



COROMA

Collège Romand de Médecine de l'Addiction



Le conseil de pilotage du COROMA dans sa réunion du 28.11.00

Editorial

Le journal que vous avez entre les mains est le premier numéro de Flash Addiction, le journal de Collège Romand de Médecine de l'Addiction. En effet, dans le but de contribuer à une meilleure communication dans le domaine de la médecine de l'addiction, le COROMA a créé ce petit journal. L'information de même que les commentaires développés dans cette revue n'ont pas de structure formelle mais contribuent à resserrer les liens des médecins traitant des patients souffrant d'un problème d'addiction quelle que soit l'endroit où ils pratiquent en Suisse Romande. Par ses fonctions d'information et de lien, cette revue constitue un lieu de réflexion ouvert pour tous et ainsi devrait permettre à chacun de s'y exprimer. Le journal est édité online sur le site du COROMA (<http://www.romandieaddiction.ch/>).
Bienvenue sur notre site et bonne lecture !

Pour le conseil de pilotage
Dr B. Favrat, éditeur

Le Collège Romand de Médecine de l'Addiction se présente....

Qu'est-ce que le COROMA ?

Introduction

L'OFSP a mis sur pied en 1993 le groupe de travail MedRoTox (Médecins romands toxicomanie) qui avait pour tâche de formuler des propositions visant à améliorer la prise en charge médicale des personnes toxico-dépendantes. Il a produit en décembre 1996 un rapport recommandant d'instaurer dans chaque canton un coordinateur chargé de mettre en place les propositions concrètes formulées dans ce même rapport. Cette première phase du projet a été concrétisée au travers de contrats entre l'OFSP et les cantons, instaurant cette fonction de coordinateur MedRoTox et définissant les tâches à effectuer. Ainsi a été réalisée une dimension importante du projet, celle orientée vers les médecins praticiens dans les régions. C'était le but prioritaire de l'OFSP.

Définition du CoRoMA

Le CoRoMA (Collège romand de médecine de l'addiction) est le réseau des acteurs concernés par la prise en charge médicale de personnes toxicomanes et alcooliques. Né de MedRoTox, il en constitue le prolongement historique et l'agrandissement, puisqu'il s'ouvre à de nouveaux acteurs.

Le CoRoMA est un réseau qui a vu la nécessité de se formaliser pour assurer une meilleure synergie entre ses acteurs. N'étant lié à aucune forme juridique, la qualité de membre n'est pas soumise à des conditions particulières, si ce n'est la volonté de poursuivre les buts mentionnés ci-dessous.

Tout médecin ou groupe de médecins peut adhérer au CoRoMA. Actuellement il est constitué d'acteurs qui couvrent les champs de la prise en charge, de la recherche clinique, de la formation, de la vie associative et de la santé publique fédérale et cantonale. Le CoRoMA s'étant auto-constitué, il définit seul son mandat. Il n'est soumis à aucune autre hiérarchie que celle qu'il se donne. Le terme de "collège" a d'ailleurs été choisi parce qu'il évoque la notion de partenaires égaux et celle de qualité.

But et objectifs

Finalité du CoRoMA

La mission principale du projet global reste dans la droite ligne de celle de MedRoTox : développer une médecine de l'addiction de qualité au service des personnes présentant des conduites addictives et de leur entourage (meilleur accès et adéquation des soins). Les médecins de premier recours constituent le public-cible principal du projet, de même que les médecins des centres spécialisés.

Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques du CoRoMA constituent un développement de ceux de MedRoTox en les diversifiant et en les clarifiant. Il s'agit de formaliser la mise en réseau de la médecine de l'addiction en Suisse romande, afin de :

- favoriser la synergie des efforts des différents acteurs concernés ;
- jeter la base médicale d'une société suisse de médecine de l'addiction ;
- en attendant, de constituer le partenaire spécialisé de la médecine de l'addiction pour les autres acteurs sociaux, administratifs et politiques.

Objectifs globaux

Les objectifs globaux restent ceux définis dans le rapport de 1996. C'est le rôle du CoRoMA d'en assurer la coordination et la cohérence.

- sensibiliser le plus grand nombre possible de médecins aux problèmes liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme ;
- motiver un plus grand nombre de médecins de premier recours à s'occuper de patients toxicomanes (accès aux soins) ;
- motiver les médecins de premier recours et les spécialistes, en cabinet privé et en milieu hospitalier, à prendre en charge les problèmes d'alcoolisme de leurs patients (adéquation des soins) ;
- développer diverses mesures pour faciliter et soutenir la prise en charge des patients présentant des conduites addictives, que ce soit aux niveaux clinique, scientifique, économique, administratif, etc.
- promouvoir diverses activités de formation pour les médecins, s'intégrant dans le système de reconnaissance de leur formation continue ;

- promouvoir la collaboration interprofessionnelle des médecins avec les autres intervenants concernés (pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.).
- contribuer à la mise en place de mesures de qualité adaptées aux besoins des médecins praticiens.

Nous avons lu pour vous

Cette rubrique vous propose une revue récente de la littérature internationale parue ces derniers mois. Il s'agit d'une expérience nouvelle pour nous et c'est pourquoi nous souhaiterions recevoir tous les articles ou commentaires que vous avez vus récemment et qui vous paraissent important pour la pratique de la médecine de l'addiction. Par ailleurs nous sommes spécialement intéressés par des enquêtes ou des études faites en Suisse-Romande qui pourraient être développées plus largement dans cette rubrique. N'hésitez donc pas à nous en faire part!

Responsables de la rubrique : B.Broers, Division d'Abus de Substances, Genève
A-F.Chevalley, Division d'Abus de Substances, Genève
B.Favrat, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Estimation de la fréquence d'exposition à l'abus ou la dépendance familiale à l'alcool chez des enfants américains. (résumé par B.Broers)

Cette étude essaye d'estimer le nombre d'enfants américains de moins de 18 ans qui sont exposés à l'abus ou la dépendance à l'alcool dans la famille. Des données d'une enquête nationale prospective (National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey) étaient utilisées. Les résultats montrent que environ **un quart** des enfants de moins de 18 ans aux Etats Unis sont exposés à un abus ou une dépendance dans la famille. Il y a un besoin urgent d'approches intégrant des systèmes de services pour prendre en charge ces enfants.

Grant BF, Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family., American Journal of Public Health 90 (1) ; 2000 : 112-115.

Traitement de disulfirame pour la dépendance à la cocaïne chez des personnes en programme de maintenance à la méthadone (PMM). (résumé par B.Broers)

La consommation de cocaïne chez des patients en PMM est un problème fréquent et est associée à un mauvais pronostic. Des études récentes ont évalué l'utilisation du disulfirame (Antabuse®) pour des personnes avec une co-dépendance à l'alcool et la cocaïne. Les auteurs évaluent l'utilisation de disulfirame pour une dépendance à la cocaïne (avec ou sans alcoolisme associé), dans un groupe de patients en PMM (n=77, 52% femmes) dans un centre urbain de PMM aux Etats-Unis. C'était un essai randomisé en double aveugle, disulfirame versus placebo. Les traitements étaient rajoutés à la méthadone pour assurer une bonne adhérence thérapeutique, pendant 12 semaines. Les résultats montrent que :

-les sujets traités avec disulfirame ont baissé la fréquence et la quantité de leurs consommations de cocaïne significativement plus que les sujets contrôles.

-la consommation d'alcool était minimale dans les deux groupes.

Le disulfirame pourrait être une pharmacothérapie intéressante pour le traitement de la co-dépendance à la cocaïne chez des patients en PMM, même pour ceux qui ne présentent pas de dépendance à l'alcool. Le disulfirame inhibe la dopamine beta-hydroxylase avec comme résultat un excès de dopamine et une production diminuée de noradrénaline. Vu le fait que la cocaïne est un inhibiteur fort du recaptage de catécholamines, le disulfirame pourrait diminuer le « craving » ou changer le « high », et donc diminuer le désir de prendre la cocaïne.

LL Petrakis et al, Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone maintained opioid addicts Addiction, 95 (2) ; 2000 : 219-228

Attitude des médecins praticiens face au traitement des patients toxico-dépendants. (résumé par B.Favrat)

Les médecins généralistes sont encouragés à jouer un rôle de plus en plus important dans les soins et le traitement des patients souffrant d'un problème de dépendance. Cependant les médecins expriment souvent un grand sentiment de frustration et de désillusion lors du traitement de tels patients. Une enquête auprès des praticiens anglais s'occupant de patients toxicomanes a montré que ceux-ci se trouvent très concernés par les problèmes liés à la consommation de drogues dans leur région et pensent que les médecins généralistes devraient absolument s'en occuper. Malgré cela, plus de la moitié des praticiens pensent qu'ils ont des connaissances inadéquates en ce qui concerne la prise en charge de patients souffrant d'un problème de toxicomanie. Cette enquête montre bien l'intérêt de développer une formation et un enseignement dans ce domaine. Une étude similaire va débiter en Suisse Romande qui nous permettra de connaître l'avis des médecins suisses.

J McGillion, S Wanigaratne, C. Feinmann, T. Godden, A. Byrne. GP's attitudes towards the treatment of drug misusers. British Journal of General practice 2000 ;50 :385-6.

Maintenance à la méthadone et arrêt de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse : résultats de l'étude de la cohorte d'Amsterdam. (résumé par B.Broers)

Le but de cette étude était d'établir la corrélation entre les caractéristiques de traitement de maintenance à la méthadone et l'arrêt prolongé (>1 année) de l'injection intraveineuse de drogues. L'incidence de l'arrêt de l'injection et de la rechute vers l'injection après une période sans injection étaient évaluées parmi 488 toxicomanes à Amsterdam (« Amsterdam Cohort Study »). Des données issues de la cohorte sur les traitements de méthadone étaient validées par des données issues d'un registre central sur la méthadone. Pour 339 des 488 sujets des données complètes sur le traitement de méthadone étaient disponibles. L'incidence d'arrêt d'injection augmentait de 2.2/100 personnes-années (PA) en 1985-89 à 4.4/100 (PA) en 1995-97. La rechute vers l'injection était fréquente : 17.2/100 PA. Ni le dosage de méthadone, ni la fréquence de présence au programme de méthadone n'étaient corrélés à l'arrêt de l'injection. Toutefois, une augmentation individuelle de 5 mg du traitement de méthadone ou plus par année (OR 4.2) et le fait de recevoir la méthadone surtout par le programme ambulatoire pour prostituées et étrangers (OR 0.18) étaient prédictifs de l'arrêt de l'injection. Après arrêt de l'injection il n'y avait pas de séroconversion VIH (129 PA) ; après rechute vers l'injection il y avait une personne qui a fait une séroconversion (mais que sur 23 PA de suivi). L'incidence VIH parmi ceux qui continuaient à s'injecter était 3.2/100 PA. Les auteurs concluent qu'une augmentation de la méthadone dans un contexte de « réduction de méfaits » peut aider les usagers de drogues par voie i.v. à arrêter l'injection et ainsi diminuer le risque de transmission de VIH.

M.W. Langendam et al., Methadone maintenance and cessation of injecting drug use : results from the Amsterdam cohort study. Addiction, 95(4) ; 200 : 591-600.

Exposition prénatale à la cocaïne. (résumé par AF Chevalley)

Cette revue de la littérature montre que l'abus de cocaïne est un problème important non seulement pour la population générale mais aussi pour les femmes enceintes. En effet, la cocaïne peut traverser la barrière placentaire et est métabolisée lentement par le fœtus, ce qui l'expose à des niveaux de cocaïne significatifs durant de longues périodes. Chez l'homme, l'abus de cocaïne par la femme enceinte peut provoquer des naissances prématurées, un poids inférieur au poids attendu à la naissance, une détresse respiratoire, des accidents vasculaires au niveau intestinal et cérébral et une circonférence de la tête réduite. Au niveau comportemental, ces nouveaux nés sont très craintifs, irritables et très réactifs aux stimuli environnementaux. Dans le mois qui suit la naissance ces comportements diminuent drastiquement mais sans pour cela atteindre un niveau normal. Ainsi, alors qu'il y a un grand nombre d'anomalies associées à l'exposition néo-natale à la cocaïne, celles-ci ne sont pas fortement débilitantes et ne représentent pas un danger pour la vie du nourrisson. Cependant, les conséquences à long terme de l'exposition néonatale à la cocaïne sont largement mé-

connues. Comme la cocaïne agit en bloquant l'inactivation des neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline, la plupart des changements attendus concernent les voies dopaminergiques et sérotoninergiques. En utilisant le modèle animal du rat, les auteurs ont trouvé non seulement des changements neurochimiques à la naissance qui disparaissent complètement au cours du développement - comme cela l'a été constaté chez l'enfant- mais également des changements neurochimiques, anatomiques et comportementaux qui persistent après la naissance et qui peuvent préfigurer des conséquences à long terme de l'exposition prénatale à la cocaïne. Ces conséquences pourraient engendrer une susceptibilité accrue à la dépendance aux drogues, aux accidents vasculaires cérébraux, à la dépression, la schizophrénie ou encore la maladie de Parkinson.

Keller RW Jr. Snyder-Keller A. Prenatal cocaine exposure. Annals of the New York Academy of Sciences. 909:217-32, 2000.

L'usage d'ecstasy peut épuiser le contenu en sérotonine du striatum (résumé par AF Chevalley)

Les résultats de l'autopsie du cerveau d'un utilisateur chronique de méthylendioxyamphétamine (MDMA) ou ecstasy indiquent que le niveau de sérotonine ainsi que celui de ces principaux métabolites est fortement réduit au niveau du striatum des usagers de MDMA.

Le Dr. Steven J. Kish et ses collègues du centre "Addiction and Mental Health" de Toronto (Canada) ont examiné les cerveaux autopsiés de 11 sujets neurologiquement normaux et d'un usager chronique confirmé de MDMA, ayant également abusé d'héroïne et de la cocaïne durant les derniers mois de sa vie. Les auteurs reportent des niveaux de sérotonine et de son principal métabolite l'acide 5-hydroxyindoleacétique (5-AHIA) cérébraux plus bas de 50 à 80% chez le sujet consommateur chronique de MDMA par rapport aux sujets normaux. Par contre, les niveaux de dopamine et de ses principaux métabolites étaient dans une fourchette de valeurs normales. Pour le Dr. Kish cette étude est la première à mentionner que le MDMA consommé de façon chronique peut sévèrement diminuer le niveau de sérotonine au niveau du cerveau et en particulier au niveau du striatum. La libération massive suivie de l'épuisement du contenu en sérotonine du striatum pourrait expliquer certains effets comportementaux observés chez les sujets consommateurs chroniques de MDMA en particulier la phase dépressive observée chez les consommateurs dans la phase de descente de la drogue. Cette étude basée sur un cas unique doit être considérée comme un essai devant être confirmé par d'autres études.

Kish SJ. Furukawa Y. Ang L. Vorce SP. Kalasinsky KS. Striatal serotonin is depleted in brain of a human MDMA (Ecstasy) user. Neurology 2000 ; 55(2):294-6.

Naltrexone dans le traitement de dépendance à l'héroïne : une revue de la littérature. (résumé par B.Favrat)

La naltrexone est un antagoniste des opiacés, qui agit compétitivement sur les récepteurs des opiacés exogènes. La naltrexone est utilisée pour faciliter le sevrage des patients dépendants aux opiacés. La recherche actuelle sur l'efficacité est très limitée. Son utilisation la plus remarquable est dans la prévention de la rechute après le sevrage des opiacés. Un des problèmes majeurs qui a été mis en évidence est la mauvaise acceptabilité de la naltrexone. Toutefois, cette revue de la littérature montre que les patients qui acceptent le traitement et surtout sont capables de le poursuivre présentent moins de problèmes d'envie (« craving ») pour les opiacés, ont une abstinence plus longue et ont une amélioration plus importante dans la sphère psychosociale que les patients traités avec placebo. La combinaison de naltrexone et de thérapie psychosociale a été prouvée comme plus efficace qu'une thérapie psychosociale seule. D'une manière générale, on peut dire que les patients doivent être extrêmement motivés pour prendre la naltrexone à long terme mais pour les patients qui acceptent ce traitement, il s'agit d'une aide importante.

FLASH ADDICTION N° 1, 7 décembre 2000

T.K. Tucker , A.J. Ritter. Naltrexone in the treatment of heroin dependence : a literature review. *Drug and Alcohol Review* 2000 ;19 :73-82.

Pour les personnes intéressées à recevoir cette revue, vous pouvez utiliser le talon suivant :

Nom.....

Prénom.....

Adresse :

.....

.....

Oui, je désire recevoir Flash Addiction trimestriellement

Signature :

A renvoyer au Dr B. Favrat, Policlinique Médicale Universitaire, César-Roux 19, 1005 Lausanne

Information importante...

Le 10 novembre 2000 a eu lieu la création de la fondation de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction, dont les objectifs rejoignent ceux de CoROMA mais au niveau national. Le président est le Dr Robert Haemmig. Si vous êtes intéressé à devenir membre ou obtenir des informations, veuillez contacter Madame Christine Brauchle, UPD, Bern, tél 031/632 46 11 et Fax 031/632 46 04
Email : christine.brauchle@gef.be.ch

SUR VOTRE AGENDA...

Journée romande interactive, Jeudi 7 décembre 2000

Hôpital de St-Loup à Pompaples, Vaud

Sous l'égide du COROMA, soutenu par l'OFSP

ce colloque est reconnu par la Société Suisse de Médecine Générale
comme 8 heures de formation continue

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

08h15-09h00	Accueil des participants, café
09h00-09h25	Message de bienvenue et organisation Anthony Staines, Directeur du resHO André Zwahlen, médecin-chef, Hôpital de St-Loup
	Présentation du COROMA René Stamm, OFSP
09h25-10h15	Première séance plénière : Dépendance : tous semblables, tous différents - <i>point de vue d'un praticien</i> : François Pilet - <i>point de vue d'un spécialiste</i> : Jacques Besson
10h30-12h00	Atelier I
12h00-14h00	Apéritif et repas Visite des stands et des posters des institutions socio-éducatives
14h00-15h30	Atelier II
15h30-16h00	pause
16h00-16h45	Deuxième séance plénière : - <i>Internet et addiction</i> Bernard Favrat, Jean-Bernard Daeppen
16h45-17h15	Conclusion et clôture Pièce musicale

<u>Nos</u>	<u>THEMES</u>	<u>EXPERTS ET ANIMATEURS</u>
	Ateliers	
1	Cocaïne et stimulants	P. Sanchez- Mazas T. Bischoff
2	Benzodiazépines et abus de substances	B. Broers J.P. Voegeli
3	Nouvelles drogues	N. Feldmann J. Carrel
4	Comorbidités somatiques et urgences somatiques	M. Monnat et P.Rieder J.P. Corboz
5	Substitution : nouvelles règles du jeu	I. Gothuey O. Rubli
6	Buprénorphine : quel intérêt ?	C. Uehlinger P. Luthi
7	Alcoolisme et polytoxicomanie	J.B. Daeppen P. Forel
8	Cannabis : ce que le praticien doit savoir	P. Schultz M. Leckie
9	Adolescents et abus de substance	P. Stephan G. Conne

10 Traitement de l'infection VIH et de
l'hépatite C chez le patient toxicomane

C. Junet
J.L. Rime