

SWAPS

DOSSIER

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 54 Trimestriel / 2 €

ONU
Mission impossible 2 / 12

LES DENTS

Dents et drogues
ce qu'en disent
les usagers / 2



Bangkok
Sous le signe de la dériminalisation / 14

Mésentente préalable / 7

Délabrement dentaire
et usage de drogues
vus par les études scientifiques / 8

Soins dentaires
l'avis d'une consultante spécialisée / 10

Drogues et cultures,
au-delà des stéréotypes / 17

Plaidoyer contre
la “pathologisation”
de l'existence / 19

Plan hépatites 2009-2012
les associations déçues / 21

Édito / 24 Brèves... / 23



Dents et drogues ce qu'en disent les usagers

De gros efforts sont consacrés aux soins des usagers de drogues, à la réduction des risques, aux traitements de substitution. Mais un point fondamental est peu abordé: l'état dentaire, d'autant plus dramatique lorsque les personnes sont concernées par le VIH, le VHC ou d'autres pathologies. Jimmy Kempfer a rencontré de nombreuses personnes concernées par ce problème. Il rapporte ici ce qu'elles lui ont confié.

L'histoire de Mona

"J'ai 27 ans, deux chiens et toutes les dents niquées." Quand Mona s'est présentée de cette façon, j'ai trouvé ça un peu incongru, mais pour elle il y avait un rapport évident entre ses chiens et la dégradation de ses dents. Elle était plutôt jolie, avec ses grands yeux verts et son air adolescent, mais dès qu'elle ouvrait la bouche, une certaine gêne s'installait. On ne pouvait pas ne pas voir les quelques rares morceaux de chicots noirâtres qui affleuraient de sa gencive. Mona tentait de les masquer en parlant avec les lèvres pincées.

"Tu comprends, je suis quasi SDF et je ne peux pas emmener mes chiens au dispensaire ou à l'hôpital. Deux hébergements à Paris acceptent les gens avec les chiens, mais il n'y a plus de place et de toute façon, je ne supporte pas ces trucs. La plupart du temps, je ne sais pas où je vais dormir et j'ai personne pour me garder les chiens. Alors je galère, pour les dents comme pour le reste. C'est comme ça!"

"Déjà quand j'étais gamine, j'allais souvent chez le dentiste. On ne faisait pas trop gaffe à nos dents à la maison et mes parents avaient tous deux des dentiers. J'avais même l'impression que c'était un truc normal que d'avoir un dentier quand on était grand. Les problèmes ont vraiment commencé vers 14 ans. On fumait du shit dès le matin au collège et toute la journée je mangeais des trucs sucrés, du chocolat. J'avais très souvent mal aux dents, et je prenais des cachets contre la douleur. C'est devenu de pire en pire, tous

les jours j'allais demander des cachets à l'infirmière du collège, qui m'a accompagnée au CMS¹, et pendant deux ans je n'ai pas arrêté d'y aller. J'avais plein de plombages. Je prenais des ecstas, des acides²... et fumais des bhongs³ du matin au soir..."

"Trois jours avant le bac, je suis partie avec un pote et on a fait les teufs et les Tekos⁴ durant tout l'été. Je ne me suis pas souvent brossé les dents... On n'avait pas de fric, on mangeait ce qu'on pouvait, pas mal de pain avec du lait concentré sucré. Quelques mois plus tard, j'ai remarqué que j'avais des incisives supérieures qui noirissaient. Ça a commencé à me faire flipper et du coup j'ai remarqué que d'autres gens autour de moi avaient aussi les dents abîmées ou manquantes."

"Du coup, ces dents noirâtres et cariées ont pris une importance énorme. J'avais l'impression qu'on ne voyait plus que ça. Je me sentais défigurée. Je voulais m'en occuper mais je savais que pour remplacer mes dents pourries il fallait payer et pour ça il fallait bosser, être à la sécu... J'ai cherché un peu de boulot mais je pense qu'avec mes dents de plus en plus pourries, je n'avais aucune chance. Puis je n'ai pas vu le temps passer. Il y a eu l'arrivée de la kéta, du speed, de la base⁵ de temps en temps, du Sub⁶... Assez vite, ce fut la "cata" totale pour mes dents. Des morceaux qui se barraient puis des dents entières. J'avais mal tout le temps et prenais des cachets. J'avais 22 ans et j'ouvrirais plus la bouche pour ne pas montrer mes chicots pourris."

¹ CMS: Centre médico-social (dispensaire)

² Acides: LSD

³ Bhong: pipe à eau avec appel d'air pouvant potentialiser les effets du cannabis fumé

⁴ Teufs: fêtes, free-parties, etc. - Tekos: teknival

⁵ base: cocaïne free-base qui se fume essentiellement (équivalent du crack)

⁶ Sub: Subutex® (buprénorphine)

“Ça fait trois ans que je prends du Skenan et du Rivotril⁷, et je me dis tous les jours qu'il faut que je m'occupe des dents, mais j'ai les chiens. Des semaines entières j'ai eu des rages de dent. Je ne mange plus que du Renutryl⁸, du pain de mie et de la bière, parfois une banane, un yaourt. Des années que je n'ai pas mangé une pomme, une orange, de la vraie viande : ça fait trop mal ou ça pique. J'ai été chez le dentiste du CMS. J'avais des infections partout. Il ne pouvait plus rien et m'a prescrit des antibiotiques et des cachets. Je dois aller à l'hôpital pour tout me faire arracher et avoir un dentier... mais je dois aussi m'occuper des chiens. Pourtant, les dents c'est vachement important. Ça me ferait flipper que ma mère où des copines me voient comme ça !”

Mona se surprend parfois à penser que le fait de fréquenter des gens qui ont aussi les dents gâtées est moins stigmatisant pour elle, rassurant en quelque sorte... Avant, elle ne voyait que ça chez les autres, mais elle ne le remarque même plus. Ce qui la confine dans un milieu ayant les mêmes stigmates qu'elle.

Quid du cannabis ?

Peter, 41 ans, n'a jamais touché aux opiacés mais fume du cannabis depuis plus de 25 ans. Il lui resterait 14 dents originelles, le reste est fait de couronnes, bridges et lucarnes de molaires manquantes. Cannabinophile assumé, père de famille socialement inséré, il estime néanmoins que ses problèmes dentaires peuvent être indirectement liés à sa consommation de cannabis. “Le cannabis, ça donne faim et envie de manger des trucs sucrés. Je peux me passer de cannabis, mais quand j'ai fumé je ne peux pas me passer de sucreries. Et comme le cannabis a tendance à rendre un peu paresseux, souvent on va se coucher sans se brosser les dents après avoir mangé plein de “saloperies”. La chaleur des gros pétards de “beuh⁹”, ça fait pas du bien non plus. Quand on a mal aux dents et qu'on tire sur de la beuh, ça fait encore plus mal ! Et puis le fric que je dépense dans la “beuh”, je devrais le mettre dans les soins dentaires, mais c'est tellement cher...”

Cocaïne, crack, free-base

Un autre raconte comment quelques mois de free-base intense ont suffi pour faire sauter tous ses

plombages et détériorer irrémédiablement de nombreuses dents malgré des soins rapides et au grand découragement des dentistes qui n'en comprenaient pas la cause. La vapeur de cocaïne inhalée est brûlante et fortement agressive pour les muqueuses qu'elle assèche et anesthésie. Elle entraîne une vasoconstriction de tout le système veineux, inhibe la sali-

vation et, après un très bref rush d'intensité, provoque une dépression sévère qui pousse à continuer compulsivement de consommer tant que cela demeure possible... parfois durant des jours et des nuits sans s'alimenter ni dormir, avec toutes les carences et le mode de vie que cela entraîne. On comprend aisément les conséquences directes sur l'état de la bouche et des dents.

La question de l'héroïne

Une autre encore affirme que quelques années d'héroïnomanie auraient détérioré irrémédiablement toutes ses dents. Elle est pourtant socialement bien intégrée, éduquée... et son père est dentiste. Notons que, chez de nombreux témoins, on retrouve une histoire dentaire problématique, des caries remontant à l'enfance. Ils reconnaissent souvent aussi que l'usage des drogues a entraîné une augmentation de la consommation de tabac, voire d'alcool.

Certaines publications font état de conséquences dramatiques et inéluctables des drogues sur les dents, et principalement de l'héroïne, notamment en cas d'injection. Mais ces observations, dont les biais ne sont pas précisés, sont en général menées dans le cadre de consultations de grande précarité auprès de gens désinsérés, voire acculturés. Et ceux-ci, quoi qu'ils affirment, ont rarement les moyens de se payer de l'héroïne au long cours. Ils abusent souvent de produits de substitution détournés, bien que ces derniers aient un statut moins “noble” à leurs yeux qu'une poudre mélangeant pourtant le plus souvent caféine, paracétamol et produits divers, et “aromatisée” avec un petit peu d'héroïne¹⁰.

Remarquons que les services de traitement de la douleur, où les morphiniques sont de plus en plus largement utilisés, ne semblent pas faire état de conséquences significatives sur les dents de leurs patients. Or on sait que les opiacés modifient sensiblement le pH salivaire et altèrent de nombreuses fonctions métaboliques.

Pas tous égaux

Tabac, alcool, médicaments, cannabis et tous les produits psychotropes affectent des fonctions métaboliques qui, par un effet d'enchâinement, peuvent altérer les dents. Si la dégradation est spectaculairement rapide chez certains, d'autres, par contre, ne semblent absolument pas affectés. Nombreux aussi sont les consommateurs de cocaïne ou autres pharmacodépendants (et injecteurs) d'opiacés depuis des décennies, certains porteurs du VIH et/ou du VHC, sous traitements divers, qui n'ont pas de problèmes significatifs avec leurs dents. Il s'agit en général de personnes éduquées, à l'hygiène dentaire rigoureuse, ne consommant pas trop de sucre, se brossant

⁷ Skenan[®] : sulfat de morphine, utilisé pour traiter les douleurs intenses ou rebelles.

Rivotril: benzodiazépine à action sédatrice

⁸ Renutryl[®] : médicament hyper protéiné et vitaminé dispensé comme complément alimentaire

⁹ Beuh: cannabis sous forme de sommités pleurées (herbe)

¹⁰ L'héroïne vendue dans la rue contient rarement plus de 5 % de principe actif



— PAS D'ACHAT, PAS DE BONHEUR



• Il y a tout qui va pas •

efficacement les dents au minimum une fois par jour, se faisant soigner à la moindre alerte et socialement insérés. Coluche (et Georges Orwell avant lui) disait “certains sont plus égaux que d’autres !”. Il en est ainsi pour les dents d’un simple point de vue génétique. Empiriquement, d’ailleurs, on peut constater que les personnes d’origine africaine semblent moins affectées par les caries malgré parfois des consommations abusives significatives, notamment de crack, alors que chez d’autres cette drogue dégrade très vite les dents de façon spectaculaire. Les nombreuses observations que nous avons faites amènent à conclure que les modes de vie, parfois induits par les effets des psychotropes, une certaine léthargie, une absence de vigilance et du sens des priorités, un manque (parfois total) d’hygiène dentaire et alimentaire peuvent dans bien des cas jouer un rôle au moins aussi déterminant que les effets somatiques des drogues. Toutefois, chez certains, malgré une hygiène rigoureuse et des soins appropriés, les drogues peuvent induire des perturbations physiologiques fatales pour les dents. Notons aussi que si la dépendance au sucre n’est jamais évoquée spontanément, elle est souvent confirmée après suggestion.

Rumeurs et mythes urbains

Il est intéressant de constater comment certaines observations sont relayées, transformées, y compris par certains professionnels. Ainsi le fameux mythe de “l’acide très mauvais pour les dents”. Les premières consommations de LSD (ou d’ecstasy) ont souvent lieu vers la fin de l’adolescence, fréquemment après une consommation plus où moins régulière de cannabis depuis quelques temps. À cet âge, l’organisme est en proie à divers bouleversements biologiques qui peuvent parfois aggraver une santé buccale déjà fragilisée par des prises de cannabis, alcool, tabac, des carences alimentaires… La prise de LSD est généralement ponctuelle et rarement répétée plusieurs jours de suite à cause de la tolérance induite. Mais les jours suivants peuvent laisser une impression d’hyper-sensibilité face à la douleur aiguë d’une carie et ainsi la révéler. Peut-être aussi le LSD provoque-t-il une hyperesthésie¹¹ dentinaire par son action sur le système nerveux périphérique. Nous n’avons trouvé aucun document validant scientifiquement un lien direct de cause à effet entre LSD et caries. Les “descentes” de LSD comme de l’ecstasy et des amphétamines en général (mais aussi de crack et de cocaïne) ont tendance à provoquer un gros stress, une crispation des mâchoires et un grincement des dents qui peut augmenter la nociception en cas d’affections.

Certains attribuent leurs caries aux produits de coupage de l’héroïne ou sont persuadés que les quelques rares consommations d’héroïne ont été plus

dommageables que des années d’injection de médicaments opiacés détournés.

D’autres encore sont persuadés que la méthadone (surtout en sirop) serait très néfaste au même titre que la buprénorphine sublinguale, qui “rongerait” les incisives du bas. Quelques-uns, même, justifient ainsi le détournement par injection. Par contre, peu évoquent l’alcool et le tabac, dont l’incidence sur la santé buccale est prouvée. La majorité reconnaissent cependant que le mode de vie lié parfois à certaines consommations de drogues, le manque d’hygiène et l’alimentation jouent un rôle important. Très nombreux sont ceux qui admettent qu’ils consomment trop de sucres et négligent les brossages, et qu’il faut au moins se rincer la bouche après une prise de méthadone en sirop ou de sucreries.

Drogues, VIH, VHC…

N’oublions pas que VIH, hépatites, nombre d’affections mais aussi divers traitements altèrent les voies et fonctions digestives. Sur différents forums spécialisés, des ex-usagers de drogues par voie intraveineuse atteints du VIH témoignent de modifications morphologiques de la mâchoire dues aux trithérapies, ce qui a entraîné une incapacité de conserver ses prothèses avec toutes les conséquences liées: impossibilité de s’alimenter normalement et par là de multiples carences aggravant encore les effets secondaires du traitement… Les corollaires en sont souvent: dégradation de la perception de soi, de la relation aux autres et parfois un profond désespoir avec rechute dans l’abus de drogues. Avant l’avènement des nouveaux traitements, les antibiothérapies lourdes et de longue durée, souvent prescrites aux patients concernés par le VIH, ont aussi contribué à détériorer bien des dentitions, mais il n’y avait généralement pas d’autre alternative. Il convient d’être particulièrement vigilant avant d’entreprendre des traitements dentaires au cours d’un traitement anti-VHC car les risques de nécroses sont sensiblement augmentés.

Un investissement à long terme

Les personnels socio-sanitaires en lien avec les usagers de drogues constatent souvent comment, chez des gens parfois très jeunes, les dents commencent à devenir grises, puis marron et finissent par tomber, causant un traumatisme narcissique et un stigmate très important, notamment chez les filles. Les possibilités d’insertion sont alors gravement compromises car les soins sont chers et nécessitent un suivi rigoureux. Il n’est pas toujours aisé d’évoquer le sujet, d’autant que la peur du dentiste est souvent prétextée. Il est pourtant fondamental de sensibiliser les gens, d’autant plus s’ils sont plus jeunes, au rôle fondamental des dents dans le sourire, l’haleine, la

¹¹ Hyperesthésie: hypersensibilité tactile, au contact ou à la douleur



confiance en soi, l'alimentation, la vie affective et amoureuse, et d'intervenir le plus tôt possible de manière à préserver le maximum du capital dentaire. Chaque dent perdue et non remplacée entraîne des déséquilibres organiques, un écartement et une fragilisation des dents saines restantes et une modification de la mâchoire.

Un accompagnement physique chez le dentiste, surtout lors des premiers rendez-vous, peut s'avérer nécessaire afin de rassurer patient et dentiste quant au sérieux du suivi. Le processus nécessite souvent pédagogie et patience, malgré l'urgence, car de nombreux usagers ont une peur bleue des soins dentaires, notamment s'ils ont beaucoup souffert de pulpites aiguës.

Mais rien n'est plus gratifiant que de voir une personne qui s'était mise au banc à cause de son aspect dentaire retrouver un éclatant sourire et peu à peu remordre dans la vie à belles dents. Il est spectaculaire de voir comment

on peut se métamorphoser après avoir retrouvé le plaisir de parler, d'ouvrir la bouche, de man-

ger et de rire. Il faut agir avant que les stigmates ne fassent partie intégrante de la personnalité et entraînent un isolement social et affectif complet. *“Jamais je n'ai voulu qu'un mec m'embrasse avec mes chicots pourris, avoue Mona. Ça doit l'écailler. Moi, en tout cas, je ne pourrais jamais embrasser un mec avec des dents pourries et sales comme les miennes !”*

JIMMY KEMPFER

Merci aux gens des Forums ASUD, hepatites.net... aux usagers et personnels de la Mosaique à Montreuil, de Charnonne, de la Clinique Liberté à Bagnous, de Sida Parole, à Act-Up, à Annie Rosset, et à tous les usagers, galeriens, teuffeurs et “toxicrates¹²” qui ont bien voulu me parler.

À ceux qui veulent en savoir plus sur le sujet, nous recommandons l' excellente synthèse du Dr Fabien Cohen dans l'ouvrage : “Les traitements de substitution pour les usagers de drogues” de D. Touzeau et C. Jacquot, Ed. Arnette, 1997.

¹² Usagers de drogues socialement bien insérés ou issus de classes sociales favorisées

Coût des prothèses : le point de vue d'Annie Rosset

Annie Rosset, pilier de la Clinique Liberté à Bagnous (92) et travailleuse sociale engagée et efficace, est aussi l'antithèse de la langue de bois. Elle a aidé et soutenu de nombreux patients usagers dans leurs démarches pour les aider à retrouver une dentition satisfaisante. À part la prison, où le service est minimum mais gratuit, et quelques très rares services, aucun dispositif ne prend en charge la totalité d'une prothèse ou la mise en place de bridges, couronnes... et encore moins les très onéreux implants. L'aspect financier étant souvent un obstacle majeur à la restauration des dents, Annie a accepté de livrer quelques tuyaux utiles aux plus démunis. Les personnes dont les ressources mensuelles n'excèdent pas 744,67 euros¹ peuvent profiter d'un "crédit d'impôt"² qui octroie 100 à 400 euros (selon l'âge) directement versés à la mutuelle de leur choix pour aider à la mutualisation, à charge pour le bénéficiaire de payer le complément de la cotisation. Les bénéficiaires de l'AAH habitant Paris depuis au moins trois ans et touchant l'allocation spéciale de la ville de Paris peuvent demander à la mairie une aide exceptionnelle pour une mutuelle. Ensuite, dans certains cas, il est possible de faire une demande d'aide exceptionnelle et ponctuelle à la Sécurité Sociale. Celle-ci doit toujours être judicieusement argumentée et faite par un travailleur social. Mais on peut aussi s'adresser aux assistants sociaux de la Sécu, en général très compétents³.

Adhérer à une mutuelle

“Dans tous les cas, insiste Annie, il est vivement conseillé d'adhérer à une mutuelle d'abord et de demander l'aide ensuite si l'on veut que cela soit accepté, quitte à prendre le plus bas de la gamme et à opter pour mieux après. Il faut impérativement montrer qu'on fait des efforts financiers de son côté. Personnellement, je m'efforce de ne pas laisser apparaître dans mes demandes la moindre allusion à une éventuelle toxicomanie des personnes et je rédige mes courriers et demandes sur du papier à en-tête de l'hôpital auquel est rattachée la Clinique Liberté. On ne sait jamais quelles peuvent être les représentations concernant cette question chez les interlocuteurs et décideurs.”

Pour donner une idée du montant des aides cumulées parfois obtenues, Annie cite le cas d'un patient de la clinique Liberté : *“Le prix de son appareil dentaire complet avoisinait 2600 euros. Au total, nous avons obtenu 1800 euros. 800 euros restaient donc à la charge du patient, dont les paiements purent être échelonnés sur plusieurs mois.”* Ce chiffre est purement indicatif et correspond à un appareillage de moyenne gamme, le bas de gamme étant déconseillé dans la mesure du possible. *“Mais le plus dur, explique Annie, est sans doute d'amener les gens à faire la démarche, à aller chez le dentiste, chercher un devis, les suivre pour qu'ils respectent les rendez-vous...”*

Un travail en soi, sur la durée et à coordonner avec les contraintes administratives. Car les aides exceptionnelles de la Sécu sont perdues si la personne n'a pas fait les soins au bout d'un an... et tout est à refaire.

Une fois les prothèses posées, il faut s'y habituer. Certains patients ont besoin d'être soutenus pour accepter quelques jours de léger inconfort – un petit prix à payer pour retrouver un sourire éclatant. Et si alors parfois s'opère une métamorphose intéressante, c'est loin d'être systématique. Les gens vont mieux, ont retrouvé l'estime de soi et peuvent s'alimenter normalement, même si leurs problèmes psycho-sociaux ne sont pas résolus pour autant. Les soins dentaires sont une étape autant qu'un indicateur. Si les gens font les démarches d'eux-mêmes, cela prouve qu'ils sont dans une dynamique positive. - J. K.

¹ Et ne bénéficiant donc pas de la CMU complémentaire

² Voir : <http://mutuelle-assurance-assurprox.com/credit-d-impots.html>

³ Pour ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie, signalons le PASS bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière, connu pour la qualité de sa prise en charge, ainsi que le bus dentaire de la Seine-Saint-Denis

Mésentente préalable

Bien maigres remboursements, refus de soins: Gilles Pialoux expose le parcours d'obstacles de l'usager de drogues en quête de soins dentaires.

Comme cela est rappelé par ailleurs (voir page 8), les usagers de drogues peuvent cumuler des conditions sanitaires et sociales qui conduisent dans certains cas à un véritable délabrement dentaire: mauvaise hygiène bucco-dentaire, usage de stimulants entraînant une lacération gingivale, déséquilibre alimentaire, recours à des opiacés et modifications de la salive, baisse parfois associée des défenses immunitaires locales (VIH, hépatites chroniques), infections bactériennes récurrentes, etc.

Un tel délabrement dentaire, souvent installé, présent des années (voire des dizaines d'années) après l'usage de drogues ou la période d'errance sociale et sanitaire, pose d'importants problèmes de prise en charge, d'acceptabilité, et freine bien sûr la réinsertion sociale et la réhabilitation des usagers dans la société. Vient se joindre à cette complexité l'existence fréquente d'une infection VIH et/ou VHC, contre lesquelles les praticiens ont souvent beaucoup d'a priori et certaines craintes infondées.

Et comme si les choses n'étaient pas assez compliquées, la prise en charge de ces soins dentaires relève elle-même du casse-tête, malgré la possibilité dans certains cas d'une entente préalable – d'où le titre du présent article.

Maigres remboursements

On le sait, les soins dentaires, globalement, c'est "grosses dépenses et maigres remboursements": la consultation chez un dentiste conventionné est prise en charge à 70%, pour une couronne la sécurité sociale rembourse 70% du tarif conventionnel, c'est-à-dire entre 10% et 30% du prix réel, les implants et les soins esthétiques ne sont pas remboursés. Enfin, un appareil complet est remboursé sur la base de 174,86 euros par mâchoire alors que les prix varient de 1200 à 3500 euros...

Les patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU et CMU complémentaire) sont en principe pris en charge à 100% pour ce qui est des soins de caries, de détartrage et d'extraction. Quant aux prothèses, elles sont soumises à un seuil maximum d'honoraires à cause duquel il est parfois bien difficile de trouver un praticien.

Pour les usagers bénéficiant d'une allocation adulte handicapé, il est généralement impossible de bénéficier de la CMU complémentaire, et parfois assez difficile de trouver une mutuelle qui prenne en charge correctement les prothèses dentaires. Au total, une partie non négociable des soins conservateurs est à la charge du patient, ainsi que la quasi-totalité du prix des prothèses.

Une étude menée en 2002/2003 sur la population francilienne confirme combien le type de prise en charge influence le type de soins dentaires: les extractions dentaires, par exemple, sont environ deux fois plus nombreuses chez les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire (14,9% dans l'étude INVS) et chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (12,5%) que chez les bénéficiaires d'une mutuelle (6,9%).

Refus de soins

En ce qui concerne les usagers infectés par le VIH et/ou par le VHC, les refus de soins et les phénomènes discriminatoires ont été régulièrement dénoncés. On se souvient comment, le 25 novembre 2006, Act Up Paris avait interrompu une session du congrès annuel de l'Association dentaire de France (ADF) pour dénoncer les refus de soins dentaires aux personnes vivant avec le VIH. Comme l'a parfaitement pointé un sondage réalisé en 2005 par Sida Info Service concernant les discriminations, celles faites au cours de la prise en charge des pathologies bucco-dentaires apparaissent en première ligne.

Les fréquents refus de soins des dentistes rapportés par l'enquête de Sida Info Service et par le réseau d'Aides avaient permis, en 2005, un rappel à l'ordre du Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes sur l'inégalité du refus de soins et sa non justification médicale. Il est clair que, sur ce point, c'est plutôt l'irrationnel qui prime puisque les procédures mises à la disposition des chirurgiens-dentistes depuis bientôt vingt ans permettent une protection qui ne passe pas par la justification ou non de la séropositivité VIH/VHC.

Qui plus est, le dentiste ou le stomatologue est un personnage clé du dépistage des nombreuses lésions bucco-dentaires qui peuvent affecter les usagers, a fortiori contaminés par le VIH...



Délabrement dentaire et usage de drogues vus par les études scientifiques

De nombreuses études montrent que l'usage régulier des drogues peut provoquer des dégradations dentaires extensives, allant de la simple carie à la destruction totale des dents. D'importantes études randomisées seraient nécessaires pour comprendre ce phénomène. Mais le sujet est complexe vu le statut illégal des drogues et la variété des paramètres à considérer: teneur en principe actif, produits de coupage, associations diverses, modes de vie et d'alimentation, hygiène – sans parler des multiples facteurs individuels. Certains points semblent néanmoins faire consensus. Le Dr Vincent Pachabézian livre ici une petite synthèse des connaissances dans ce domaine, soutenue par sa propre expérience clinique.

Le rôle fondamental de la salive

La salive a une fonction d'hydrolyse (digestion) des glucides, un rôle tampon dans l'équilibre acide/base et du pH ainsi qu'une action antibactérienne. La modification de l'acidité salivaire a tendance à entraîner la formation de tartre qui va se transformer en plaque dentaire favorisant les caries et affections parodontales telles que gingivites, parodontites...

De nombreux produits psychoactifs tels les opiacés (y compris les médicaments opiacés de substitution), amphétamines, cannabis, médicaments psychotropes,

mais également le tabac et l'alcool peuvent contribuer à diminuer le débit de salive (hyposialie), provoquant une sécheresse de la bouche (xérostomie). L'existence d'une hépatite C peut favoriser cette hyposialie (surtout en cas de cryoglobulinémie ou de lésions hépatiques sévères).

En cas d'usage plus ou moins prolongé, ce phénomène peut altérer toutes les parties de la bouche (langue, gencives, glandes salivaires...) et entraîner une prolifération bactérienne qui va développer la plaque dentaire à partir du tartre qui se dépose sur les dents. En l'absence de soins, la zone qui entoure la dent en dessous du collet (le parodonte ou périodonte) va être attaquée, entraînant, en l'absence de soins, des caries puis la chute des dents.

Les facteurs d'aggravation

Les conditions de vie de certains usagers de drogues s'accompagnent souvent d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire par absence de brossage. L'usage de certains stimulants (comme le crack) peut entraîner une trituration intempestive et maniaque des gencives entraînant une laceration gingivale. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui ont une alimentation très déséquilibrée, essentiellement tournée vers les sucres rapides. Le recours à des opiacés, de par leur effet anti-douleur, mais aussi les antalgiques et anti-inflammatoires classiques, ainsi que la prise d'antibiotiques pour parer aux risques d'infection peut amener un retard (parfois très dommageable) dans la mise en route des soins dentaires. Une baisse des défenses générales de l'immunité (VIH, hépatites auto-immunes et autres affections) favorise aussi la charge bactérienne, encore aggravée chez les fumeurs. Il existe par ailleurs un facteur héréditaire de fragilité buccodentaire.

Les pathologies les plus fréquentes

Les caries Elles sont dues à une déminéralisation progressive des tissus durs de la dent qui gagne peu à peu la face externe (vestibulaire) et la jonction entre la dent et la gencive des dents, (le collet). Non soignées elles risquent d'entraîner une fracture des dents. Elles sont en général causées par la plaque dentaire, la consommation

Bibliographie

Madinier I, Colloque "L'impact des addictions sur la santé bucco-dentaire", Paris 5 mai 2007

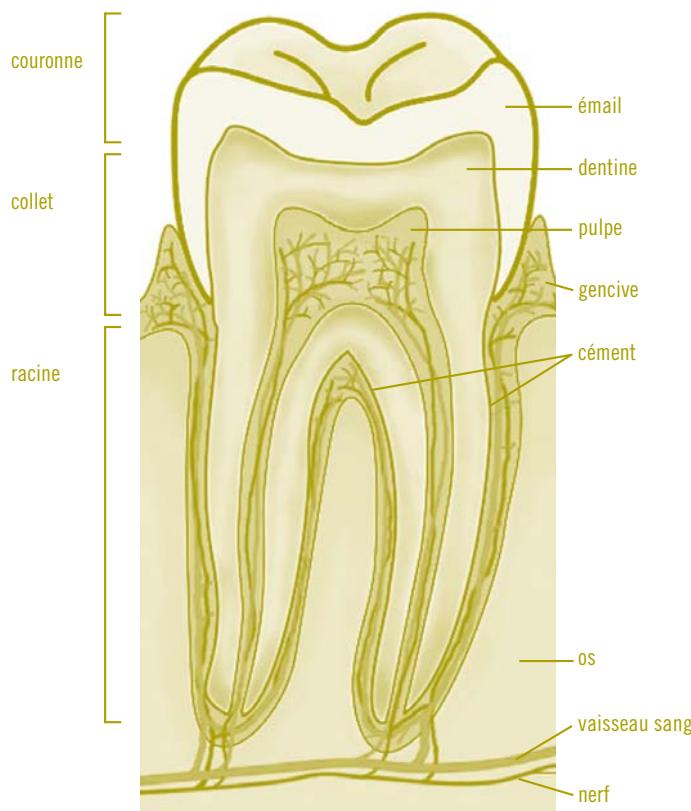
Hubert-Grossin K, George J, Laboux O. "Toxicomanie illicite: manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologiques", Rev Odont Stomat, 2003, 32, 119-34

Madinier I, Harroch J, Dugourd M et al., "État de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU de Nice", Presse Med, 2003, 32, 919-23

Cohen F, Le Courrier des Addictions, 1999, 1, 32-37

Nathwani NS, Gallagher JE, "Methadone: dental risks and preventive action", Dent Update, 2008, 35(8), 542-4, 547-8

Colloque "Addictologie et santé bucco-dentaire", 5 octobre 2007 (textes disponibles sur le site de l'Union française pour la santé bucco-dentaire : www.ufsbd.fr)



de sures, un déficit d'hygiène, la négligence des soins, des facteurs individuels, le temps... paramètres qui se conjuguent avec les conséquences de l'usage ou de l'abus des produits psychotropes, qui peuvent aggraver le problème.

Les mycoses buccales La modification de la sécrétion salivaire favorise le développement de mycoses (perlèche, muguet...).

L'halitose Les altérations dentaires, foyers infectieux, perturbations de l'écologie buccale peuvent générer une

Quelques conseils pratiques

- / L'accompagnement d'un usager de drogues ou d'un ancien usager de drogues (en traitement de substitution ou non) nécessite une démarche volontaire, systématique et préparée.
- / La planification des rendez-vous auprès d'un praticien impliqué dans la démarche de soin des UD devra être organisée avec le patient avec la mise en évidence des objectifs. Ce praticien devra envisager des séances courtes et bien rassurer et soulager le patient sur sa crainte de la douleur.
- / Une attention particulière doit être portée sur les personnes en traitement de substitution aux opiacés quand elles sont amenées à diminuer, voire à arrêter, leurs traitements, laissant émerger des pulpites douloureuses.
- / L'hygiène bucco-dentaire doit être rigoureuse, avec brossage des dents de qualité, utilisation du fil dentaire de soie, brossettes interdentaires ; il est recommandé de faire aider des conseils d'un dentiste.
- / Il ne faudra pas omettre la discussion sur le tabac et sur l'impact d'une décision d'arrêter de fumer, quand un patient décide de prendre en charge sa bouche et se rend chez son dentiste.

mauvaise haleine ; souvent majorée par l'alcool, le tabac, les psychotropes et les troubles digestifs.

Les parodontites ou altérations du parodonte Le développement de la plaque dentaire (dont la couleur peut varier du blanc au noir) au niveau du collet va provoquer une inflammation des gencives, qui deviennent rouges, gonflées, et entraîner des saignements (gingivite). Non traitée, l'inflammation devient un foyer infectieux et évolue vers la parodontite, qui va progressivement détruire l'os alvéolaire. La dent se déchausse et devient mobile, créant un espace appelé poche parodontale (sa gravité peut être testée à l'aide d'une sonde). Cliniquement, la mobilité des dents atteintes augmente alors jusqu'à leur chute, parfois spontanée.

Crispations des mâchoires, serrage des dents ou bruxisme Le fait de serrer fortement les dents, fréquent lors de la consommation de stimulants et de certains hallucinogènes, peut entraîner douleurs musculaires et "courbatures" de la mâchoire. Chez certains, cela entraîne des grincements de dents avec déplacements de la mâchoire, essentiellement nocturne et inconscient. En cas d'usage fréquent, le bruxisme a tendance à provoquer une usure progressive des dents, voire des fractures.

Lésions muqueuses type fissuration, érosion Les lésions décolorées des muqueuses (leucoplasies) sont principalement liées à l'usage du tabac et de l'alcool, mais aussi du cannabis et des fumées aspirées très chaudes. Toute lésion persistante ou grave de la bouche nécessite impérativement une exploration plus poussée et doit faire discuter une éventuelle néoplasie des voies aérodigestives supérieures.

Les souffrances dentaires et les problèmes de mastication Quand l'inflammation s'est installée, les muqueuses sont épaissies, rouges et lissées, provoquant des douleurs de la langue (glossodynie) et de l'ensemble de la bouche (stomatodynie) rendant la mastication très douloureuse, voire impossible. L'alimentation devient de plus en plus difficile et peut devenir un véritable calvaire. Le chaud, le froid, l'acide, le sucré, la simple pression vont déclencher des rages de dents aiguës (pulpites). Par ailleurs, la douleur et l'hypersensibilité permanente ainsi que la prise de psychotropes modifient la réaction aux anesthésiants locaux, nécessitant une adaptation des dosages qu'il convient parfois d'augmenter.

Retenissement général Le délabrement dentaire va ainsi entraîner une perte de l'esthétique et une difficulté d'élocution. Toute tentative de réinsertion sociale passe par une réhabilitation de l'appareil dentaire (prothèses, bridges, soins divers...). La souffrance dentaire et la détérioration de l'image de soi peuvent accentuer les troubles psychiatriques et anxiodepressifs.

VINCENT PACHABÉZIAN



Soins dentaires l'avis d'une consultante spécialisée

La santé dentaire des usagers de drogues est un réel problème, particulièrement quand la précarité s'en mêle. Quels sont les traitements adaptés ? Comment se passe la prise en charge ? À quel prix ? Les réponses du Pr Isabelle Madinier, responsable d'une consultation spécialisée au CHU de Nice.

Soigner les dents des usagers de drogue nécessite une approche spécifique. De nombreux médecins sont plutôt réticents à les prendre en charge, comme le souligne Isabelle Madinier, praticien hospitalier en odontologie au CHU de Nice et professeur à l'université de Nice Sophia Antipolis : "Nous avons été obligés de créer une consultation dentaire spécifique hépatite C, VIH, toxicomanie à Nice, avec un environnement médical adapté à ces patients. Les toxicomanes vus à cette consultation, souvent en grande précarité et polytoxicomanes, sont souvent des patients difficiles pour les chirurgiens-dentistes : absentéisme aux rendez-vous, grosse angoisse vis-à-vis des soins dentaires qui peut parfois se traduire par de l'agressivité." Le Pr Madinier a donc créé sa consultation spécialisée en 2002. La population suivie est essentiellement constituée d'hommes âgés de 35 à 50 ans, pratiquement tous bénéficiant de l'allocation adulte handicapé ou en demande d'aide médicale d'État, tous VIH+ et/ou VHC+. Environ 5 % à 10 % sont sans domicile.

“Des patients viennent trop tard”

Caries induites par l'héroïne, absence totale d'hygiène dentaire, peur du dentiste... Au final, le constat est très

souvent un état dentaire catastrophique quasiment irrécupérable. Paradoxalement, les traitements de substitution pourraient aggraver le problème, en retardant la consultation, affirme le Pr Madinier. "La méthadone ou la buprénorphine ont l'effet pervers de rendre supportables les douleurs dentaires chroniques et de pousser les patients à retarder le recours aux soins, estime-t-elle. Quand ils sont resocialisés et décidés à faire des soins dentaires, les patients viennent nous voir trop tard !". La solution est alors radicale : "malheureusement le seul traitement à proposer c'est généralement de leur extraire (arracher) entre 5 et 15 dents en moyenne". Car essayer de préserver les dents semble une mission impossible pour les usagers vus dans ce service : "On pourrait en théorie pratiquer des soins conservateurs, mais comme ces patients ont souvent des caries sur toutes les dents, il faudrait environ 25 séances de soins et surtout une hygiène bucco-dentaire parfaite pendant toute la durée des soins et après. De plus, les caries du toxicomane récidivent en quelques mois après la pose d'un composite ("ciment blanc") ou d'un amalgame ("plombage")." Les couronnes posent les mêmes problèmes, avec reprise des caries entre la couronne et la gencive.

Un protocole de soins simple et rapide ?

Comme le souligne le professeur Madinier, le facteur qui va souvent conditionner le choix du protocole de soins est l'absentéisme. Inutile de prévoir un protocole de soin sur plusieurs séances, quand on sait que le patient a une chance sur deux de ne pas venir la séance suivante. Comment prendre en charge alors les problèmes dentaires chez les usagers de drogue, en tenant compte de cette incertitude ? "Nous avons mis au point un protocole de soins simplifié, qui fonctionne assez bien : faire toutes les extractions dentaires en une seule fois sous anesthésie générale, puis placer deux prothèses dentaires amovibles, le tout en 5 ou 6 séances" explique le Pr Madinier.

Les anesthésiques des dentistes sont-ils efficaces chez les usagers de drogues ?

"Les anesthésies dentaires ne posent aucun problème chez les usagers, y compris chez les cocaïnomanes, souligne le Pr Madinier. En effet, les drogues agissent sur les synapses de neurones qui sont dans le cerveau. Au contraire, les anesthésiques dentaires agissent localement ; ils n'ont aucun contact avec les synapses du cerveau et ils agissent en bloquant l'influx nerveux au niveau des axones dans les mâchoires. Leurs cibles sont des pompes à ions, rien à voir avec la cible des drogues dans le cerveau".

Dans ce cas, d'où vient l'allégation selon laquelle ces médicaments n'agiraient pas ? Pour le Pr Madinier, la réponse est simple : "Les toxicomanes ont souvent une peur exacerbée des dentistes, avec des mouvements imprévisibles et un risque de blessure pour le chirurgien-dentiste. Donc on dit "désolé, l'anesthésie ne prend pas, allez à l'hôpital faire les extractions sous anesthésie générale."'

Un protocole qui permet en un minimum de rendez-vous de proposer une solution adaptée.

Pour remplacer les dents extraites, inutile de songer aux implants : comme pour les soins conservateurs, ils nécessitent plusieurs séances, donc une certaine assiduité des patients (d'autant plus s'il y a un grand nombre de dents à remplacer). L'hygiène bucco-dentaire doit là encore être irréprochable avant, pendant et après la pose des implants, sinon le risque d'échec est important (pas d'ostéo-intégration de l'implant, risque de septicémie). Sans parler du coût élevé de cette solution (voir ci-dessous). A priori, la solution la plus adaptée, ce sont donc les "prothèses amovibles", plus connues sous le nom de dentiers. Ils posent moins de problèmes de risque infectieux, et ils permettent de redonner rapidement un sourire et une capacité à mastiquer pour les usagers à qui l'on a extrait un grand nombre de dents.

Le coût des traitements pose problème

Comme pour tous les soins dentaires, la question du coût des traitements se pose toujours. C'est encore plus vrai pour les usagers de drogue, souvent très précarisés.

Sur le papier, pas de problème pour ceux qui bénéficient de la CMU : les soins courants (y compris les extractions) sont pris en charge. Idem pour ceux qui ont la sécurité sociale et une mutuelle complémentaire. Pour ceux qui n'ont pas de mutuelle, ou qui bénéficient de l'allocation adulte handicapé, il restera toujours 30 % des soins du dentiste à payer.

Reste que la prise en charge des soins courants n'est pas forcément le problème : les soins des caries, les plombages, etc. sont pris en charge, mais pour les usagers de drogue, les soins conservateurs sont rares : on passe directement par la case prothèse et les remboursements sont une autre affaire.

Prévenir la carie de l'héroïnomane

La grande précarité des usagers injecteurs ne favorise pas bien sûr une bonne hygiène bucco-dentaire. Mais la responsabilité de l'héroïne (quid des autres opiacés ?) sur la survenue de caries à progression rapide semble aujourd'hui démontrée. Pourtant, le mécanisme à l'origine de ce phénomène est encore obscur.

Le Pr Madinier travaille à l'identification des causes de cette dégradation, avec une piste sérieuse issue d'études cliniques. Un travail de recherche qui demande un investissement important, pour éventuellement déboucher sur un traitement. *"Nous avons fait plusieurs demandes de financement pour ce projet de recherche, souligne le Pr Madinier, qui ont toutes été refusées : les dents des usagers de drogue, ça n'intéresse personne. Pourtant, c'est un pré-requis à toute tentative de réinsertion sociale et professionnelle".* Mais la scientifique ne perd pas espoir de pouvoir mener à bien ce projet, qui pourrait réellement aider les usagers mais également faire avancer les connaissances sur les caries et la santé dentaire.

Impossible de trouver une prothèse au tarif "sécu". La CMU complémentaire prévoit certes le remboursement de 100 % du tarif de la convention, plus un forfait complémentaire. Cela exclut néanmoins les implants : à environ 1 500 euros chaque implant, et vu le nombre d'implants à poser. En effet, les implants ne sont remboursés ni par la sécurité sociale ni par les mutuelles (exceptés certains contrats "haut de gamme" avec un remboursement très partiel), ni par la CMU. Une solution alternative peut-être la mise en place de 2 à 4 implants fixes sur lesquels le patient clipe une prothèse amovible (ce qui permet de poser moins d'implants que de dents à remplacer). Mais le coût reste toujours élevé et la question d'une bonne hygiène bucco-dentaire reste essentielle.

Il reste donc la solution des prothèses amovibles simples. Mais là encore même la CMU avec rallonge ne couvre pas forcément leur prix. Par exemple pour une prothèse de 8 dents, facturée 650 euros, la CMU complémentaire couvre les 100 % du tarif sécu (107,50 euros) plus un forfait de 326,50 euros (soit au total 434 euros). C'est donc loin de couvrir le prix total de la prothèse. La question se pose aussi bien sûr pour les patients sous le régime général de la sécurité sociale, qui avec ou sans mutuelle, n'auront pas la totalité des soins remboursés. Même ceux sous ALD ne bénéficient pas du remboursement total des soins dentaires en cas de prothèses. Cependant, il est parfois possible, avec un devis écrit, de faire une demande de financement complémentaire directement à sa caisse de sécurité sociale.

Mais il faut souligner toutefois que le prix n'est pas le seul frein à l'accès au soin, comme l'a montré l'expérience du CHU de Nice. La consultation dentaire avait en effet obtenu des financements pour une prise en charge totale des soins des patients usagers de drogue. Et le bilan final fut pourtant un demi-échec : 1/3 d'absentéisme aux rendez-vous et un nombre non négligeable de prothèses non réclamées...

Les difficultés liées à la prise en charge des soins dentaires des usagers de drogue montrent que là encore, la meilleure solution reste la prévention. Mais difficile de prévenir les caries et les problèmes dentaires chez des individus souvent en grande précarité, dont les polyconsommations elles-mêmes sont un facteur aggravant.

Pour le Pr Isabelle Madinier, les ravages des drogues sur les dents devraient être plus mis en avant dans les campagnes de prévention auprès des jeunes. Cela permettrait de faire passer un message simple à tous ceux qui seraient un jour tentés par l'expérience des substances illicites : non seulement vous allez y laisser votre santé, mais vous allez y laisser vos dents.

ALAIN SOUSA

ONU Mission impossible 2

ANALYSE

La Commission des stupéfiants de l'ONU s'est tenue à Vienne (Autriche) les 11 et 12 mars. Elle avait la lourde tache de faire le bilan de dix années de politiques mondiales anti-drogues lancées par l'Assemblée générale des Nations unies en 1998, et d'impulser un nouveau plan d'action. Didier Jayle, ex-président de la Mildt et titulaire de la chaire d'addictologie de la Cnam, revient sur cette occasion manquée.

En 1998, lors d'une séance extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU (Ungass), une déclaration solennelle des États rassemblés au plus haut niveau prenait l'engagement de tout mettre en œuvre pour éradiquer ou diminuer substantiellement la production et la consommation de l'ensemble des drogues illicites dans le monde dans les 10 ans. Le bilan dressé 10 ans plus tard par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ne se montre pas à la hauteur des attentes : la production d'opium a plus que doublé (4 200 à 8 900 tonnes), celle de cocaïne a augmenté de 20 % (de 800 à 1 000 tonnes), celle du cannabis de 60 % (de 25 000 à 40 000 tonnes), celle des amphétamines n'a pas diminué¹.

Les politiques de destruction des cultures manuellement ou par fumigation, telles qu'elles sont pratiquées en Amérique latine pour la coca, peuvent engendrer des succès temporaires au niveau local en termes de production ou de trafic mais ne changent rien pour ce qui est des mêmes indicateurs à un niveau régional. Les narcotraiquants s'adaptent aux difficultés pour maintenir une production largement suffisante pour fournir la demande. Les sommes énormes investies pour les cultures de substitution, notamment en Colombie et en Afghanistan, n'ont pas eu pour effet de faire baisser la production.

Parallèlement, la lutte contre le trafic progresse

¹ "World Drug Report 2008", disponible (ainsi qu'un résumé en français) sur le site www.unodc.org

² www.unodc.org

Des prix toujours à la baisse

Cela autorise-t-il l'ONUDC à commencer ses rapports par : "le contrôle des drogues est efficace et le problème mondial de la drogue est circonscrit" (2006), "le présent rapport apporte de nouvelles preuves de cette tendance" (2007) ou "la production des drogues s'est stabilisée" (2009)²? Nous ne le pensons pas. D'autant que l'augmentation des saisies s'accompagne paradoxalement d'une baisse du prix des produits qui les rend plus accessibles à un plus grand nombre. Pour ne parler que de la cocaïne, le gramme était vendu en Europe 600 dollars en 1980, 200 en 1990, 100 en 2000, et il continue de baisser³.

Dans le même temps, le raidissement des politiques publiques engendre souvent une montée de violences, comme on l'a vu au Mexique (5 300 morts violentes recensées en 2008 liées aux activités criminelles des cartels de la drogue), en Thaïlande (2 800 assassinats entre février et avril 2003, dans une guerre lancée par le premier ministre d'alors, Thaksin Shinawatra, pour juguler le trafic et la consommation de drogue dans le royaume) ou en Colombie (30 000 morts violentes par an, dont une part importante est attribuée au narcotrafic, étroitement associé à la guérilla).

Pour ce qui est des consommations, l'usage d'héroïne s'est répandu massivement dans les pays de la "route de la drogue", entre l'Afghanistan, où se concentre l'essentiel de la production mondiale, et l'Europe : en particulier en Iran et en Russie, avec une flambée historique du VIH/sida. La consommation de cocaïne a baissé aux États-Unis mais augmente sensiblement au Brésil et en Europe occidentale. L'Afrique devient inexorablement la

³ A report on global illicit drugs markets 1997-2007, éditeurs : Peter Reuter (RAND) et Franz Trautmann (Trimbos Institute), Commission européenne, 2009

Vienne 2009 : les critiques des associations

La déclaration finale des 53 États membres de la commission des stupéfiants de l'ONU, mise au point après des mois de discussions difficiles, a reconnu *“une responsabilité partagée”* dans la lutte contre la drogue et appelé à une *“approche équilibrée et complète”* du problème. Mais la notion de réduction des risques en a été écartée. Du coup, **Human Rights Watch**, **l'International AIDS Society (IAS)** et **l'International Harm Reduction Association (IHRA)** ont pressé les États de rejeter cette déclaration, car elle omet *“des mesures indispensables en matière de droits de l'homme et de lutte contre l'épidémie VIH”*.

Une coordination d'associations européennes d'usagers, dont **Asud** et **le Circ**, a participé le 11 mars à un rassemblement devant le bâtiment de l'ONU à Vienne contre la politique de *“guerre à la drogue”*, demandant *“une politique plus pragmatique, qui priviliege la réduction des risques plutôt qu'une répression aveugle et contre-productive”*.

Lors d'une conférence de presse tenue le 10 mars à Paris, **Asud**, **le Circ** et **Act Up** ont protesté contre les effets de cette politique en France, dénonçant une *“escalade”* des interpellations pour simple usage, avec *“en moyenne 10 % d'augmentation par an”*, et témoignant d'interpellations récurrentes autour des lieux d'intervention des associations de RdR ou près des distributeurs de seringues. Pour les associations, il s'agit d'une *“entrave”* à la politique de RdR et d'*“un retour en arrière”*. Face aux dégâts de la *“guerre à la drogue”*, Jean-Pierre Galland, du CIRC, s'est élevé contre la confiscation de la parole des anti-prohibitionnistes à l'œuvre depuis 2002, et Pierre Chapard a réaffirmé la *“volonté”* d'Asud de *“soutenir la dépénalisation de toutes les drogues”*.

De son côté, **l'Anitea** a aussi réagi à la déclaration de la commission des stupéfiants de l'ONU, prenant acte d'un certain rééquilibrage des objectifs mais regrettant que la place des approches de RdR y soit *“plus évoquée qu'affirmée”*. Elle regrette aussi *“que la France n'ait pas su mieux intégrer les associations à cette procédure”*. - N. H.

plaqué tournante de toutes les drogues, et il y a peu de risques de se tromper en prévoyant une explosion de la consommation dans ces nouveaux comptoirs du trafic international.

Pas un mot sur la RdR

Pas de quoi s'étonner dans ces conditions que l'ONU ait renoncé à marquer l'anniversaire des 10 ans de l'Ungass par une nouvelle séance solennelle et préféré confier à la discrète conférence annuelle des stupéfiants de Vienne le soin de tirer le bilan de la décennie passée et de faire les recommandations pour la suivante. Les délégations ministérielles, pas toujours représentées à haut niveau, se sont félicitées des progrès accomplis et se sont mises d'accord pour recommencer la même politique pour les 10 ans à venir.

Pas un mot dans la déclaration finale sur la réduction des risques (RdR), encore entourée d'un parfum subversif, malgré ses succès clairs et indiscutables sur la propagation du sida et des hépatites. Succès reconnus par l'OMS, le Fonds Mondial et même l'ONUDC qui finance aujourd'hui des programmes méthadone. Les États de l'UE y étaient pourtant favorables – sauf l'Italie, pressée par le Vatican d'y renoncer (y aurait-il une alliance obscure entre le pape et le VIH?). La Russie y est toujours opposée. Le vrai regret provient des États-Unis, dont les représentants sont restés résolument contre la RdR ; on s'attendait à un *“effet Obama”* qui ne s'est pas fait sentir sur ce dossier.

C'est une occasion manquée, car même si la RdR continue de gagner du terrain, y compris dans les pays qui officiellement la désapprouvent, une reconnaissance officielle aurait favorisé son extension rapide à la hauteur des enjeux, singulièrement en Europe de l'Est et en Asie. Au passage, on s'interroge sur la position actuelle de la France qui, après avoir activement défendu la RdR jusqu'à la faire inscrire dans la loi en 2004, est devenue très timide sur le sujet, particulièrement pendant la présidence européenne.

Une nouvelle approche

Les politiques publiques des États restent inspirées par les conventions internationales qui régissent le système de la prohibition des produits stupéfiants. Les conventions ont été utiles pour régler le problème de l'opium en Chine au début du XX^e siècle, et agir sur des États dealers (principalement la France et l'Angleterre dans leur commerce de l'opium en Asie). Sont-elles adaptées aux problèmes des drogues aujourd'hui pour lutter contre les multinationales du narcotrafic qui surfent sur la mondialisation, corrompent les administrations des pays pauvres, s'adaptent avec rapidité aux obstacles bureaucratiques, ne connaissent ni loi ni frontières ?

Malgré les moyens considérables consacrés à la lutte contre le trafic, le marché des drogues se porte bien. Pourtant, une nouvelle approche des conventions centrées sur la réduction des risques, une approche cohérente et éclairée basée sur les faits en tenant compte de la spécificité des produits, serait souhaitable. Ce n'est pas ce qui a été ébauché à Vienne en mars.

DIDIER JAYLE

Bangkok

Sous le signe de la dériminalisation

ACTUALITÉ

La 20^e Conférence internationale sur la réduction de risques (RdR) s'est tenue à Bangkok (Thaïlande) en avril. Fabrice Olivet rapporte pour Swaps ce qu'il a retenu de cet important rendez-vous.

L'association internationale de réduction de risques liés à l'usage des drogues – *International Harm Reduction Association* (IHRA) – a réuni les experts internationaux de quatre-vingts pays à Bangkok, du 20 au 24 avril. Cette année, le cru est de qualité. La “dériminalisation” (*decriminalization*) est le mot-clé des partisans de la réduction des risques pour les années à venir. Ce rayon de soleil international est peut-être à même de réchauffer le débat français sur les drogues, gelé depuis plus de dix ans. Qui connaît l'IHRA en France ? Pratiquement personne. Les salariés des Caarud, des Csapa ou les médecins prescripteurs de traitements de substitution ignorent l'existence d'une association d'envergure mondiale, dont l'objet est l'*harm reduction policy related drugs*, c'est-à-dire la politique de “réduction des risques”. Cette ignorance a des causes factuelles, liée aux origines anglo-saxonnes de l'IHRA et au peu d'inclinaison de nos compatriotes pour les événements internationaux en général, et pour la langue de Shakespeare en particulier. Cependant, au-delà de la forme, la conférence de Bangkok vient d'illustrer le hiatus fondamental qui existe entre l'*harm reduction policy* et la réduction des risques à la française. Nos amis anglo-saxons ont toujours privilégié une approche basée sur les *human rights* – les droits de la personne à consommer les substances de leur choix sans subir de stigmatisation. En France, la réduction des risques, officialisée en 2004, n'est pas une politique, encore moins une philosophie, mais une méthode de prévention des risques infectieux censée être plus efficace auprès des certaines populations d'exclus.

Une question de droits

Ce hiatus mérite d'être souligné car il est probablement à l'origine du désintérêt de nos compatriotes pour la RdR. Les débats d'experts, centrés sur des questions techniques comme le kit stérile ou la classification de la buprénorphine comme stupéfiant, ont de la difficulté à franchir le cercle des professionnels et des personnes concernées. La conférence de Bangkok nous rappelle qu'une véritable réduction des risques propose d'autres perspectives politiques à nos sociétés, et surtout parle du droit, “*le droit à la santé, le droit à l'égalité devant la loi et mais aussi et surtout le droit à la vie privée*”, comme l'a souligné le directeur du Fonds mondial contre le sida Michel Kazatchkine en plénière d'ouverture.

D'ailleurs, l'idée même d'autosupport des usagers de drogues a toujours été promue par l'IHRA. N'oublions pas la formule de John Mordaunt, prononcée en 1991 à la conférence de Rotterdam : “*La guerre à la drogue est d'abord une guerre menée contre les usagers de drogues.*”

Cette alliance entre la conférence annuelle de l'IHRA et les associations d'usagers ne s'est jamais démentie. Cette année, Éric Schneider, président d'Inpud (International Network of People Using Drugs) s'est exprimé au nom des usagers de drogues en plénière de clôture. Les Français seraient probablement plus à même de comprendre la nature politique de la RdR s'ils avaient l'opportunité d'assister à des échanges de ce niveau lorsque la question est évoquée par la presse nationale.

Quatre discours phares

Parmi la foule des orateurs de Bangkok, quatre personnalités, **Michel Kazatchkine** en session d'ouverture, **Manfred Nowak** et **Ethan Nadelman** à mi-parcours, et **Craig McClure** en clôture, ont su rythmer symboliquement cet événement en faisant de l'interdiction de consommer des drogues un préalable incompatible avec n'importe quelle politique de réduction des risques.

Commençons par un cocorico. Michel Kazatchkine est Français et professeur de médecine, il a une longue expérience de la prise en charge des malades du sida, notamment celle des usagers de drogues de Nova Dona, un centre d'accueil pionnier en matière de réduction des risques. Devenu en 2007 le directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, il est l'un des orateurs attendus, juste après l'introduction protocolaire du prince Sukhumbhand Paripatra, gouverneur de Bangkok : *“Les droits de l'homme doivent continuer d'être l'avant-garde de toutes nos actions...”* Voilà qui discrédite singulièrement les alibis hygiénistes prétendant cantonner la réduction des risques à la prévention des seules maladies virales. Michel Kazatchkine élève d'embûle le débat au niveau politique. Après avoir égratigné la célébration, à Shanghai, du centenaire de la première *“commission de l'opium de 1909... qui a conduit au système général de prohibition d'aujourd'hui”*, le Pr Kazatchkine dénonce clairement l'attitude de la Commission on Narcotic Drugs (CND) de l'ONU, dont les travaux ont été rendus publics à Vienne en mars (lire page 12) : *“Ce qui choque beaucoup d'entre nous, c'est l'entêtement scandaleux du CND à ne pas voir que les temps ont changé.”*

Des propos durs, confirmés le lendemain par Manfred Nowak, rapporteur spécial des Nations unies sur les cas de torture. Ce professeur de droit, célèbre pour avoir publiquement demandé des poursuites judiciaires à l'encontre de George Bush, est intervenu le 21 avril lors de la session sur les *Human rights in harm reduction*. C'est pour lui l'occasion de dénoncer la schizophrénie des organismes internationaux liés aux Nations unies. En 2007, Kofi Annan, alors secrétaire général de l'ONU, déclare en assemblée générale que la réduction des risques est aussi nécessaire aux usagers de drogues que la protection légale due aux enfants maltraités par les guerres. Un an plus tard, la Commission des drogues (CND) rappelle son objectif d'éradication en privilégiant les aspects les plus répressifs du système de prohibition et sans jamais mentionner la politique de réduction des risques. À Genève, l'ONU ne parle que des droits des usagers, à Vienne la CND ne s'occupe que de combattre la drogue. Cherchez l'erreur...



Michel Kazatchkine

DR



Manfred Nowak

DR



Ethan Nadelman

DR



Craig McClure

DR

Du nouveau du côté des États-Unis

Ethan Nadelman est le fondateur de la *Drug Policy Alliance*, une organisation nord-américaine financée par George Soros, le financier international. Encore un paradoxe, l'Amérique est à la fois le bastion des plus féroces partisans de la guerre à la drogue, un concept pratiquement inventé outre-Atlantique, et symétriquement ce pays abrite le plus puissant mouvement de lutte contre la prohibition dans le monde. Le Pr Nadelman est diplômé d'Oxford et de la London School of Economics, il a enseigné à Princeton mais ses discours s'adressent au citoyen plutôt qu'à l'érudit. Pour toucher le public, il utilise une rhétorique puissante, émotive, pas très éloignée de celle des pasteurs évangélistes, mais où la Bible est remplacée par le sens de la justice, et la foi par la conscience de nos droits élémentaires.

À l'IHRA, Ethan est un habitué et une vedette, il est probablement le meilleur orateur et il nous parle de l'icône planétaire du moment, le président Obama. Dans son ouvrage autobiographique *Dreams of my father*, celui-ci déclare sans ambages avoir consommé durant une période de sa vie estudiantine du cannabis et de la cocaïne. Quelques années auparavant, les médias américains avaient eu l'occasion de mesurer la pugnacité d'un Bill Clinton sur le sujet. Interrogé sur une éventuelle dilection pour l'herbe des campus dans les années 1970, celui-ci avait déclaré "*avoir essayé une fois mais sans avaler la fumée*". Avec Obama, les choses sont plus claires :

“Avez-vous pris des drogues ?

— Oui.

— Avez-vous aimé cela ?

— Bien sûr, c'est bien cela le problème.”

Sans avoir rompu avec une posture de combat de rigueur à la Maison Blanche, Obama a pris quelques mesures symboliques comme celle qui consiste à financer des programmes d'échange de seringues avec des fonds fédéraux, ce que ses prédécesseurs avaient toujours refusé. Il semblerait que ce frémissement sanctionne d'importants changements sociétaux, notamment en matière de cannabis. D'après Nadelmann, 40 % des personnes incarcérées dans les prisons d'État ou les prisons locales, celles du sheriff du coin par exemple, le sont pour des infractions liées à la consommation de marijuana. Les familles de la classe moyenne américaine, celles que l'on voit de la série *Weed*, commencent à mesurer l'absurdité de la véritable paranoïa qui sévit aux *States* depuis vingt ans : “*Pendant que les parents se sentent obligés de devoir fumer dans une petite pièce fermée avec des serviettes mouillées collées sous les portes et fenêtres, les enfants font la même chose dans la pièce d'à côté.*”

Pour la première fois, la société américaine semble prendre conscience de l'ineptie d'une répression qui touche toute la société et pas seulement les gangs blacks fournisseurs des “crack houses”. L'industrie du *drugs testing* a envahi l'univers de l'entreprise, de l'école, de la famille, et cela aussi commence à peser. Résultat, en 2009, pour la première fois 46 % d'Américains seraient favorables à une légalisation progressive du cannabis, quinze États ont déjà “décriminalisé” l'usage simple de cannabis, tandis que d'autres, de plus en plus nombreux, en autorisent l'usage médical.

Il s'agit d'une succession de petits signes qui, après une phase intense de “guerre à la drogue” menée tous azimuts sous l'ère Bush, laissent espérer une réelle décriminalisation de la question aux USA. Dernier symbole souligné par Ethan Nadelman à Bangkok, la réunion en février à Mexico de trois anciens présidents sud-américains, Cardoso le Brésilien, Zedillo le Mexicain et Gaviria le Colombien, déclarant unanimement que la guerre à la drogue est perdue et que seule la décriminalisation peut apporter un peu d'oxygène à une situation bloquée.

L'apothéose McClure

Décriminalisation de l'usage privé. C'est-à-dire, pour nous Français, le retour à l'*ante* loi de 1970. Voilà l'enjeu politique que doit viser la réduction des risques à l'échelle planétaire selon le directeur de l'IHRA, Gerry Stimson, qui introduit la session de clôture avant de céder la parole à Craig McClure, le directeur de l'IAS – encore un sigle. *Mister McClure* est le directeur exécutif de l'une des plus importantes ONG internationales. L'IAS gère les conférences mondiales qui réunissent une fois tous les deux ans l'essentiel des experts et des militants de la lutte contre le sida. En costume-cravate, lunettes, très british, il débute un discours qui va peu à peu drainer la salle vers une “standing ovation” frénétique.

En résumé : “*Ne disons plus “elle” ou “lui” en parlant des usagers de drogues mais “moi” et “toi” qui consommons différents produits psychotropes et gérons nos dépendances comme nous le pouvons. Ne disons plus “ça” en parlant de la drogue, car une molécule ne peut être un sujet, mais “nous”.*” C'est la première fois à ma connaissance qu'un officiel représentant d'une ONG de premier plan ose s'identifier aux drogués.

Sa conclusion est splendide : “*La peur n'est pas un sentiment qui engendre la paix, mais la guerre.*” Craig McClure pense que les camps prohibitioniste et anti-prohibitioniste peuvent se réconcilier si la peur est peu à peu exclue du débat.

Drogues et cultures, au-delà des stéréotypes

COMPTE RENDU

Penser les rapports entre "drogues" et "cultures": c'était l'objectif de la conférence internationale organisée à Paris en décembre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la chaire santé de Sciences Po¹. Swaps revient sur certaines des interventions les plus marquantes, et Jimmy Kempfer propose un commentaire sur trois jours de débats riches et ô combien utiles dans un domaine où il est si souvent difficile d'éviter les stéréotypes.

Stéréotypes à l'œuvre y compris au sein même des professionnels intervenant dans le champ de la toxicomanie, estime d'ailleurs Tom Decorte. Professeur de criminologie à Gand (Belgique), il a exposé les effets pervers entraînés par le statut illicite de l'usage de drogues : la perception des mécanismes de contrôle génère des "populations captives", elles-mêmes sources de données scientifiques parcellaires et biaisées. En découle une vision étroite qui s'impose aux experts, juges et médecins : *"La peur scientifique de la défonce entraîne un concept politico-moral de la dépendance. Or la défonce n'est pas la dépendance."* Ainsi, dans la plupart des cas, la consommation de substances sources de plaisir ne revêt pas un caractère pathologique. Il n'en demeure pas moins, note-t-il, que *"parler d'une utilisation contrôlée est vu par certains comme une apologie de l'usage"*.

Ce constat a été repris dans d'autres interventions qui ont traité des constructions sociales (lire l'article de Jimmy Kempfer page 19).

Approches anthropologiques et sociologiques

Pour éclairer les processus sociaux par lesquels les substances psychoactives émergent en tant que "drogues", les organisateurs ont fait appel aux savoirs issus des sciences sociales, en particulier les approches anthropologiques et sociologiques.

L'anthropologue Véronique Nahoum-Grappe a

ainsi présenté une réflexion sur les liens entre conduites d'excès et jeunesse. Dans les normes festives européennes, il existe un temps cérémoniel et un temps "carnavalesque", celui de la nuit. Dans ce second espace, *"le héros, c'est le jeune"*. Or la nuit est la niche des conduites d'excès. De surcroît, la culture de la *"déliaison extatique immédiate"*, ou vertige, a acquis une séduction formidable. Or le vertige est aussi au cœur de la problématique de la prise de psychotropes. Ainsi *"les conduites d'excès, d'ingestion de psychotropes, deviennent le seul cadre du temps festif qui s'effiloche car il n'est plus porté par une temporalité finie/définie"*.

Battant en brèche la notion de drogue comme fléau social, le sociologue Michel Kokoreff a montré qu'au-delà de la vision sociale – bien réelle – de l'usage et du trafic de drogues, c'est une *"pluralité de logiques"* (économiques, raciales, institutionnelles, politiques...) qui est à l'œuvre. La figure du toxicomane, "exclu parmi les exclus", fonctionne comme un stéréotype qu'il s'agit de nuancer : le trafic, par exemple, constitue un travail à part entière, dont il a détaillé les règles, et les normes qu'il produit.

Emmanuel Langlois, lui aussi sociologue, a pour sa part évoqué une nouvelle figure, celle du "substitué". Présentant le cas d'un ex-toxicomane qui ne parvient pas à se glisser dans ce nouveau statut, il note que la substitution a entraîné un "grand vide" dans sa vie : *"Le "substitué" doit porter nos espoirs sur les drogues et sur la santé. C'est trop lourd."*



¹ avec le soutien de l'OEVT et du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe). Les vidéos de la conférence sont mises en ligne courant mai sur le site www.droguesetcultures2008.com. Par ailleurs, un ouvrage sur les thématiques développées lors de la conférence et associant les orateurs doit être publié chez un éditeur anglo-saxon sous l'égide de l'OFDT et de la Chaire Santé de Sciences Po.



Des villages iraniens aux boîtes techno d'Hongkong

Trois présentations ont apporté des éléments concrets de réflexion sur les tenants culturels de l'usage de drogues dans des communautés particulières : le sociologue iranien Hassan Hosseini a déchiffré la question de la consommation d'opium et de produits opiacés en Iran à la lumière de l'ancrage occulté de ces usages dans la culture rurale de ce pays. L'opium y est parfois consommé dans un cadre convivial à l'occasion de cérémonies ou d'événements culturels ou familiaux, mais les quantités consommées ne sont jamais abusives. Ainsi, lors des mariages, servir de l'opium aux invités constitue un signe de bienvenue et une forme de respect².

Reconnu pour son travail auprès des crackeurs d'East Harlem, l'anthropologue américain Philippe Bourgois a présenté la nouvelle recherche qu'il a menée pendant huit ans avec le photographe Jeff Schonberg, dans laquelle il décrypte le poids de la dynamique néolibérale en œuvre aux États-Unis sur la vie des sans-abri héroïnomanes et fumeurs de crack de San Francisco : il s'agit pour lui d'une forme de gouvernement "punitif" : le rationnement des ressources rend les cliniciens "intraitables", "les soins médicaux étant remis à plus tard, jusqu'à ce qu'ils soient moribonds" (lire *Swaps* n°53).

Geoffrey Hunt a pour sa part comparé la culture des espaces festifs et de danse techno à San Francisco, Rotterdam et Hongkong, en cherchant à déterminer si ces phénomènes s'inscrivaient dans une occidentalisation ou bien plutôt dans une hybridation des comportements des jeunes. Au-delà de la globalisation de la culture "acid house", l'émergence de l'usage de la kétamine comme drogue privilégiée à Hongkong alors qu'elle est presque absente à San Francisco incite à ne pas sous-estimer les adaptations locales de cette culture, elles-mêmes éventuellement liées à une grande disponibilité de certains produits, à leur statut local où à des aspects législatifs. S'il apparaît impossible de résumer ici l'ensemble des interventions survenues durant ces débats devant un auditoire qui regroupait professionnels du champ, universitaires, politiques, représentants d'associations..., on peut penser, comme le disait le président de la Milté Étienne Apaire en ouverture de ce colloque, que "ces travaux sont appelés à durer".

NESTOR HERVÉ



² Cette coutume séculaire est liée au mode de vie des caravaniers dans de nombreuses régions arides (où l'alcool était généralement prohibé). Lors des étapes, un peu d'opium soulageait hommes... et bêtes. Les cas d'abus et de dépendance étaient toutefois connus.

Plaidoyer contre la “pathologisation” de l’existence

COMMENTAIRE

Proposer la conférence “Drogues et cultures”¹ à “Sciences Po” était infiniment louable. Au vu de la richesse des interventions, nul doute que les futurs décideurs de la nation auront quelques précieux éléments de réflexion grâce aux lignes d’intelligibilité dégagées par les sciences sociales pour appréhender le délicat sujet des drogues. Pour une large part du public, le colloque a mis en évidence un certain consensus dans la recherche en sciences humaines, d’autres estimant que ça manquait un peu d’interventions contradictoires. Revue de détail.

Ainsi, la séance 4, “Interpréter et connaître les drogues : une construction sociale en mouvement”, fut une parfaite illustration de la complexité des constructions du champ social des drogues. La brillante (et parfois truculente) présentation du sociologue américain Peter Conrad, “malaise dans la médicalisation”, expliqua comment, en toute logique commerciale, la médecine associée à l’industrie pharmaceutique et perpétuellement en quête de nouveaux marchés trouve son intérêt dans la “pathologisation” de l’usage des drogues, contribuant par là à sa stigmatisation.

Le “toxicomane” est ainsi devenu une appellation fourre-tout comprenant aussi bien l’usager occasionnel de cannabis, le clubbeur gobant un ecstasy... que le cracker fortement dégradé ayant perdu tout contrôle sur sa vie ou l’héroïnomane lourd, dépendant depuis des années. Les deux premiers jamais ne se reconnaîtront dans cette appellation mais, pour la médecine, leur comportement serait toutefois pathologique. Les deux derniers n’ont souvent aucun problème à rentrer dans la peau de ce fameux “patient”².

Le créneau des addictions

¹ Paris, 11-13 décembre 2008

² Patient: vient du latin *patiens*, participe présent du verbe déponent *pati*, signifiant “celui qui endure”. Mais le terme véhicule aussi une idée de passivité, de soumission à l’autorité médicale.

³ Théorie de l’escalade: Théorie souvent avancée comme quoi le cannabis mène à l’héroïne car la majorité des héroïnomanes a commencé par le cannabis. Alors que seuls 2 à 3 % des fumeurs de cannabis touchent un jour à l’héroïne.

le directeur d’études à l’EHESS, que seulement 20 à 25 % des personnes “souffrant” d’addiction s’adressent au système de soins. Et, finalement, 90 % s’en sortent tout seuls. Voilà qui est fort contrariant. Mais gageons que les techniques de marketing sauront convaincre une bonne part de ceux qui échappent au “dispositif spécialisé” qu’ils ont besoin d’aide et de soins – de préférence aux frais de la “sécu”. Le créneau des addictions est très porteur. Il n’est qu’à voir le nombre de formations qui dispensent un diplôme d’addictologue...

Philippe Peretti-Watel, sociologue, épidémiologiste et auteur de l’excellent “Cannabis, ecstasy: du stigmate au déni”, s’est ensuite attelé à démontrer la relativité des outils statistiques et épidémiologiques. Cette discipline s’impose comme outil de connaissance majeur sur les drogues (et du monde) et, par là, façonne aussi nos représentations en s’appuyant essentiellement sur des statistiques.

Ainsi ces outils méthodologiques peuvent permettre de créer des facteurs de risques en multipliant et en instrumentalisant les chiffres dans une espèce de culte du factuel, ce qui a débouché sur des mythes tenaces comme la fameuse théorie de l’escalade³. Rien de tel que ces manipulations tautologiques assaisonnées de statistiques épidémiologiques pour construire un arsenal rhétorique. Pour cela, un vocabulaire très lourd de sens et des métaphores explicites sont indispensables. Ainsi les appellations : “Drogue, l’autre cancer”, les termes de “fléau”, “d’épidémie de drogue”, la notion de “perte de contrôle” des individus et de “péril grave” nécessitant l’intervention énergique de la puissance



publique... dramatisent spectaculairement le phénomène. Ce qui peut servir à justifier une médicalisation tous azimuts avec des outrances telles que la "réintoxication", peu avant leur sortie de prison, de certains détenus toxicomanes sevrés durant leur incarcération. Afin de les protéger d'eux-mêmes, d'une éventuelle overdose⁴ et, au moyen d'une médication "énergique", de "limiter le risque de contamination" des autres membres de la société.

Tout ceci participe à la création de stéréotypes et de modèles qui perdurent, constituant une pensée dominante, qui oriente les politiques publiques. Si certains stéréotypes sont démasqués, ils n'en ont pas disparu pour autant et l'histoire a prouvé comment l'argumentation neuro-pharmacologique a pu servir la propagande et renforcer certains des mythes les plus tenaces en fonction des aléas sociaux, économiques ou politiques.

"Once an addict, always an addict!"

Autre moment fort, la présentation du sociologue anglais Ross Coomber, "Drogues et peurs : la persistance des mythes dans la construction des problèmes de drogues". Les pires clichés devenant des vérités indiscutables pour le commun du peuple, beaucoup s'imaginent encore qu'il suffit de goûter une seule fois à l'héroïne ou au crack

⁴ Il arrive que des toxicomanes sevrés durant leur séjour en prison soient réintoxiqués avec des médicaments de substitution opiacés bien qu'ils ne soient plus dépendants. Cela peut, dans certains cas, leur permettre de bénéficier plus facilement d'une liberté provisoire, conditionnelle... et les protéger d'une overdose d'opiacés et éventuellement d'un recours à des opiacés illégaux.

pour se retrouver définitivement "accro". Du coup, les plus fragiles intériorisent ces clichés et l'addiction est assimilée à une sentence fatale : "Once an addict, always an addict!"

Pas d'espoir de rédemption – au mieux, de la compassion.

Et que dire du mythe du perfide dealer prédateur qui dispense gratuitement de la drogue à la sortie des écoles afin d'asservir de petits innocents avec le fameux cannabis vingt fois plus fort et addictogène qu'avant ? Lorsqu'il est question des enfants, seul compte l'impact émotionnel. Il n'est plus de raisonnement possible, la peur est distillée, la menace identifiée, et la société mûre pour accepter une politique publique pathologisante que les plus radicaux peuvent instrumentaliser en dogmatique prévention, réduction des risques, traitements et répression.

Réalise-t-on à quel point l'exclusion, la déviance et le pathos sont fréquemment le message le plus fort que les "drogués" perçoivent dans nos regards ? Que celui-ci soit méprisant, réprobateur ou compassionnel, le "drogué" y puise les éléments sur lesquels il construit une identité de transgresseur avec sa démesure, mais néanmoins positive à ses yeux. Les regards que nous portons sur lui le confortent aussi dans son personnage de victime, de malade souffrant de la dépendance, (souvent avec des stigmates) pouvant justifier de la mansuétude. Une identité de perdant déresponsabilisante, mais avec un soupçon de gloire. Car c'est aussi un statut de bouc émissaire, voire de victime expiatoire.

Ainsi la cohésion sociale est préservée et cimentée grâce à l'image anxiogène mais aussi fascinante exercée par ce produit inerte, somme toute très banal, qui s'appelle "la drogue" et qu'on trouve contre quelques euros au coin de bien des rues.

JIMMY KEMPFER



Abonnement

Je m'abonne 1 an = 8€ 2 ans = 15€

Chèque à l'ordre de Pistes, à retourner Tour Maine-Montparnasse BP 54 75755 Paris cedex 15

Nom..... Prénom.....

Profession..... Organisme.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Tél..... Fax.....

Plan hépatites 2009-2012 les associations déçues

ACTUALITÉ

Attendu de longue date, le Plan national 2009-2012 de lutte contre les hépatites B et C a été rendu public le 24 février. Il prévoit 55 actions, qui s'articulent autour de cinq "axes stratégiques". Mais pas certaines mesures novatrices demandées par les associations de réduction des risques.

En France, environ 500 000 personnes sont atteintes d'hépatites B ou C, et ces deux virus sont à l'origine d'environ 4 000 décès par an, selon la Direction générale de la santé (DGS). L'hépatite C constitue un problème de santé publique majeur, qui touche tout particulièrement les usagers de drogues : sa prévalence atteint entre 45 % et 60 % des usagers, pour moins de 1 % dans la population générale, et la part des usagers dans l'épidémie est d'environ 80 % (lire *Swaps* n°52, p. 6-8).

Cinq axes stratégiques

Le plan, qui vise à réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites B et C par la combinaison d'une meilleure prévention et d'un dépistage plus accessible, tout en améliorant l'accès aux traitements et les prises en charge, s'articule autour de cinq axes : prévention, dépistage, traitement, population carcérale et un cinquième axe plus prospectif mêlant surveillance, recherche et évaluation¹.

Parmi les objectifs compris dans le plan, la relance de la vaccination contre l'hépatite B, le renforcement du dépistage (notamment par des actions d'information et grâce à une prise en charge à 100 % du remboursement du dépistage du VHB), et le développement des programmes d'éducation thérapeutique.

Un des cinq axes stratégiques consiste en la "mise en œuvre d'actions complémentaires adaptées au milieu

de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge médicale en prison. En revanche, la demande des associations d'instaurer des programmes d'échange de seringues dans les prisons n'a pas été retenue.

Quid de l'injection ?

Considérant que "la prévention portant spécifiquement sur le passage à l'injection chez les utilisateurs de drogues est un enjeu majeur de réduction des risques face au nombre de nouvelles contaminations par le VHC", le plan prévoit "l'étude de stratégies permettant d'atteindre un public de jeunes consommateurs de drogues ne pratiquant pas encore l'injection afin de les inciter à éviter les comportements à risques de transmission virale".

En matière d'"éducation à la santé des usagers injecteurs pour réduire les risques de transmission virale", la réalisation d'une revue de littérature française et étrangère ainsi que d'un audit des programmes existants pour servir de base à la rédaction de recommandations sont prévues. L'objectif quantifié est de réduire de 30 % la fréquence des pratiques à risques lors des injections, en référence aux résultats de l'enquête "Coquelicot"² InVS/ANRS par une systématisation des diverses actions mises en œuvre par les associations (utilisation d'une vidéo, de matériel factice lors de séances interactives, brochures...).

Un constat amer

Mais il n'est pas dit que ces mesures convainquent les associations en question. En témoigne le communiqué publié par l'Association française de réduction des risques (AFR), Asud et Aides après la publication du rap-

¹ *Texte intégral du Plan sur www.sante-sports.gouv.fr*

² M. Jauffret-Roustide et al. "Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004", *BEH* 33/5 septembre 2006, p. 244-247 et *Swaps* n°44, pages 2 à 4



port: en ne proposant “*qu'études et évaluations là où il faudrait agir en poussant la logique de la réduction des risques plus loin*”, “*force est de constater que ce plan ne répond pas à l'urgence à laquelle sont confrontés les usagers de drogues*”, écrivent-elles.

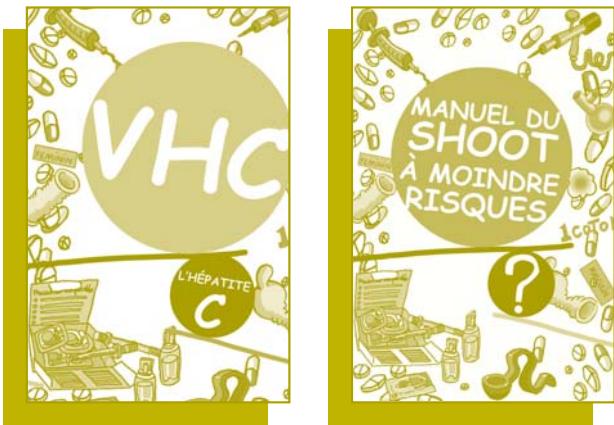
“*Pour élaborer ce plan, l'État a pourtant consulté les représentants des intervenants de terrain, des usagers de drogues et des malades. Mais leurs propositions face à l'urgence n'ont pas été retenues, expliquent les associations. Il s'agissait d'expérimenter ou d'ouvrir de nouveaux programmes comme ERLI (éducation aux risques liés à l'injection), (...) l'extension à tout le territoire des programmes de réduction des risques, la mise en place de structures d'hébergement et de soin adaptées aux usagers de drogues actifs...*”

Et de dresser ce constat amer: “*Nous nous retrouvons vingt ans en arrière, confrontés aux mêmes défis qu'avec l'épidémie de sida: un État qui fait la sourde oreille et qui refuse d'expérimenter des réponses pragmatiques, une épidémie qui se répand, des usagers de drogues qui se contaminent et meurent dans l'indifférence générale.*”

Même réaction de la part de Médecins du monde, qui a estimé ce plan “*inadapté face à l'urgence de l'épidémie d'hépatite C*”.

Pour sa part, SOS Hépatites s'est “*félicitée*” que les cinq axes stratégiques du plan couvrent un large spectre de la problématique des hépatites virales, mais espérait une démarche “*plus offensive*” sur la vaccination Hépatite B, l'éducation thérapeutique des patients, et le remboursement des tests non invasifs de fibrose.

NESTOR HERVÉ



S'informer sur les hépatites et les risques liés à l'injection

En marge du Plan, plusieurs outils d'information concernant les hépatites viennent d'être réédités :

La brochure “**Hépatite C, prises de risques, dépistage, traitement**”, publiée par Asud, qui s'adresse aux usagers, et donne des conseils pratiques sur la manière d'éviter les prises de risques en cas d'injection, de sniff, d'inhalation, mais aussi en matière de relations sexuelles, de piercing ou de tatouage. En prime, des informations sur le traitement et les lieux de dépistage.

Asud vient aussi de rééditer le “**Manuel du shoot à moindre risque**”. Destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse, ce manuel a pour objectif de réduire les risques liés à la pratique de l'injection. Remaqueté et complété, notamment avec des informations sur les risques liés à l'hépatite C, il fournit les informations essentielles accompagnées d'illustrations sur la loi, le matériel d'injection, le déroulement d'une injection propre, les infections, l'overdose, les alternatives à l'injection, les risques spécifiques aux femmes.

Les deux brochures sont téléchargeables sur le site www.asud.org. On peut aussi les commander à Asud (206, rue de Belleville, 75020 Paris) au prix de 0,30 euro l'unité.

Enfin, une nouvelle version de la brochure “**Réduire les risques infectieux liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse**”, réalisée par l'Inpes et le Crips-Cirdd, devrait paraître prochainement.

Une salle de consommation à Paris?

L'une des propositions non retenues dans le Plan hépatites était la mise en place de salles de consommation à moindre risque. Du coup, les associations Asud, Act Up Paris, Anitea, Gaïa, Safe et SOS Hépatites Paris ont décidé d'installer une telle salle dans les locaux de l'association Asud les 18 et 19 mai à l'occasion de la journée mondiale des Hépatites. “*Il faut que les pouvoirs publics dépassent leurs réticences et leurs préjugés [et] acceptent d'expérimenter des réponses pragmatiques telles que le programme d'éducation aux risques liés à l'injection développé par Médecins du monde, et les salles de consommation à moindre risque qui ont fait leur preuve dans les grandes villes de Suisse, d'Espagne ou d'Allemagne*”, affirment les initiateurs du projet, qui rappellent les avantages offerts par de telles salles de consommation: la sécurité sanitaire pour les usagers de drogues, la sécurité et la tranquillité pour les habitants des quartiers concernés, ainsi qu'un outil privilégié pour les professionnels leur permettant de rentrer en contact avec les personnes ayant le plus de difficultés à entamer un parcours vers les soins, d'être au plus proche des pratiques et des réalités des usagers, et d'y apporter des réponses adaptées.

Stabilisation de la consommation de drogues chez les jeunes européens
 La tendance à la hausse de la consommation de drogues illicites observée entre 1995 et 2003 chez les jeunes européens a marqué un temps d'arrêt, selon les chiffres de l'enquête Espad (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) menée en 2007 dans 35 pays d'Europe. En revanche, 43 % des jeunes ont rapporté une "consommation épisodique sévère d'alcool", au cours des 30 derniers jours – c'est-à-dire l'absorption en une occasion de cinq consommations ou plus. Ce type de consommation est en hausse de 9 points sur la période 1995-2007 et s'explique essentiellement par une augmentation chez les filles dans un certain nombre de pays. Avec + 15 points, la France fait partie des pays ayant connu une augmentation importante. Le tabagisme est quant à lui en légère baisse dans une majorité de pays.

Intoxication au GBL
 À la suite de l'hospitalisation de sept adolescents ayant absorbé du GBL (gamma butyrolactone) à Montpellier début avril, l'OFDT a mis en ligne une note sur les usages de GHB et GBL, établie à partir des données issues des rapports du dispositif TREND et des rapports locaux de sites (www.ofdt.fr). Le GBL est automatiquement transformé par l'organisme en GHB (acide gamma hydroxybutirique), qui entraîne à petites doses déshinhibition et stimulation du désir sexuel mais, surdosé ou mélangé à l'alcool, peut provoquer troubles respiratoires et coma. Les observations recueillies par Trend montrent que "la consommation de GHB/GBL apparaît relativement fréquente en milieu festif gay, à Paris et dans plusieurs grandes villes" et qu'"un processus de diffusion très

progressif est en cours hors de cette sphère parmi les personnes fréquentant des établissements festifs commerciaux à tendance techno".

MDMA ou mCPP ?
 L'OFDT fait état, dans une note d'information du 29 avril, de la forte proportion de comprimés de mCPP (près de 70 %) vendus comme ecstasy (comprimés de MDMA) par rapport aux comprimés d'ecstasy contenant réellement de la MDMA (seulement 25 %) et de l'apparition de poudre de mCPP (vendue comme de la MDMA) observée dans le cadre de l'enquête observation des produits de synthèse débutée en novembre 2008. Les témoignages sur les sites d'usagers présentent la mCPP comme un produit de peu d'intérêt récréatif, source d'effets désagréables.

Le THC contre le cancer ?
 Selon une étude publiée par des chercheurs espagnols dans *J Clin Invest* du 1^{er} avril 2009, le principal composé du cannabis, le THC (dronabinol) déclenche la mort par autophagie des cellules cancéreuses du cerveau humain. "Nos résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle il est possible d'obtenir un traitement sûr et thérapeutiquement efficace à base de THC pour les patients atteints d'un cancer", estiment Guillermo Velasco et son équipe de l'université Complutense de Madrid.

Les jeunes Français fument plus et boivent moins
 Selon un rapport du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe rendu public le 26 mars, 58 % des jeunes Français, âgés de 17-18 ans, ont goûté au moins une fois au cannabis, ce qui les place en tête par rapport aux

6 autres pays concernés par l'enquête (Grèce, Italie, Lettonie, Pologne, Slovaquie et Suède). À l'opposé, seuls 13 % des jeunes Suédois de cette tranche d'âge en ont consommé au moins une fois. En revanche, la proportion de jeunes ayant bu de l'alcool au moins une fois est la plus faible en France (91 %, la Grèce atteignant 98 %) ainsi que celle de jeunes ayant été ivres au moins une fois (59 %, contre 85 % en Suède).

Un annuaire interactif des dispositifs de RdR
 Réalisé en partenariat avec Safe, un annuaire des dispositifs (distribox, Caarud, Pes, Csst...) de réduction des risques est désormais disponible sur le site d'Asud (www.asud.org). Cet annuaire est interactif et il est possible d'écrire des commentaires pour chaque structure.

Les professionnels peuvent rajouter leurs horaires d'ouverture, le type de matériel distribué (Sterifilt, Roule ta Paille, seringues 2cc...) ou les actions spécifiques (bus mobile, échange en pharmacie...). Les usagers peuvent dire un mot de l'accueil et des services rendus.

L'accès aux coffee shops du Limbourg limité
 Les acheteurs de cannabis vont devoir présenter une carte d'accès pour s'approvisionner dans des coffee shops de la province du Limbourg (sud-est des Pays-Bas) à partir du 1^{er} janvier 2010, afin de "décourager la majorité des touristes de la drogue", a annoncé le 12 mai le maire de Maastricht. Quatre millions d'étrangers vont chaque année acheter du cannabis dans le Limbourg. Délivrée par les coffee shops, la carte permettra d'identifier les clients et l'achat de cannabis ne sera possible que par carte ou virement bancaires.

"Fêtez clairs" : premier bilan

Un premier bilan de l'opération Fêtez clairs a été dressé le 14 mai, un an après la signature d'un code de bonne conduite par treize discothèques parisiennes (il en existe plus d'une centaine). En un an, 4 700 jeunes clubbeurs ont été sensibilisés aux dangers des drogues "festives" et 40 000 outils de prévention ont été distribués. "Notre objectif n'est pas d'imposer des règles, a expliqué Thierry Charlois, responsable du projet. Nous préférions créer un groupe pilote de discothèques en pointe sur le clubbing clair."

Un wiki pour la réduction des risques

L'Association Asud (Autosupport des usagers de drogues) met en place sur son site Internet www.asud.org un wiki pour permettre aux usagers de participer à l'écriture collaborative de documents d'information et de réduction des risques. Un "manuel du shoot à risque réduit" et un "manuel de la méthadone" sont ouverts à la rédaction.



Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Directeur administratif
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Rédaction
Philippe Périn
Alain Sousa

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez

Mustapha Benslimane

Catherine Brousselle

Tiphaine Canarelli

Lydie Desplanques

Isabelle Grémy

Mélanie Heard

Marie Jauffret-Roustide

Jimmy Kempfer

France Lert

Vincent Pachabézian

Pierre Poloméni

Brigitte Reboulot

Olivier Smadja

Marianne Storogenko

Agnès Sztal

Claudine Vallauri

Gestion

Amanda Baptista

Secrétariat, abonnements

Natalia De Oliveira

Réalisation graphique

Céline Debrenne

d'après une conception de

Sylvain Enguehard

Impression : Stipa/4M

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Tour Maine-Montparnasse

BP 54

75755 Paris cedex 15

Téléphone : 01 56 80 33 51

Fax : 01 56 80 33 55

swaps@pistes.fr

www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec la participation des
Centres régionaux
d'information et de prévention
du sida :

CRIPS
Île-de-France

CRIPS

Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire

Schering-Plough

Cette 24^e livraison de *Swaps* suit de près la Journée mondiale des Hépatites qui a eu lieu le 19 mai. On estime que 221 000 personnes vivent en France avec le virus de l'hépatite C (VHC). Le nombre de nouveaux cas est évalué à 5 000 par an, dont plus de 70 % chez les usagers de drogues, illustrant les limites de la réduction des risques telle qu'elle est mise en œuvre à l'heure actuelle face au VHC. De plus, malgré les progrès thérapeutiques, chaque année, seules 6 000 à 8 000 personnes commencent un traitement. Pourtant, faut-il le rappeler, l'éradication du VHC — la guérison virale — et l'inversion du processus de la cirrhose sont possibles.

C'est dans ce contexte qu'un certain nombre de prises de position et d'actions ont été menées à l'occasion de cette Journée mondiale, à l'image de la campagne lancée par Médecins du monde (MDM) sur le thème : *"Osez prendre de vraies mesures!"* L'association regrette une certaine inadaptation des politiques publiques à la situation des usagers de drogues : *"Les mesures prévues s'en tiennent à des études de faisabilité, des revues de la littérature ou des audits d'expérience nationale et internationale."* MDM demande dans la foulée l'ouverture rapide d'une recherche-action en matière d'éducation au risque lié à l'injection.

Dans le même temps, plusieurs actions menées par les sociétés savantes ou par des industriels visent à renforcer l'accompagnement et le parcours de soins des usagers de drogues atteints d'hépatite C, et à améliorer l'accessibilité au dépistage et aux soins.

C'est aussi à l'occasion de cette journée qu'un groupe inter-associatif regroupant Asud, Act Up-Paris, l'Anitea, Gaïa, Safe et SOS Hépatites Paris a installé une salle de consommation à moindre risque éphémère dans les locaux de l'association Asud. Cette initiative vise à interroger les pouvoirs publics afin qu'ils *"dépassent leurs réticences et leurs préjugés"* et *"acceptent d'expérimenter des réponses pragmatiques"*. De telles salles de consommation à moindre risque, qui ont fait leurs preuves dans les grandes villes de Suisse, d'Espagne ou d'Allemagne, ont déjà été préconisées par les professionnels réunis pour la préparation des plans hépatites du ministère de la Santé en 2004 et de nouveau en 2009, mais jamais retenues. Pas étonnant que la commission addiction ait émis un avis défavorable sur le plan, jugeant *"qu'il ne répond pas aux urgences de santé publique notamment celles relatives aux risques liés à l'injection"*. Cette frilosité regrettable va-t-elle être ébranlée par les acteurs de terrain ?

GILLES PIALOUX & DIDIER JAYLE

CRIPS

Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire

Schering-Plough