections fongiques systémiques ; rapports sexuels non protégés...). Endocardite bactérienne, septicémie, bactériémie, pneumonie, cellulite, abcès, ostéomyélite, arthrite septique, panaris, adénopathies, maladie transmissible sexuellement, infections urinaires, tuberculose, tétanos, infection par le VIH, infection à HTLV I et HTLV II, hépatites A, B, C, D.
- Immunologie : lymphadénopathies, augmentation des immunoglobulines sériques, activité réduite des cellules NK, cryoglobulinémie, périartérite noueuse.
- Pathologie cardio-vasculaire : endocardite, arythmie, tachycardie, infarctus, phlébite et thrombophlébite, hyper ou hypotension, cardiomyopathie, vascularite, hypertension artérielle pulmonaire.
- Pathologie pulmonaire : OAP, pneumothorax, pneumopathie, pneumonie à pneumocoques, tuberculose, bronchite, pneumomédiastin, asthme, emphysème, trouble de la diffusion, hypertension artérielle pulmonaire, pneumopathies d'inhalation, embolies pulmonaires, embolies septiques, granulomes pulmonaires à corps étrangers. L'inhalation régulière de drogues peut entraîner un syndrome obstructif avec bronchopathies, bronchectasies ou un syndrome restrictif, micro-embols et granulomes, emphysème.
- Pathologie neuro-musculaire : hémiplégie et AVC, hémorragie sous-arachnoïdienne, convulsions, abcès cérébral, encéphalopathie (anoxique, toxique), neuropathie périphérique et multinévrite, crises comitiales, vertiges et troubles de l'équilibre, rhabdomyolyse, arthralgies.
- Pathologie gastro-intestinale et hépatique : hépatite aigue ou chronique, virale ou médicamenteuse ou alcoolique, granulomatose hépatique ou systémique, stéatose, cirrhose, diarrhées (candidoses, salmonelloses...), ischémie intestinale, colite, colite ischémique, gastrite, ulcère, pancréatite, splénomégalie, caries, gingivites, abcès dentaire.
- Pathologie cutanée : gale, mycoses, psoriasis, eczéma, panaris, lymphangite, oedème et nécrose distaux, purpura.
- Pathologie rénale : glomérulonéphrite, insuffisance rénale, insuffisance rénale aigue (rhabdomyolyse et myoglobinurie, choc septique...), pyélonéphrite.

- Organes sensoriels - Infections oculaires (rares), conjonctivites et kératites, troubles visuels, Rétinopathie. Troubles de l'odorat, anosmie, perforation du septum nasal. Traumatismes de l'oreille, bouchons de cérumen, otites.

- Autres pathologies : anémies, surdoses, réactions allergiques (rash...), fièvre (réaction pyrogénique), aménorrhée et autres anomalies hormonales, thrombocytopénie, syphilis et autre MST, condylomes, papillomavirus, troubles sexuels.

ANNEXE 3 BILAN SOMATIQUE PRE-METHADONE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE DE L EXAMEN :

INTERVENANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

 :

REFERENT CSST :

MEDECIN TRAITANT :

INTERROGATOIRE

ALLERGIES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : NON OUI, à préciser :

TRAUMATOLOGIE, à préciser :

DENTAIRE, à préciser :

ANTECEDENTS MEDICAUX : NON OUI, à préciser :

ASTHME, à préciser :

EPILEPSIE, à préciser :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : NON OUI, à préciser :

MORT SUBITE, à préciser :

TABAC :

NON OUI,

ALCOOL :

NON OUI,

Paquets/Année

UA/Jour

UA/Semaine

UA/Mois

VACCINATIONS : BCG : NON OUI, date :

DTP : NON OUI, date :

VHB : NON OUI, date :

si femme, antirubeole : NON OUI, date :

SEROLOGIES : VIH : NON OUI, date :

VHC : NON OUI, date :

SIGNES DE LYME : NON OUI, à préciser :

SUIVI DENTAIRE : NON OUI, à préciser :

GYNECOLOGIE :

Pratiques sexuelles à risque NON OUI, à préciser :

Aménorrhée NON OUI, à préciser :

Contraception NON OUI, à préciser :

Antécédents d'IVG NON OUI, à préciser :

TRAITEMENTS : NON OUI, à préciser :

TSO NON OUI, à préciser :

Psychotropes NON OUI, à préciser :

Médicaments allongeant le QT NON OUI, à préciser :

DROGUES ACTUELLES ET MODE DE CONSOMMATION :

HEROINE NON OUI SNIFF IV INHALE
METHADONE HP NON OUI SNIFF IV INHALE
BHD HP NON OUI SNIFF IV INHALE
COCAINE NON OUI SNIFF IV INHALE
CANNABIS NON OUI SNIFF IV INHALE
AUTRES NON OUI, à préciser :

ANTECEDENT D'IV NON OUI ACTUELLE ANCIENNE
DATE DE DEBUT D'IV :

BILAN CLINIQUE

TEMPERATURE : TAILLE : POIDS :
ORL – DENTAIRE : Lésion de la cloison nasale : NON OUI, à préciser :
Examen thyroïdien normal OUI NON, à préciser :
Examen :

PNEUMOLOGIQUE : dyspnée NON OUI, à préciser :
Signes de tuberculose NON OUI, à préciser :
Signes de BPCO NON OUI, à préciser :

Examen :

CARDIO-VASCULAIRE : Fc = bpm = TA = SaO2 =
OMI NON OUI, à préciser :
Souffle audible NON OUI, à préciser :
Arythmie NON OUI, à préciser :
Pouls périphériques NON OUI, à préciser :

Examen :

DIGESTIF : Constipation NON OUI, à préciser :

Examen :

RHUMATOLOGIQUE : Arthrite NON OUI, à préciser :

Examen :

DERMATOLOGIQUE : Tatouage NON OUI
Absès NON OUI ACTUEL CICATRICES
Troubles trophiques NON OUI, à préciser :

Examen :

NEUROLOGIQUE : Céphalées NON OUI, à préciser :
Déficit sensitivomoteur NON OUI, à préciser :

Examen :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES

NFS, VS, CRP

TPHA VDRL

Na, K, Ca, Mg, créatininémie, clairance de la créatininémie

TGO, TGP, Gamma GT, Bilirubines totale, libre et conjuguée, PAL, TP

Glycémie à jeun

TSH us

Consultation cardiologique avec ECG et dépistage des patients à risque d'allongement de l'intervalle QT

EXAMENS COMPLEMENTAIRES AU CAS PAR CAS

Sérologies VIH et VHC si dernières sérologies > à 6 mois ou si notion de prises de risques

Sérologie VHB si dernière sérologie > à 6 mois, en l'absence de preuve de vaccination, ou si notion de prise de risques

β -HCG si aménorrhée

Sérologie de Lyme (test ELISA) selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Sérologie de l'hépatite A selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Radiographie pulmonaire si nécessaire

OBSERVATIONS :

ANNEXE 4 BILAN SOMATIQUE TOXICO-DEPENDANCE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE DE L EXAMEN :

INTERVENANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

☎ :

REFERENT CSST :

MEDECIN TRAITANT :

INTERROGATOIRE

ALLERGIES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : NON OUI, à préciser :

TRAUMATOLOGIE, à préciser :

DENTAIRE, à préciser :

ANTECEDENTS MEDICAUX : NON OUI, à préciser :

ASTHME, à préciser :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : NON OUI, à préciser :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : NON OUI, à préciser :

TABAC : NON OUI,

Paquets/Année

ALCOOL : NON OUI,

UA/Jour
UA/Semaine
UA/Mois

VACCINATIONS : BCG : NON OUI, date :

DTP : NON OUI, date :

VHB : NON OUI, date :

si femme, antirubeole : NON OUI, date :

SEROLOGIES : VIH : NON OUI, date :

VHC : NON OUI, date :

SIGNES DE LYME : NON OUI, à préciser :

SUIVI DENTAIRE : NON OUI, à préciser :

GYNECOLOGIE :

Pratiques sexuelles à risque NON OUI, à préciser :

Aménorrhée NON OUI, à préciser :

Contraception NON OUI, à préciser :

Antécédents d'IVG NON OUI, à préciser :

TRAITEMENTS : NON OUI, à préciser :

TSO NON OUI, à préciser :

Psychotropes NON OUI, à préciser :

DROGUES ACTUELLES ET MODE DE CONSOMMATION :

HEROINE NON OUI SNIFF IV INHALE
METHADONE HP NON OUI SNIFF IV INHALE
BHD HP NON OUI SNIFF IV INHALE
COCAINE NON OUI SNIFF IV INHALE
CANNABIS NON OUI SNIFF IV INHALE
AUTRES NON OUI, à préciser :

ANTECEDENT D'IV NON OUI ACTUELLE ANCIENNE
DATE DE DEBUT D'IV :

BILAN CLINIQUE

TEMPERATURE : TAILLE : POIDS :
ORL – DENTAIRE : Lésion de la cloison nasale : NON OUI, à préciser :

Examen :

PNEUMOLOGIQUE : dyspnée NON OUI, à préciser :
Signes de tuberculose NON OUI, à préciser :
Signes de BPCO NON OUI, à préciser :

Examen :

CARDIO-VASCULAIRE : Fc = bpm = TA = SaO2 =
OMI NON OUI, à préciser :
Souffle audible NON OUI, à préciser :
Arythmie NON OUI, à préciser :
Pouls périphériques NON OUI, à préciser :

Examen :

DIGESTIF : Constipation NON OUI, à préciser :

Examen :

RHUMATOLOGIQUE : Arthrite NON OUI, à préciser :

Examen :

DERMATOLOGIQUE : Tatouage NON OUI
Abscess NON OUI ACTUEL CICATRICES
Troubles trophiques NON OUI, à préciser :

Examen :

NEUROLOGIQUE : Céphalées NON OUI, à préciser :
Déficit sensitivomoteur NON OUI, à préciser :

Examen :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES

NFS, VS, CRP

TPHA VDRL

TGO, TGP, Gamma GT, Bilirubines totale, libre et conjuguée, PAL, TP

EXAMENS COMPLEMENTAIRES AU CAS PAR CAS

Sérologies VIH et VHC si dernières sérologies > à 6 mois ou si notion de prise de risques

Sérologie VHB si dernière sérologie > à 6 mois, en l'absence de preuve de vaccination ou si notion de prise de risques

β-HCG si aménorrhée

Sérologie de Lyme (test ELISA) selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Sérologie de l'hépatite A selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Radiographie pulmonaire si nécessaire

Consultation cardiologique si anomalies à l'examen (arythmie, souffle cardiaque)

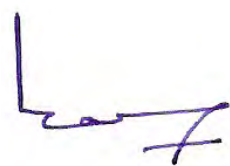
Consultation dentaire pour évaluer l'état bucco-dentaire

OBSERVATIONS :

Nancy, le 16 Mai 2011

Je soussigné, Professeur Jean-Pierre Kahn autorise Mademoiselle Marie Julie Jacques à exploiter et présenter les données relatives à l'activité du centre Méthadone dans le cadre de sa thèse de Médecine, co-dirigée par le Docteur P. Di Patrizio.

La publication des résultats relève d'une autre autorisation de ma part.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a vertical line on the left, a horizontal line extending to the right, and a diagonal stroke at the end.

Prof J.P. Kahn

VU

NANCY, le 17 mai 2011
Le Président de Thèse

NANCY, le 17 mai 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J.P. KAHN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3625

NANCY, le 19 mai 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Autour des bilans somatiques effectués lors de la primo-prescription de méthadone au CSST de Nancy en 2009, ce travail se propose d'analyser l'ensemble des données recueillies, d'en déterminer la pertinence et d'évaluer les risques liés à la prescription de méthadone. On retrouve de nombreuses raisons, notamment infectieuses, d'instaurer une prise en charge somatique du patient toxicomane, conformément aux données de la littérature. L'instauration d'un bilan de santé systématique pour tous les patients toxicomanes est un point important dans un centre de soins spécialisés aux toxicomanes. Nous proposons un support de travail spécifique à ce bilan de santé. Grâce à notre travail, nous pouvons dire que l'examen avant la primo-prescription de méthadone doit être exhaustif. Nous proposons un support détaillé pouvant être utilisé pour les bilans somatiques à venir. Une consultation cardiologique est nécessaire pour dépister les patients à risque de torsades de pointe et faire un bilan en cas d'antécédents de pratique d'injection intra-veineuse. L'importance et le risque d'aggravation des lésions dentaires imposent un bilan dentaire avant l'instauration du traitement. La mise en place d'une deuxième consultation après l'instauration du traitement est importante. Notre étude confirme l'efficacité de la politique de réduction des risques. La prévalence du VIH est nulle, celle du VHC faible. Nos résultats sont encourageants envers le maintien de cette politique. Nous proposons de faire des travaux pouvant exploiter les nouveaux supports de travail. Cette évaluation pourrait se concentrer sur les points faisant défaut à notre étude.

TITRE EN ANGLAIS

Evaluation of the somatic assessments made during the first methadone prescription at the "centre méthadone" of Nancy in 2009.

THESE DE MEDECINE GENERALE. ANNEE 2011.

MOTS-CLES

Méthadone. Bilan somatique. Addictions. Toxicomanie.

INTITULE ET ADRESSE DE L'URF

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex