

vient pour la première fois de prendre la parole sur le sujet. S'exprimant depuis Pékin, le ministre français des Affaires étrangères a expliqué, simplement, que «couper les ponts» en arrêtant les liaisons aériennes avec les pays d'Afrique touchés par Ebola serait une «sottise énorme»: cela engendrerait des «transports sauvages» qui participeraient à la dissémination du virus. Laurent Fabius a publiquement mis en garde contre ce qu'il appelle un «faux bon sens». «Une réaction spontanée pourrait être de dire: "là-bas, il y a une épidémie et donc il faut couper absolument tous les liens". Mais tous les spécialistes nous disent que, du point de vue médical, ce serait une sottise énorme, a déclaré le chef de la diplomatie française. S'il n'y a plus aucune possibilité (de prendre l'avion), les gens vont sortir du pays en contrebande – si j'ose dire. Ils iront prendre l'avion dans un autre pays et, s'ils sont porteurs du virus, personne ne les contrôlera».

Pour Laurent Fabius, la seule solution réside dans l'organisation et le renforcement de la prévention et le dépistage, une prévention qui inclut celle des «transports sauvages». Outre-Atlantique, le président Barack Obama vient de demander aux Américains de ne pas «céder à l'hystérie ou à la peur» – et de ne pas céder à la tentation de restreindre les liaisons avec l'Afrique de l'Ouest.

Au-delà des urgences sanitaires, c'est la même logique qui prévaut pour ce qui est de la logique économique. Les auteurs de la publication du *Lancet* rappellent ce que l'OMS et de nombreux acteurs internationaux répètent depuis le début de cette crise épidémique: des contraintes excessives sur les voyages aériens pourraient avoir de graves conséquences économiques qui pourraient déstabiliser la région. Elles auraient également pour effet de perturber les approvisionnements essentiels en termes de personnels soignants et de matériels sanitaires. Le maintien de liaisons aériennes est donc essentiel pour assurer la lutte contre l'épidémie. Et cette lutte réclame la possibilité de pouvoir rapatrier dès que nécessaire, par avion, les soignants contaminés. Ce sera notamment l'une des clefs du succès du centre de soins dont François Hollande a annoncé la prochaine création à Macenta, en pleine Guinée forestière.

Une décision importante dans ce domaine a été prise le 20 octobre par l'Union européenne. Outre la promesse d'une aide de 500 millions d'euros aux trois pays africains, l'UE a annoncé qu'elle garantirait désormais les évacuations sanitaires des humanitaires contaminés. Jusqu'à présent ces évacuations avaient été faites via des avions

militaires (pour le Royaume-Uni et l'Espagne) ou par des compagnies privées: la société américaine Phoenix Air et la société française Medic-Air International.

Les évacuations seront désormais financées par la Commission européenne et coordonnées par le «Centre de coordination des réponses d'urgence» de l'Union, installé à Bruxelles. La Commission a déjà un contrat avec Phoenix Air et la nouvelle donne confirme l'émergence d'un nouveau marché de l'évacuation et du rapatriement sanitaire. Jusqu'à présent opposées à toutes les formes de rapatriement de malades contagieux (y compris de malades tuberculeux) les sociétés allemandes spécialisées (soit 80% du marché européen) s'intéressent à ce secteur.

Citant des sources gouvernementales allemandes, le *Frankfurter Allgemeine Sonntags-*

zeitung vient d'annoncer que la compagnie Lufthansa développait des équipements spéciaux pour assurer le transport de malades contaminés et contagieux. Ils devraient être disponibles à la mi-novembre quand les premiers volontaires allemands devraient arriver dans les pays infectés. Les services de Phoenix Air seraient actuellement facturés «entre 157 000 et 784 000 euros» l'unité. C'est, à l'évidence, un nouveau marché.

Jean-Yves Nau

jeanyves.nau@gmail.com

1 Bogoch I, Khan K, et al. Assessment of the potential for international dissemination of Ebola virus via commercial air travel during the 2014 west African outbreak. The *Lancet*, early online publication, 21 October 2014. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61828-6/abstract

dépendances en bref

Service d'alcoologie, CHUV, Lausanne

Buprénorphine en cabinet: aussi efficace pour les opiodépendants consommateurs de cocaïne que pour ceux qui ne le sont pas

Une étude antérieure a montré que le traitement d'entretien à la méthadone n'est pas aussi efficace pour les individus dépendant aux opiacés qui consomment en même temps de la cocaïne que pour ceux qui n'en consomment pas. L'impact de la consommation de cocaïne sur les résultats d'un traitement à la buprénorphine en cabinet est moins évident. Des chercheurs ont suivi une cohorte de 87 participants qui ont commencé un traitement de buprénorphine contre l'opiodépendance dans un centre médical communautaire et les ont interviewés au bout d'un, trois et six mois. Les principaux indicateurs de résultats étaient la poursuite du traitement et l'autodéclaration de l'usage d'opiacés.

- Dans l'ensemble, 39% des participants déclaraient avoir consommé de la cocaïne dans le mois précédent le début du traitement. Les personnes consommant de la cocaïne étaient plus jeunes et plus enclines à prendre des analgésiques opioïdes.

- La consommation de cocaïne baissait à 33% au bout d'un mois, 19% au bout de trois mois et 12% à six mois.

- La poursuite du traitement à six mois ne différait pas significativement pour les individus consommateurs de cocaïne (59%) et ceux qui n'en consommaient pas (51%), et l'autodéclaration de consommation d'opioïdes ne présentait pas non plus de différence significative (environ 27% dans les deux cas).

Commentaires: bien que limitée par sa courte durée, la taille restreinte de l'échantillon et le recours à des informations auto-déclarées, cette étude suggère que la consommation concomitante de cocaïne ne devrait pas être une raison pour refuser à quelqu'un l'accès à un traitement en cabinet à la buprénorphine contre l'opiodépendance. Il est intéressant de noter que la poursuite du traitement est légèrement meilleure chez les consommateurs de cocaïne; ce phénomène a été observé dans au moins une étude antérieure. On peut craindre que les personnes qui consomment de la cocaïne ne soient plus enclines à détourner la buprénorphine. Il se peut que la cocaïne soit la drogue que préfèrent certains de ces individus, et que des patients profitent de leur accès à la buprénorphine pour se procurer de la cocaïne; cette question reste à examiner plus à fond.

M. Pierre Reynes

(traduction française)

Dr Darius A. Rastegar, MD

(version originale anglaise)

Cunningham CO, Giovannillo A, Kunins HV, et al. Buprénorphine treatment outcomes among opioid-dependent cocaine users and non-users. *Am J Addict* 2013;22:352-7.

Lien vers la version intégrale de la lettre d'information: www.alcoologie.ch/alc_home/alc_documents/alc-lettreinformation-2.htm