



SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 50 Trimestriel

Édito / 24

Trend confirme un

**“retour”
de l’héroïne** / 2

Addictions et suicide
une souffrance commune / 6

**“Stages de
sensibilisation”**
le cahier des charges / 7

*Petite histoire
des sevrages d’opiacés
avant l’avènement
de la maintenance* / 17

**Traitements
de substitution
du nouveau
en 2008!** / 9

Suboxone®
l’éclairage
des expériences
à l’étranger / 14

William Lowenstein / 16

Thierry Kin / 10

**Évaluer l’évolution
des patients**

**Pérenniser
la méthadone sèche**

**Suboxone®
ne remplacera pas
le Subutex®**

Alain Rimailho / 12

Multimédia / 8

Publications / 22

Brèves... / 23



Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006
Huitième rapport national du dispositif Trend
Cadet-Taïrou A.,
Gandilhon M., Toujik A.,
Evrard I.
OFDT, février 2008, 189 p.



"Phénomènes marquants 2006 et premières observations 2007 du dispositif Trend"
Cadet-Taïrou A.,
Gandilhon M., Toujik A.,
Evrard I.
Tendances n° 58,
février 2008, 4 p.
www.ofdt.fr

Trend confirme un “retour” de l’héroïne

ACTUALITÉ

Brouillage croissant des espaces, des produits et des modes d’usage, diffusion à des sphères plus larges de la société, rajeunissement et féminisation des usagers, cocaïne toujours plus disponible, et surtout “retour” confirmé de l’héroïne: tels sont les principaux enseignements de la huitième édition du rapport national Trend. Entretien avec Agnès Cadet-Taïrou, en charge du dispositif à l’Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Swaps: Le nouveau rapport Trend fait état d’un “retour” de l’héroïne...

Agnès Cadet-Taïrou: C’est en effet un des points importants de cette huitième édition. La tendance était déjà amorcée l’an dernier, mais cette fois-ci le phénomène s’est renforcé, avec notamment des saisies en forte augmentation. Même s’il faut mettre des guillemets au terme “retour”, puisque le produit n’avait jamais vraiment disparu, c’est la première fois que la tendance dans les populations observées par ce dispositif est aussi forte. Sur tous les sites, à l’exception de Marseille, la disponibilité et la consommation ont augmenté.

Parmi les usagers des Caarud¹, 34 % ont consommé de l’héroïne au cours du dernier mois, contre 30 % en 2003² (voir tableau 1). Et l’usage au cours de la semaine précédant l’enquête des usagers rencontrés dans le cadre d’une prise en charge socio-sanitaire est passé de 12,6 % en 2004 à 16,6 % en 2006³.

De plus, cette consommation se développe en dehors des usagers traditionnels d’opiacés. En milieu festif, la disponibilité de l’héroïne augmente aussi, notamment dans le milieu festif alternatif. Enfin il arrive qu’elle touche également des populations relativement jeunes et bien intégrées, où elle serait de plus en plus consommée pour son effet propre (plaisir) et

plus seulement dans le cadre de la gestion de la descente des stimulants.

Comment expliquer ce phénomène ?

En premier lieu, il semble que la dégradation continue de l’image de la buprénorphine haut dosage (BHD) entraîne une lassitude chez bon nombre d’utilisateurs et à l’inverse un certain “retour en grâce” de l’héroïne. Ensuite, pour les personnes qui n’ont pas connu l’épidémie VIH chez les usagers de drogues dans les années 1980, l’image de l’héroïne n’est pas associée à celles du junkie et de la maladie, et le produit est l’objet d’une certaine fascination.

Même dans l’espace festif, où elle a longtemps été “taboue”, raison pour laquelle l’appellation “rabla” prédominait, l’héroïne commence de plus en plus à circuler sous son nom véritable. Cette dédramatisation du produit est amplifiée par le développement de modes d’administration autres que l’injection (sniff et inhalation).

Cette montée en puissance risque-t-elle de perdurer ?

Il est en effet probable que la tendance se confirme, dans la mesure où le produit touche de nouvelles populations, où son image s’est nettement améliorée, et ce alors que la production d’opium en Afghanistan est au plus haut.

¹ Caarud: Centre d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

² Enquête Prelud 2006/OFDT réalisée auprès d’un échantillon d’usagers des structures de première ligne.

³ Enquête Oppidum/CEIP-Afssaps, menée annuellement parmi les usagers pris en charge, principalement dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST).

En revanche, le phénomène est très différent de l'“épidémie” de consommation des années 70, 80 ; d'une part compte tenu de l'existence et de la disponibilité de la BHD et d'autre part parce que cette consommation concerne majoritairement des jeunes poly-usagers et ne joue donc plus un rôle central comme dans les années 1970-80.

Quels sont les autres enseignements de ce rapport ?

Plusieurs tendances transversales de fond ont été mises en évidence : un brouillage croissant des espaces et des modes d'usage, des signes de rajeunissement et de féminisation des usagers, un renforcement des pratiques à risques parmi les populations précaires, ainsi qu'une

tendance à la diffusion des produits dans des sphères de la société qui n'étaient pas concernées jusque-là.

Ce phénomène, qui ne concernait jusqu'à présent que la cocaïne, s'étend aujourd'hui aux opiacés : l'héroïne, la BHD, voire la méthadone apparaissent là où on ne les attend pas : des usages d'héroïne ont été rapportés chez des personnes insérées socialement mais aussi en milieu rural ; et des groupes professionnels divers utilisent la BHD à de fins de détente. Même si ces pratiques sont probablement d'une étendue restreinte, cette tendance est à surveiller car ces usagers ignorent souvent les pratiques de réduction des risques.

On note également dans une majorité de sites un net rajeunissement des premières consommations et des usages intensifs. De plus, on compte beaucoup de jeunes

Tableau 1. Fréquence des consommations au cours de la vie et au cours du dernier mois, parmi les usagers des Caarud en 2006 (N = 1017)

| | au moins 10 fois dans la vie % | mois précédent % | tous les jours* % |
|---|--------------------------------------|---------------------|----------------------|
| > 10 verres d'alcool par occasion | | | |
| cannabis | 95 | 86 | 54 |
| héroïne | 77 | 34 | 11 |
| BHD | 69 | 44 | 31 |
| pour se défoncer uniquement méthadone | 44 | 12* | 17 |
| pour se défoncer uniquement sulfates de morphine | 34 | 4* | 7 |
| pour se défoncer uniquement codéine | 33 | 9* | 1,2 |
| rachacha | 36 | 5 | |
| cocaïne ou crack | 79 | 40 | 7 |
| chlorhydrate | | 34 | 5,3 |
| base | | 16 | 2,6 |
| ecstasy | 65 | 20 | 0,9 |
| amphétamine | 60 | 22 | 2 |
| benzodiazépines | 56 | 30 | 18 |
| pour se défoncer uniquement champignons hallucinogènes | 53 | 11* | |
| LSD | 57 | 8 | 0,6 |
| kétamine | 30 | 14 | 0,6 |
| solvants / poppers | 46 | 9 | 0,4 |
| injection | 46 | 5 | |
| | 62 | 42 | |

* Ces prévalences sont calculées sur l'ensemble de l'échantillon interrogé y compris les non usagers du produit considéré. Pour les médicaments, il était précisé dans la question : « pour se défoncer y compris gérer le manque ou une descente de stimulants ».

Sources : Prelud 2006, Trend / OFDT



filles dans cette population (presque 50 % chez les moins de 20 ans)⁴, la survenue de grossesse et le recours à la prostitution les rendant très visibles.

Autre problème important en termes de santé publique, l'augmentation des publics très précaires (notamment des nouveaux migrants d'Europe de l'Est) avec des pratiques très radicales et délétères de poly-consommations et d'injection, auxquelles s'ajoutent une alcoolisation massive. Ces populations sont très difficiles à prendre en charge, notamment en raison de leurs difficultés de socialisation, même vis-à-vis des autres usagers.

En fait, on doit donc raisonner de plus en plus en termes de population. D'ailleurs, c'est très sensible dans les structures de soins qui reçoivent une diversité beaucoup plus importante d'usagers et donc de problèmes.

Enfin, un des points marquants du rapport est le constat que les produits et les modes de consommation sont de moins en moins réservés à des espaces précis. Et les usages concernent des groupes de population beaucoup plus variés.

On s'est rendu compte que des pratiques et des consommations qu'on pensait réservées à des espaces définis se diffusent en dehors des populations habituelles. Bien sûr, cette période n'est pas encore totalement révolue, il y a encore des spécificités : on consomme davantage de BHD

dans l'espace urbain que dans le milieu festif, mais un produit comme la cocaïne, qui était il y a quelques années essentiellement associé aux

milieux festifs, est maintenant consommé massivement par les usagers des Caarud. À l'inverse, une pratique comme l'injection, qui était caractéristique des milieux urbains, est maintenant retrouvée aussi dans l'espace festif.

Comment expliquer ce brouillage ?

On peut le relier aux populations qui passent d'un espace à l'autre. Les "jeunes errants", en particulier, sont des jeunes en grande précarité en marge du milieu festif, dont une partie fréquentent aussi les structures de première ligne. Ils mélangent les produits et les modes de consommation. On note ainsi que la consommation d'ecstasy dans les Caarud est en nette progression, et inversement que les pratiques d'injection et la consommation d'héroïne atteignent les free parties.

Comment prendre en compte cette porosité entre les différents espaces ?

Cette "porosité" nous amène à travailler de plus en plus par "populations". Il ne suffit pas de dire "ça se passe là", mais il faut savoir quelles sont les personnes concernées. Les espaces urbains et festifs techno définis lors du démarrage du dispositif (auxquels nous allons ajouter l'espace festif gay) restent des lieux pertinents pour l'observation et le recueil des données, mais il est plus difficile de repérer les usages dans les milieux bien insérés ou à l'inverse dans les banlieues.

⁴ Enquête ENa-Caarud 2006/OFDT DGS, réalisée une semaine donnée auprès de tous les usagers des Caarud.

Les principes du dispositif

Le dispositif Trend, qui existe depuis 1999, a été mis en place dans le contexte d'un paysage changeant de manière radicale avec l'arrivée de nouvelles drogues de synthèse et celle des traitements de substitution. Le but était, en se basant sur une observation sur le terrain de populations particulièrement consommatrices, d'identifier et de décrire des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits illicites ou à l'usage détourné de médicaments psychotropes. D'où le choix de deux espaces privilégiés d'observation, l'espace urbain et l'espace festif techno. Les sept sites étudiés sont Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse.

Pour ce faire, des outils qualitatifs et quantitatifs communs aux différents sites ont été mis au point : l'observation ethnographique sur le terrain, le recueil de données auprès des structures de soin et de réduction des risques (questionnaires qualitatifs), des groupes focaux à l'échelle locale (répressif et sanitaire) et national (un groupe focal usagers avec notamment Asud). *"L'originalité du dispositif tient aussi à cette capacité à faire travailler ensemble médecins, policiers, professionnels de la RdR et usagers de drogue"*, commente Agnès Cadet-Taïrou, qui pilote Trend.

Au niveau national, l'équipe travaille en collaboration avec l'Afssaps et l'Ocrtis. Les données recueillies sont ensuite mises en perspective dans le double but de rendre compte d'année en année de ce qui se passe concrètement et d'en dégager les évolutions.

De plus, outre les rapports locaux qu'ils produisent, certains sites travaillent sur des "investigations spécifiques", par exemple l'injection en milieu festif ou les consommations transfrontalières.

"Aujourd'hui le dispositif a accumulé de nombreuses informations et l'équipe doit s'attacher à encore améliorer leur mise à disposition", précise Agnès Cadet-Taïrou.

Tableau 2. Évolution de la fréquence des pratiques d'injection par produits consommés au cours du dernier mois parmi les usagers des structures de première ligne entre 2003 et 2006

| | 2003 (N=855) | 2006 (N=1017) |
|-------------|-----------------|------------------|
| | % | % |
| héroïne | 53 | 54 |
| cocaïne | 46 | 54 |
| BHD | 47 | 58 |
| ecstasy | 13 | 19 |
| amphétamine | 22 | 40 |

Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006, Trend / OFDT

La nouvelle visibilité de l'injection est-elle à rapprocher du "retour" de l'héroïne évoqué plus haut ?

Non, car d'une part, beaucoup de nouveaux usagers sniffent ou fument l'héroïne, et d'autre part la pratique de l'injection concerne aussi la BHD, ainsi que la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines. Pour tous ces produits, les chiffres concernant l'injection sont à la hausse parmi les usagers des structures de première ligne (voir tableau 2). Mais il est trop tôt pour tirer des enseignements globaux de ces chiffres.

Malgré cette montée des pratiques d'injection, les données concernant le VIH et le VHC semblent plutôt rassurantes, puisqu'elles font état d'une diminution de leur prévalence parmi les moins de 35 ans entre 2003 et 2006...

Il faut préciser que pour le VHC ces données sont déclaratives et n'ont pas été confirmées biologiquement. Il est prudent d'attendre cette confirmation. Concernant le VIH, les chiffres, qui entérinent une tendance déjà établie, sont plus fiables.

La disponibilité de plus en plus forte de la cocaïne a fait beaucoup parler récemment, le président de la Mildt Étienne Apaire allant jusqu'à évoquer un "tsunami". Que dit le rapport sur ce sujet ?

Il est indéniable que la disponibilité et la consommation de ce produit augmentent en population générale : pour ce qui est des données Trend, 40 % des usagers des Caarud ont consommé de la cocaïne ou du crack au cours du dernier mois. Dans les milieux qui fréquentent les

structures de première ligne, la cocaïne fait donc jeu égal avec l'héroïne. L'offensive des cartels sud-américains vers l'Europe a en effet entraîné une forte baisse des prix ainsi qu'une restructuration de l'offre. Certains réseaux de vente de cannabis se sont recyclés dans la cocaïne, plus rentable. Du coup, de nouvelles populations sont touchées, notamment parmi les usagers à faible pouvoir d'achat et en situation précaire. Et le nombre de recours aux consultations de soins pour des problèmes liés à l'usage de cocaïne augmente fortement.

Y a-t-il du nouveau concernant les autres produits ?

Dans le domaine des stimulants synthétiques, les poudres prennent le pas sur les comprimés. L'ecstasy classique tend à être considérée comme la "drogue du débutant". Pour se distinguer, certains usagers prennent de la poudre. On note par ailleurs une baisse de la qualité des produits et une multiplication des "arnaques", et parallèlement une plus grande méfiance des usagers. Un autre point est la progression de l'usage du GHB dans les méga-dancings à la frontière belge et surtout dans les clubs gays, où l'on assiste parfois dans certains lieux (Paris, Marseille et Toulouse) à une "banalisation" des malaises et comas liés à son usage, notamment en cas de prise d'alcool concomitante. Une radicalisation des pratiques où l'effet d'euphorie et de désinhibition ne suffit plus, et où un épisode de coma peut être vécu comme une "fierté". Une enquête menée dans les milieux festifs gay parisien et toulousain paraîtra d'ailleurs à l'automne.

PROPOS RECUEILLIS PAR NESTOR HERVÉ

Addictions et suicide

une souffrance commune

BRUITS DE CONGRÈS

Les douzièmes journées nationales pour la prévention du suicide, organisées début février par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) en partenariat avec l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), ont posé cette année la question du lien entre conduites addictives et suicide. Compte rendu.

Si l'usage du tabac, suivi de l'alcool, est le premier facteur de mort "prématurée" en France, parmi la tranche d'âge plus particulière des 35-44 ans c'est le suicide qui cause le plus de décès. Ainsi les tentatives d'autolyses (le terme médical pour suicide) "réussies" atteignent chaque année quelque 10 000 morts en France.

On ne connaît généralement pas le statut toxique immédiat des personnes décédées par suicide, ni leur degré chronique de consommation. Mais des études soulignent le risque élevé d'autolyse parmi les personnes dépendantes : Démultiplié par huit chez les personnes en difficulté avec l'alcool, il passerait à 14 chez les consommateurs d'opiacés, pour atteindre un facteur de 40 lors d'une polytoxicomanie associant les benzodiazépines. Moins connu, le jeu pathologique constitue aussi un facteur associé au risque de suicide.

Un lien, oui, mais dans quel sens ?

Lors d'une tentative de suicide, la prise de produits peut souligner une détermination à mourir, ou simplement avoir été l'agent désinhibiteur facilitant le passage à l'acte.

Lors d'une consommation chronique, la recherche de produit peut représenter tout un temps une tentative d'équilibre, le *"balancier du funambule sur un fil"*, explique l'alcoologue Éric Hispard, avant d'engager à la prudence dans nos *"exigences envers l'autre d'aller bien"*.

Michel Craplet, psychiatre et alcoologue, invite aussi à un examen subtil de ces conduites où se mêlent tentatives autothérapeutiques et autolyses, rapides ou différées. *"Vouloir mourir, ou vouloir arrêter de souffrir?"*, interroge-t-il en citant Marguerite Duras dans *La Vie matérielle*: *"Boire, ce n'est pas obligatoirement vouloir mourir..."*

À long terme, les conséquences négatives des consommations aggravent bien le risque suicidaire. Par ailleurs, une vulnérabilité commune aux conduites addictives et au risque suicidaire ressort aussi des différentes études.

Des facteurs de risque communs

L'évolution de la société vers un certain individualisme a pour conséquences de faire endosser à l'individu une quantité croissante de responsabilités. *"Lorsque l'individu réussit, il se trouve alors dans une dynamique de succès personnel très forte. Lorsqu'il échoue, il est confronté à une dynamique d'échec tout aussi forte"*, explique ainsi Jean-Pierre Couteron, psychologue et président de l'Anit.

La quête permanente de performance, relayée par une pression sociale et professionnelle, favoriserait la prise de produits, avec pour corollaire l'incapacité progressive à trouver d'autres ressorts face aux difficultés, à l'image de la spirale du dopage sportif, comme l'exposaient Françoise Facy, vice-présidente de l'Anpaa, et Michel Debout, président de l'UNPS, dans le texte de présentation de ces journées.

Le fossé *"entre ceux qui crèvent de travailler trop et ceux qui crèvent de ne pas travailler"* est aussi, selon Vincent de Gauléjac, facteur de recours aux produits et de risque suicidaire. Le sociologue dénonce aussi les nouvelles politiques managériales créatrices d'un certain "harcèlement social" où chacun devient potentiellement harceleur et harcelé. Il souligne comment certaines entreprises proposent un modèle d'existence où, si l'on perd pied, l'*"on n'est plus rien"*.

Vincent de Gauléjac explique aussi comment le développement d'indicateurs (efficacité, etc.) peut – lorsqu'ils sont décalés du sens donné par l'individu à son travail – faire perdre le sentiment d'identification au métier exercé et à son entreprise, avec les risques de souffrance psychique qui s'ensuivent.

On conclura avec Jean-Michel Delile, psychiatre et directeur du CEID de Bordeaux. Il rappelle que les suicides et possibles équivalents que sont les overdoses et autres conduites à risque représentent, ainsi réunis, la première cause de mortalité chez les personnes dépendantes aux opiacés. Il souligne les liens multiples, la souffrance commune, *"la perte d'évidence d'être au monde"*. Et propose une réintégration de l'addictologie dans le champ de la santé mentale.

“ Stages de sensibilisation ”

le cahier des charges

ACTUALITÉ

Parmi les nouvelles mesures¹ introduites par la loi sur la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 et censées lutter contre l'usage de stupéfiants, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants a fait couler beaucoup d'encre². De quoi s'agit-il ?

Dans l'esprit du législateur, il s'agit de systématiser une réponse pénale à l'usage de stupéfiants dans un contexte où, en parallèle de l'augmentation de la diffusion du cannabis notamment, le sentiment de l'interdit légal de la consommation pouvait s'être quelque peu délité aux yeux du grand public. En droit français, l'usage de stupéfiants est un délit, passible d'une peine pouvant aller jusqu'à 1 an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende. Plusieurs circulaires successives depuis la loi de 1970 ont affiché la volonté d'orienter les simples usagers en priorité vers le soin. Il n'en reste pas moins que tous les usagers de stupéfiants ne relèvent pas d'une prise en charge sanitaire et qu'un certain nombre d'usagers interpellés ne font l'objet d'aucune réponse judiciaire.

Faire prendre conscience des dommages

Pour la Mildt, qui a élaboré un cahier des charges national pour la mise en œuvre de ces stages³, l'objectif est la prise de conscience des dommages sanitaires induits par la consommation et des incidences sociales d'un tel comportement. Il ne s'agit donc pas d'un moment d'évaluation de la consommation telle qu'elle pourrait être pratiquée par une consultation cannabis par exemple dans le cadre d'une injonction thérapeutique mais plu-

complémentaire. Ils visent des consommateurs, majeurs ou mineurs, qui relèvent plus d'une mesure éducative et d'un rappel à la loi que d'une orientation vers le dispositif de soins et qui pourront, le cas échéant, être condamnés à en supporter les frais (dans la limite de 450 euros).

Les associations qui organiseront ces stages ne seront pas forcément spécialistes de la question des addictions. Elles pourront aussi bien venir du domaine de la promotion de la citoyenneté ou de l'aide aux victimes par exemple, dès lors qu'elles sont validées par l'autorité judiciaire (parquet, service pénitentiaire d'insertion et de probation ou protection judiciaire de la jeunesse selon les cas) qui reste garante de la mise en œuvre. Dans les régions où ils existent, les Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances⁴ pourront assurer l'appui méthodologique à l'élaboration des maquettes de stage.

Interactivité et participation

Afin que ces stages soient profitables aux personnes qui s'y verront contraintes, il apparaît indispensable que les intervenants des différents modules fondent leurs interventions sur des méthodes interactives et participatives ; s'attachent à dispenser des informations scientifiquement validées et s'appuient sur les connaissances et les représentations des stagiaires.

La durée de 2 jours, préconisée dans le cahier des charges national, semble la mieux à même de permettre l'expression des stagiaires, les mises en situation et travaux en groupe qui feront toute la différence avec un simple rappel à la loi. Des outils pratiques comme les coordonnées des dispositifs de consultations anonymes et gratuits ou des questionnaires validés d'autoévaluation pourront être remis.

Ces grands principes établis, il ne reste qu'à attendre que les magistrats se saisissent du dispositif. Sans cela, il restera une coquille vide.

¹ Ordonnance pénale pour les majeurs ; composition pénale pour les mineurs ; médecin relais pour les injonctions thérapeutiques... Cf. Loi 2007-297 du 5/03/2007 et décret 2007-1388 du 26/09/2007.

² Cf. *Le Parisien* du 11/10/2007 ; *Le Figaro* 12/10/2007 ; *Libération* du 23/10/2007 ; *Le Monde* du 3/01/2008...

³ en ligne sur www.drogues.gouv.fr/articles5570.html

⁴ Il existe actuellement 11 Cirdd, coordonnées disponibles sur www.drogues.gouv.fr/rubrique54.html

La démarche de l'auto-support appliquée à internet

MULTIMÉDIA

L'association d'auto-support Asud a refondé et étoffé son site internet www.asud.org. Outre la partie consacrée à l'information sur les produits et sur la substitution, un "chat", des forums de discussion et des blogs donnent la parole aux usagers/usagères de drogues... Et ils/elles ont des choses à dire!

Asud, pour auto-support des usagers/usagères de drogues, est né il y a plus de 15 ans, dans un contexte d'épidémie de VIH, et a œuvré à la mise en place de la réduction des risques en France. Une démarche humaniste, basée sur la responsabilisation et la volonté de rendre aux usagers/usagères de drogues leur statut de citoyen-ne, la possibilité de préserver leur santé tout en consommant des drogues.

Depuis septembre 2006, l'association refonde et étoffe son site internet. Très clairement structuré, www.asud.org permet une navigation aisée et intuitive. Agréablement illustré et à la fois sobre, il offre une lecture à l'écran et un accès à l'information aisés.

Une riche information sur les produits

Le site internet propose un historique de l'association et de son contexte d'évolution, ainsi que des contenus à destination des usagers/usagères de drogue, qui constitue par la même occasion une mine d'informations pour tou-te-s les professionnel-le-s prenant en charge un usager de drogue. À la question "qui sommes-nous?", le contenu répond par une présentation de l'association, le contexte politique, culturel et social dans lequel elle est née et a grandi, ses convictions, ses déceptions et ses remises en question.

De multiples informations relatives aux différents produits, de l'absinthe à la kétamine en passant par l'iboga, sont fournies et visent à donner à l'usager/usagère le maximum d'éléments lui permettant de consommer en toute connaissance de cause et en veillant à sa santé. "Si vous consommez, faites-le à moindre risque" : loin d'Asud l'idée de moraliser ou de réprimer.

Des conseils de réduction des risques associés aux pratiques d'injection, de sniff et/ou en milieu festif sont apportés ainsi que des informations relatives aux dépistages (VIH, VHC notamment), au traitement post-exposition et à l'accès aux soins pour les personnes séropositives au virus de l'hépatite C.

La question de la substitution n'est pas en reste, avec une tribune d'Anne Coppel sur le sujet ainsi que des informations et témoignages de personnes sous substitu-

tion à la méthadone et la brochure d'Asud sur la buprénorphine haut dosage.

On retrouve aussi en texte intégral une grande partie des numéros de la revue d'Asud, les brochures, le manuel des droits des usagers/usagères de la substitution et les actes de colloque des Egus 1, 2 et 3 (États généraux des usagers de la substitution, devenus pour la 3^e édition en 2006, États généraux des usagers de substances licites ou illicites).

"Chat", forums et blogs

En plus d'une newsletter qui permet de connaître les actualités du site, de l'association et de la réduction des risques, les outils disponibles sont un prolongement de l'action d'Asud sur le terrain.

Un "chat", des forums de discussion et des blogs d'usagers/usagères de drogues donnent la parole à celles et ceux qui ont perdu la possibilité de le faire par ailleurs ou pour lequel-le-s l'anonymat garanti par internet permet de parler de leur consommation de produits, de demander des informations ou de livrer leurs difficultés en lien avec la substitution, sujets dont ils/elles ne parviennent pas à parler avec les professionnel-le-s rencontrés. 2008 devrait voir la mise en place plus régulière de "chats" avec des médecins afin de permettre un échange avec les usagers/usagères.

L'expérience du forum de discussion est marquée par l'autosupport. Les internautes participant aux forums ont été formés pour devenir à leur tour modérateurs et s'emparer de cet espace de parole.

La possibilité de commenter les articles figurant sur le site ainsi que les sondages (dont les archives restent disponibles) ajoutent à cette volonté d'Asud de valoriser la parole et les connaissances des personnes consommant de drogues.

En résumé, ce site marque une volonté quasi systématique de délivrer des informations remises dans leur contexte politique, social, culturel et/ou économique, rappelant que la réduction des risques et les questions de substitution, tout comme celles des usages, des usagers/usagères sont en mouvement.

Traitements de substitution du nouveau en 2008 !

DOSSIER

Depuis l'arrivée en France de la buprénorphine haut dosage (BHD) et de la méthadone au milieu des années 1990, l'offre de traitements de substitution aux opiacés (TSO) n'avait pas évolué. L'année 2008 marque une nouvelle étape avec la mise à disposition d'une autre forme galénique de la méthadone, de nouveaux dosages de la BHD, ainsi que la commercialisation de l'association buprénorphine-naloxone. Swaps fait le point sur la question.

Des gélules de méthadone aux dosages de 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg sont disponibles depuis la fin mars 2008 à un prix 10 % plus cher que celui de la méthadone en sirop. Le développement de cette forme orale solide *“répond à une demande, exprimée fortement à la fois par les professionnels de santé concernés mais aussi par les représentants et associations de patients”*, d'avoir une présentation plus facile d'utilisation que la forme sirop, expliquait Jean Marimbert, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) lors de l'annonce, en septembre 2007, de son autorisation de mise sur le marché.

Fabrice Olivet, d'Asud, rappelle que la question de la galénique avait déjà été posée au moment de l'introduction de la méthadone, en 1997 : *“À l'époque, certains décideurs qui n'étaient pas convaincus par la réduction des risques espéraient même que le mauvais goût du sirop rebuterait les utilisateurs...”* Pour lui, la nouvelle galénique a le double avantage d'éviter l'infantilisation des usagers et de faire évoluer l'image du produit, trop souvent assimilé à de la drogue.

Plusieurs dispositions ont néanmoins été prises pour suivre et minimiser les risques associés à la mise à disposition de cette nouvelle présentation, car tous les intervenants partagent la crainte qu'en cas de “débordements”, la gélule soit retirée du marché. **Thierry Kin**, chef de projet méthadone des laboratoires Bouchara-Recordati, précise ces dispositions ainsi que les enjeux liés à cette nouvelle offre de substitution dans l'entretien qu'il nous a accordé (lire page 10).

Coïncidence de calendrier, l'année 2008 devrait aussi être celle de l'arrivée en France de l'association buprénorphine-naloxone. Commercialisée sous le nom de Suboxone®, elle a été conçue pour limiter les risques de mésusage intraveineux de la buprénorphine, la naloxone, molécule antagoniste des récepteurs morphiniques, étant destinée à accentuer un effet de manque lorsqu'elle est administrée par voie intraveineuse.

Le produit, qui a obtenu son AMM européenne en 2006, est commercialisé par le laboratoire Schering-Plough. Son directeur médical, **Alain Rimailho**, a répondu aux questions de *Swaps* sur ce nouveau produit (p. 13). Nous publions aussi un compte rendu d'une rencontre organisée lors du dernier congrès THS à Biarritz, au cours de laquelle plusieurs spécialistes anglo-saxons ont partagé leur expérience de cette association médicamenteuse (p. 14).

Enfin, le comité de rédaction de *Swaps* a souhaité profiter de cette actualité pour interroger **William Lowenstein**, responsable du groupe TSO de la Commission nationale addictions, sur l'offre de substitution française (p. 16), qui devrait aussi bénéficier, comme l'a annoncé en mars le laboratoire Mylan, division générique de Merck, de trois nouveaux dosages de buprénorphine (1 mg, 4 mg et 6 mg) d'ici la fin de l'année. Selon le Dr Lowenstein, *“cet affinement des formes posologiques va permettre un meilleur ciblage des traitements et une rigueur individuelle, adaptés à chaque patient”*.



La méthadone sèche est enfin disponible. Quels sont les avantages de cette nouvelle forme galénique ? Comment limiter les risques de mésusage ? Qui va pouvoir bénéficier de ces gélules ? Pour le savoir, Swaps a interrogé Thierry Kin, chef de projet méthadone des laboratoires Bouchara-Recordati, à l'origine de cette nouvelle forme de traitement de substitution.

Thierry Kin

Pérenniser la méthadone sèche

Swaps : Pourquoi proposer de la méthadone sèche ?

Thierry Kin : Plusieurs raisons nous ont conduit à formuler de la méthadone sèche. La première, c'est l'acceptabilité et la praticité. Cette forme est beaucoup plus simple à utiliser et à transporter pour les usagers. Elle est adaptée aux gens qui travaillent, ou qui se déplacent. De plus, le sirop est une forme désuète. Aujourd'hui on donne du sirop pour lutter contre la toux, ou pour les enfants qui ne peuvent pas avaler de médicaments. Aucun laboratoire n'utilise la forme sirop pour un traitement chronique (ou continu) chez l'adulte. Le sirop est jugé mauvais au goût par beaucoup d'usagers.

La 2^e raison est d'ordre médical. Le sirop contient du sucre (du saccharose) et de l'alcool. Même si les quantités restent faibles, cela peut poser un problème, pour les gens diabétiques notamment. Il y a aussi les problèmes dentaires liés à la consommation d'opiacés, qui peuvent être aggravés par le sucre du sirop. Et l'alcool est problématique pour les personnes en sevrage alcoolique (plus psychologiquement que pharmacologiquement, vu la faible quantité d'alcool).

La 3^e raison, c'est la question du stockage. Imaginez : chaque usager prend en moyenne 2 flacons par jour. Un pharmacien qui a 20 à 30 patients doit donc avoir un stock considérable. D'autant que la méthadone est classée comme stupéfiant, et nécessite des conditions de stockage spécifiques, tel que le maintien dans un coffre. Le problème se pose également pour les grossistes qui livrent les pharmacies.

La 4^e raison est une question de santé publique. Plusieurs rapports (Mission Kouchner en 2002, Plan Mildt 2004-2008, Plan addictions 2007-2011, Plan national hépatites virales et Conférence de consensus sur les TSO en

2005) ont montré qu'il fallait améliorer l'accès à la méthadone, pour rééquilibrer l'offre de soins entre méthadone et buprénorphine. Car un meilleur accès à la méthadone pourrait avoir un impact favorable sur les contaminations par le VHC (et le VIH), notamment grâce à la baisse de l'injection de buprénorphine. Améliorer l'accès à la méthadone, cela passe notamment par une nouvelle galénique.

Enfin, il manquait un dosage faible pour la méthadone, pour les gens en fin de traitement, qui doivent baisser très lentement le dosage. Avec la forme sèche, nous proposons des doses à 1 mg, alors que le plus petit conditionnement du sirop est à 5 mg. Ainsi, quand on a quelqu'un à 20 mg, on peut baisser petit à petit à 18, puis 17 etc. On ne baisse pas d'un coup du quart la dose de méthadone.

Cette méthadone sèche, en gélules, ne présente-t-elle pas plus de risques de mésusage, comme pour la buprénorphine ?

Les conditions de prescription pour la forme gélule sont très encadrées. Cette nouvelle galénique est destinée à des patients qui ont déjà un an de méthadone sirop et qui sont équilibrés sur le plan des addictions. On s'adresse ainsi uniquement

“ Il ne faut pas oublier que même sous forme gélule, la méthadone reste classée comme stupéfiant. ”

à des usagers inscrits dans un protocole. Un injecteur de buprénorphine ne pourra se retrouver du jour au lendemain avec des gélules de méthadone. Toute personne sous buprénorphine devra d'abord passer un an sous méthadone sirop avant de passer à la forme sèche. De plus, nous avons ajouté pour prévenir les risques d'injection un agent de viscosité dans le médicament, qui gélifie au contact de l'eau. La méthadone sèche est donc extrêmement difficile à injecter, au moins autant que la forme sirop. Certes, dans l'absolu, rien ne peut être totalement impossible à injecter. Si vraiment un usager manipule le produit pendant des heures en essayant de le diluer, peut-être réussira-t-il à s'injecter quelques milligrammes. Mais cela ne correspond pas à la pratique du

toxicomane, qui recherche une injection rapide et forte, pour répondre à un besoin compulsif.

À part le risque d'injection, un autre problème potentiel est le risque de disponibilité au marché noir. Il est clair qu'il est difficile de "dealer" des flacons de sirop, alors que des plaquettes de 7 gélules sont plus discrètes. Là aussi, le cadre de prescription permettra d'empêcher ces abus. Car il ne faut pas oublier que même sous forme gélule, la méthadone reste classée comme stupéfiant, ce qui est une grosse différence par rapport à la BHD. Quand un médecin doit délivrer un stupéfiant, il est beaucoup plus méfiant, de même que le pharmacien qui doit le délivrer. C'est d'ailleurs pour cela que la Mildt souhaitait passer la buprénorphine comme stupéfiant. De plus, il faut rappeler que les gens qui vont accéder à la méthadone gélule n'ont pas du tout le même profil que ceux qui détournent de la buprénorphine pour la revendre.

Il y a également le risque de surdose. Il est vrai que la méthadone est un médicament plus puissant que la BHD, et donc un peu plus dangereux. Le risque de surdose est important, surtout pour des gens "naïfs" aux opiacés (non dépendants) ou peu dépendants. Un usager de drogue substitué peut parfois être substitué avec 80 à

100 mg de méthadone par jour, alors que quelqu'un qui n'y a jamais touché peut mourir avec une dose de 60 mg. C'est pourquoi la gélule la plus dosée est à 40 mg. Elle est ainsi sous le seuil à risque de 50 à 60 mg, alors que l'on trouve des dosages de 60 mg en sirop. Nous

avons aussi fait un blister "childproof", qui rend impossible de sortir la gélule pour un petit enfant, à l'image des bouchons sécurisés pour la forme sirop.

“Nous souhaitons que la mise en place se passe bien, petit à petit, afin de pérenniser cette forme.”

Justement, pouvez-vous nous en dire plus sur les conditions de prescription très strictes de cette méthadone sèche ?

Effectivement, les conditions de prescription sont très restrictives. Les usagers devront non seulement être sous méthadone sirop depuis plus d'un an, mais ils devront aussi repasser par un CSST pour la première prescription. Or les trois quarts des gens sous sirop depuis un an sont pris en charge en médecine de ville. Le médecin qui les suit devra donc les envoyer vers un centre ou vers un praticien hospitalier pour un second avis concernant le passage sous méthadone sèche. C'est le médecin de CSST ou le praticien hospitalier qui donne sa délégation de prescription au médecin de ville. La délégation doit être renouvelée tous les 6 mois. Seuls les

patients qui sont prêts à retourner au CSST (et donc motivés) vont être demandeurs de cette nouvelle galénique. Cela va créer un premier filtre important. Et ce n'est pas le seul dispositif de contrôle extérieur de la prescription. L'arrêté de loi L. 164-2, demandé conjointement par le ministère, la DGS et la Mildt, prévoit que le médecin de ville mette sa prescription sous contrôle du médecin conseil et de la caisse dont il dépend, dans le cadre d'un contrat de soins.

Ces conditions de prescription ne vont-elles pas fortement limiter l'accès à cette forme ?

Nous sommes tout à fait pour ces conditions d'accès strictes à la forme sèche, car nous ne sommes pas dans une démarche d'explosion des ventes de méthadone gélules. Nous souhaitons que la mise en place se passe bien, petit à petit, afin de pérenniser cette forme. Car nous sommes conscients que la méthadone sèche peut être retirée du marché à tout moment en cas de problèmes et de détournements. Alors autant responsabiliser dès aujourd'hui le médecin, le pharmacien et le patient pour que tout se passe bien. Et peut-être qu'au bout de la première année, s'il n'y a pas de problème, on pourra faire tomber quelques barrières...

Aujourd'hui, l'image de la méthadone change et les prescriptions augmentent. Comment expliquez-vous ce phénomène ?

Quand je suis arrivé chez Bouchara, en 2000, la méthadone était considérée comme une solution de dernier recours, elle était associée aux vieux junkies malades du sida. Il fallait boire ce sirop debout devant l'infirmier qui récupérait impérativement le flacon... Il y avait un écart d'image important avec la BHD. Mais aujourd'hui, c'est effectivement en train de changer. D'abord, les patients sont sortis des centres, et sont traités en médecine de ville. Des injecteurs jeunes passent sous traitement de substitution par méthadone. On voit des gens qui après avoir fait n'importe quoi, sont demandeurs d'un cadre, d'un accompagnement tel que celui qui existe avec la méthadone. C'est pourquoi il y a de plus en plus de gens sous méthadone. Le produit bénéficie même d'une certaine forme de bouche à oreille entre usagers !

La méthadone gélules devrait participer à cette tendance. D'ailleurs, il y a déjà des usagers dans le nord de la France qui vont chercher de la méthadone sèche en Belgique, où elle est en vente en médecine de ville. Le pharmacien fait des préparations magistrales pour 28 jours. Et les patients payent de leur poche, car cela n'est pas pris en charge.



Après la méthadone sèche, quelles évolutions seraient nécessaires selon vous en matière de substitution, pour améliorer encore la prise en charge ?

De mon point de vue, l'offre de substitution sera complète quand il sera proposé de l'héroïne injectable. L'injection d'héroïne peut être utile pour ceux qui ne se stabilisent pas avec la méthadone et la buprénorphine. Dans ce cas, la mise sous héroïne permet de les réinsérer, et petit à petit de les amener à la méthadone. Mais bien sûr, il ne s'agit pas de distribuer aux usagers des doses d'héroïne sans contrôle. Là où des programmes existent, en Suisse, aux Pays-Bas, les prises d'héroïne se font uniquement en centre durant la semaine, et on laisse aux usagers 2 flacons de méthadone pour le week-end. De plus, il faut souligner que proposer une forme d'héroïne injectable est intéressant uniquement si les autres formes de substitution sont parfaitement disponibles. Cela ne sert à rien de mettre en place ce type de programme si les autres alternatives ne peuvent pas d'abord être proposées de manière accessible. Or, aujourd'hui, l'offre de substitution est très inégale en France. À Paris, il est facile de trouver de la méthadone, mais si vous vous éloignez un peu, cela devient très problématique.

“Autant responsabiliser dès aujourd'hui le médecin, le pharmacien et le patient.”

Et que pensez-vous des alternatives à venir, comme le Suboxone® ?

Il faut arrêter de tergiverser pour savoir s'il faut commercialiser le Suboxone ou non. Il faut le mettre sur le marché

et voir ce que cela donne. Si cela aggrave les choses, on le retire, si cela les améliore, on supprime le Subutex®, et si les deux ont des bénéfices complémentaires, on garde les deux ! Il n'y a qu'en le commercialisant qu'on saura si cela apporte réellement quelque chose, car les expériences des autres pays ne sont pas transposables. La France, c'est le pays du Subutex. Aucun autre n'a autant d'usagers substitués par la buprénorphine. Difficile donc de prédire l'effet de l'arrivée du Suboxone.

Mais le principal frein à sa mise sur le marché est sûrement d'ordre économique. Le Suboxone n'a probablement pas eu un niveau d'ASMR (amélioration du service médical rendu) élevé par rapport aux médicaments déjà existants (Subutex, buprénorphine générique et méthadone). Il n'améliore pas le service médical rendu, même s'il pourrait diminuer les mésusages de la buprénorphine seule. Les autorités de santé ont donc peut-être proposé de le rembourser à un prix correspondant au générique, et logiquement cela aurait pu ne pas intéresser Schering-Plough. Mais les choses devraient changer maintenant que le Subutex est concurrencé par les génériques. Aujourd'hui, avec la règle du tiers payant contre générique (les patients ne font pas l'avance de frais s'ils prennent les génériques), Schering va avoir tout intérêt à sortir le Suboxone pour espérer regagner ses parts dans un marché qui avoisine les 100 millions d'euros. Et si la Suboxone répond à ses attentes en matière de réduction des mésusages, cela rendra un réel service à des patients et aux professionnels de santé qui s'en occupent.

PROPOS RECUEILLIS PAR ALAIN SOUSA

De nombreuses questions se posent aujourd'hui sur le Suboxone®.

Quand va-t-il arriver en France ? Est-il amené à remplacer le Subutex ? Pour tenter d'y voir plus clair, Swaps a interrogé le Dr Alain Rimailho, directeur médical du laboratoire Schering-Plough.

Alain Rimailho

Swaps : Où en est la commercialisation du Suboxone ?

Dr Alain Rimailho : L'arrivée sur le marché du Suboxone dépend aujourd'hui des différentes étapes administratives après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché. Le dossier a été soumis à la commission de transparence, il passera ensuite par le comité économique des produits de santé pour fixer le prix. La commercialisation devrait intervenir dans le courant de l'année 2008. Il est normal que cela prenne du temps, car

le dossier technique était compliqué à monter. Nous voulions l'argumentaire le plus complet possible pour la France, car c'est un pays très particulier, dans lequel Subutex occupe une place importante.

Qu'apportera Suboxone dans l'offre de substitution ?

C'est un nouveau produit qui élargit l'offre de soins. On sait, et ceci a été clairement montré lors de la conférence de consensus de 2004, qu'il existe des mésusages et du

trafic de Subutex. Suboxone vient ainsi optimiser l'usage de la buprénorphine dont les bénéfices ont été bien démontrés en limitant son mésusage et son trafic. Il a donc les effets positifs souhaités notamment par les pouvoirs publics. Les bénéfices du Subutex (baisse de transmission du VIH, et à un degré moindre du VHC...) seront amplifiés et renforcés par Suboxone. Je ne dis pas qu'il sera amené à remplacer le Subutex. Il va se placer à côté, avec progressivement de plus en plus de prescriptions. Chez les patients pour lesquels on pense qu'il y a mésusage ou trafic, on pourra le prescrire. Mais, bien sûr, on reste dans un système ouvert, le but est de donner plus d'intérêt et de sécurité à l'usage de la buprénorphine.

“ Le but est de donner plus d'intérêt et de sécurité à l'usage de la buprénorphine. ”

Son utilité est mise en doute par certains usagers et médecins. Que leur répondez-vous ?

Effectivement, certains médecins ne voient peut-être pas les avantages du Suboxone, car ils considèrent que le mésusage et le trafic ne sont pas de leur ressort. Je pense qu'il faut prendre en compte le risque sanitaire que représente le mésusage. Il doit être une préoccupation des professionnels de santé. Et le trafic alimente le mésusage. Les produits détournés servent à être injectés ou associés à d'autres produits dangereux. Derrière le simple aspect trafic, il faut donc prendre en compte l'aspect de santé publique.

Certes, on ne dispose pas de données concrètes en France sur ce que le Suboxone peut réellement apporter pour réduire le mésusage. Mais on sait ce qu'il a pu apporter dans d'autres pays.

Si l'on regarde aux États-Unis notamment, où il est commercialisé (90 % des patients sont sous Suboxone et 10 % sous Subutex), on voit que le mésusage et le trafic sont limités. C'est un médicament qui permet donc bien de garder les patients stables sous buprénorphine et d'en limiter le mésusage.

Il y a également des critiques de gens qui se demandent à quoi ça sert et pour qui. Bien sûr, chez le patient qui est stabilisé, et pour lequel on ne s'inquiète pas d'un éventuel trafic, il n'y a pas de problème

et le Suboxone ne changera rien a priori. Mais il faut voir au-delà du patient et percevoir l'environnement

général. Un ancien toxicomane fréquente souvent d'autres toxicomanes, et donc il peut y avoir un risque de trafic. Avec le Suboxone, la valeur de revente est faible, ce qui limite les risques liés à cet environnement.

Pour les patients qui s'injectent de la BHD, le Suboxone devrait avoir un effet beaucoup moins prononcé, et l'on devrait constater une réduction de la vente à visée d'injection.

Il faut remettre le Suboxone dans le contexte. Avec l'arrivée de ce médicament, on ne va pas assister à un changement brutal. Ce sera plutôt une évolution progressive, au fil des mois, avec une augmentation régulière des prescriptions du médicament.

La mise sur le marché du Suboxone a-t-elle un rapport avec la concurrence du Subutex par les génériques ?

L'arrivée du Suboxone n'a rien à voir avec l'arrivée des génériques du Subutex. Il avait été développé bien avant l'arrivée de ceux-ci en France et la mise sur le marché à l'été 2008 intervient longtemps après l'arrivée des génériques.

Si les génériques ont de toute façon du mal à percer chez les toxicomanes encore plus que chez d'autres patients, il faut probablement y voir l'attachement à la marque extrêmement fort. Remplacer Subutex par le médicament princeps est pour cette raison probablement difficile en pratique.

Quelles autres évolutions dans l'offre de substitution sont-elles souhaitables ?

Suboxone associe à la fois l'agoniste et l'antagoniste morphiniques. En matière de substitution, on peut difficilement faire mieux ! Mais chaque nouveau produit, chaque nouvelle forme ont leur intérêt et élargissent le champ thérapeutique. Ces nouvelles présentations permettent de "profiler" de mieux en mieux le patient pour une prise en charge plus adaptée. Chaque nouveau produit mis à disposition est un progrès.

Ce qui pourrait évoluer aussi, ce sont les conditions d'accès au produit. Le système français est intéressant car il ne met pas d'obstacle à l'entrée des patients dans un système de prise en charge avec des contraintes très limitées. Aujourd'hui les conditions de prescription sont simples et permettent ainsi un large accès aux soins, pour les patients insérés. A priori, ses bienfaits sont évidents. Mais des adaptations pourraient être discutées à distance pour l'optimiser encore.

Un meilleur contrôle pour limiter la revente et le mésusage donne des résultats tangibles par le renforcement

Suboxone®
ne remplacera pas
le Subutex®



“Le risque sanitaire que représente le mésusage doit être une préoccupation des professionnels de santé.”

chez le patient (aujourd'hui ce seuil retenu serait de à 32 mg par jour pour la BHD. avec en France, une limitation par l'AMM à 16 mg/j).

du contrôle a posteriori, notamment au niveau des caisses d'assurance maladie. Celles-ci peuvent vérifier que le seuil de prescription n'est pas dépassé

En ce qui concerne les évolutions telles que les prescriptions d'héroïne, comme cela se fait dans d'autres pays, est-ce que l'on peut encore parler de substitution ? On sort de la question de la prise en charge. De toute façon, de tels dispositifs ne sont pas prévus en France pour l'instant.

PROPOS RECUEILLIS PAR ALAIN SOUSA

Suboxone® l'éclairage des expériences à l'étranger

L'association buprénorphine-naloxone possède une autorisation de mise sur le marché européen depuis septembre 2006. Le médicament est effectivement disponible en Grande-Bretagne depuis décembre 2006. La Suède, le Danemark, la Norvège, l'Irlande et l'Allemagne ont suivi courant 2007. Les procédures françaises d'agrément sont en cours, et pourraient déboucher sur une disponibilité effective en France courant 2008.

Le long délai d'arrivée effective de cette association médicamenteuse fait le lit, en France, d'un certain nombre de questions, notamment sur la valeur ajoutée de l'association ou sur l'importance du syndrome de manque induit par injection.

Or des expériences étrangères de plus en plus nombreuses viennent enrichir les études initiales, permettant de dresser un tableau de plus en plus précis de ce médicament. Certaines questions resteront spécifiquement françaises, celles liées en particulier aux modalités d'accès (prescription et délivrance). Dans ce cadre aussi pourtant, l'intérêt de l'arrivée de cette molécule pourrait être de réévaluer notre organisation des soins en matière de "diffusion" des médicaments de substitution.

Le symposium "Suboxone®" du récent congrès THS 8 a été un moment utile pour recentrer les informations et les

questions. Quatre intervenants anglo-saxons ont présenté des études (avec parfois un recul encore insuffisant) éclairant plusieurs questions et perplexités françaises.

Les questions qui se posent

Les attentes des professionnels en matière d'amélioration des traitements de substitution amènent en effet à interroger les promesses de cette association, avec une question de base : en quoi ce produit change-t-il le traitement des usagers dépendants d'opiacés, et ceux dépendants de buprénorphine ? Une évolution semble en effet nécessaire, tant dans le domaine du contexte politique et social (image du médicament) que de la relation médecin-usager, et ce, pour un bénéfice accru pour le patient. La question du détournement par injection se pose aussi : sait-on déjà si ce détournement existe pour l'association naloxone-BHD, et si les effets de manque – ou l'inefficacité – sont marqués ? Dans les pays où ce médicament est disponible, le marché noir s'en est-il emparé ? Existe-t-il des patients primo-dépendants au Suboxone ?

Le "switch" de la buprénorphine vers l'association naloxone-BHD a-t-il été mis en œuvre, pour combien de patients, avec quelles raisons, et pour quels bénéfices individuels ? Quel pourcentage des patients injecteurs de BHD passés à Suboxone ont-ils cessé les injections ? Quand c'est le cas, comment se répartissent les rôles de l'image, du contrat nouveau passé avec le médecin et des (non) effets ? Finalement, comment positionner l'association naloxone-BHD par rapport aux autres traitements de substitution ?

En France, la situation est spécifique du fait en particulier de l'imprégnation du marché par la buprénorphine, Suboxone® apparaissant comme un médicament de "seconde ligne". Ceci implique un médicament suffisamment utile pour suppléer aux insuffisances ou aux inconvénients de la BHD mais avec la même efficacité. La

buprénorphine, accessible tout autant auprès des médecins que dans la rue, souffre de fait d'un certain discrédit.

L'expérience australienne

Les différents intervenants du symposium ont chacun exposés leurs spécificités locales ou nationales, et ont fait part de leur expérience. Le Pr Dunlop Hunter, de l'Université australienne de Newcastle, a présenté un nouvel exemple des interactions entre une molécule, des situations cliniques et épidémiologiques et un système de soins particuliers. Le système australien est mixte, privé et public. Le Subutex® est prescrit depuis 2001, et représente environ 1/3 des 40 000 traitements de substitution. Des mésusages sont constatés, essentiellement de méthadone. L'association naloxone-BHD est apparue en 2006, avec pour objectif permettre le développement d'une délivrance moins contrôlée, avec un rôle accru des médecins généralistes. De fait, depuis sa mise à disposition, un nouvel équilibre se dessine, avec le passage d'un certain nombre de patients de la BHD vers ce nouveau produit, de rares cas d'injections, pas de primodépendance. De plus, sa cote au marché noir est effectivement faible.

Une implantation importante aux États-Unis

Éric C. Strain, de la Johns Hopkins University School of Medicine, a rappelé les bases pharmacologiques des composants de la Suboxone®, en particulier leurs spécificités en matière d'absorption (sublinguale). La combinaison de buprénorphine et de naloxone tend à limiter l'injection de buprénorphine tout en respectant son efficacité (si elle est prise en sublingual). Une enquête a dénombré 97 % d'usagers satisfaits, qui recommandent ce traitement (n = 381). En conclusion, le Dr Strain a proposé l'apparition d'une nouvelle culture de la buprénorphine.

Son collègue américain le Dr Schuster a exposé la situation aux États-Unis, qui permet à des médecins qualifiés de prescrire les spécialités approuvées dans le traitement des addictions aux opiacés autres que les programmes de traitement à la méthadone. La buprénorphine est la seule médication actuellement approuvée dans cette indication, sous les formes Subutex ou Suboxone essentiellement. Environ 500 000 patients étaient traités fin 2007 par ces molécules, dont 90 % sous Suboxone.

Depuis leur autorisation, ces produits font l'objet d'une surveillance spécifique en termes de mésusage ou de détournement. Différentes études ont été menées auprès des usagers, et des professionnels, dans le cadre des scènes de rue et d'internet. Selon le Dr Schuster, les

détournements d'Oxycotin®, de Vicodin® et de méthadone sont importants, ceux de buprénorphine apparaissent faibles et stables.

La situation en Grande-Bretagne

Le Dr John Crichton, du Hampshire Partnership NHS Trust, a présenté la situation en Angleterre : fin 2007, environ 105 000 patients recevaient de la méthadone, 19 000 patients de la buprénorphine et 1 100 du Suboxone®. Ici encore, l'histoire des médicaments est liée à l'histoire sociale : les thérapies de substitution n'étaient pas "supervisées" à leur début. Certains effets néfastes tels que les décès liés à la méthadone (197 en 2003) ont amené les professionnels à mieux contrôler la délivrance : actuellement 36 % de la méthadone est délivrée sous contrôle, et 26 % de la buprénorphine. Pour cette dernière, un seul décès a été répertorié, mais des injections sont reconnues pour environ un tiers des prescriptions. Le Dr Crichton se risque à la question suivante : Doit-on s'inquiéter, finalement, que la buprénorphine soit injectée au vu du peu de décès que cela induit ? Son analyse montre que les risques physiques liés à l'injection (locaux, infections...) et les risques sociaux (image, marché noir...) doivent amener à contrôler ce mésusage. Une étude économique montre par ailleurs le coût important et les difficultés pratiques et cliniques d'une supervision systématique de la délivrance. Ce raisonnement conduit à trouver une place spécifique et intéressante à l'association naloxone-BHD. De fait, les "switchs" pratiqués depuis la mise à disposition de ce produit ont permis une réévaluation de la relation médecin-malade et du circuit thérapeutique, une information accrue et renouvelée des patients, des pharmaciens, etc. La méthadone, mieux repositionnée, en tire aussi des bénéfices.

Risques et bénéfices

La juxtaposition de ces différents travaux ainsi que les évaluations faites pour les pays européens limitrophes de la France montrent que, si les traitements de substitution ont apporté un bénéfice majeur aux usagers et à la santé publique, ils présentent, et ce de façon spécifique à chaque pays, des inconvénients et des risques. Au delà d'ailleurs des traitements opiacés, il est possible de constater des utilisations déviantes des médicaments psychotropes, en lien avec une "masse critique" de ce produit sur le marché officiel.

À l'évidence, l'arrivée de toute nouvelle molécule doit être accompagnée d'une certaine prudence, d'un apprentissage nécessaire pour faire émerger les bénéfices réels attendus. Mais il y a un intérêt majeur à la mise sur le marché d'une nouvelle association, d'une nouvelle molé-



cule ou d'une nouvelle galénique, afin de sortir de la double illusion d'une monothérapie "unique" pour une maladie "unique": la dépendance aux opiacés. En la matière, chaque molécule apporte un bénéfice propre. De plus, la nécessité de reprendre l'évaluation initiale et le suivi de l'usager peut être l'occasion de mieux engager ou poursuivre sa prise en charge, ainsi que de relancer l'al-

liance thérapeutique sur de nouvelles bases. Maintenant que les médicaments ont aussi droit de cité – et avec quelle efficacité – dans la prise en charge des usagers d'opiacés, toute évolution, déclinée dans une rencontre médecin-usager spécifique, est bonne à prendre.

PIERRE POLOMÉNI

William Lowenstein

Directeur général de la Clinique Montevideo¹ et responsable du groupe TSO de la Commission nationale addictions, le

Dr William Lowenstein fait pour Swaps un point sur l'offre de substitution.

Évaluer l'évolution des patients

Swaps:

Que pensez-vous de la mise sur le marché de la méthadone en gélules ?

William Lowenstein: Elle s'imposait. D'une part, parce que la forme sirop était infantilisante, stigmatisante et peu maniable, notamment lors de voyages. D'autre part, parce que les dosages bas (1 mg, 2 mg) sont ainsi promus. En revanche, toute notre attention devra porter sur le sérieux des prescriptions et des dispensations: la méthadone n'est pas la buprénorphine! Le risque de surdose n'est pas le même en cas de mésusage.

Quid de l'arrivée prochaine du Suboxone® ?

Cette association médicamenteuse vient de "repasser" devant la commission de transparence pour évaluer le service médical rendu. Pour le groupe de travail TSO que je dirige à la Commission nationale addictions, la croyance en un impact positif de cette association reste réservée.

Quel est votre regard sur l'état général actuel de la substitution en France ?

Le bilan est globalement très positif pour l'individu comme pour la collectivité. Nous devons, cependant, penser à un second temps plus précis, mieux évalué, sans pour cela diminuer l'accessibilité aux

médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Ainsi, devons-nous soutenir des études cliniques et épidémiologiques pour connaître "l'état des troupes" au fil des années de traitement. Le groupe TSO de la Commission nationale addictions travaille sur différents projets dans cet objectif, notamment un projet appelé TSO3 qui consiste à faire le bilan individuel et collectif de l'évolution des patients traités avec des MSO au bout de trois ans en France. Personnellement, il me semble que nous avons tendance à prescrire "trop et trop longtemps" une fois la stabilisation obtenue. Cela risque de ne pas être dans l'intérêt médical du patient substitué.

Quelles autres évolutions dans l'offre de substitution sont-elles souhaitables, à court, moyen ou long terme ?

Concernant les opiodépendances, la pharmacopée des addictions ne saurait se résumer à deux médicaments: buprénorphine et méthadone! Quid des codéinés à libération prolongée, des sulfates de morphine? Quid des médicaments de substitution par voie injectable?

En ce qui concerne les autres addictions (alcool, cocaïne, cannabis), nous n'avons toujours pas organisé la recherche fondamentale et thérapeutique sur le sujet dans notre beau pays...

Enfin, plus globalement, un plan national addiction a été élaboré en 2006... Sera-t-il appliqué? Si oui, il ne saurait se résumer à un seul aspect médical. Plus que jamais, je crois personnellement que – ne serait-ce que pour son efficacité – la réduction des risques est à soutenir et à développer en complémentarité du soin et de la prévention.

¹ Institut Baron Maurice de Rothschild pour la recherche et le traitement des addictions

Petite histoire des sevrages d'opiacés avant l'avènement de la maintenance

CULTURE

Depuis l'Antiquité, les pouvoirs de l'opium sont connus en Occident. Mais ce n'est qu'à partir du XIX^e siècle que la question du sevrage s'est imposée, avec un impressionnant cortège de "méthodes" parfois farfelues et de "traitements" trop souvent inefficaces, voire dangereux. Plongée dans les affres du sevrage de l'"opiophagie".

"Je t'envoie donc une nouvelle thériaque¹ qui contient davantage d'opium. Avec ça, tu dormiras mais je te préviens encore une fois : ton accoutumance à ce médicament est manifeste. Ce qui signifie qu'il deviendra de moins en moins efficace... à moins d'en augmenter encore les doses, ce qui, pour le coup, serait dangereux pour ta santé. (...) Je t'envoie aussi une autre potion constituée d'herbes relaxantes ; dans les deux potions, j'ai ajouté de la cannelle, une substance riche en éléments fortifiants et qui a un goût excellent, cela te changera. La deuxième mixture nous servira de test pour mieux déterminer ton niveau d'accoutumance." Cette lettre de Galien, illustre médecin de l'Antiquité, à l'empereur Marc Aurèle en janvier 175, témoigne parfaitement de la connaissance des anciens au sujet des effets addictifs de l'opium.

La genèse de la dépendance opiacée

Déjà, près de quatre siècles avant JC, le sophiste grec Diagoras de Melos affirmait qu'il valait mieux endurer la douleur que de tomber dans la dépendance de l'opium. Pendant des siècles, l'"habitude" de l'opium est parfois évoquée mais sans connotation pathologique, même si cette habitude est d'origine iatrogène².

Au IV^e siècle après JC, près de 800 marchands vendent de l'opium à Rome. Le prix est fixé par l'empereur. Aucun document ne fait état de

problèmes. Il n'existe d'ailleurs pas de vocabulaire spécifique pour évoquer les effets psychiques ou les affres du manque. Ça et là, mais de façon anecdotique, est mentionné le "marasme" induit par l'arrêt brusque de la drogue. Au moyen âge, des auteurs perses et arabes évoquent la dépendance de certains mangeurs d'opium qui se ruinent pour consommer l'"afyum". En revanche, le fameux traité médical *Opiologia* de Sala Venetus, publié en 1614, ne parle jamais d'assuétude alors qu'il met en garde contre le surdosage.

Les "opiacés" seront longtemps le principal remède utilisé dans le cadre d'épidémies comme le choléra, pour contrer les effets d'autres médicaments comme le mercure dans le traitement de la syphilis... ou tout simplement pour soulager la douleur, les rhumatismes, les affections des personnes âgées et autres, pour qui ces préparations sont parfois aussi des "consolateurs de la mélancolie". Parfois, on assimile les symptômes du manque à un retour de la maladie que l'opium était censé soigner. Mais face aux bénéfices des opiacés, des conséquences comme "l'habitude de l'opium" ne choquent apparemment personne. Par ailleurs, le prix relativement élevé des thériaques³ en réserve l'usage aux plus fortunés.

Au début du XIX^e siècle, quelques médecins et voyageurs s'intéressent à l'"opiophagie" en tant que pathologie. On parle d'"ivrognerie" à l'opium, ou d'"insatiable appétit" pour ce produit. En 1828, la traduction par Alfred de Musset des *Confessions d'un mangeur d'opium*, de

¹ Thériaque: célèbre préparation pharmaceutique contenant une soixantaine de substances dont de l'opium en quantités importantes.

² Iatrogène: Une maladie, un état, un effet secondaire occasionné par un traitement médical.

³ La thériaque contenait, outre l'opium, des épices onéreuses et parfois même de la poudre d'or.



Thomas de Quincey, attire pour la première fois l'attention du public sur les affres du manque, la tyrannie de la dépendance et les efforts pathétiques de l'auteur pour s'en défaire. Celui-ci décrit avec force précisions les dosages et les troubles associés à la diminution de sa consommation. La morphine n'est que rarement concernée jusqu'à l'invention, vers 1855, de la seringue hypodermique.

Naissance d'un vocabulaire

Les années suivantes sont le théâtre de conflits meurtriers⁴ où l'on soulage massivement les blessés au moyen de la morphine grâce à la voie parentérale⁵, qui permet un apaisement spectaculaire des souffrances. En résulte "la maladie du soldat", qui n'est autre que la dépendance morphinique.

Les professions médicales, manipulant une substance aux propriétés aussi extraordinaires, cèdent fréquemment aux charmes de la "fée grise". En quelques années, toutes les couches sociales, depuis les "filles de joie" jusqu'aux militaires (parfois très hauts gradés⁶) finissent par être concernées.

Parallèlement, cette période voit l'avènement de la psychiatrie et d'un certain hygiénisme. Toute une nosologie⁷ permet, à l'aide d'un nouveau vocabulaire, de décrire les différents symptômes de l'intoxication. Le "morphinisme" devient "morphinomanie", "narcomanie" – avec la notion de folie, voire de démence, véhiculée par le terme "manie". "L'habitude de l'opium" va devenir "un fléau de l'humanité". "*Les vastes voluptés, changeantes, incon nues, Et dont l'esprit humain n'a jamais su le nom*"⁸ chantées par Baudelaire sont enfin décrites, classées, nommées. D'ailleurs, les fameux *Paradis artificiels*⁹ du poète inspireront de nombreux postulants.

Médecins, pharmaciens et entrepreneurs divers cherchent des méthodes pour "lutter contre le fléau" et convaincre les malades qu'ils doivent guérir, fût-ce "à l'insu de leur plein gré". Jusqu'à la seconde moitié du XIX^e siècle, on préconise généralement la réduction graduelle des doses que des médecins tentent à domicile ou en cabinet avec leurs patients. Ils sont rapidement déçus par les rechutes et déconcertés par la roublardise des malades, qui sont souvent des confrères... où leur femme. Quelques médecins tentent une substitution à base d'extrait de cannabis, éther et valériane – sans faire d'émules. Les symptômes aigus d'un sevrage de l'opium peuvent durer plusieurs semaines¹⁰ contre quelques jours pour la morphine.

Les cures, un marché porteur

Levinstein, le premier grand "narcologiste", préconise un sevrage radical en cellule capitonnée durant quatre jours. C'est la "méthode allemande" qui sera brevetée. Quelques malades y laissent la vie. Des cliniques spécialisées ouvrent leurs portes aux plus aisés qui en ressortent parfois encore plus intoxiqués. C'est la "méthode française", ou démorphinisation lente. Peu à peu, les procédés s'affinent : doses dégressives durant une semaine puis sevrage total, diminution plus ou moins rapide des doses à l'insu du patient... On n'en meurt plus, mais les rechutes sont généralement la règle, et les classes populaires ne peuvent se payer ces cures onéreuses.

L'avènement de nouvelles substances s'accompagne de diverses tentatives de substitution. Le drame du Dr Fleischl, médecin morphinomane soigné par Freud avec de la cocaïne, est connu : après deux ans de traitement, il meurt "*morphium-cokainist*". Ailleurs, on adjoint un sédatif comme l'hydrate de chloral à la morphine puis on diminue peu à peu cette dernière tandis qu'on augmente l'hydrate de chloral. La même technique sera appliquée avec du paraldéhyde et d'autres psychotropes.

Le retour d'Asie

Lors des longs voyages de retour en métropole par bateau, les coloniaux pratiquent une "méthode chinoise" connue pour être quasi indolore. Ils embarquent une bonne bouteille d'opium sous forme liquide ou de laudanum. Toutes les 8 heures ils en boivent un petit verre qu'ils remplissent ensuite d'un alcool quelconque et reversent dans la bouteille. À chaque consommation, le contenu de la bouteille est un peu plus dilué. À l'arrivée au port de Toulon, environ cinq semaines plus tard, la bouteille ne contient quasiment plus que de l'alcool et le sevrage, si les modalités en ont été respectées, s'est fait en douceur.

Mais Toulon est la ville française qui compte le plus de fumeries au début du XX^e siècle et les rechutes ne sont pas rares. Les voilà mûrs pour un des multiples procédés qui voient le jour : réduction rapide puis sauna, eau froide et purgatifs avec de la spartéine pour sustenter le corps ; substitution avec un mélange de bismuth, kola, cynoglosse et jusquiame ; Pyramidon et barbituriques ; induction de demi narcose au chloroforme...

Pour le traitement des "piquomanes", on préconise des injections d'alcool et de scopolamine. Des médecins tentent l'"autosérothérapie" en réinjectant au patient la sérosité d'un vésicatoire ou des injections de lipides dilués dans le sang du patient qu'on lui réinjecte. En administrant des microbes non virulents, on provoque des chocs modérés traités par l'atropine. Ces procédés

⁴ Guerre de Crimée en 1855-56, guerre de sécession aux États-Unis 1861-1865, conflit franco-allemand de 1870, guerres coloniales...

⁵ Parentérale : voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, etc.

⁶ Le général Boulanger ainsi que Bismarck étaient morphinomanes.

⁷ Nosologie : science qui étudie les critères de classification des maladies.

⁸ Baudelaire : "Le voyage" in *Les fleurs du Mal*.

⁹ Les paradis artificiels de Baudelaire comprennent une nouvelle traduction des *Confessions d'un mangeur d'opium* de Quincey.

¹⁰ L'opium est composé de plusieurs dizaines de principes actifs qui interagissent en une synergie complexe. Le manque est plus insidieux et surtout plus long. Les textes et dessins dans *Opium, Journal d'une désintoxication*, de Jean Cocteau sont une illustration édiante des symptômes.

DÉMORPHÈNE

Désintoxication rapide par les émulsions de lipides végétaux des morphinomanes, cocaïnomanes, opiomanes et tous intoxiqués (Procédé de MM. Delaville et R. Dupouy, Ac. de Médecine, 25 mars 1934). Admis par le Service de la Santé de la Marine. Autorisation Ministérielle du 26 octobre 1936.

Durée du traitement.

4 à 6 jours suivant le degré d'intoxication. Disparition, au cours de la cure, de l'état de besoin si pénible et si redouté des malades.

Caractéristiques:

La morphine ou ses succédanés étant liposolubles (travaux d'Overton) se fixent rapidement sur la substance nerveuse riche en matières grasses et s'y intègrent en remplacement d'un des constituants normaux de cette substance.

Le **Démorphène** qui est une émulsion huileuse composée d'huile d'olives ricinée et lécithinée met en liberté le toxique fixé sur le système nerveux, le dissout et prend sa place dans la substance nerveuse.

Mode d'emploi:

Le **Démorphène** s'administre en injections intramusculaires, à raison de 25 cc. pro die, chaque injection étant de 5 cc. Avoir soin de bien agiter chaque ampoule avant usage. A ces injections on associera deux injections quotidiennes d'insuline de 15 unités chacune (augmentation des échanges nutritifs, deux injections de 2 cc. d'huile camphrée spartéinée. Aux vagotoniques on fera prendre 0,05 à 0,06 mgr. d'éphédrine par jour et on leur injectera avant les deux principaux repas une ampoule d'hypophyse et d'adrénaline. Chez les sympathicotoniques on remplacera l'éphédrine par de la gènesérine (L à XC gouttes par jour) et l'hypophyse adrénalinée par des sels de calcium. Pour favoriser le repos du malade on donnera des sédatifs du système nerveux (**Eunéryl**) à petites doses matin et soir. Une bonne évacuation intestinale sera assurée par des pilules laxatives et diaphorétiques (cascara, évonimine, podophyllin, pilocarpine).

Chaque boîte d'ampoules est accompagnée d'un schéma indiquant de façon précise la marche à suivre. La boîte de 10 ampoules de 5 cc. 150 fr.

Laboratoire BIOLABO

9, boulevard Maiesherbes — PARIS.
(Tél. : Anjou 61-61.)

seront parfois complétés par des injections de strychnine ou de barbituriques...

Et bien sûr, chaque fois qu'un nouvel opiacé apparaît, il est vanté comme dénué de potentiel addictif. On essayera le Pantopon®, l'Eubine®, jusqu'au fameux Palfium® tant vanté dans les années 1950-60.

Huile d'olive et cures d'anéantissement

Les années 1930 voient l'avènement du Narcosan® et du Démorphène®, des émulsions d'huiles de ricin et d'olive, de camphre et de vitamine. L'injection en est extrêmement douloureuse et le seul soulagement est celui qui suit la fin de l'injection. Celle-ci est parfois complétée par un coma insulinaire. L'efficacité sur la "psychonévrose toxique" est généralement nulle. Longtemps après la cure, des patients souffrent de troubles de la vue, de l'élocution ou du sommeil. Ailleurs, on pratique les cataplasmes à la moutarde, l'hyp-

notisme ou l'hydrothérapie intensive avec gardénal pour dormir et douches glacées au réveil.

Quelques médecins astucieux préconisent un opiacé de transition. Pour un héroïnomanes, une semaine de Pantopon avant le sevrage atténuerait sensiblement les souffrances du manque. Sur le même principe, on pratiquera des lavements au laudanum.

Emprisonné après la défaite nazie, le maréchal Göring, morphinomanes de longue date, est sevré selon un procédé étalé sur 6 semaines. Chaque jour sa morphine est diluée avec plus d'eau. Les alliés accélèrent le processus et après 5 semaines c'est de l'eau pure qu'on lui injecte. Le premier jour suivant la fin de sa cure, le maréchal réclame encore un peu de morphine. Quand les médecins lui annoncent qu'on lui injecte de l'eau depuis quelques jours, Göring n'en revient pas. Il se suicidera guéri de sa morphinomanie.

Après la deuxième guerre mondiale, des "toxithérapeutes" recommandent les cures de sommeil. Yves Salgues¹¹, recordman du monde en la matière, en fit 18 entre 1954 et 1971. La plus courte dura 20 jours. La plus longue, appelée cure d'anéantissement, 6 mois. La plus pénible fut sans doute celle au Largatyl®, entravé dans une camisole de force. Le réveil est généralement suivi d'un sentiment de misère infinie, d'une déprime abyssale... comme si les souffrances du manque se vengeaient de n'avoir pas été vécues lucidement.

L'Asie et l'ancêtre du "brown sugar"

En Asie, la très ancienne médecine chinoise utilise au XIX^e siècle une riche pharmacopée dont le kratom, la datura, le cannabis ainsi que l'acupuncture. Mais la donne change au début du XX^e siècle. Les millions d'opiomanes chinois que la législation vient de condamner à l'abstinence représentent un marché énorme. Des entrepreneurs mettent au point des "pilules anti-opium" le plus souvent à base de morphine. À partir des années 1920, des pilules rouges apparaissent sur le marché clandestin. Elles ont la particularité de pouvoir être fumées dans un simple tube. Leur succès est fulgurant — les gains aussi. La composition est en général la suivante : 2 % d'héroïne plus caféine, strychnine, quinine, aspirine et excipients divers. Consommée par la voie pulmonaire, la caféine accroît la biodisponibilité de l'héroïne et, associée à la strychnine, donne une violente sensation d'énergie. Ce sera l'ancêtre du "brown sugar". Après l'invasion nipponne et la création du narco-État Mandchoukouo, les Japonais, non contents d'imposer la culture du pavot, forcent les opiomanes à consommer toutes sortes de pilules anti-opium vendues de plus en plus cher.

¹¹ Journaliste de Paris Match et auteur de l'édifiant *L'héroïne, une vie*, chez JC Lattes (1987).



“Drug panic” aux États-Unis

Aux États-Unis, à la fin du XIX^e siècle, la consommation d’opium, souvent débutée pour raisons médicales, est importante notamment chez les femmes, et les remèdes “anti-opium” prétendument miraculeux foisonnent. L’ingrédient principal en est généralement la morphine, parfois accompagnée de cocaïne, strychnine, sulfonal, café, bétel... Ces “patent-medicine” sont souvent promues par des charlatans dans le cadre de barnums musicaux où des musiciens noirs s’époumonent avec force mimiques pour attirer le chaland. C’est là une des racines du jazz.

L’inventivité des Américains semble inépuisable. “Faradisation du phrénique”¹², immobilisation totale dans une solide gangue de plâtre (où le pauvre “baignait dans son jus” durant quatre jours), comas hypoglycémiques induits par l’insuline, lavements de castoréum¹³... ils ont tout tenté.

¹² Chocs électriques infligés au niveau du diaphragme.

¹³ Castoréum : substance grasse et odorante produite par les glandes sexuelles du castor mâle.

Le tournant du siècle voit l’avènement de l’héroïne, premier “remède héroïque” contre la

morphine. Aux États-Unis, elle devient vite une drogue de choix des milieux interlopes. En 1914, le Harisson Act en restreint sévèrement l’accès et cause la première “drug panic” de l’histoire. Les “detox services” des hôpitaux font le plein, mais comme on ne leur dispense que du bromure, les “addicts” s’enfuient dès le second jour. L’hôpital Bellevue de New York devient célèbre pour ses cures à la scopolamine. Les patients, généralement volontaires, sont attachés. On leur injecte le produit de façon à les maintenir dans une inconscience extrêmement agitée et peuplée de cauchemars. Ils en émergent cinq jours plus tard, lessivés et avec toutes sortes de troubles, parfois durables. Les décès ne sont pas rares. Des médecins utiliseront le procédé pour guérir le “nicotisme”, la kleptomanie – et même le pipi au lit.

“Bras en ciment” et autres expérimentations

Certains “drug doctors” américains proposent une épaisse solution buvable de morphine et d’excipients divers. Cela vaudra aux nombreux addicts qui l’injectent des “bras en ciment” : l’excipient, censé dissuader l’injection, entraîne un redoutable durcissement de la chair. Peu à peu, le bras est quasi paralysé et reste dur comme du bois durant des semaines.

Quelques “drug clinics” dispensent de l’héroïne en doses dégressives, mais les patients disparaissent généralement lorsque la quantité de drogue dispensée ne les satisfait plus.

À partir des années 1930, la “drug farm” de Lexington, dans le Kentucky, propose des cures de réduction suivies d’un séjour de 6 mois. La méthode est simple. On attend que la personne soit en manque puis, selon les symptômes, on lui injecte un morphinique pouvant aller jusqu’à 200 mg d’équivalent morphine. Quand on juge sa tolérance suffisamment intéressante, on réduit le dosage. Certains subiront plusieurs intoxications/désintoxications durant leur séjour.

Quand les volontaires se font rares, la justice vole au secours de l’institution en donnant à choisir entre la prison et Lexington. Durant près de quarante ans, l’industrie pharmaceutique et l’armée eurent ainsi sous la main environ 80 000 cobayes dociles pour expérimenter (contre récompense) le potentiel de tous les morphiniques – dont la méthadone – et psychotropes possibles.

Entre 1940 et 1945, les morphiniques se raréfient considérablement sur le marché noir américain. Nombreux sont les “junkies” qui décrochent alors sans aide médicale. L’après-guerre verra la naissance des alternatives de type autosupport (narcotiques anonymes), comportementalistes (Synanon) ou religieuses.

OPIMUM HABIT QUICKLY CURED.
The Opium and Morphine Habits can be quickly and secretly cured at home by the perfected treatment of Dr. KANE, (late Superintendent of the Quincy Hospital, Opium). No pain and reliable cures. No late PAMPHLET, with testimonials, Dr. H. B. KANE

THE COBLENTZ COMMON SENSE METHOD OF CURING THE Morphine, Opium, Laudanum,

OPIMUM Morphine Habit, Cured in 10 to 20 Days. No Pain until Cured. J. L. STARRS, M. D., Lebanon, Ohio.

DR. ADAM LAURIE'S **CHINESE LIFE PILLS.**

Sanatorium Dr. Lubowski
For Nervous Affections, Internal Complaints, Convalescence, Morphine & Opium Habits.
Absolutely new building and appointments. Fashionable, near "Kurhaus". :: Dietetic cuisine. :: Electro, hydro-, psychotherapy.

Morfium Alcohol Schlaflose MORPHIN
Entwöhnungskuren von Morfium, Pantopon, Kokain, Alkohol, Schlafmitteln etc. ohne jeden Zwang im Spezial-Sanatorium Schloss Rheindlick Bad Godesberg am Rhein bei Bonn Aufnahme von Nervösen und Schlaflosen nur 20 Gaste Kurmittelau Komfort moderater Art. Herrliche Lage an Viktorberg v. d. Kottenforst Bildungsprospekte frei. Seit Gründung 1899 unter ärztl. Leitung des Eigentümers

OPIMUM HABIT CURED
Painlessly at home by one who has had SEVENTEEN YEARS' PRACTICE in treating and curing this disease. For full particulars send for THE TEST OF TIME containing testimonials of hundreds who have been permanently cured. Address, DR. S. B. COLLINS, La Porte, Ind.

OPIMUM MURPHINE, W and Tobacco secretly cured at 10 to 20 Days. nervousness, lost interference with iness. For the next 30 Days, we will the FIRST applicant from each of the U.S., a trial course free. Terms 25. Correspondence confidential and answered by mail, in plain wrapper. Reg. price \$2.00 DELTA CHEMICAL COMPANY, 1173 Holland Building, St. Louis, FR

THE Keeley Cure
Alcohol, Opium, Tobacco Using

MORPHINE Kurhaus Lank
EASY, PAINLESS, PERMANENT HOME CURE. We will send any one addicted to MORPHINE, OPIUM, LAUDANUM, or other DRUG HABIT, a trial treatment FREE OF CHARGE, of the most remarkable remedy for purpose ever discovered. Containing the GREAT VIT. PRINCIPLE lacking in all other remedies. Confidential correspondence invited from all, especially PHYSICIANS. ST. JAMES SOCIETY, 111 Broadway, N. Y. Cr.
59 Victoria St., LANKWITZ
Sanatorium for Convalescents, for Person Rest, for Patients suffering from Nervous complaints, Disturbances of the Digestive & of Metabolism generally, Diabetes, as well as treatment of Morphineism, Cocaineism, Alcoholism.
Most modern Hygienic Appliances.

DRUG HABIT

Sevrage ou publicité mensongère ?

Il suffit de taper “detox” dans un moteur de recherche pour être orienté par une foule de publicités vantant des méthodes de sevrage “révolutionnaires” pour avoir une idée de l’importance de ce marché. L’une de ces cures, la fameuse méthode UROD (ultra rapid opiate detoxification) garantit une désintoxication sans douleur en 6 heures avec des taux de réussite extraordinaires. On injecte au patient, en état de narcose totale, de fortes doses d’antagonistes des opiacés. Généralement, la personne se réveille en capilotade et passe les premiers jours en chaise roulante. Ensuite on lui prescrit de la naltrexone (antagoniste total des opiacés qui empêche ceux-ci de faire le moindre effet), parfois sous forme d’implants à libération prolongée. Cette cure très controversée est appelée NRA (neuro-régulation accélérée) par le Dr Waissman, qui la pratique en Israël pour 8 000 euros. Proposé pour beaucoup moins cher, mais sans enthousiasme, dans plusieurs pays d’Europe, ce procédé est interdit en France à cause des risques et du taux élevé de rechutes. Les forums d’Asud (www.asud.org, lire p. 8) regorgent d’informations intéressantes sur ces cures. En Russie, à Ekaterinbourg, des tortionnaires qualifiés de “narcologistes” pratiquent un sevrage radical en attachant les “narcomanes” sur un sommier. Chaque plainte est gratifiée par des coups de ceinturon et autres sévices, la douleur étant présentée comme “thérapeutique”. En Thaïlande et en Chine, les usagers ont le choix entre une “rééducation” de type commando ou les séjours dans les temples. Là, des moines administrent diverses potions émétiques censées expurger la drogue. La compo-

sition subtile de ce remède fait que chaque gorgée apporte un petit soulagement du manque. Dans les deux cas, les taux de guérisons semblent intéressants.

Narconon, la très onéreuse méthode (vitamines, minéraux, séances de sauna... à très hautes doses), de l’église de scientologie est sévèrement critiquée par la majorité des spécialistes. Dianova, anciennement “le Patriarche”, a fait décrocher (quasi-gratuitement) des dizaines de milliers de personnes à l’aide de tisanes, de massages et d’un accompagnement parfois coercitif. Les innombrables membres de “Narcotiques anonymes” ont décroché, souvent sans médecin, grâce à l’aide d’un programme en 12 étapes et à un soutien fort et continu de type auto-support.

En France, en 1998, une Conférence de consensus (voir *Swaps* n°8) a validé un procédé à base de calmants, d’anti-hypertenseurs et de diverses médications symptomatiques avec hospitalisation. Les rechutes sont importantes sans post-cure et accompagnement structuré. Rappelons qu’un sevrage de la méthadone est généralement plus long et plus douloureux que pour l’héroïne. L’arrêt de la buprénorphine haut dosage est moins violent mais peut être plus long et plus insidieux. Mais tout dépend des doses consommées et des facteurs individuels.

Quand le patient aura épuisé toutes les alternatives, il pourra toujours se tourner vers une de ces nouvelles cures américaines qui proposent (contre espèces sonnantes) des “desintoxication from detox” où bien faire comme des millions de personnes depuis des siècles : se débrouiller tout seul pour décrocher.

J. K.

“Un camé, ça doit souffrir”

Écrivain phare de la beat génération, William Burroughs décrit en 1961 dans un article pour *True Detective* les vertus du traitement à base d’apomorphine¹⁴, d’iodium et de séances d’acupuncture qui lui a si bien réussi. La rédaction lui paye l’article mais ne le publie pas. Quand l’auteur demande des explications, il lui est répondu que l’histoire serait bien plus vendable si le sort du camé était sans espoir : “*Les lecteurs préfèrent quand les camés ne s’en sortent pas ! Un camé, ça doit souffrir.*”

¹⁴ Traitement mis au point par le Dr Dent, un médecin anglais dans les années 1950. En France l’Uprima[®], à base d’apomorphine, fut souvent prescrite comme remède contre l’impuissance avant l’apparition du Viagra[®].

Bibliographie sélective

- Dugarin J., “La cure de sevrage des opiacés”, *Nervure Tomev*, N° 5, juin 1992
- Latimer D., Goldberg J., *Flowers in the blood*, Franklin Watts, New York, 1981
- Seefeldler M., *Opium, eine Kulturgeschichte*, Nikol, Hamburg, 1996
- Chambard E., *Les morphinomanes*, Rueff, Paris, 1890
- Jyvorel J.J., *Les poisons de l’esprit – Drogues et drogués au XIX^e siècle*, Quai voltaire Histoire, Paris, 1992
- Street Leroy, *I was a drug addict*, Ridder & co, New York, 1954
- Gaide L., Neuberger L., “Le visage inconnu de l’opium”, *Bulletin des amis du vieil Hué*, N° 2-3, avril-sept 1938 (important chapitre sur les différentes méthodes empiriques ou autres utilisées dans les colonies)
- “Comprendre la société et les moyens d’y faire face”, *Impact, science et société*, Unesco N° 133 (remarquable article sur les méthodes dans les temples bouddhistes thaïlandais), www.unodc.org

- Jimmy Kempfer -

PUBLICATIONS

Les effets sur la santé du **tabac non fumé**

Deux groupes d'experts viennent de faire un intéressant état des lieux sur les produits du tabac non fumé et les problèmes qui s'y rapportent (dépendance, nocivité, efficacité de l'aide à l'arrêt de la cigarette). Mais on peut regretter que la question de leur potentielle utilisation dans le cadre d'une stratégie de réduction de la nocivité et des risques de pathologies induites par le tabac fumé n'ait pas été abordée.

Deux groupes d'experts se sont récemment intéressés à la problématique des produits du tabac non fumés. Les formes non fumées de tabac comprennent le tabac à mâcher, celui à priser, et enfin le tabac en pâte ou en poudre humidifiée à sucer (appelé snuff aux États-Unis et snus en Suède, seul pays de l'Union européenne à l'autoriser).

Problèmes de **dépendance**

Dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre des politiques de l'Union européenne concernant les produits du tabac non fumés, la Commission européenne a lancé un processus de consultation scientifique sur les effets pour la santé des produits du tabac non fumés.

À son issue, le Scenihl (Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de la Commission européenne) a adopté en février 2008 un rapport scientifique sur le sujet. Il étudie les effets sur la santé et les risques de dépendance liés à la consommation de produits du tabac non fumés ainsi que le rôle du tabac oral dans l'initiation au tabagisme et dans les démarches d'arrêt.

Le rapport du Scenihl dresse une liste des différents produits du tabac non fumé utilisés dans les régions du monde et montre que la consommation de tabac oral est très répandue. L'étude de leur composition montre que tous les produits du tabac non fumés contiennent de la nicotine, substance notablement addictive. Le tabac non fumé entraîne donc également une dépendance et les symptômes de sevrage sont généralement identiques à ceux observés chez les fumeurs.

Ils contiennent également, à des taux variables, des substances carcinogènes (les nitrosamines). Ainsi, même non fumé, le tabac accroît les risques de cancer.

La consommation de tabac oral est à l'origine de lésions de la cavité buccale et augmente le risque de cancer de la bouche et de cancer du pancréas.

Sur la question de l'utilisation du tabac non fumé comme aide à l'arrêt de la cigarette, le Scenihl signale qu'aucune étude ne permet de conclure à son efficacité comparée aux traitements substitutifs disponibles.

Le Scenihl a étudié la question de savoir si la consommation de tabac non fumé pouvait mener à l'initiation à la cigarette, et par exemple faciliter l'entrée des jeunes dans le tabagisme. Des études américaines ont mis en

évidence que le tabac oral augmenterait les risques de commencer à fumer par la suite.

Enfin, le Scenihl considère que du fait des contextes sociaux et culturels des consommations, il n'est pas possible d'extrapoler les expériences et d'utiliser les modèles de pays où le tabac oral est commercialisé vers d'autres pays de l'Union européenne où ces produits ne sont pas actuellement disponibles et de prédire l'impact sur le tabagisme.

Risques de **cancer** accrus

En France – où l'on rapporte l'utilisation de snus dans certains milieux sportifs (en particulier chez les skieurs) à des fins d'amélioration des performances physiques –, la Société française de tabacologie (SFT) a réalisé une revue bibliographique des connaissances actuelles des effets sur la santé du tabac oral.

Elle distingue les études et leurs conclusions selon le niveau de preuves scientifiques établi pour l'association entre la consommation de tabac oral et les risques de pathologies cardiovasculaires, de cancers, de troubles métaboliques ou de troubles de la reproduction. Elle étudie la composition des produits de tabac non fumés, pose la question de leur potentiel addictogène et du lien vers la cigarette.

Le groupe de travail de la SFT conclut que la consommation de tabac oral augmente le risque de cancer du pancréas et le risque d'infarctus du myocarde fatal. L'usage de tabac oral est associé à des lésions de la cavité buccale, à des risques de pathologies pendant la grossesse, au développement du diabète de type 2. C'est aussi, chez les adolescents, un facteur de risque pour un tabagisme ultérieur. Par ailleurs, il n'est pas démontré que les produits du tabac non fumé soient une aide efficace dans le sevrage tabagique de la cigarette.

Des conclusions **concordantes**

Ces deux publications concordent donc pour conclure sur :

- le risque de dépendance induit par la consommation de produits du tabac non fumé et ses conséquences ;
- la nocivité du tabac oral pour la santé, même si les risques diffèrent de ceux liés à la cigarette ;
- l'absence de preuve que le tabac oral soit une aide efficace à l'arrêt de la cigarette.



Health effects of smokeless tobacco products
Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (Scenihl)
février 2008, 157 p.



Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois
Berlin I., Mathern G.
Société française de tabacologie
février 2008, 69 p.

Les modalités de mise en place des Csapa

La Direction générale de la santé a envoyé le 28 février aux préfets de région et de département la circulaire relative "à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie". Y sont détaillées les missions des Csapa ainsi que l'ensemble des modalités de mise en place parmi lesquelles celles de fonctionnement, de suivi, d'évaluation, de prescriptions, d'hébergement et de vaccination contre le VHB.

Craintes après l'interdiction des "poppers"

Le président du syndicat national des entreprises gaies (SNEG), Gérard Siad, craint que la décision annoncée en novembre d'interdire la fabrication et la vente de tous les produits contenant des nitrites d'alkyle (dont celui d'amyle), connus sous le nom de poppers, n'entraîne les consommateurs à se tourner vers les nitrites de butyle et de pentyle, déjà interdits en France, qui sont en vente sur internet et présenteraient plus de risques sanitaires. Le SNEG a déposé deux recours devant le Conseil d'État dont le premier a été rejeté. Utilisés dans la communauté gay et aussi par les publics jeunes des discothèques, les poppers provoquent un effet euphorisant de très courte durée.

Douanes : plus de cocaïne et moins de cannabis saisis en 2007

Le ministre du budget Éric Woerth a détaillé le 20 mars les saisies des douanes pour 2007 et notamment celles de stupéfiants. Leur quantité totale est en retrait, passant de 60,4 tonnes à 49,7 tonnes en 2007, une baisse due essentiellement à la

diminution des prises de résine de cannabis (-29,8%). En revanche, l'année 2007 a été marquée par une progression significative des saisies de cocaïne (+28,5%) et d'amphétamines (+281%), et par des saisies record de produits servant à fabriquer l'ecstasy ou la méthamphétamine (plus de 5 tonnes).

La RdR dans la loi suisse

Le Parlement suisse a approuvé le 20 mars à une très large majorité la révision partielle de la loi sur les stupéfiants qui entérine la politique dite "des quatre piliers" (répression, prévention, traitement et réduction des risques). Cette avancée reste néanmoins sous la menace d'un référendum lancé par le parti populiste UDF/EDU. Le Groupement romand d'études des addictions, qui "se félicite de ce pas décisif en direction d'une politique cohérente et programmatique sur les drogues illégales", craint qu'un rejet de ce texte en référendum ramène à la situation de la fin des années 1980.

Empoisonnements au plomb liés à du cannabis en Allemagne

Des dizaines de cas d'empoisonnement au plomb ont été observés ces derniers mois principalement dans la région de Leipzig. D'autres cas ont été relevés, notamment à Munich et à Vienne, en Autriche. Un article publié le 10 avril dans le *New England Journal of Medicine* expose les cas de 29 patients admis dans 4 hôpitaux de la région de Leipzig avec les signes et symptômes d'une intoxication par le plomb, chose qui ne s'était pas produite en Allemagne depuis plusieurs décennies. Tous les patients étaient des consommateurs réguliers de cannabis et du plomb, probablement ajouté par des trafiquants pour augmenter poids et profits, a été détecté

dans le cannabis appartenant à quelques-uns d'entre eux. Un avertissement a été émis par les autorités. Plusieurs organisations ont demandé la possibilité pour les consommateurs de faire pousser leur propre cannabis afin de réduire les risques.

Un spray au cannabis contre la douleur en Catalogne

La région de Catalogne a annoncé début avril l'autorisation d'un spray contenant du cannabis pour soulager certains malades graves ou chroniques, au vu des résultats d'un essai clinique. Selon les conclusions de cet essai effectué entre 2006 et 2007, "presque la moitié" de 207 patients souffrant de vives douleurs ou de nausées ont réagi positivement. Six hôpitaux ont participé à cet essai ainsi que 75 pharmacies qui ont aidé les patients à définir les doses quotidiennes. Déjà commercialisé au Canada, ce médicament ne pourra être administré que sur prescription médicale.

Moïse, le Vatican et les hallucinogènes

Dans une interview publiée dans *L'Osservatore romano*, journal officiel du Vatican, dimanche 9 mars, l'archevêque Gianfranco Girotti, régent de l'organisme chargé de se prononcer sur les péchés et des pénitences, a notamment condamné la consommation de drogues, "qui affaiblit l'esprit et obscurcit l'intelligence". Une semaine plus tôt, dans un article publié par *Time and Mind*, un journal consacré à la philosophie, Benny Shanon affirmait que la consommation de psychotropes faisait partie intégrante des rites religieux évoqués par le livre de l'Exode dans la Bible. Selon le professeur au département de psychologie cognitive de l'Université de Jérusalem, Moïse était sous l'effet de puissants hallucinogènes

lorsqu'il a présenté les Dix Commandements au peuple juif à sa descente du Mont Sinaï. Il existe dans les déserts du Sinaï égyptien et du Néguev israélien des plantes hallucinogènes toujours utilisées par les bédouins.

Des plantations de coca transgénique au Brésil

Les autorités brésiliennes ont découvert pour la première fois des plantations de coca obtenu par modification génétique afin de les adapter au climat du pays, a rapporté l'agence de presse publique Agência Brasil. La présence de cultures de cette plante, qui sert à fabriquer la cocaïne, a été décelée en pleine forêt amazonienne près de la frontière avec le Pérou, grâce à des images prises par satellite. Selon la police, il s'agissait d'une espèce transgénique de coca, parfaitement adaptée aux conditions climatiques. Aucune plantation de coca n'avait été découverte jusqu'ici au Brésil.

Le nombre de fumeurs espagnols en nette baisse
Plus de 1,2 million de personnes ont arrêté de fumer en Espagne deux ans après l'entrée en vigueur d'une loi anti-tabac interdisant de fumer sur les lieux de travail et partiellement dans les bars et restaurants, selon des estimations diffusées début janvier. Cette baisse n'est pas seulement la conséquence de la loi, car "avant son entrée en vigueur, 350 000 personnes arrêtaient de fumer chaque année", a précisé Rodrigo Cordoba, porte-parole du Comité national de prévention du tabagisme, organisme à l'origine de ces estimations.



Édito

Directeur de la publication
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 Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Rebolot
Olivier Smadja
Marianne Storgenko
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 :



Avec le soutien
du laboratoire



Cette 50^e livraison de *Swaps* est celle des tendances ! À commencer par celle que nous offre régulièrement le rapport Trend, avec un “T” comme tendance précisément. Dernier rapport présenté par Agnès Cadet-Taïrou (lire p. 2) et qui montre très clairement un “retour” de l’héroïne, avatar probable de la banalisation tant du produit lui-même que de l’épidémie VIH.

Autres tendances saisissantes notées dans ce rapport : le brouillage croissant des espaces et des modes d’usage où dominant le rajeunissement et la féminisation de l’usager(e) et le poids de plus en plus lourd du précaire dans les consommations de drogue. Précarité liée à l’usage, aux migrations (notamment en provenance de l’Europe de l’Est), aux polyconsommations... Tendance qui s’inscrit dans le contexte de mutation de l’hôpital public sous la pression comptable, qui le conduit à préférer le non-précaire au précaire, le programmé au non-programmé et plus globalement le patient “rentable” au patient “non rentable”. Avec pour possible cible privilégiée la frange la plus atteinte et la plus précaire des usagers ou anciens usagers.

Autres tendances, celle de la “sensibilisation aux dangers de l’usage de stupéfiants” imaginée par le législateur par le biais de stages, un dispositif qui a déjà fait couler beaucoup d’encre mais reste pour l’heure virtuel (p. 7), ou encore celle d’un nécessaire recours à la formation et l’information pour ceux, notamment soignants, qui prennent en charge les usagers de drogues.

Enfin, il ne saurait y avoir de *Swaps* sans une tendance historique, et Jimmy Kempfer s’est attelé (p. 17) à une petite histoire des sevrages d’opiacés avant l’avènement de la maintenance. Une épopée qui va de Diagoras de Melos, au IV^e siècle avant JC, à William Burroughs en égrenant au passage un éventail plus ou moins farfelu et inquiétant de recettes – jusqu’aux “cures d’anéantissement” – et autres prétentions éphémères à régler définitivement le problème de la dépendance.

GILLES PIALOUX