Santé, réduction des risques et usages de drogues **N° 52** Trimestriel

Édito / 24

Sexe, opium et morphine
dans la littérature et l'histoire / 12

Dossier
opiacés et sexualité

Méthadone et troubles
de la **sexualité**
mécanismes et prise en charge / 9

Comment les usagers vivent
les effets des opiacés
sur leur sexualité / 16

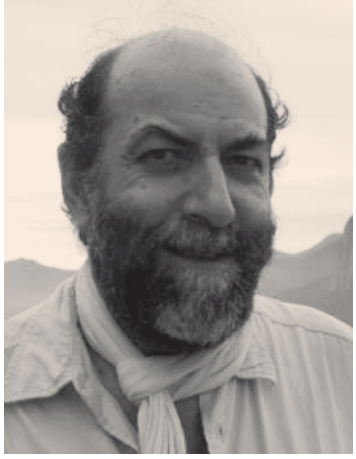
AFR
la RdR "avant" la loi ? / 3

Enquête sur l'articulation
du médical et du social
en addictologie / 19

Hépatite C et addictions
entre espoirs et inquiétudes / 6

Publications / 22

Brèves... / 23

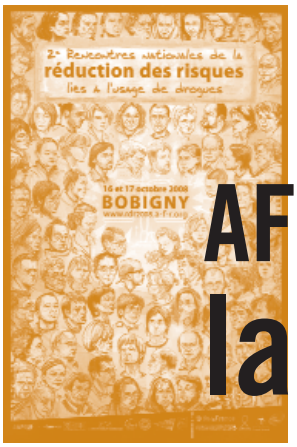


Pierre Goisset nous a quittés le 17 septembre, victime d'un accident de moto. Militant infatigable de la réduction des risques, il dirigeait la Mosaïque depuis 1993. Il avait lancé un appel dans nos colonnes en faveur de programmes médicalisés de dispensation d'héroïne injectable pour les patients les plus marginalisés. Dans le centre Mosaïque, Pierre avait su créer une ambiance particulière, où chaleur, ouverture et rigueur se mêlaient harmonieusement. Il était engagé dans de nombreux projets de recherche et de développement en France et à l'étranger, en particulier au Maroc, au Vietnam et en Birmanie. Son départ prématuré laisse un grand vide pour son équipe, ses patients, et bien sûr sa femme Françoise et ses deux fils, Arthur et Victor, qui, comme nous, entendront longtemps résonner sa voix claire et grave, et verront toujours briller son regard bleu et droit.

Éric Malapert était chef de service du 7e arrondissement de Paris, président du syndicat des psychiatres d'exercice public. Depuis 1995, il avait accepté de participer à l'aventure Nova Dona, où il prodiguait ses conseils avisés à l'équipe du centre. Fin clinicien, toujours à l'écoute, très mesuré dans ses avis, il savait apporter sans imposer. Avec son allure de marin et son regard florentin, il aimait percer le fonctionnement des autres, pas pour les dominer mais pour les aider à être plus forts et plus en cohérence avec eux-mêmes. Éric était un authentique humaniste, respectueux de l'individu et en même temps très impliqué dans les processus collectifs où il voyait la meilleure défense contre la "barbarie douce" issue de l'économie de marché. Éric a participé au comité de rédaction de *Swaps* pendant plusieurs années, il est mort subitement le 25 octobre, d'un accident vasculaire cérébral. Avec Joëlle, son épouse, Arnaud et Céline, ses enfants, Sylvaine leur mère, nous sommes sous le choc. - D. J.

Disparitions

L'équipe de rédaction est dans la peine après la disparition brutale et presque simultanée de deux éminents médecins psychiatres qui se sont personnellement impliqués dans la réduction de risques et qui ont, tous les deux, collaboré à Swaps. Deux personnages, deux regards qu'on n'oublie pas.



AFR la RdR "avant" la loi ?

ACTUALITÉ

Cadre légal, dépénalisation, nouvelles législations répressives... la question de la loi a traversé les deuxièmes rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, organisées les 16 et 17 octobre à Bobigny, et marquées par une intervention de la ministre de la santé et par la question de l'éducation aux risques liés à l'injection.

"Tous les acquis des années passées qui ont peu à peu fait de la réduction des risques la politique officielle de ce pays sont menacés par le retour en force d'une politique de répression qui clandestinise nos clients et les replonge dans la marginalité et la stigmatisation": l'alerte lancée en ouverture de ces journées par Béatrice Stambul, présidente de l'Association française pour la réduction des risques (AFR), qui s'est aussi élevée contre *"le déni des résultats et le frein mis à l'élargissement de la palette des outils de la RdR"*, est sans équivoque.

"La politique des drogues fait des morts"

"Nous minimisons tout le temps les effets catastrophiques de la pénalisation, s'insurge Anne Coppel. *En 2003, il y avait 5 000 personnes en prison pour usage, ce n'est pas 200, ce n'est pas "presque rien" !" "La mortalité est elle aussi sous-estimée,* continue-t-elle : *le nombre d'overdoses identifiées n'a rien à voir avec la mortalité des usagers : il y a 4 ou 5 overdoses pour 100 morts d'usagers. La politique des drogues fait des morts."*

Serge Longère, du Caarud [1] Proses, fait le même constat : *"Le nombre de condamnations pour simple usage est passé de 1 494 en 2002 à 11 210 en 2006."* La présence renforcée de la police près des distributeurs de matériel de RdR et la destruction quasi systématique de ce matériel augmentent les pratiques à risque. Cette répression amplifiée pousse les usagers à se cacher et fait baisser les files actives des services de RdR, explique-t-il, se demandant *"s'il ne va pas falloir intervenir dans les appartements privés"*.

[1] *Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.*

Autre problème découlant de la création des Caaruds : les usagers de drogues intervenant dans les structures de RdR doivent trouver un nouveau statut. Or l'usage de drogues est un motif d'interdiction professionnelle lorsqu'on est éducateur, et peut même constituer un motif d'aggravation en cas d'arrestation.

Dernier point noir souligné par Marie Debrus, de Médecins du monde, *"pour le moment, un intervenant qui montre les gestes qui sauvent en matière d'injection peut tomber sous le coup de la loi alors que nous sommes en pleine explosion du VHC"*.

Où l'on reparle de dépénalisation

Face à cette situation, *"il n'est plus possible de proclamer que l'on soutient la réduction des risques tout en refusant de remettre en cause le cadre légal"*, estime Valère Rogissart. Le président des rencontres va plus loin : *"Toutes les organisations réunies ici ont pris position pour la dépénalisation de l'usage de drogues. Il reste cependant des débats : "Est-ce bien le moment, ne risquons nous pas d'avoir pire ?" Et bien moi, depuis 25 ans, j'entends que ce n'est pas le moment, et je ne suis pas sûr que nous soyons si loin du pire, comme avec le VHC ou la situation dans les prisons."*

"Dans le contexte actuel, demander l'abrogation de la loi de 1970 n'est plus audible, regrette pour sa part Pierre Chapard, d'Asud. *Et la légalisation du cannabis est aux oubliettes !"*

"Nicole Maestracci disait qu'on peut mettre en place la RdR sans toucher au cadre légal", rappelle Béatrice Stambul. Pour Aude Lalande, d'Act Up, *"on n'est pas sor-*

→

Dans les ferias, c'est bien pire que dans les raves, les gens n'ont pas la culture de la RdR et font n'importe quoi

Innover en milieu festif, ça participe à stigmatiser le mouvement

Au nom de quoi on est différents, si ce n'est qu'on est conscients de notre addiction ?

On s'est plantés avec l'addictologie

Le bad trip ? Tout fait sens, mais dans le mauvais sens

Quatre ans qu'on travaille sur les pipes à crack : on attend quoi ?

J'agite le fanion de l'autosupport avec un grand désespoir

La RdR est en danger de se transformer en outil antitox

Petites phrases

Les débats de ces journées ne se sont bien évidemment pas cantonnés à la thématique de la loi. En témoignent quelques phrases prises à la volée.

Mme Bachelot et l'éducation à l'injection

Précédée par un article de *Libération* annonçant la lancée de programmes d'éducation aux risques liés à l'injection, la venue de la ministre de la santé aux rencontres nationales de la RdR avait créé une attente certaine. Roselyne Bachelot a déclaré s'inscrire dans la filiation de Michèle Barzach, qui avait autorisé en 1986 la vente libre de seringues pour lutter contre la transmission du VIH chez les usagers, et a affirmé vouloir *"mieux évaluer les méthodes d'éducation aux risques liés à l'injection, en collaboration avec les associations"*, tout en livrant au passage un long couplet sur la nature *"structurante"* de l'interdit.

Si cette intervention a laissé une partie de l'assistance sur sa faim, Béatrice Stambul, la présidente de l'AFR, préférait positiver : *"Je ne suis pas sûre que la ministre soit favorable à l'éducation aux risques liés à l'injection comme nous la concevons, mais elle ouvre une porte, dans laquelle nous entrons. Il me semble qu'elle nous dit aussi : "la RdR, c'est d'abord la Santé, pas la Mildt". Et surtout, elle était là."* Face au défi de l'épidémie VHC, la ministre n'a en tout cas pas encore rejoint *"Simone Veil, Michèle Barzach, Nicole Maestracci et Anne Coppel, les grandes dames de la réduction des risques en France"*, comme l'y avait engagé Valère Rogissart dans son intervention.

Justement, où en sont les projets d'éducation aux risques liés à l'injection, qui constituent, l'a rappelé Jean-Pierre Lhomme, *"un enjeu sanitaire décisif"* ?

À Sidaparole, un projet est en discussion depuis plus d'un an. La Drassif apporte un concours financier sur la partie recherche, et un feu vert est espéré pour 2009. Un autre est mené par Aides et Médecins du monde sur Paris.

"Peu de projets ont été déposés", note Serge Longère, qui se demande quelles en sont les raisons : *"Les limites inconscientes des acteurs, la crainte de poursuites judiciaires, de la fermeture des structures, ou celle d'essuyer les plâtres ?"*

tis de cette hésitation entre deux façons de progresser : un discours politique fort ou le pragmatisme de l'urgence".

La loi de 2004

Si Valère Rogissart reconnaît que l'inscription de la RdR dans loi de santé publique d'août 2004 *"est un progrès considérable"*, Jean-Pierre Lhomme, président de Gaïa, estime qu'elle génère *"deux effets pervers : l'enfermement dans le cadre imposé, au risque de ne plus innover, et l'oubli de la place centrale de la personne"*.

Pour Marie Debrus (MDM ?, sidaparole ?), qui a présenté des données sur le cadre légal à l'étranger, la situation française est marquée par un paradoxe : la reconnaissance de la RdR dans la loi est plus globale qu'ailleurs, mais faute de pragmatisme et face au renforcement des lois répressives, la situation reste bloquée.

Le tabou du dealer

Si le simple usage pose des problèmes par rapport à la loi, que dire du deal ! Et pourtant, il s'agit d'une piste éventuelle pour la RdR. En témoigne la présentation faite par Vincent Benso (Technoplus) d'un projet de flyer à destination des "usagers-revendeurs" : son objectif ? Investir les dealers dans la protection sanitaire de leurs clients et surtout informer sur les nombreux risques liés à la situation de dealer.

Mais ce projet est aussi l'objet d'une recherche portant sur les raisons de l'inexistence en France d'actions de prévention à destination des usagers revendeurs, et ce, en dépit de l'importance accordée à la lutte contre le trafic.

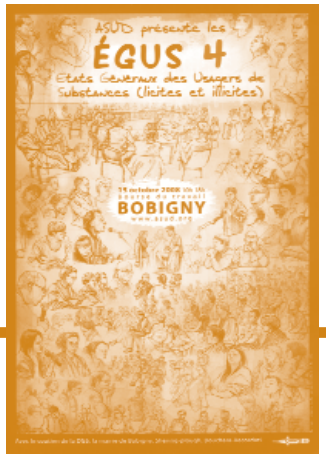
Vincent Benso se demande si la RdR n'a pas accepté l'idéologie dominante selon laquelle le dealer serait responsable de l'usage, tout en précisant que les premières réactions au projet sont positives.

Toutefois, ce flyer n'est peut être pas prêt de sortir : Maître Tymoczko, l'avocat de Technoplus, craint en effet que ce ne soit "*le bâton que tout le monde attend pour vous battre"*…

"l'UD, c'est les autres"

Pour finir, Fabrice Olivet a livré quelques réflexions stimulantes *"sur l'inutilité de tout argumentaire en faveur d'un changement légal en matière de stups"* : Le discours sur l'usage de drogues *"est marqué par l'illusion et l'hypocrisie. Tant que l'électeur ne pourra pas dire : "l'UD, c'est moi", on n'en sortira pas. Il s'agit d'abord de changer les représentations." "L'usage, ça concerne tout le monde !"*, lui a fait écho Jean-Pierre Couteron, de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea), lors de la conclusion de ces rencontres.

NESTOR HERVÉ



Egus 4
du côté des "rienologues"

Arriver à faire entendre l'expérience des usagers de drogue, leur savoir profane – ou, pour reprendre l'expression de Bruno Spire, le vécu des *"rienologues"* : le message est revenu en fil rouge tout au long des quatrièmes états généraux des usagers de substances (licites et illicites), qui se sont tenus à Bobigny le 15 octobre.

Un savoir axé sur l'oralité, marqué par la clandestinité, et donc *"à la fois très riche mais souffrant d'une certaine précarité"*, comme l'a expliqué en ouverture de ces Egus Aude Lalande, qui a appelé à *"des alliances avec les autres savoirs"*.

C'est ce que se sont appliqués à rechercher les intervenants, William Lowenstein allant jusqu'à lancer : *"Tout ce que j'ai appris d'intéressant, ce sont les usagers qui me l'ont appris."* Pour le directeur de la clinique Montevideo, il existe une source de savoir inexploitée, celle des médecins-usagers, pour une bonne part parce qu'ils risqueraient d'être inquiétés s'ils s'avouent usagers. *"Tous les usagers de drogues ayant une position sociale – médecins, journalistes… – n'en parlent pas"*, a repris Fabrice Olivet, d'Asud, en pointant le problème de la représentation des usagers issu de ce non-dit.

L'atelier sur l'évaluation du ressenti opiacé ou celui consacré à la lutte contre les descentes, "bad trips" et autres flashbacks se sont donc appliqués à affiner ce savoir profane, savoir dont Bruno Spire s'est fait le défenseur, appelant à rester ferme sur le principe de la prise en compte de l'expérience des personnes : *"Nos vécus stimulent la recherche,* a lancé le président de Aides. *Sans nous on tourne en rond !"*

Tirant le bilan de ces états généraux, Fabrice Olivet s'est félicité du succès croissant de la manifestation (280 inscrits contre 200 aux précédents Egus), d'une *"parole qui se complexifie"* et de l'élargissement du cercle, notamment aux médecins, tout en reconnaissant que du coup *"l'espace de témoignage se rétrécit"*, comme l'ont regretté certains. Selon lui, il convient de repenser la place des Egus au sein des journées de l'AFR afin de retrouver un équilibre entre discours techniques et témoignages.

Hépatite C et addictions
entre espoirs et inquiétudes

ÉTAT DES LIEUX

Des nouvelles plutôt encourageantes du côté du dépistage et de la prise en charge, mais des indicateurs épidémiologiques toujours alarmants : c'est le constat établi par Marie Jauffret-Roustide à l'occasion des rencontres interrégionales "Hépatites et addictions".

Il y a trois ans, à l'occasion d'un congrès organisé par l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), l'Anitea et l'Inserm, *Swaps* traitait de la question de la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues, avec des conclusions plutôt pessimistes. Aujourd'hui, *Swaps* saisit à nouveau l'occasion d'un congrès [1] organisé an mars 2008 pour faire le point sur cette question.

Le constat dressé lors de ces rencontres interrégionales "Hépatites et addictions" fut plutôt optimiste et révélateur des progrès effectués sur la question du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues, particulièrement visibles lors de la présentation d'expériences locales innovantes dans le domaine. Les mots de bienvenue des organisateurs ont tenu à souligner dès le début de cette journée le chemin parcouru sur la question des addictions et de l'hépatite C ces dernières années, en constatant unanimement que le temps des hépatologues refusant de prendre en charge des usagers de drogues actifs était désormais révolu. Des présentations générales présentant les points de vue clinique, psychiatrique, épidémiologique, historique ainsi que le point de vue des patients se sont ensuite succédées afin de présenter la question dans sa globalité.

Démarrer le traitement

Ainsi, Pascal Melin, du CH Saint-Dizier, a présenté un plaidoyer pour la mise sous traitement VHC des usagers de drogues infectés, pointant à l'aide de multiples références épidémiologiques l'absence de contre-indications entre traitement VHC et usage de drogues. Même si 70 % des usagers de drogues traités pourraient guérir aujourd'hui, trop peu ont encore accès au traitement. La consommation d'alcool peut, en revanche, avoir un effet sur la réplication virale et sur la vitesse de progression de la fibrose. Pascal Melin a toutefois pointé l'importance d'éviter les messages de prévention trop simples basés uniquement sur l'interdiction de toute consommation de produits psychoactifs, et l'intérêt de favoriser les prises en charge multidisciplinaires globales.

La question de la prise en charge de l'hépatite C et des comorbidités psychiatriques a ensuite été abordée par Laurent Michel, de Limeil-Brevannes, qui a rappelé que les troubles psychiatriques sont encore aujourd'hui trop largement impliqués dans les réticences à démarrer un traitement et dans les problèmes d'observance et de rupture thérapeutique, alors que ces troubles sont dans la majorité des cas peu graves et faciles à prendre en charge. Laurent Michel a conclu que les recommandations de la conférence de consensus de 2002, qui préconisaient de limiter l'accès au traitement VHC chez les patients présentant une maladie psychiatrique, n'avaient plus lieu d'être et a proposé des pistes concrètes pour faciliter la prise en charge de l'hépatite C chez des patients présentant des comorbidités psychiatriques à l'entrée en traitement ou susceptibles d'en développer lors de la mise sous traitement.

L'importance de la consultation psychiatrique avant et pendant le traitement a été rappelée. Ce contact avec un psychiatre permet de dépister, traiter ou stabiliser suivant les cas, mais également de dédramatiser et d'informer sur les effets indésirables possibles du traitement VHC et sur l'existence de moyens efficaces pour les prendre en charge. Les troubles dépressifs sous interféron seraient le plus souvent simples à traiter, d'où l'importance de l'accompagnement psychologique lors du traitement à la fois pour le patient, et si besoin, l'entourage.

[1] *L'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea), le Groupe régional de recherche et de réflexion des intervenants en toxicomanie et alcoologie d'Aquitaine (Grrita), le Réseau Virus C Aquitaine et le Collège régional des alcoologues aquitains (CRAA) ont organisé les premières rencontres interrégionales Hépatites et Addictions à Bordeaux, avec le soutien du laboratoire Roche.*

L'éducation thérapeutique

SOS-Hépatites a présenté le point de vue du patient concernant l'accès au dépistage et aux soins. La représentante de l'association a d'abord rappelé que l'accès au dépistage s'est grandement amélioré ces dernières années, tant dans le dispositif de droit commun que dans des milieux très spécifiques tels que des rassemblements festifs où le dépistage peut être également proposé. Mais des progrès restent à accomplir dans le domaine de la prise en charge, principalement sur les questions d'éducation thérapeutique (qui serait encore aujourd'hui limitée à l'apprentissage de l'auto-injection et ferait encore peu de place à l'information sur le traitement) et de prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle la question de la prise en charge psychiatrique ou psychologique reste encore à promouvoir ainsi que la prise en charge globale du patient dans sa vie sociale, affective et familiale.

Un point de vue historique faisant un parallèle entre le sida et l'hépatite C a enfin été décliné par Didier Spinhirny, qui a rappelé la nécessité de travailler sur la qualité de vie du patient, l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire et de l'accompagnement, et la prise en compte des conditions de vie des patients, et plus particulièrement la précarité sociale – mais aussi la nécessité de poursuivre l'information sur les risques de transmission et l'accès aux outils de réduction des risques afin d'éviter les contaminations chez les plus jeunes usagers.

Les innovations locales

Les présentations de multiples expériences locales innovantes se sont ensuite succédées. Une expérience d'éducation thérapeutique en matière d'hépatite C a été présentée par Annie Salsé, infirmière à Montpellier. Les résultats du protocole Pegobs montrent ainsi que l'éducation thérapeutique peut être associée à une meilleure observance au traitement, une meilleure réponse thérapeutique, mais peut également constituer un gain économique. Une expérience de prise en charge intégrée à Limoges a été présentée par Pierre Villéger, Catherine Chevallier et Maryline Debette Gratien. Ils ont décrit la progressive prise de conscience des médecins autour de la nécessité d'améliorer les pratiques de dépistage et de prise en charge qui a amené la démarche d'aller au devant des patients en ouvrant en 2007 une consultation avancée au sein d'un CSST. Cette consultation pluridisciplinaire a permis de faire évoluer les représentations des uns et des autres autour des patients, d'améliorer l'accès au dépistage puis au traitement des patients usagers de drogues, grâce à la mise à disposition de moyens non invasifs de fibrose hépatique.

Une expérience centrée autour du dépistage et de la consultation d'hépatologie au sein d'un CSST a été relatée par Martine Bidault, cadre de santé, et Valérie Durand-Roumy, hépatologue. En 2004, un double constat alliant un manque de sensibilisation des patients au dépistage VHC et un défaut de prise en compte des pratiques à risque des usagers par les professionnels de santé dans l'accès au dépistage était dressé au sein du CSST. Un référent dépistage a alors été mis en place qui a permis de faire progresser l'accès au dépistage de 73 % en 2005 à 88 % en 2007, l'objectif étant "100 % de dépistés". Cette amélioration du dépistage a été combinée à la mise en place d'une consultation d'hépatologue au sein du CSST.

Francis Gaches, du CH de Toulouse, a décrit une expérience de réflexion autour des raisons des échecs et des obstacles à la prise en charge du VHC chez les usagers de drogues, prenant en compte à la fois le point de vue des patients et des professionnels à partir d'un spectacle mettant en scène les difficultés liées au problème de rapidité d'accès au traitement, du manque de communication et d'informations autour du traitement, et des problèmes d'interférence avec le traitement liés à la précarité et aux addictions. Des propositions ont ensuite été formulées autour de la création d'un "circuit hépatite" permettant d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire au sein d'un même lieu et dans des délais rapides. L'expérience Toxcan, menée au sein du Comité étude information drogue (CEID) de Bordeaux et présentée par Brigitte Reiller, a mis en évidence l'intérêt du Fibroscan® pour sensibiliser les usagers de drogues à l'accès au dépistage et aux soins en faisant prendre conscience aux usagers de l'état de leur foie, sans avoir recours à la biopsie et à des délais d'attente trop longs, avec la proposition d'une prise en charge pluridisciplinaire dans une unité de lieu.

De nouveaux outils de RdR

Quatre ateliers ont été organisés afin de proposer des réponses concrètes aux problématiques posées lors des interventions. Lors de l'atelier "conduites addictives et hépatite C", la question de la réduction des risques a été abordée, en proposant la diffusion de nouveaux outils de réduction des risques adaptés aux pratiques des usagers, de favoriser l'information par les pairs, la formation des médecins et l'information en milieu scolaire. Les difficultés de prise en charge des dépendances liées à l'alcool et le manque de sensibilisation sur la question du cannabis, pouvant accélérer le processus de fibrose ont été discutés, d'où l'importance d'outils comme le Fibroscan pour amorcer un dialogue entre le patient et l'hépatologue autour de l'état hépatique et des comportements addictifs. L'atelier "prédépistage et dépistage : quelles techniques ?" est parti du constat de disparités géographiques et associa-

tives quant à l'accès au dépistage, des difficultés de motivation au dépistage tant du côté des usagers que des équipes soignantes et du manque de moyens techniques de dépistage validés. Des propositions ont été faites concernant les techniques alternatives au prélèvement veineux (salivettes, buvards, micro-prélèvements), l'amélioration de l'accès au Fibroscan, et la mise en place de référents hépatite C dans les structures. L'atelier "quelles possibilités de traitement aujourd'hui ?" a mis en évidence la nécessité de revoir les conclusions de la conférence de consensus de 2002 sur l'hépatite C relatives à la prise en charge des usagers de drogues, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et d'une attitude concertée des hépatologues et des addictologues face au patient usager afin de produire un discours univoque. L'atelier "errance, précarité et traitement" a souligné la complexité de la prise en charge de la précarité liée au manque de ressources, aux manques de moyens de la psychiatrie, et au désir ambivalent de certains patients de sortir de la marginalité, et a proposé d'informer et de motiver les pouvoirs publics sur ce problème, d'accompagner les patients dans leurs démarches sociales au plus près en proposant également une prise en charge psychologique, et de favoriser les partenariats entre structures.

Ces rencontres interrégionales ont mis en évidence la volonté de réflexion des intervenants sur leurs pratiques et leurs représentations autour des addictions et de l'hépatite C, le souhait de favoriser un dialogue entre professionnels chargés des hépatites et des addictions (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux…) ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire laissant une place importante aux psychologues et psychiatres et la nécessaire prise en compte des besoins et du mode de vie des patients. L'ensemble de ces éléments à dimension humaine et relationnelle s'inscrivent dans une démarche visant à favoriser l'accès au dépistage et au traitement, qui doit être complétée par des techniques telles que les outils non invasifs de dépistage et les unités de lieux pour le traitement de l'hépatite C et des addictions.

L'épidémie n'est pas enrayée

Ces nouvelles encourageantes au niveau local ne doivent pas faire oublier des résultats plus sombres. L'hépatite C constitue un problème de santé publique majeur, qui touche tout particulièrement les usagers de drogues. La prévalence de l'hépatite C est de moins de 1 % dans la population française[2], alors qu'elle oscille entre 45 %[3] et 60 %[4] chez les usagers de drogues, d'après les données françaises les plus récentes et selon les modes de recueil. La part des usagers de drogues dans l'épidémie est d'environ 80 %. Lors de cette journée, nous avons présenté les données épidémiologiques issues de l'enquête Coquelicot menée par l'InVS. L'occasion de rappeler que les usagers de drogues les plus jeunes sont déjà très fortement touchés par l'hépatite C, puisqu'un tiers d'entre eux sont contaminés, et qu'un tiers des usagers de connaissent pas leur statut sérologique. Les pratiques à risque se poursuivent, tant vis-à-vis de l'injection (avec 30 % de partage du petit matériel dans le dernier mois) que des autres modes de consommation, le partage de la pipe à crack s'élevant à 81 % dans le dernier mois. Ces indicateurs laissent à penser qu'en France, contrairement au VIH, l'épidémie d'hépatite C n'est pour le moment pas enrayée chez les usagers de drogues.

L'exemple néerlandais

Des résultats récents aux Pays-Bas[5] tendent toutefois à montrer pour la première fois une baisse de l'incidence du VHC dans cette population, preuve des premiers effets de la politique de réduction des risques sur le VHC. La France ayant mis en place une politique de RdR de manière plus tardive et moins diversifiée, il est probable que les effets soient perceptibles à plus long terme. Ces résultats encourageants montrent toutefois l'intérêt de poursuivre cette politique de manière soutenue et à proposer des mesures innovantes, adaptées à la diversité des modes de consommation susceptibles de transmettre l'hépatite C, des profils et des pratiques des consommateurs.

Au niveau national, différents plans se sont d'ailleurs récemment attelés à cette question de la prévention et de la prise en charge de l'hépatite C : le plan hépatites de 2008 fait une part centrale a la question des usagers de drogues, le plan addictions de 2007 et le plan Mildt de 2008 ont également fait des propositions afin de diversifier et d'évaluer les outils de réduction des risques à disposition des usagers de drogues et de favoriser les moyens non invasifs de dépistage ainsi que l'accès au traitement.

La lutte contre l'hépatite C chez les usagers de drogues doit favoriser l'accès au dépistage et au traitement, mais doit également poursuivre les efforts engagés en matière de prévention des conduites à risque de transmission des hépatites chez les usagers de drogues en adaptant les outils de réduction des risques aux pratiques des usagers.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

[2] *InVS. Enquête de prévalence.*

[3] *45 % d'après les données déclaratives de l'enquête Recap (OFDT) portant sur les populations fréquentant les CSST, 55 % d'après les données issues de prélèvements salivaires de l'enquête Prelud Bio (OFDT) portant sur les usagers des Caarud, et 60 % d'après les prélèvements de sang au doigt l'enquête Coquelicot (InVS) portant sur les usagers fréquentant le dispositif spécialisé (haut et bas-seuil) et les médecins de ville.*

[4] *Jauffret-Roustide M et al., "Séroprévalence du VHC chez les usagers de drogues", BEH, 2006.*

[5] *Van den Berg C et al., "Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users", Addiction, 2007, 102, 9, 1454-62.*

Méthadone et troubles de la sexualité
mécanismes et prise en charge

Troubles de la libido ou de la sexualité font partie des effets secondaires associés aux médicaments de substitution aux opiacés, et notamment à la méthadone. Le docteur Laurent Michel présente un état des connaissances cliniques et thérapeutiques, et revient sur la question encore floue des différences entre buprénorphine haut dosage et méthadone en la matière.

Les bénéfices résultant de la mise sur le marché en France depuis 1996 des médicaments de substitution aux opiacés (MSO, buprénorphine haut dosage et méthadone) sont incontestables. Un certain nombre d'effets secondaires sont cependant associés à leur usage. Les plus fréquemment évoqués avec la méthadone sont des sueurs, des troubles digestifs (constipation, nausées), une sécheresse de bouche, des troubles du sommeil, une sédation mais aussi des troubles de la libido ou de la sexualité.

Ces derniers troubles, et leur survenue au cours de l'usage d'opioïdes en général, sont bien connus chez les usagers de drogues (substitués ou non) mais aussi chez les non-usagers de drogues traités par des opioïdes pour lutter contre la douleur.

Troubles de la libido et troubles sexuels

Il peut s'agir de troubles de la libido, avec baisse du désir et des manifestations physiologiques associées (troubles de la lubrification vaginale, de la fonction érectile, baisse du volume d'éjaculation…), perte d'intérêt pour la sexualité, et de troubles sexuels tels que, pour les hommes, troubles de l'érection, d'éjaculation retardée, retard à l'orgasme ou anorgasmie, et pour les femmes, retard à l'orgasme ou anorgasmie, vaginisme et irrégularité du cycle.

Ces troubles – notamment ceux de l'érection – sont associés à une altération de la qualité de vie, surtout dans sa dimension émotionnelle. Chez les patients traités par MSO, hormis leur impact affectif, ils peuvent altérer l'observance des MSO et leur efficacité. Leur fréquence est variable, de 11 % à 70 % selon les études, parfois identique à celle observée en population générale.

Facteurs associés et facteurs confondants

Les facteurs associés aux troubles sexuels sous méthadone sont l'âge, l'existence de troubles psychiques ou psychiatriques, un trouble dépressif, l'absence de partenaire sexuel stable, la prise d'héroïne par le partenaire habituel.

Dans l'étude de Dyer et coll. [1], ce sont les patients expérimentant des symptômes de manque entre 2 prises quotidiennes successives de méthadone qui présentent le plus de troubles de la lidido (mais sans lien avec la fréquence

[1] *Dyer KR, White JM, "Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients", Addiction, 1997, 92, 11, 1445-55*

des troubles sexuels), suggérant, du fait de posologies de méthadone plus élevées pour ces patients, des particularités pharmacocinétiques dans le métabolisme de la méthadone.

Cependant, dans de multiples études, l'évaluation des troubles sexuels se fait de manière rétrospective, avec des outils non standardisés et de faibles effectifs. Certains facteurs confondants comme la prise associée d'alcool, d'antihypertenseurs, de psychotropes, de traitements présentant des effets secondaires anticholinergiques, un tabagisme ou l'existence de troubles psychiatriques associés ne sont pas recherchés.

Causes et mécanismes

Les opiacés agissent à différents niveaux pouvant influencer la libido ou la sexualité : sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, sur la production de prolactine et directement sur la production testiculaire de testostérone.

Ces trois types de perturbations ont comme principale conséquence un impact sur la production de testostérone. La baisse de testostérone plasmatique en dessous de la normale est associée à une baisse de la libido et à des troubles de la fonction érectile en population générale. De même, les hommes présentant des taux d'hormones sexuelles bas (hypogonadisme) voient leur fonction érectile et leur libido augmenter sous traitement hormonal substitutif. Cependant, la libido est fortement dépendante également de l'état de santé psychologique alors que les troubles sexuels (de l'érection en particulier) sont particulièrement influencés par le terrain somatique sous-jacent, vasculaire, neurologique et par les influences toxiques (iatrogènes ou liées à la prise de drogues illicites).

Devant ces troubles, une évaluation psychologique, un bilan somatique et la recherche de toxiques ou de thérapeutiques associés s'imposent donc.

Chez les femmes, les perturbations de la sexualité ou de la libido entraînées par les MSO seraient essentiellement liées à une perturbation de la production cyclique normale des hormones régulatrices LH et FSH.

Des perturbations des taux de testostérone sont fréquemment relevées chez les patients traités par méthadone. Il pourrait exister une corrélation inverse entre posologie de méthadone et taux de testostérone. Cet abaissement de la testostérone n'est pas toujours retrouvé quand existent des troubles sexuels sous héroïne, et un lien entre mesure des troubles sexuels et taux de testostérone ou prolactine n'est pas toujours objectivé. Les facteurs associés à la baisse de testostérone chez les patients traités par méthadone sont un poids élevé et des troubles dépressifs.

Stratégies de prise en charge

Un bilan minimum est indispensable avant toute prise de décision thérapeutique en milieu spécialisé. La nature des troubles peut orienter ce bilan : recherche de facteurs plus psychologiques, relationnels ou environnementaux en cas de baisse de la libido, bilan somatique et recherche de causes iatrogènes ou toxiques prioritaires en cas de troubles de l'érection chez l'homme.

Le bilan hormonal devrait systématiquement être proposé aux patients traités au long cours par méthadone.

Dans un premier temps, il faut éliminer les facteurs facilement identifiables :

– traiter les troubles anxieux ou dépressifs mais en évitant les antidépresseurs fréquemment générateurs de troubles sexuels (beaucoup inhibent la recapture de la sérotonine) ;

– agir sur les toxiques associés (alcool, drogues illicites…) ;

– remplacer les thérapeutiques habituellement génératrices de troubles sexuels ou de la libido (antidépresseurs, antipsychotiques, certains diurétiques…) ;

– traiter les éventuelles affections sous-jacentes dépistées.

Une réduction de la posologie de la méthadone peut être envisagée si la stabilisation du patient paraît le permettre, sachant néanmoins que la dose-dépendance de ces effets n'est pas définitivement établie et que, pour que le bénéfice soit significatif, d'importantes modifications de posologie sont probablement nécessaires.

L'abaissement des taux de testostérone étant inversement corrélé au poids, un régime doit être proposé en cas de surpoids.

Si le bilan hormonal met en évidence un hypogonadisme avec un taux de testostérone < 12 nmol/l, un traitement substitutif transdermique peut être initié. Ce traitement n'aura cependant pas d'effet si les troubles surviennent sans hypogonadisme biologique.

Les facteurs associés à l'efficacité d'un tel traitement en population générale sont :

– l'existence de facteurs de risques vasculaires de dysfonction érectile,

– la présence de comorbidités,

– la brièveté du traitement par androgènes.

Il y a donc un probable déclin de l'efficacité pour des périodes prolongées de traitement, notamment en cas de remontée des taux de testostérone. L'efficacité sur la fonction érectile (mais pas sur la libido) est inversement proportionnelle aux taux plasmatiques initiaux de testostérone. L'innocuité au long cours d'un traitement substitutif hormonal par androgènes n'est cependant pas démontrée. Ce type de traitement peu également être envisagé chez la femme.

Un changement de traitement pour la buprénorphine haut

dosage peut également être envisagé avec le patient en cas d'échec des autres stratégies pour certains auteurs[2] mais pas pour d'autres[3].

Enfin, l'usage d'agonistes dopaminergiques comme la bromocriptine (mais aussi le bupropion ou le méthylphénidate) donnerait également des résultats positifs mais n'est pas dénué d'effets secondaires. Dans une étude menée auprès de patients traités par méthadone et souffrant de troubles sexuels, 65 % des hommes et 36 % des femmes répondaient positivement au traitement par bromocriptine.

La prescription de sildénafil (Viagra®) est également envisageable, une fois les contre-indications éliminées.

Conclusion

Les troubles de la sexualité ou de la libido sont relativement fréquents lors d'usage prolongé d'opioïdes et pourraient l'être encore plus au cours des traitements par méthadone. Leur dépistage est important car ils conditionnent la qualité de vie et l'observance du traitement par les patients. Une influence directe sur l'axe hormonal gonadotrope, se traduisant par une baisse des taux de testostérone, est l'explication la plus communément admise. Cependant, d'autres facteurs ou co-facteurs très fréquents doivent être systématiquement recherchés et pris en charge, comme les troubles psychiques, la prise persistante de toxiques ou de médicaments (psychotropes, antihypertenseurs notamment…), et/ou une affection somatique sous-jacente.

Les stratégies de prise en charge comprennent l'éradication des facteurs favorisants, le traitement de la dépression, la supplémentation hormonale en cas d'hypogonadisme biologique, le régime en cas de surpoids et, à un moindre degré, la réduction des posologies de méthadone, le changement pour la buprénorphine haut dosage et éventuellement l'usage d'agonistes dopaminergiques.

De toute évidence, des études contrôlées précisant la fréquence de ces effets, leur physiologie et les recours thérapeutiques sont encore nécessaires.

LAURENT MICHEL

Centre de traitement des addictions, Hôpital Émile Roux, Limeil-Brévannes

Buprénorphine/méthadone
des différences pas toujours retrouvées

La méthadone pourrait être associée à plus de troubles sexuels que d'autres opoïdes, qu'il s'agisse d'héroïne ou de buprénorphine bien qu'une étude récente mette en évidence une équivalence pour ces deux MSO[3]. D'autres études montrent au contraire une amélioration nette des troubles sexuels au cours du traitement par méthadone ou en comparant méthadone *versus* buprénorphine, comparativement à l'état initial d'intoxication, avec cependant parfois une amélioration encore plus marquée en cas d'arrêt total des opioïdes.

Les personnes présentant des troubles sexuels avec la méthadone en auraient cependant déjà majoritairement présenté avec les opiacés illicites. Hanbury et coll.[4] ont ainsi montré que 71 % des patients se plaignant de dysfonction sexuelle sous méthadone présentaient déjà des troubles pendant la période de consommation d'héroïne. Certaines études retrouvent un lien dose-dépendant avec les posologies de méthadone. Les troubles sont maximums en début de traitement et s'estompent ensuite, sans qu'il soit réellement possible de savoir si ce sont les éventuels effets secondaires propres de la méthadone qui s'estompent avec le temps ou la normalisation du mode de vie sous MSO qui intervient.

La raison pour laquelle la méthadone pourrait entraîner plus de troubles de la libido ou de la sexualité que d'autres opioïdes est peu claire, cette différence étant de toute façon inconstamment retrouvée, comme nous l'avons vu plus haut. Cicero et coll.[5] émettent l'hypothèse selon laquelle l'élimination de la méthadone étant plus lente, les taux plasmatiques sont plus stables et plus élevés qu'avec d'autres opioïdes, accroissant le risque d'effets endocriniens. Bliesener et coll.[6] suggèrent que l'antagonisme des récepteurs opioïdes kappa de la buprénorphine pourrait contrebalancer l'action de la stimulation des récepteurs mu sur l'axe sexuel hypothalamo-hypophysaire, et ainsi expliquer la moindre fréquence d'effets secondaires sexuels que pour la méthadone.

Enfin, la buprénorphine pourrait avoir une action antidépressive favorable sur la prévention de la survenue des troubles sexuels secondaires. Dans l'étude de Bliesener, les patients traités par méthadone présentaient nettement plus de troubles dépressifs que ceux traités par buprénorphine (47 % de dépressions sévères à l'échelle de Beck *versus* 29 %) bien que cette différence n'atteigne pas le seuil de la significativité, suggérant une possible action antidépressive de la buprénorphine, préventive de la survenue de troubles sexuels (ou un biais de sélection). L'étude récente de Quaglio[3] ne retrouve cependant pas de différence significative entre les deux traitements avec des effectifs plus importants.

[2] *Hallinan R et al., "Hypogonadism in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment", Int J Androl, 2008, in press.*

[3] *Quaglio G et al., "Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment", Drug Alcohol Depend, 2008, 94, 1-3, 12-8*

[4] *Hanbury R, Cohen M, Stimmel B, "Adequacy of sexual performance in men maintained on methadone", Am J Drug Alcohol Abuse, 1977, 4, 1, 13-20*

[5] *Cicero TJ et al., "Function of the male sex organs in heroin and methadone users", N Engl J Med, 1975, 292, 17, 882-7*

[6] *Bliesener N et al., "Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence", J Clin Endocrinol Metab, 2005, 90, 1, 203-6*

Sexe, opium et morphine dans la littérature et l'histoire

De l'Antiquité aux fumeries de l'époque coloniale, opiacés ont souvent rimé avec sexualité. Florilège.

"Jouir" serait, selon certains chercheurs, la signification de Hül-Gil, la désignation du pavot la plus ancienne que l'on connaisse, provenant d'une tablette sumérienne vieille de 5 000 ans [1]. Depuis des temps immémoriaux, la consommation de substances psychoactives, notamment l'opium, est associée à la sexualité. Dans l'antique Rome, on préparait le *Cocetum*, un breuvage à base de pavot, pour détendre et préparer les jeunes Romaines à l'union conjugale. D'anciens traités médicaux arabes et indiens sont entièrement consacrés aux *"pilules de la joie"*[2], souvent à base d'opium, censées permettre aux riches levantins d'honorer leurs harems sans faiblir. À la cour des grands Moghols, bien des dignitaires sont opiophages car astreints à honorer d'innombrables concubines.

Les grimoires du XVe au XVIIIe siècle contiennent de nombreuses recettes, dans lesquelles on trouve souvent l'opium, pour *"dénouer l'aiguillette"*[3] ou *"réactiver le feu qui couve sous la cendre"*. Les recettes aphrodisiaques de Cosme Ruggieri, le parfumeur de Catherine de Médicis, sont généralement opiacées.

Nicolas Venette, connu comme le fondateur de la sexologie, publie un des best-sellers du XVIIIe siècle : *Tableau de l'amour conjugal ou histoire complète de la génération de l'homme*. Il y décrit minutieusement les effets exhilarants de l'opium qu'il a complaisamment essayé sur lui-même et qu'il recommande selon de savants dosages et mélanges pour *"parfaire les fonctions qui complaisent à Venus"*. Parallèlement, le laudanum [4] est recommandé pour diminuer l'impétuosité de la nature afin de combattre *"le fléau de l'onanisme"*. Les médecins avaient bien sûr remarqué *"l'atrophie des facultés génésiques"*, effet secondaire fréquemment lié à la consommation régulière et à l'abus des opiacés. Selon la logique de l'époque, la masturbation était bien plus nocive que la dépendance à l'opium [5].

Nous voyons là une même substance paradoxalement recommandée tantôt comme stimulant des rapports sexuels, tantôt pour favoriser la continence, la différence des effets étant souvent liée au dosage. Mais le contexte et la subjectivité sont à considérer également. Par ailleurs, l'opium étant le principal produit psychoactif connu, il était employé pour traiter d'innombrables troubles et pathologies.

Un emploi paradoxal

"L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,… creuse la volupté, Et de plaisirs…, Remplit l'âme au-delà de sa capacité…"

(Baudelaire, "Le poison" in *Les fleurs du Mal*)

Dans *Valentine* (1832), George Sand décrit de façon exemplaire l'emploi paradoxal de l'opium en fonction du contexte et de la motivation. Une femme mariée à un homme qu'elle n'aime pas se sert une double ration d'opium, avant la nuit de noces, pour avoir les sens totalement anesthésiés, ne ressentir aucune sensation et être "absente" durant l'acte. Mais lorsque, la formalité accomplie, le mari s'est retiré, son amant se glisse chez elle. Elle se réveille alors et *"l'entoure de ses bras dans un ravissement opiacé"*.

Durant le XIXe siècle, de nombreux ouvrages médicaux recommandent invariablement l'opium, mélangé avec d'autres plantes telles la valériane mais également des solanacées [6], pour traiter les "érotomanies" comme la nymphomanie, la "fureur utérine" et même la "satyriasis" [7].

[1] *Merlin Mark David, On the trail of the ancient opium poppy, Associated University Presses, Londres, 1984.*

[2] *Rätsch Christian, Encyklopädie der psychoaktiven pflanzen, Botanik, ethnopharmakologie und anwendung, AT Verlag, Aarau, 1997.*

[3] *Lorsqu'un homme était incapable de pénétrer sa femme, il était fréquent d'attribuer cette impuissance à un maléfice : "l'aiguillette nouée". Le remède consistait souvent en des pénitences accompagnées de potions ayant des propriétés déshinibantes et contenant généralement opium, plants de chanvre femelle, sarriette et autres "herbes aux satyres".*

[4] *Teinture alcoolique d'opium aromatisée au safran, très utilisée jusqu'au début du XXe siècle pour soulager la douleur et toutes sortes de troubles physiques ou moraux.*

[5] *Duché Didier Jacques, Histoire de l'onanisme, PUF, 1994.*

[6] *Plantes contenant de l'atropine telles le datura, la belladone, la jusquiame.*

[7] *Quetel Claude, Morel Pierre, Les fous et leurs médecines de la Renaissance au XXe siècle, Hachette Littérature, 1979.*

"Morphine", illustration tirée du livre "Voluptuous Panic" de Mel Gordon (éd. Feral House, Los Angeles, 2006)

Un sujet "fort déshonnête"

"Si l'afioun [opium*] *était bon pour la luxure et les fêtes de Vénus, ce serait contraire à toute la médecine et à toute raison ?*
— Vous dites vrai, car il n'est d'aucun bienfait mais nuirait au contraire. Tous les physiciens m'ont affirmé qu'il rendait les hommes impuissants et les faisait renoncer plutôt à Vénus.
— Mais tant de gens en usent pour le plaisir charnel, il ne se peut qu'ils soient tous dans l'erreur.
— Je vous dirai à quoi il sert mais le sujet est fort déshonnête. [...] Ceux qui consomment cet afioun, étant comme hors d'eux-mêmes, prolongent l'acte vénérien, et beaucoup de femmes ne jetant pas leur semence si vite, plus l'homme tarde, plus elles prolongent l'acte de Vénus et ainsi ils terminent ensemble l'acte de procréer. C'est à cela que peut aider la consommation de l'afioun, à prolonger l'acte vénérien..."

Extrait du *Colloque des simples et des drogues de l'Inde*, d'Orta Garcia (1563) (Thésaurus, Actes Sud, 2004, p. 469).
* *"afioun", "afyoun" ou "afiouni" est un terme utilisé depuis des siècles du Moyen-Orient jusqu'en Asie du Sud-Est pour désigner l'opium.*

Les premières morphinomanes mondaines *"qui entrent dans la morphine par la porte de la volupté"* (par opposition aux personnes devenues morphinomanes suite à des affections douloureuses que la drogue soulageait) parlent de *"ravissements extatiques"* pour qualifier les effets d'une piqûre. Peu à peu naît une terminologie où la morphinomanie est associée à la recherche de voluptés et de jouissances immorales[8]. Les illustrations et descriptions sont puissamment suggestives pour une société qui considère la vue d'un mollet comme hautement érotique. Dans l'imaginaire "fin de siècle", la morphine est souvent associée aux visions d'une injection furtive, jupe relevée, dans la chair nue du gras de la cuisse, au dessus de la jarretière.

"Une peur exquise"

Peu à peu, la morphinomanie va être liée à la "déviance" sexuelle, surtout féminine. Le terrain est fertile pour susciter fascination et phantasmes et... faire vendre du papier. Des écrivains écrivent de pseudo-reportages riches en descriptions explicites. Quelques "spécialistes" évoquent l'utilisation de la morphine par des amants possessifs qui intoxiqueraient leur maîtresse pour *"calmer ses ardeurs génésiques et s'en réserver l'exclusivité"*[8].
Le sujet est porteur, et les ouvrages décrivant *"les langueurs, les débauches et la perversité dans lesquelles s'abîmeraient les demi-mondaines"*[9] sont nombreux. Les livres censés *"porter l'effroi chez les gens du monde qui auraient envie de toucher jamais à la morphine"*[9] semblent susciter attrait et fascination, et contribuent à façonner pour des générations des représentations des drogues intimement associées au vice, à la prostitution et à une sexualité débridée fantasmée. Les innombrables éditions illustrées de belles alanguies dans les vapeurs d'opium des *Paradis Artificiels* de Baudelaire en témoigneront. Si le bourgeois éprouve *"une peur exquise"* devant la fascination de la *"fureur utérine"* que la morphine pourrait provoquer chez la femme, il admet par contre tout à fait que les filles de joie se droguent pour supporter leur métier.
Le mouvement de la "décadence fin de siècle" renforcera encore fortement l'association entre drogue et débauche. Les journaux à sensation rivalisent dans la surenchère. La passion de la morphine exacerberait les plus bas ins-

[8] *Yvorel Jean-Jacques, Les poisons de l'esprit (Drogues et drogués au XIXe siècle).*

[9] *de Liedekerke Arnould, La belle époque de l'opium, aux éditions de la Différence, Le Sphinx, 1984.*

tincts, Les narcotiques détraqueraient gravement l'orientation sexuelle et seraient la cause de la perversion pathologique de nombreux "invertis" et autres homosexuel(le)s. Quelques eugénistes voient là un avantage qui limiterait la reproduction des dégénérés. Pour d'autres, la morphine menace directement la natalité. La diatribe de Lefevre est édifiante : *"La morphinomanie abolit les fonctions génitales, et c'est à l'impuissance absolue que courent les morphinomanes s'ils ne guérissent de bonne volonté ou contraints par d'énergiques conseillers"*[8]. Précisons que la morphine était pure, facile d'accès, d'un prix raisonnable. Si la consommation moyenne se situait souvent aux alentours de un à deux grammes par jour, les quantités consommées par certains pouvaient dépasser les dix grammes par jour. À ce stade, il est évident que la libido est sérieusement neutralisée.

L'attrait du "vice oriental"

"Je résiste à tout sauf à la tentation" (Oscar Wilde)

À partir du début du XXe siècle, des livres comme *La divine Diane Kline*, *Lélie fumeuse d'opium*, et les œuvres de Claude Farrère, Maurice Magre ou Aldelswarth Fersen, souvent richement et explicitement illustrés, contribuent fortement à alimenter les imaginations. Bien des maisons de tolérance chic installent des fumeries d'opium. *Les petites alliées* et *Fumée d'opium*, de Claude Farrère, *La tendre camarade*, de Maurice Magre, restituent avec force détails comment activité sexuelle et opium sont intimement associés dans les bordels des ports de la métropole et les fumeries huppées des colonies. Les hommes y passent de longues heures en compagnie de *Congaï* très prévenantes qui, entre caresses et massages, préparent des pipes d'opium. À Java, les fumeries se situaient toujours à côté des "bordels" afin de pourvoir à l'essentiel et à l'agréable, selon le bon plaisir et la fantaisie des fumeurs. La littérature de ce pays comporte d'ailleurs un édifiant et très populaire poème mystique autour de l'opium créateur et aphrodisiaque : *Suluk Batoloco*.

Dans *Le pur et l'impur*, Colette, qui se rend parfois dans les fumeries parisiennes, décrit magistralement l'ambiance de frôlements, de soupirs, de halètements et de petits cris émanant des alcôves où se lovent les couples.

Durant les années 1920, *La Garçonne* de Victor Marguerite donne le ton. Cette héroïne des années folles est indépendante et n'a pas peur d'affirmer ostensiblement qu'elle fume de l'opium (et prise de la "coco") avant de faire l'amour. Parallèlement, toute une littérature coloniale présente l'usage de l'opium d'une façon insidieusement attractive : un "vice oriental" acceptable tant que cela se passe "aux colonies". Les descriptions des effets, généralement totalement fantasmés, y sont empreints d'une constante "érotisation" du ressenti. Les protagonistes subissent leur attirance pour la drogue qui les fait sombrer avec une bienveillante indulgence dans la luxure et les excès. Dans l'imaginaire de nos arrière grands-parents, l'opium étaient souvent intimement associé à la prostitution, la débauche et donc à la sexualité.

Yves Salgues, journaliste d'après-guerre auteur de *L'héroïne, une vie* (Ed. JC Lattes, 1987), s'adonna à l'opium durant l'occupation avant de tâter, puis de préférer l'héroïne. Voici comment il décrit certains effets de l'opium après ses premières pipes : *"Une immense volupté d'être, une extase physique de chaque cellule… Le sexe raide, l'idée ne vous viendrait pas de saisir votre verge pour une masturbation… Vous vous laissez flotter, la pine à l'équerre, scrupuleusement attentif à ce qui se passe à l'intérieur."*

Pour Albert de Pouvourville, *"le potentiel de conscience sensorielle est décuplé. L'opium incite à la langueur, à savourer un état de tension érotique durant des heures, en dehors de tout acte sexuel, les seules limites sont celles d'une imagination, qui par définition, sont abolies par l'action de la drogue"*[10].

Du cannabis à la buprénorphine

Au vu de toute cette littérature, les effets semblent souvent contradictoires et paradoxaux, mais l'emploi d'une drogue peut avoir des fonctions complexes et selon les contextes, la culture, les dosages, ses effets peuvent considérablement varier. La sexualité est par définition un champ très personnel où l'imaginaire joue un rôle fondamental. Par ailleurs, l'opium et les morphiniques peuvent stimuler ou sédater[11] en fonction du contexte, des attentes, des prédispositions psychologiques, voire génétiques, des personnes et bien sûr des dosages et du mode de consommation.

Aujourd'hui, la relation entre sexualité et usages de drogues a considérablement évolué. Après la deuxième guerre mondiale, la dépendance opiacée a fortement diminué et le lien entre drogue et sexualité concerne à partir de la fin des années 1960 d'abord le cannabis et le LSD puis les stimulants consommés par les tenants de la contre-culture.

De nos jours, l'opium est quasi introuvable sous nos latitudes, et l'immense majorité des personnes dépendantes des opiacés consomment soit de l'héroïne, soit de la méthadone ou de la buprénorphine, produits de substitution qui ont chacun un mode d'action spécifique. Le rapport entre opiacés et sexualité, bien que souvent occulté par les professionnels, est néanmoins toujours très vivace.

JIMMY KEMPFER

[10] *Te Duc Nguyen (Albert de Pouvourville alias Matgioi), Le livre de l'opium, Ed. Guy Tredaniel, 1979.*

[11] *Calmer, faire somnoler.*

Comment les usagers vivent les effets des opiacés sur leur sexualité

Les effets décrits dans la riche littérature sur l'opium et les morphiniques étaient souvent fantasmés et répondaient, pour une part, au besoin de sensationnel du public. Mais depuis quelques décennies – et surtout depuis le développement de la substitution –, des études scientifiques sur la question du rapport entre la sexualité et des opiacés sont menées. Laurent Michel en fait la synthèse page 9. Mais qu'en est-il des pratiques et des ressentis des usagers ? Jimmy Kempfer a rassemblé témoignages et observations personnelles liés à sa longue activité professionnelle dans le champ des drogues.

L'héroïne peut avoir (ou avoir eu) une fonction utilitaire précise et importante dans la vie sexuelle [1] de nombreux usagers.

Stimulation sexuelle et usage utilitaire

Opium, héroïne, méthadone ainsi que les morphiniques en général exercent une action sédative sur le psychisme, les émotions et, par là, modifient les perceptions sensorielles. Ces drogues peuvent également exercer un fort pouvoir désinhibant et donc, dans certains cas, permettre de "stimuler la libido". Ceci notamment lorsque la quantité est limitée et la consommation occasionnelle. Cela n'a pas échappé aux guérisseurs de l'ancien régime, qui recommandaient des opiats comme la thériaque pour *"dénouer l'aiguillette"*[2].

Mais ces effets sont aléatoires et liés au contexte. Des femmes témoignent avoir atteint des dimensions sexuelles insoupçonnées après une petite dose ponctuelle. Dans le même cas de figure, des hommes pourraient faire l'amour pendant des heures, sans panne, mais souvent sans acmé. Si les sensations ressenties peuvent être émoussées, elles sont, dans certains cas, compensées par le gratifiant plaisir procuré à la partenaire (qui n'a pas forcément pris d'héroïne). Cette incapacité à jouir peut aussi être apparentée à un sentiment de maîtrise de la jouissance, entraînant un sentiment de toute-puissance.

Les anciens adeptes du tao sexuel avaient d'ailleurs noté que l'usage d'une petite dose d'opium aide la rétention spermatique, source d'énergie et de jouvence, sans entraver l'érection, provoquant même parfois une congestion soutenue de l'organe mâle[3].

Les relations sexuelles peuvent parfois être perçues comme "intensifiées" grâce à un peu d'opiacés. La capacité de jouir physiquement, cependant, est généralement diminuée, voire impossible. Dans ses ouvrages sur son héroïnomanie, Yves Salgues[4] raconte comment il fait l'amour à son amante durant des journées entières. L'héroïne, dont il est dépendant (en injections sous-cutanées), lui donne une énergie sexuelle insoupçonnée.

De nombreux GI's du Vietnam et plus tard les "fourmis toxicomanes"[5] qui se rendaient en Thaïlande passaient une bonne partie de leur temps à prendre de l'héroïne et à "lutiner" les prostituées thaï. L'ambiance de permissivité et la disponibilité des avenantes Thaïlandaises érotisaient par ailleurs fortement les séjours – sans parler des tarifs très bas pour les Occidentaux.

Les effets "anaphrodisiaques" des opiacés

L'immense majorité des intoxiqués reconnaissent toutefois qu'à la longue, l'usage d'opium ou d'héroïne "endort la libido", entraînant une vie sexuelle pauvre, voire nulle. Car une fois la dépendance installée, cette dernière induit généralement un mode de vie qui, peu à peu, tourne autour du soulagement d'une forme d'angoisse consistant à éviter un "état de déplaisir", sans parler de la gestion temporelle du "manque" et des effets sédatifs propres aux morphiniques. Et le plaisir sexuel perd alors souvent son intérêt. Dans le cas d'une vie de couple, si

[1] *Ashton Robert, This is Heroin, Popular culture of the drug, Sanctuary Publishing, Londres, 2002.*

[2] *Nœud de l'aiguillette : incapacité, attribuée à un envoûtement, à assurer l'acte sexuel lors de la nuit de noce. En réalité lié à la culpabilité entourant tout ce qui était sexuel. Un psychotrope tel que l'opium pouvait entraîner un relâchement émotionnel propre à "dénouer l'aiguillette".*

[3] *Li Yu, Jeou P'ou-T'ouan ou la chair comme tapis de prière, préface d'Etiemble, 10-18 Domaine étranger, 1962*

[4] *Yves Salgues a consacré plusieurs ouvrages à ses quinze ans de vie d'héroïnomane, notamment L'héroïne et Le testament d'un esclave.*

[5] *Fourmis toxicomanes : durant une période s'étalant entre 1975 et 1982, de nombreux héroïnomanes français se sont rendus en Thaïlande où l'héroïne pure coûtait 1 à 2 euros le gramme. Un film, Charters pour l'enfer, et un livre, Les chiens de Bangkok, témoignent fort bien de ce phénomène.*

l'un des partenaires n'est pas dépendant, cela se répercutera généralement sur la qualité de la vie conjugale et peut se terminer par une séparation. L'écrivain américain William Burroughs, héroïnomane durant dix ans, estimait que l'héroïne finit par neutraliser la libido puis par supprimer toute idée de sexualité, chez les hommes comme les femmes, tout en rendant le sentiment de sa propre médiocrité supportable : *"Avec l'héroïne le sexe n'est pas nécessaire. On peut s'en passer. L'héroïne donne la possibilité de se débarrasser de cette énergie !"*[6].

Dans d'autres cas (célibataires par exemple), la perte d'intérêt pour le plaisir sexuel, souvent doublée d'une incapacité à obtenir un rapport satisfaisant, peut alors contribuer à modifier le comportement. Ainsi, certains mettent en place des stratégies d'évitement des contacts et rencontres, ce qui appauvrit la vie sociale, diminue l'estime de soi et peut renforcer l'envie d'augmenter la consommation de narcotiques pour supporter le sentiment d'échec.

Citons aussi les nombreuses prostituées qui affirment que l'héroïne les aide à supporter leur condition grâce à ses effets anesthésiants. En contribuant à "neutraliser" les émotions, la drogue permet de mettre une distance, un voile, lors des moments pénibles où il s'agit de "servir le client". En même temps, le besoin de s'en procurer est un moteur qui motive suffisamment pour "aller travailler". L'héroïne est "la plaie et le couteau… et le pansement".

Les conséquences du sevrage

Si les conditions de vie et les abus n'ont pas trop affecté la santé de l'usager de drogues, il pourra dans la plupart des cas retrouver une sexualité normale après avoir arrêté les morphiniques. Mais cela prendra un certain temps qui sera proportionnel à la durée et à l'intensité de l'intoxication. Souvent, après un sevrage, on peut observer une forte poussée de la libido et une augmentation considérable des activités sexuelles[7].

Au moment du sevrage, lorsque l'organisme souffre du "manque" de drogue, c'est-à-dire recouvre toute sa sensibilité, les usagers subissent *tous* le syndrome de jouissance spontanée fulgurante. La moindre sensation érotique, le moindre attouchement ou stimulation sensuelle, peuvent déclencher un orgasme en quelques secondes. Longtemps partiellement endormis, les sens se réveillent, exacerbés, surmultipliés… incontrôlables. De plusieurs fois par jour chez les hommes à plusieurs dizaines de fois chez les femmes, ces moments compulsifs de plaisir provoquent à chaque fois un soulagement bienfaisant de quelques instants et un peu de détente. La jouissance sexuelle provoque une brève réactivation du système morphinique endogène, perturbé par l'abus de narcotiques…

Lors d'un sevrage, les orgasmes sont perçus comme très sensiblement plus intenses et gratifiants mais aussi souvent totalement incontrôlables. La sensation de plaisir est démultipliée. Des femmes ex-toxicomanes ont témoigné avoir eu les muscles des cuisses et des fesses tétanisés à force de se masturber durant des heures, notamment en prison. Cette forme de satisfaction étant, dans ces moments-là, souvent la seule "à portée de main"[8].

Pour les hommes, les rapports sexuels avec pénétration sont alors quasi-impossibles, pour cause d'éjaculation immédiate, et pour les femmes, souvent, les premiers jours, la seule idée d'un contact physique avec un partenaire peut paraître insupportable. Suivant le degré et la durée de la dépendance, ces symptômes peuvent durer de plusieurs jours à plusieurs mois. Ensuite, généralement, les choses se normalisent peu à peu.

L'impossibilité d'avoir des relations sexuelles pour cause d'éjaculation trop rapide peut être très difficile à vivre pour les hommes. Si un peu d'héroïne prise à ce moment permet de faire l'amour, c'est également souvent le premier pas d'une rechute.

Ce problème est peu documenté car il existe une certaine gène à l'évoquer. Se décrire comme éjaculateur précoce et parfois masturbateur compulsif, dans ces moments difficiles, est pénible et dévalorisant. Personne n'aime se présenter ainsi, même si l'usage des drogues est souvent considéré comme un plaisir solitaire par excellence.

Ces symptômes sont rarement abordés. Cet état de fait est pourtant un élément important qui mérite une réelle attention et des réponses spécifiques qui restent, pour la plupart, à inventer.

Gérer les traitements de substitution

Il est maintenant connu que l'usage continu et abusif d'opiacés ainsi que les traitements de substitution (les hauts dosages de méthadone plus que la buprénorphine) altèrent des fonctions hormonales, pouvant entraîner une diminution, voire une suppression, de toute sexualité. En Suisse, d'ailleurs, des praticiens traitent ces effets sur la libido grâce à des administrations de testostérone. Les résultats semblent intéressants.

L'objectif principal des TSO vise l'abandon des consommations illicites en saturant totalement les récepteurs opiacés aux dépens d'une suppression des affects. Pour de nombreux soignants, les hauts dosages favorisent des analyses d'urine négative. Certains prescripteurs ne veulent pas entendre parler d'une diminution des posologies. Nombre d'usagers se débrouillent alors tout seul et baissent à l'insu des soignants, constatant fréquemment qu'en dessous de 60 mg de méthadone par jour, l'intérêt

[6] *Citation de William Burroughs, in Junkie, Pierre Belfond, Paris 1972*

[7] *Pacheco et al., "A study of the sexuality of opiate addicts", Journal of Sex and Marital Therapy, 2002, 28, 5, 427-437*

[8] *Recueil d'observation et de témoignages dans le cadre de notre activité professionnelle.*

pour la sexualité se réveille à nouveau. Mais ce dosage est purement indicatif et peut varier selon de nombreux critères comme l'âge, l'ancienneté de la dépendance, l'état psycho-physiologique…

Certains "gèrent" leur vie sexuelle en ayant des rapports le matin avant de prendre leur méthadone ou fractionnent les prises en modulant les effets physiologiques fonctionnels sur la sexualité. Dans un centre de soins spécialisés, nous avons vu des infirmières qui calculaient avec des "méthadoniens" une quantité infime de buprénorphine[9], suffisante pour contrecarrer brièvement les effets majeurs de la méthadone tout en n'influant pas sur le "confort toxique" de ce produit. Plus sommairement, les usagers se mettaient en très léger état de manque le temps d'un gros câlin, mais la chose est délicate et nécessite doigté et précision.

Quelques-uns recourent au sildénafil (Viagra®) ou ses succédanés. Cette alternative a cependant ses limites, car les effets de ce produit sont purement mécaniques et ne peuvent se substituer au désir. Pour aider à résoudre les problèmes d'éjaculation précoce après un sevrage, les plus astucieux utilisent des crèmes ou lotions anesthésiantes[10] (à base de lidocaïne ou d'essence de clous de girofle). Appliqués localement, ces produits aident à diminuer l'intensité des sensations et de prolonger l'acte sexuel. Mais il convient de s'entraîner pour les dosages, sous peine de transformer l'organe en un glaçon insensible.

[9] *Rappelons que la buprénorphine a la particularité "d'antagoniser" les effets de la méthadone en chassant celle-ci des récepteurs.*

[10] *Vendues en pharmacie ou en sex-shop.*

Prendre en compte la sexualité des usagers de drogues

Bien que le rapport entre les causes et conséquences de la dépendance et une certaine misère sexuelle n'ait pratiquement pas été abordé dans ce texte, une évidence pourtant transparaît. L'addictologie réduit de plus en plus l'homme à un ensemble de fonctions neurobiologiques qu'il conviendrait de réguler pour le rendre socialement acceptable. À l'opposé, le comportementalisme préconise de le rééduquer pour le rendre apte à résister à la tentation. Pourtant, pour tenter d'aider et comprendre les personnes pharmacodépendantes des opiacés, il est nécessaire de s'intéresser à leur vie sexuelle et de mener des études qualitatives.

JIMMY KEMPFER

Une étude éclairante sur les rapports entre héroïnomanie et sexualité

Une étude menée par Pacheco et coll.* éclaire sur les rapports entre sexualité et héroïnomanie ainsi que les paradoxes et les variations qui s'y rattachent. 101 patients consécutifs (61 hommes et 40 femmes) et 102 témoins appariés pour le sexe, l'âge, le statut social marital et religieux ont été recrutés afin d'évaluer l'influence des effets sexuels sur la poursuite ou l'arrêt de l'héroïne.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'orientation sexuelle ou la stabilité relationnelle (durée moyenne de 4,9 ans).

– Les patients du groupe contrôle étaient significativement plus nombreux à pratiquer une religion comparativement aux patients avec addiction à l'héroïne, respectivement 30 % d'hommes et 42 % de femmes versus 13 % d'hommes et 18 % de femmes ($p < 0,05$).

– Les hommes et les témoins avaient une consommation d'alcool comparable alors que les femmes avec addiction consommant de l'alcool étaient significativement plus nombreuses que celles du groupe témoin (50 % *vs* 29,3 %, $p < 0,05$).

– Un seul homme toxicomane avait une partenaire toxicomane alors que 17 des femmes toxicomanes avaient un partenaire toxicomane.

– Il n'y avait pas de différence entre les femmes des deux groupes, pour la fréquence des rapports sexuels ou de la masturbation. En revanche, chez les hommes du groupe contrôle, la fréquence des rapports sexuels et de la masturbation était significativement supérieure à celles des héroïnomanes : respectivement : 3,9 % *vs* 2,4 % $p < 0,05$ et 1,3 % *vs* 0,5 % $p < 0,05$.

Les auteurs ont observé que, malgré le préjudice sexuel de la toxicomanie, la plupart des patients poursuivaient une vie sexuelle. La dysfonction sexuelle induite par l'usage de la drogue avait motivé l'arrêt de consommation d'héroïne chez 42,6 % des hommes et 45 % des femmes.

Les dysfonctions sexuelles étaient les suivantes :

– une baisse de la libido, chez 75 % des hommes et 68 % des femmes avec addiction, contre 5 % des hommes et 20 % des femmes qui la trouvent augmentée ;

– une altération de l'excitation, chez 71 % des hommes et 60 % des femmes, contre 5 % des hommes et 18 % des femmes qui rapportent le contraire ;

– une réduction de l'aptitude à atteindre un orgasme, chez 60 % des femmes et des hommes, contre 8 % des hommes et 15 % des femmes qui la trouvent augmentée ;

– une réduction de la satisfaction sexuelle globale, chez 72 % des hommes et 65 % des femmes, contre une augmentation pour 7 % des hommes et 20 % des femmes ;

– une augmentation de la satisfaction sexuelle au cours des 6 premiers mois d'usage de l'héroïne, chez 21 % des hommes et 28 % des femmes, contre 20 % des hommes et 40 % des femmes qui pensent le contraire.

* *Pacheco Pablo et al., "A study of the sexuality of opiate addicts", Journal of Sex and Marital Therapy, 2002, 28, 5, 427-437.*

Enquête sur l'articulation du médical et du social en addictologie

Dans la plupart des CCAA[1], Ecimud[2] et CSST[3] hospitaliers de la région parisienne, l'orientation des patients vers le travailleur social n'est pas systématique et reste subordonnée à l'appréciation préalable du personnel paramédical ou médical. Un groupe de volontaires du collectif TSUD formé d'intervenants auprès d'usagers de drogues a mené une enquête sur la problématique de "l'articulation du médical et du social en addictologie". Il présente ici ses travaux.

Les formations, l'approche des usagers ainsi que l'éthique et la déontologie vont dans le sens d'une prise en charge globale de la personne dépendante. Pourtant, certains patients ne bénéficieront pas d'une prise en charge sociale, ce qui fausse l'analyse d'une situation et risque de donner lieu à un projet de soin incomplet, voire inadapté.

Les orientations vers les travailleurs sociaux sont souvent établies sur le constat d'une précarité économique et matérielle, ce qui ne recouvre qu'un des champs de leur intervention. Or, tant pour l'évaluation sociale que pour le diagnostic social, l'approche est transversale et multifactorielle.

En favorisant un contexte d'urgence, l'usager-patient, le travailleur social et même le service se retrouvent dans diverses difficultés et contradictions. Si l'on considère que le lien et la confiance sont des préalables à tout accompagnement social et que leur corollaire est le temps, l'urgence est une ennemie ! D'un point de vue théorique, demander de trouver une/des solution(s) dans l'urgence, c'est demander d'être aussi magique que le produit.

[1] *CCAA : Centre de consultation et d'accueil en alcoologie*

[2] *Ecimud : Equipe de coordination et d'intervention auprès de malades usagers de drogues*

[3] *CSST : Centre de soins spécialisé en toxicomanie*

Dans le travail social en addictologie, la composante du temps est constitutive de l'élaboration du lien et sert l'ensemble du processus thérapeutique.

Quelle "représentation" du travailleur social au sein des équipes soignantes ?

Ces dysfonctionnements pouvant provenir des représentations qu'ont les collègues médicaux et paramédicaux et administratifs des professions du travail social, un questionnaire a été élaboré par le collectif TSUD afin d'avoir un outil de mesure "objectif" par rapport à cette question des représentations.

Selon ses résultats, le travailleur social se révèle comme un bon partenaire du médecin, bien qu'il souffre d'être dans la prescription de celui-ci. Le blocage se retrouve plutôt du côté du personnel paramédical, qui a également sa propre logique d'orientation.

Les éléments essentiels constatés dans l'analyse du questionnaire peuvent être classés en trois thèmes : les missions perçues, la présence aux différents moments de la prise en charge, la valorisation du travail en équipe.

→

Le collectif TSUD

Le Collectif des travailleurs sociaux auprès des usagers de drogues (TSUD) défend l'idée que l'évaluation sociale est constitutive du projet de soin personnalisé du patient-usager. L'évaluation et le diagnostic social sont des compétences propres aux travailleurs sociaux. L'évaluation sociale se définit comme *"l'estimation de la valeur, mesure de l'importance et des effets"*. De ce fait, elle ne saurait être pensée qu'autour des seuls usagers en précarité et ne peut être réduite à des actions ponctuelles urgentes. Pourtant, l'intervention sociale se situe généralement en aval de la prise en charge médicale, et l'orientation vers le travailleur social se fait sur "prescription" du référent médical. Et cette suprématie relativement importante du médical et du psychologique dans les équipes pluridisciplinaires se traduit souvent par un sentiment de dévalorisation chez certains travailleurs sociaux de ces équipes.

Conscients que la valorisation de leurs métiers et de leurs missions passe par une meilleure lisibilité et communication qui leur incombent, les membres du collectif gagent que les dysfonctionnements de terrain proviennent des "représentations" que leurs collègues du champ médical et psychologique ont de leurs professions sociales et éducatives, d'où l'initiative d'étudier auprès de ces professionnels le rôle du travailleur social en addictologie.

Méthodologie et résultats

Le choix d'un questionnaire avec questions fermées et semi ouvertes a été adopté. Celui-ci a été proposé aux différents professionnels de quinze structures parisiennes à l'exception des travailleurs sociaux. La moitié des structures de l'échantillon relevaient de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP/HP) et l'autre moitié du secteur associatif (CSST, CCAA).

Soixante-cinq professionnels ont été interrogés : 13 médecins somaticiens, 7 médecins psychiatres, 3 directeurs de structure, 17 infirmiers(res), 8 psychologues, 4 aides-soignants, 8 secrétaires, et 5 "autres" (comptable, agent d'entretien…).

Le taux de participation a été de 64 %. Le questionnaire était anonyme et n'incluait aucune composante sur le sexe des interviewés.

Les missions perçues du travailleur social en addictologie

Il ressort de l'enquête que "l'évaluation sociale" n'apparaît pas comme faisant partie des compétences d'un travailleur social. Celui-ci est identifié par deux tiers des participants comme un "accompagnant" et pour un tiers comme un "prestataire" chargé des ouvertures de droits à la CAF, Sécurité sociale, Cotorep…

Pourtant, l'évaluation et le diagnostic social sont des compétences propres aux travailleurs sociaux. Dans l'action sociale, l'évaluation est un acte volontaire (ce qui la distingue de l'enquête et du contrôle qui sont subis). Elle consiste à attribuer une valeur à un ensemble de pratiques en fonction d'objectifs précis, à connaître l'effet de ces pratiques et des politiques auprès des publics, à juger de la pertinence de l'organisation sociale. Elle est inhérente à toute action[4]. Le TS établit *"un diagnostic social complémentaire du diagnostic médical et des besoins de soins infirmiers, en envisageant l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire avec sa personnalité et dans son environnement familial, social et culturel"*[5].

L'accompagnement social quant à lui est défini comme *"la relation contractuelle* […] *entre un agent spécialisé et un usager d'un service d'action sociale"*. Les situations qui peuvent solliciter un accompagnement sont multiples. L'acte de comprendre et de faire comprendre exige des relations de proximité, "un moment vécu en commun". Il demande un accord formalisé ou implicite entre l'accompagné et l'accompagnant. Cette notion d'accompagnement privilégie la notion de solidarité dans le travail social et permet de partager l'action avec l'usager[6]. La prise en charge globale de l'usager-patient appelle ainsi à une complémentarité de l'évaluation

[4] *Observatoire départemental de l'action sociale (ODAS), guide méthodologique, Paris, 2001 et notions reprises et réaffirmées dans plusieurs travaux de C. De Robertis, B. Bouquet, H. Hatzfeld…*

[5] *Bouquet B., Garcette C., Assistante Sociale aujourd'hui, Maloine, Paris, 2002, p.110.*

socio-éducative et médicale, d'autant plus réalisable que les champs de compétences soient reconnus et identifiés.

Présence aux différents moments de la prise en charge

Plus de la moitié des participants (dont 100 % des médecins mais seulement 41 % des infirmiers) estiment que le travailleur social doit intervenir tout au long de la prise en charge de l'usager-patient. Or dans les faits, l'intervention du travailleur social ne se fait qu'après une première évaluation (médicale, infirmière ou psychologique) sauf à la demande expresse de ses collègues en cas d'urgence sociale.

Il est nécessaire de rappeler que le travailleur social agit en tant que professionnel mettant en œuvre *"un ensemble de savoirs, de compétences, de valeurs acquises, certifiées à travers des formations et des diplômes en travail social, perfectionnées dans l'exercice de sa profession"*[7]. Les travailleurs sociaux sont donc des professionnels qualifiés à mener le champ de l'action sociale globale.

L'action sociale, c'est bien l'ensemble de moyens par lesquels une société agit sur elle-même pour préserver sa cohésion, notamment par des dispositifs législatifs ou réglementaires et par des actions visant à aider les personnes et les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant. Elle vise prioritairement à lutter contre des situations d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes. Ainsi, le travailleur social est le seul à même de mener l'évaluation nécessaire à la prise en charge sociale de l'usager-patient, dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire et globale. Et selon les statuts de fonctionnements des structures type CSST, CCAA ou Ecimud, le moment de cette première intervention n'est pas toujours spécifié.

Valorisation du travail en équipe pluridisciplinaire

Le guide des bonnes pratiques concernant les missions assurées par les CSST (Cramif, juin 2006) stipule que *"la prise en charge sociale et éducative fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique. Elle doit être associée à la prise en charge médicale et psychologique, en articulation avec les missions d'accueil, d'information et d'orientation. Les intervenants socio-éducatifs doivent être en mesure d'une part de repérer chez les usagers les conduites à risques et d'usages nocifs ou de dépendances, et d'autres part de favoriser leur accès à une prise en charge médicale et psychologique adaptée"*.

S'il n'est pas fait directement mention du moment précis de l'intervention du travailleur social, y sont spécifiés très clairement la notion de complémentarité des interventions, les compétences spécifiques de chaque intervenant et le champ utile de chaque professionnel pour travailler ensemble dans un même intérêt, celui de l'usager-patient. Au même titre, dans le champ de l'addictologie, l'intervention médicale n'a pas valeur de priorité dans la prise en charge et le suivi du patient-usager.

Enfin, la moitié des participants affirment l'aspect complémentaire des interventions du travailleur social, un tiers évoquent ses compétences professionnelles, tandis que 18 % ne se prononcent pas sur cette question. Cette notion de complémentarité leur est donc commune, comme discuté précédemment.

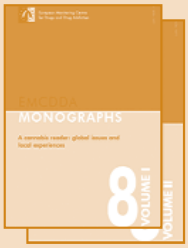
Il convient d'insister sur la nécessité d'assurer des conditions de complémentarité par une reconnaissance mutuelle des champs spécifiques de compétences. Presque un tiers de l'échantillon ne se prononce pas clairement sur cette nécessité de reconnaissance réciproque. Ceci est sans doute un révélateur du travail de communication et de changement de représentations à entamer par les travailleurs sociaux, pour valoriser leur travail et le rendre plus visible dans cette approche globale de l'usager-patient dans son environnement social, familial et culturel. Ils ont à jouer le rôle d'interface entre les institutions et l'usager.

COLLECTIF DES TRAVAILLEURS SOCIAUX
AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

groupe "articulation sociale et médicale"
Aline Di Carlo, Christophe Privileggio, Donnatienne Barrier,
Rosa Ramdani, Christiane Saliba Sfeir, Thierry Jouet
6, Rue Richemont, 75013 Paris / social.tsud@yahoo.fr

[6] *Barreyre J., Bouquet B., Chantreau A., Lassus P., (sous la direction de), Dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard, Paris, 1995.

[7] *Bouquet, B., Garcette C., op.cit, p.22.*



Une somme sur le cannabis

A cannabis reader: global issues and local experiences

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
2008, anglais, 700 pages
À télécharger sur
www.emcdda.europa.eu

Afin de retracer du point de vue historique et politique l'évolution de la question du cannabis en Europe et de faire la synthèse de l'état actuel des connaissances scientifiques sur le sujet, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a recueilli les contributions d'experts du domaine. Au final, un ouvrage volumineux (plus de 700 pages) et incontournable sur le sujet, dont chaque chapitre dresse sur la question traitée un panorama global illustré d'études de cas.

Le premier volume s'intéresse aux développements politiques, législatifs, économiques et sociaux liés au cannabis. Pour éclairer la situation contemporaine, l'ouvrage débute par une analyse de la situation passée : l'usage thérapeutique du cannabis au XIXe siècle, sa place dans la médecine d'aujourd'hui ; l'avancée des connaissances sur la pharmacologie du cannabis depuis les années 1980 ; les mouvements culturels liés au cannabis dans les années 1960 ; l'élargissement de l'Union européenne et l'usage de cannabis dans les nouveaux états membres.

Plusieurs contributions analysent la manière dont l'Europe a abordé la question du cannabis jusqu'à aujourd'hui : l'évolution des politiques et des législations, les différentes approches en présence (de la répression à la réduction des risques…), leur application effective.

L'offre et la production de cannabis, les voies du commerce vers l'Europe, l'évolution et la place de la culture personnelle, l'état des observations scientifiques sur la question de la puissance du cannabis.

Le deuxième volume présente la synthèse des connaissances sur les effets du cannabis sur la santé, tant du point de vue individuel qu'en terme de santé publique ; décrit les modèles européens de consommation de cannabis en population générale et chez les adolescents et l'évolution de la demande de traitement pour des troubles liés à l'utilisation de cannabis en Europe.

Il fait le point sur la prévalence de l'usage de cannabis en Europe chez les jeunes adultes, ses caractéristiques et son évolution, analyse la question de l'usage problématique et de son évaluation. Il résume l'état des connaissances scientifiques sur les effets du cannabis sur la santé, apporte un éclairage sur l'impact social ou en terme de santé publique, discute de la question spécifique des effets de la consommation cannabis sur la conduite automobile, ses implications pour la santé publique et la sécurité routière. Enfin l'ouvrage aborde les questions du traitement et de la prévention : l'augmentation observée au niveau européen des demandes de traitements, l'état des connaissances, de l'offre et des pratiques de prise en charge, les différentes approches et stratégies de prévention adoptées.

Un guide pour les collectivités locales

Usage de drogues, services de première ligne et politiques locales : un guide pour les élus locaux

Forum pour la sécurité urbaine, projet démocratie villes et drogues
2008, 87 pages
À télécharger sur
www.democitydrug.org

La question de la consommation de drogues est pour les acteurs de la politique de la ville à l'articulation entre la santé publique, la sécurité et la cohésion sociale. Dans le cadre du projet "Démocratie, villes et drogues" du Forum européen pour la sécurité urbaine, un groupe de villes européennes partenaires a échangé et mis en commun ses initiatives et ses réponses locales en matière de réduction de l'offre, de la demande et des dommages liés aux drogues.

Ce guide est issu de leurs échanges en vue d'élaborer une politique intégrée et participative pour répondre aux problèmes liés à la drogue. Il propose une démarche méthodologique à adopter par les collectivités locales pour une politique urbaine des drogues, multidimensionnelle, menée en coopération avec tous les acteurs de la ville, et adaptée aux spécificités locales. Elle se définit autour d'un outil : les services de première ligne et leurs actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

Le guide explicite chaque étape du processus : le rôle des élus locaux, la démarche de partenariat entre tous les acteurs de la ville concernés, les étapes du diagnostic local des consommations de drogues, la construction de la stratégie d'action locale, l'évaluation des programmes.

CLAUDINE VALLAURI

Brèves...

Jeunes et alcool : incompréhension des associations

La ministre de la santé a provoqué *"l'incompréhension et l'inquiétude"* des associations de prévention en alcoologie en déclarant fin octobre au *Figaro* qu'elle ne s'opposerait pas à un amendement parlementaire autorisant la publicité pour les boissons alcoolisées sur l'internet. Selon ces associations, même si la ministre exclut du champ d'application de la loi les sites *"dédiés à la jeunesse et au sport"*, il s'agit de fait d'une *"autorisation de faire de la publicité sur tous les sites"*. L'annonce a d'autant plus surpris que Roselyne Bachelot venait de présenter un projet de loi limitant la disponibilité de l'alcool par des mesures restrictives concernant notamment les mineurs. Ce revirement *"met à mal la cohérence et la lisibilité de la politique de santé publique"*, ont estimé dans un communiqué commun l'Anpaa, la F3A, Avenir santé, la FFA, la Société française de santé publique, la Ligue contre le cancer, l'Anitea et l'Union nationale des associations familiales.

États-Unis : une nouvelle ère pour la RdR ?

Si le candidat républicain John McCain s'est toujours déclaré pour la "guerre à la drogue", que penser des convictions et des projets du nouveau président élu en matière de drogue et de réduction des risques ? Barack Obama s'était prononcé, en 2004, pour la décriminalisation de l'usage de marijuana, mais a levé la main lors d'un vote contre cette même décriminalisation lors d'un débat au début de la campagne, avant que s on équipe affirme qu'il avait *"toujours"* supporté cette décriminalisation… Atermoiements qui pourraient s'expliquer par la crainte d'être taxé de faiblesse à l'égard des drogues : rappelons qu'Obama est le premier candidat (et a fortiori élu) à la présidence des États-Unis à avoir admis avoir fumé de la marijuana et pris de la cocaïne dans sa jeunesse. Cette consommation assumée conforte ceux qui espèrent une évolution importante de la politique américaine de lutte contre les drogues. Obama s'est d'ailleurs prononcé durant la campagne en faveur de l'usage médical de la marijuana et de la fin de l'interdiction d'allouer des fonds fédéraux aux programmes d'échange de seringues.

15,9 millions d'injecteurs dans le monde

Selon les résultats d'une revue systématique mise en ligne sur le site du *Lancet* fin septembre, le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse dans le monde peut être évalué à 15,9 millions (11,0-21,2). Les plus grands nombres d'injecteurs vivent en Chine, aux États-Unis et en Russie. La prévalence du VIH parmi les injecteurs atteindrait respectivement dans ces trois pays 12 %, 16 % et 37 %. Cette prévalence se situe entre 20 % et 40 % dans cinq pays et au-dessus de 40 % dans neuf autres. Le nombre d'usagers de drogues séropositifs pour le VIH dans le monde est estimé à 3 millions (0,8-6,6).

Des souris et des hommes

Les conditions de vie jouent un rôle majeur dans le traitement de la dépendance aux drogues et la prévention de la rechute, du moins chez les souris, selon une étude réalisée par des chercheurs du CNRS et publiée fin octobre dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences américaine* (PNAS). Marcello Solinas, Mohamed Jaber et leur équipe de l'Institut de physiologie et biologie cellulaire (Université de Poitiers) ont sevré des souris rendues dépendantes à la cocaïne en les plongeant dans ce qu'ils appellent un *"environnement enrichi"* : grandes cages munies d'une petite maison, roue pour courir, tunnels et autres jouets *"changés une fois par semaine"* afin de stimuler leur curiosité et leur activité sociale et physique. Selon les chercheurs, *"trente jours d'exposition à un environnement enrichi abolissent complètement les comportements caractéristiques de la dépendance"*. Ils expliquent ce changement par la "*réduction de l'activation induite par la cocaïne d'un ensemble de structures cérébrales impliquées dans la transmission dopaminergique et ayant un rôle connu dans la rechute"*. Pour les chercheurs, ces résultats suggèrent que *"les conditions de vie des personnes dépendantes devraient être considérées comme faisant partie de leur thérapie"*. - AFP

Plaisir et usage de drogue

La livraison d'octobre 2008 de l'International Journal of Drug Policy (IJDP), la revue éditée par l'IHRA, explore comment une plus grande attention à la question du plaisir dans l'usage de drogue pourrait dynamiser les approches de réduction des risques. Au menu du numéro (vol. 19, n°5), la présentation de recherches sur la perception des jeunes de leur consommation d'alcool, l'injection de temazepam, les rapports entre plaisir et inhalation, les relations entre vendeurs et acheteurs d'ecstasy, l'usage de ritaline, etc. Enfin, Kane Race s'appuie sur *L'Histoire de la sexualité*, de Michel Foucault, pour affirmer l'importance pour la réduction des risques de la distinction entre approches thérapeutiques et socio-pragmatiques du plaisir.

Le Sahrn lance une newsletter

Créé il y a deux ans à Nairobi (Kenya), le Réseau de RdR pour l'Afrique subsaharienne (Sahrn) vient de publier (en anglais) sa première "newsletter". Celle-ci propose un compte rendu de la 19e conférence de l'IHRA (lire *Swaps* n°51), ainsi que des articles sur l'Afrique du Sud et l'île Maurice.
www.ihra.net/Assets/1318/1/SAHRNUpdateNewsletter1.pdf

Jeunes adolescents : les données de l'enquête HBSC

Les résultats français de l'édition 2006 de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) viennent d'être publiés par l'Inpes. Plus de 7 000 élèves ayant entre 11 et 15 ans ont participé pour la France à cette enquête internationale menée tous les quatre ans dans une quarantaine de pays. L'expérimentation précoce du cannabis chez ces jeunes adolescents est rare (seuls 5 % des élèves de 13 ans disent en avoir déjà fumé au cours de leur vie). Son usage semble stagner depuis 2002 : 29 % des élèves de 15 ans avaient déclaré en avoir déjà fumé, contre 28 % en 2006. Comme en 2002, ces taux placent notre pays parmi les plus consommateurs : à 15 ans, la France occupe le 6e rang (les trois premières places reviennent au Canada, à l'Espagne et aux États-Unis). Concernant l'alcool, la France se situe dans la deuxième moitié des pays de l'échantillon. L'ivresse y est également assez peu répandue en comparaison avec les autres pays. Cependant, elle présente une forte augmentation puisque désormais 41 % des élèves de 15 ans déclarent avoir déjà été ivres contre 30 % en 2002. Quant à l'expérimentation du tabac, même si elle demeure plutôt courante à 15 ans, elle affiche une baisse notable depuis 2002 (63 % à 52 %). De même, le tabagisme quotidien poursuit sa baisse, confirmant une tendance notée entre 1998 et 2002.

■ ■ ■

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
Clotilde Genon
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
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Anne-Sophie Woreth

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

Édité par l'association Pistes (Promotion de l'information scientifique, thérapeutique, épidémiologique sur le sida)

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 52e livraison de *Swaps* est quelque peu atypique par ce qu'elle s'ouvre sur deux disparitions qui nous sont proches, celles de Pierre Goisset et d'Éric Malapert, qui furent des nôtres au lancement de *Swaps*. Tous deux artisans de la RdR victimes d'accident de la vie. Accidents imprévisibles et injustes laissant la réduction des risques orpheline de ces engagements-là.

Une RdR toujours en questionnement, aux EGUS et aux assises de l'AFR (lire page 3), où les acteurs ont été confortés par la présence de la ministre de la santé qui a confirmé son souhait de progresser sur l'éducation liée aux risques de l'injection, mais restent inquiets devant les lois sécuritaires et les risques judiciaires. Cette inquiétude explique-t-elle les lenteurs de l'expérimentation des pipes à crack, le faible nombre de projets déposés sur l'éducation à l'injection ? Sans vouloir espérer un prix Nobel made in France sur la RdR (on se réjouit tous de celui attribué à Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier), on aimerait voir la recherche clinique française sur la RdR se structurer et publier ses résultats. Si les derniers chiffres de la surveillance du VIH s'avèrent encourageants pour ce qui concerne les usagers de drogues, la situation de l'hépatite C reste préoccupante (lire page 6).

Dotée de l'arsenal juridique et réglementaire ad hoc depuis la loi de santé publique d'août 2004, la RdR doit encore se doter d'une méthodologie scientifique qui confortera ses progrès. N'est-ce pas une manière de se renforcer de l'intérieur et de se dégager en partie des menaces répressives en matière d'usage qui la paralysent ?

DIDIER JAYLE et GILLES PIALOUX