

COMPTÉ
RENDU

SWAPS

Prevention des risques et usages de drogues N° 49 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

Dépendance au **crack**,
quelles interventions
spécifiques ? / 9

4^e CLAT

La RdR
en version latine / 2

La **BZP** une inconnue bientôt classée stupéfiant / 6

Le topiramate,
une aide à la modération d'alcool / 21

Flux tendu
à la plus ancienne
Écimud
de France / 17

Publications / 22

Brèves... / 23



La RdR en version latine

ACTUALITÉ

Milan a accueilli, du 29 novembre au 1^{er} décembre, la 4^e Conférence latine sur la réduction des risques (CLAT). L'occasion de s'informer des avancées de la réduction des risques en matière d'usage de drogues chez quelques-uns de nos voisins, et tout particulièrement en Italie, où le combat pour l'abolition de la loi prohibitionniste votée par le précédent gouvernement est au cœur de brûlants débats. Compte rendu (forcément) non exhaustif et subjectif.

En demandant à Pat O'Hare de lancer la quatrième édition de la Conférence latine sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues, les organisateurs savaient ce qu'ils faisaient. Pas plus latin en effet que cet Irlandais ayant vécu douze ans à Rome, habitant en France, achetant ses médicaments en Suisse et habitué des précédentes CLAT (Barcelone en 2001 et en 2005, Perpignan en 2003)...

Mais où en est la RdR ?

Après s'être offusqué avec humour d'avoir été enregistré comme Britannique et non comme Irlandais, le pionnier de la RdR à Liverpool s'est lancé – en italien – dans un panorama débridé des questions auxquelles sont confrontés aujourd'hui les acteurs de cette réduction des risques. Et notamment celle-ci, un tantinet provocatrice : *“En quoi la RdR est-elle nécessaire ?”*

Lia Cavalcanti, d'Espoir Goutte d'Or, a appelé les participants à appréhender la RdR au temps de la mondialisation : à la menace sanitaire, qui avait permis de faire bouger les lignes, a succédé la menace sécuritaire. L'utilisateur n'est plus la victime potentielle mais la menace potentielle, l'image même de l'insécurité. Les acteurs de la RdR sont pourtant des médiateurs exemplaires entre les différents segments de la population. Pour la co-organisatrice de cette CLAT, *“de nouvelles alliances avec la police, les élus, la société civile, la presse... sont nécessaires pour asseoir des progrès politiques – politiques au sens pur : celui consistant à être acteurs dans la cité”*.

Jean-Félix Savary, du Groupement romand d'études des addictions, voit dans les propositions récentes de la droite populiste suisse à Lausanne ou à Bienne – ouver-

ture 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 des lieux d'accueil (mais bien sûr consommation interdite) – une volonté de neutraliser les perturbations qui signe un changement de paradigme : on est passé du fantasme d'une "société sans drogues" à celui d'une "société sans drogués". Pour contrer cette volonté de négation des personnes, il propose un nouvel argumentaire axant le RdR en tant que lutte contre l'exclusion et créatrice de lien social.

Une réflexion qui est revenue au cours d'autres interventions : *“La tendance à transformer la RdR en une simple mesure de santé publique me préoccupe, a déclaré Marta Pinto, de Porto. C'est réduire le traitement aux symptômes en laissant de côté les racines du problème.”* *“De stratégie sanitaire, la RdR doit devenir sociale”, a estimé Grazia Zuffa, directrice du journal Fuori Luogo, dont un numéro spécial est paru à l'occasion de la CLAT. “La RdR est une philosophie pragmatique et libertaire... et j'espère qu'elle le restera !”* a pour sa part lancé Pia Covre, responsable d'un réseau de prévention et de soin pour les prostituées.

Comment investir la politique ?

Le titre de cette 4^e édition, “deux décennies de réduction des risques, de l'émergence du sida à un modèle novateur de politique publique”, exprimait la conviction des organisateurs selon laquelle la RdR doit dépasser le niveau des programmes et des interventions pour devenir partie intégrante des politiques publiques. Et en matière de politique, les participants furent servis.

Pat O'Hare avait conclu son intervention inaugurale en relatant une discussion avec sa fille : le gouvernement britannique a réussi à mener la guerre en Irak contre son opinion publique, et à se faire réélire ensuite. Or ce même

gouvernement a peur de prendre des mesures fortes en faveur de la RdR. Il ne risque pourtant guère de faire face à un million de manifestants dans les rues sur cette question. Conclusion ? *“C’est donc juste une question de courage politique !”*

La RdR est effectivement tributaire de situations politiques diverses et changeantes. Avec des situations souvent paradoxales : en Espagne par exemple, comme l’a expliqué Tre Borrás, membre de Grup Igia (Barcelone), *“c’est à l’échelon local que l’on peut vraiment œuvrer”* (un diagnostic largement partagé par les participants), car les actions de RdR, souvent très innovatrices, continuent à être mises en place parallèlement au système de santé, sans reconnaissance officielle ni valorisation.

Au Portugal, la loi de juin 2001 a établi la RdR et dépenalisée la consommation, rappelle l’anthropologue Luis Fernandez. Parmi les dernières évolutions permises par cette législation, il a cité l’institutionnalisation de formations à la RdR et la prochaine mise en place de programmes d’échange de seringues dans les prisons, mais s’est inquiété du risque lié à cette institutionnalisation, si *“le traitement devenait une simple stratégie de recrutement des usagers de drogues pour les amener à l’abstinence”*.

Christophe Mani, de l’association Première ligne (Genève), a présenté un bilan de la politique suisse de RdR, souvent érigée en modèle. Se gardant de tout triomphalisme, il a au contraire pointé le fait que, malgré ses résultats indéniables, la RdR *“fait toujours débat”*, évoquant notamment un *“déficit de communication”*. Selon lui, *“la RdR s’accommode mieux de la prohibition que du contexte sécuritaire”*, dans lequel il voit un danger plus grand. Jean-Félix Savary a de son côté annoncé que la votation sur la “loi stup”, en décembre 2007, avait de bonnes chances de marquer l’ancrage définitif de la RdR dans la loi suisse. Mais il a aussi mis en garde sur les effets de la montée de la droite populiste, qui se livre à une tentative de redéfinition de la RdR visant à extraire les usagers de l’espace public avec en filigrane des relents de ségrégation et d’hygiénisme.

L’évocation de la situation de la RdR en France était confiée à Betty Azocar, du Conseil général de Seine-Saint-Denis, qui a fait état de l’inquiétude des associations de RdR : après la “période dorée” du mandat de Nicole Maestracci à la tête de la Mildt puis, à partir de 2002, avec l’arrivée de la droite au pouvoir, une époque plus marquée par la “conservation des acquis” — même si c’est le moment où la RdR est entrée dans la loi sur proposition de Didier Jayle —, les annonces du nouveau président de la Mildt, Étienne Apaire, marquent, explique-t-elle, un durcissement : *“L’interdit redevient préminent, c’est un retour de vingt ans en arrière !”*

Mais, ville d’accueil oblige, c’est la situation italienne qui a monopolisé le devant de la scène.

Quelle est la situation en Italie ?

À voir l’enthousiasme des Italiens présents, la conférence apparaissait comme un bon bol d’air pour des professionnels qui ont le plus souvent l’impression de prêcher dans le désert. L’Italie est, il est vrai, très à la traîne dans le domaine de la réduction des risques : chargé de présenter la situation, Stefano Carboni, de l’association LILA, a dressé un sombre tableau : *“Nous sommes en lutte contre tout le monde !”* a-t-il lancé, dénonçant la frilosité des élus et des médias.

Un procureur milanais, Franco Maisto, est venu faire un virulent “procès” de la loi Fini-Giovanardi, qui a transformé la consommation de drogues en un délit. Une loi selon lui *“injuste”*, *“allant contre les décisions de la cour constitutionnelle”*, *“productrice de dommages”* particulièrement en prison. Bref, une loi *“qui doit être éliminée”* ! Un discours partagé par l’ensemble des Italiens présents, à l’exemple de Franco, de l’association turinoise Polvere, selon lequel *“les vrais risques sont causés par la loi et la police”*, mais qui reste ignoré du gouvernement de centre-gauche actuel, qui s’était pourtant prononcé contre la loi Fini-Giovanardi lorsqu’il était dans l’opposition.

Dans ce contexte, de nombreux jeunes Italiens membres de centres sociaux issus du mouvement “no global” ont tenu à participer aux travaux de la CLAT, organisant un débat passionné entre deux sessions. Comme l’expliquait une jeune activiste, *“la tenue de la CLAT en Italie est importante, même si les messages entendus sont parfois contradictoires. Mais ce qui nous intéresse, c’est ce qui se passe ici et maintenant, c’est-à-dire la lutte contre la prohibition !”*

Mais où sont les usagers ?

“Les usagers viennent toujours après les autres !” La session qui leur était consacrée était organisée dans une des salles de réunion de la Chambre du travail. Or celle-ci s’est vite avérée trop petite, tandis que sa voisine, plus grande, qui accueillait une autre session, était très peu remplie. Certains n’ont pas manqué d’y voir un symptôme des rapports entre usagers et professionnels... Un peu plus tôt, Pierre Chopard, d’Asud, avait justement protesté contre le cantonnement des usagers dans un seul atelier et demandé que le comité d’organisation leur soit ouvert. Le représentant d’Asud a exposé lors de son intervention l’évolution de l’association, passée de la revendication du droit à la consommation de drogues à la défense des usagers du système de soins. Grâce à la RdR, les usagers se sont réconciliés avec le système de soins. Revers de la



médaille, l'émergence de l'addictologie a rendu toute consommation suspecte, et tout consommateur un malade potentiel. Asud a certes reconnu que l'usage de drogues peut avoir des effets nocifs sur la santé, mais continue de demander l'abrogation de la loi de 1970, a expliqué Pierre Chopard, pour lequel *“le nouveau positionnement de l'association donne de nouveaux angles d'attaque”*. Une vision jugée *“trop médicalisée”* par une partie des usagers espagnols et italiens de l'assistance.

Autre intervention marquante, celle de Luis Mendao, usager portugais séropositif pour le VIH et le VHC. Attirant l'attention sur le *“désastre”* des contaminations par l'hépatite C, il a expliqué qu'il risquait plus de mourir du VHC que du VIH, avant de lancer : *“Une pleine citoyenneté est nécessaire pour s'exprimer pleinement !”*

“L'Alliance latine”

La CLAT s'est développée peu à peu autour d'une identité latine (ambiance chaleureuse et horaires élastiques en témoignent), principalement avec des personnes et des associations en relation avec la réduction des risques de cinq pays européens (Italie, France, Portugal, Suisse et Espagne) et d'autres pays d'Amérique latine. À Milan, à part quelques posters venus du Venezuela et une communication chilienne, la contribution sud-américaine s'est focalisée sur le Brésil, avec par exemple l'intervention de Maristela Moraes, venue présenter le travail de l'Association nationale de professionnels de la RdR. Tout au long de la conférence, les organisateurs ont demandé aux participants de proposer des recommandations faisant la promotion des idées à défendre et à incorporer dans les politiques publiques, afin d'établir à partir de celles-ci une déclaration de la CLAT 4. Appelée *“L'Alliance latine”*, ce texte réunira principes, idées, stratégies et objectifs dans le but de guider les actions futures, et sera transmis *“aux collectivités clés, concernées par la planification des politiques publiques des différents pays présents”*.

Salles de consommation, un débat clé ?

Médecin des Hôpitaux universitaires de Genève, Anne François présentait des données sur les consultations médicales données deux fois par semaine depuis 2002 à la salle de consommation Quai 9. Deux points sont à retenir : la diminution des lésions liées aux injections et le passage de 10% à 2% des consultations pour surdose. Ces changements sont probablement liés à la baisse de

l'injection de la cocaïne. Les profils des usagers et les modes de consommation sont en constante évolution, ce qui n'empêche pas les consultations de santé primaire d'être fréquentées, et d'aboutir dans 20% des cas à un relais vers une structure de soins. Conclusion : *“Un lieu d'accueil avec possibilité de consommation de substances (sniff ou injection) est un facilitateur d'accès aux soins voire, comme certains usagers le disent, un “tremplin vers l'abstinence””*.

L'ouverture de lieux de ce type reste pourtant souvent conflictuelle, comme le montre, à une soixantaine de kilomètres à peine, le cas de Lausanne, où un projet a été rejeté en juin par 55% de la population dans le cadre d'une *“votation populaire”* après une campagne outrancière de la droite populiste. A Turin, c'est un blocage politico-administratif qui empêche la création d'une *“narcosala”* expérimentale dont le projet avait pourtant été approuvé !

En Espagne en revanche, les choses bougent avec la création l'été dernier d'une salle de consommation d'un nouveau genre, puisqu'elle est destinée à être implantée dans des lieux d'amusement. La *“Narkosala ravera”* est une tente au toit assez bas afin de créer une certaine intimité. *“Les bénéfiques pour la santé et la sécurité justifient ces salles”*, a expliqué Eduardo Hidalgo, venu présenter le projet, qui a pour l'instant été installé dans le cadre de festivals – *“ce sera plus difficile à faire dans les discothèques...”*.

“Quoi de neuf, docteur ?”

Alors qu'en France l'heure est plutôt à faire le dos rond, l'Espagne continue à innover, notamment avec les *“Cannabis Social Clubs”*, des associations de culture pour un usage personnel reconnues par le gouvernement. Destinés à un usage médical ou dans le cadre de la réduction des risques, ces clubs sans but lucratif sont interdits aux moins de 18 ans, offrent des garanties sur l'origine de la substance et suivent les règles de la culture *“bio”*. L'idée se développe en Europe : des clubs existent notamment en Suisse, ils pourraient être reconnus en janvier en Belgique et des négociations sur leur ouverture sont en cours en Italie.

Il faut aussi retenir l'intervention de Ricardo Faura, de Barcelone, sur la promotion d'une *“culture de l'évaluation”*. Basée sur une perspective selon laquelle l'évaluation fait partie de l'action, cette culture doit permettre une meilleure qualité des interventions, en se basant sur plusieurs principes : afin d'aider à une prise de conscience des conséquences des actions, elle doit inclure le contexte général de l'intervention, dépasser le principe d'interdisciplinarité pour accéder à une réflexion globale, holistique ; elle nécessite une approche humble qui implique l'idée d'être soi-même évalué, et doit emprunter des

formes simples et intégrer une perspective éthique basée sur une participation ouverte. Cette évaluation systématique permet alors un feedback qui apporte une aide à la prise de décisions.

La fin de la loi Fini ?

En préambule de la séance de clôture, un prix était pour la première fois décerné par la CLAT à une personnalité de la RdR. C'est Anna Fradet, créatrice du Sleep-In, le plus ancien lieu d'hébergement de nuit pour les usagers de drogue en France, qui a été récompensée.

Puis, après avoir donné rendez-vous à Porto en 2009 pour la 5^e CLAT, les organisateurs ont cédé la place à deux représentants du gouvernement italien, dont le ministre de la solidarité sociale, invité à clore la conférence. Une position très inconfortable face à un groupe de militants remontés qui a exigé leur démission tout en déployant dans la salle des banderoles proclamant *"Le vrai risque est la prohibition !"*, *"Abrogation immédiate de la loi Fini-Giovanardi !"* ou encore *"Stop War on Drugs !"*. Paris n'avait jamais paru aussi loin.

Épilogue

Une heure après la clôture de la CLAT, en ce 1^{er} décembre, se tenait en plein centre de Milan une cérémonie d'hommage aux morts du sida. Au milieu d'une exposition du patchwork des noms, quelques militants ont égrené les prénoms des disparus. Autour des personnes assistant à cet hommage – une cinquantaine tout au plus, pour une litanie de prénoms dix fois plus longue –, la foule passait, indifférente, renforçant si possible la gravité de l'instant. On ne pouvait s'empêcher de relier les deux événements, et de penser à ceux qu'on aurait ajoutés à la liste – ici et ailleurs – si la réduction des risques n'avait pas été mise en place, mais aussi aux prénoms qui n'auraient pas été cités avec une politique plus efficace et courageuse. Le désintérêt quasi général des passants renvoyait aussi aux difficultés rencontrées par les acteurs de la RdR pour se faire entendre. Il est vrai que le sida s'est fait moins destructeur, notamment – ironiquement – grâce aux succès de la réduction des risques en matière de transmission du VIH.

NESTOR HERVÉ



Deux photos prises à Lecce pour illustrer le témoignage d'un usager sur sa grand-mère.

photos Serge Boulaz



La salle d'exposition

Une exposition de témoignages d'usagers

Une salle d'injection dans le hall central de la gare de Genève? Oui, à quelques détails près : il s'agit en fait de la copie conforme de la salle existant bel et bien non loin de là, l'espace d'accueil et de consommation du Quai 9, mué en lieu d'exposition mêlant enregistrements de témoignages d'usagers et photographies illustrant ces tranches de vie... afin d'inviter les milliers de personnes qui traversent quotidiennement la gare à dépasser leurs préjugés à l'égard des consommateurs de drogues.

"Volontairement provocatrice", comme le disent les initiateurs du projet, l'association Première ligne et le photographe Serge Boulaz, l'idée consiste à *"faire le pari que les passants prendront le temps et le risque de s'arrêter en s'asseyant à une table d'injection, pour découvrir, sous forme de témoignages sonores, des parcours de vie qu'ils ne soupçonnaient probablement pas"*.

Pour ses promoteurs, ce projet *"a permis de mettre en évidence le travail encore à accomplir pour influencer sur les représentations négatives, la méconnaissance et les peurs que renvoient nos activités"*. Sur le Livre d'or, cette réaction : *"Merci pour la délicatesse de l'approche et la sensibilité des témoignages qui nous rappellent nos ressemblances plus que nos différences."*

Après la gare de Cornavin à Genève, début 2007, l'exposition a été présentée en juin dans celle de Lausanne – hasard du calendrier, au cœur d'une campagne politique très vive sur l'ouverture d'une salle de consommation à Lausanne, alimentant un peu plus un débat déjà tendu. Et la presse s'est focalisée sur la proposition provocante, sans parvenir à rendre l'humanité des témoignages. L'exposition devrait poursuivre en 2008 son itinérance. Jusqu'à franchir la frontière française? - N.H.

"Risque – Exposition visuelle et sonore – 8 récits au-delà d'une salle d'injection" www.premiereligne.ch/exporisque

La BZP une inconnue bientôt classée stupéfiant

Molécule aux effets comparables aux amphétamines, la BZP (ou 1-benzylpipérazine) n'a pas d'indication thérapeutique mais fait l'objet d'un usage récréatif, en particulier en Nouvelle-Zélande. Quasiment inconnue en France, elle va pourtant allonger prochainement la liste des substances interdites à la suite d'une décision de l'UE.

La BZP a récemment fait l'objet de l'attention de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies). Son rapport d'évaluation des risques a déterminé le Conseil de l'UE à définir cette substance comme nouvelle drogue de synthèse devant être soumise à des mesures de contrôle par chaque État membre. Cette décision aboutira à court terme au classement comme stupéfiant de la BZP en France.

Cette substance psychoactive est pourtant peu connue des professionnels du champ des addictions en France, où l'usage récréatif de la BZP n'est pas perceptible. En effet, jusqu'à 2005, date des dernières données disponibles, la BZP n'apparaît dans aucune des enquêtes de mesure de prévalence des usages de substances psychoactives menées en population générale.

Une molécule issue de la recherche

La BZP appartient à la famille des pipérazines, vaste groupe dont un grand nombre de molécules sont exploitées dans un but thérapeutique; un exemple bien connu du public est le sildenafil, principe actif du Viagra®. La BZP fait quant à elle partie d'un petit groupe de pipérazines sans indication thérapeutique mais qui possèdent des propriétés psychoactives et font l'objet d'un usage récréatif. Synthétisée en 1944 comme agent antiparasitaire potentiel mais restée sans développement pharmaceutique, la BZP a par la suite montré des propriétés indiquant une activité antidépressive. Cette particularité a été explorée au début des années 1970. Un terme a été mis aux projets de commercialisation lorsque certaines études ont mis en évidence des effets stimulants analogues à ceux de l'amphétamine. Les effets stimulants de la BZP sont provoqués par une augmentation extracellulaire de dopamine au

tions périphériques comme l'augmentation de la pression artérielle ou du rythme cardiaque. Toutefois, la dose de BZP nécessaire pour obtenir des effets identiques à une dose d'amphétamine est 10 fois plus importante.

Ces analogies, combinées à une appétence identique pour les deux substances chez d'anciens consommateurs de stimulants, ont conduit certains auteurs à prédire un potentiel d'abus pour la BZP semblable à celui de l'amphétamine. Deux études récentes chez l'animal semblent confirmer ces résultats. Toutefois, une enquête néo-zélandaise de 2006 n'enregistre que sept personnes classées dépendantes sur un échantillon d'environ 300 consommateurs de BZP au cours de l'année. Le responsable de l'étude présume que les usagers limitent leur consommation en raison de la pénibilité des effets secondaires fréquemment provoqués par ce produit^{1,2}. Dans une analyse des mécanismes d'action, un auteur avance que le développement d'une dépendance à la BZP s'accompagnerait d'une tolérance au niveau cérébral mais pas au niveau périphérique; ainsi une personne dépendante qui augmenterait la dose de BZP consommée pour surmonter cette tolérance centrale ressentirait des effets périphériques intolérables³.

Pas d'études sur la toxicité

Aucune étude expérimentale n'a été menée sur la toxicité de la BZP et les seules informations disponibles proviennent de cas cliniques décrits dans la littérature. Si ces informations ne doivent pas être négligées, elles souffrent néanmoins de plusieurs limites.

En premier lieu, l'usage de BZP étant relativement récent, aucune information sur sa toxicité à long terme n'est disponible. D'autre part, il est difficile de mesurer à partir d'observations le rôle exact joué par la BZP alors qu'elle est souvent consommée dans un contexte favorisant lui-même certains des effets secondaires décrits. En effet, il apparaît difficile de démêler, dans un tableau de fatigue intense survenant après une consommation festive, la part liée aux effets de la BZP et celle provoquée par la production d'un effort soutenu pour danser sur une période prolongée. De même, les interactions potentielles de la BZP avec d'autres substances ont été peu explorées alors

¹ Vince G. "Legally High". *New Scientist*, 2006, 191 (2571), 40-45

² Wilkins C, Girling M and Sweetsur P. "The prevalence of use, dependency and harms of legal "party pills" containing benzylpiperazine (BZP) and triethylphenylpiperazine (TEMPP) in New Zealand". *J Substance Use*, 2007, 12 (3), 213-227

³ BliZor. *Neuropharmacology of BZP*. 2003 : erowid.org. www.erowid.org/chemicals/bzp/bzp_article1.shtml

que des consommations associées d'alcool voire d'autres substances illicites sont très souvent rapportées.

Si aucun décès imputable à une intoxication à la BZP seule n'a été rapporté à ce jour, elle est citée pour trois cas d'intoxication mortelle, l'un en Suisse (2001) deux autres en Suède (1999-2002). Dans les trois cas, les personnes avaient consommé d'autres substances psychoactives⁴. Seul le décès survenu en Suisse est détaillé : une jeune femme présentant une hyponatrémie sévère associée à un œdème cérébral après consommation de BZP et de MDMA. Un tel tableau clinique est décrit lors d'intoxication grave par la MDMA, et le rôle joué par la BZP n'a pu être déterminé⁵.

Trois cas d'intoxications mettant en jeu le pronostic vital sont également décrits dans la littérature néo-zélandaise. Les patients ont tous présenté des crises convulsives ; deux patients ont été admis en unité de soins intensifs alors que le troisième a développé une insuffisance rénale aiguë. Dans deux cas, des consommations associées sont rapportées ; aucun détail n'est donné pour le troisième. Les personnes ont récupéré rapidement sans complication à long terme apparente⁶.

Crises convulsives et autres effets indésirables

Deux de ces patients font partie des cas répertoriés entre avril et septembre 2005 par le Dr Gee du service des urgences d'une agglomération néo-zélandaise, qui dénombre quatorze patients présentant ou rapportant des crises convulsives après consommation de BZP. Cette série de cas fait écho à l'admission pour des raisons identiques de sept personnes au cours de la même nuit dans un service d'urgences londonien⁷.

Les crises convulsives ne sont pas les seuls effets indésirables rapportés par le Dr Gee. Les 61 patients qui se sont présentés au cours des cinq mois pour une intoxication par la BZP ont majoritairement manifesté des symptômes mineurs tels que palpitation, vomissement, anxiété et agitation, parfois plus gênants comme insomnie, malaise, état confusionnel ou rétention urinaire. Ces symptômes sont apparus jusqu'à 24 heures après la consommation de BZP. La prise en charge de la plupart des patients s'est limitée à une réassurance avec emploi de benzo-

diazépines dans quelques rares cas⁶. Les mêmes effets indésirables sont rapportés par

quelque 300 usagers d'une enquête en population générale². Certains symptômes sont très fréquemment cités (insomnies, perte d'appétit, bouffées de chaleur, nausées, céphalées, sensation de déprime) et une personne sur sept considère que la consommation de produit contenant de la BZP a eu un effet nuisible sur sa santé. Toutefois, huit personnes ont eu recours à une prise en charge médicale, et une seule personne décrit la survenue de crises convulsives.

À côté des manifestations émotionnelles retrouvées, l'occurrence d'épisodes psychotiques liés à l'usage de BZP a été envisagée, mais aucune relation formelle n'a pu être établie, bien qu'un cas clinique ait fait l'objet d'une publication⁸.

L'usage récréatif de BZP

La molécule, détournée du domaine de la recherche, est venue accroître l'éventail des drogues de synthèse à la fin de années 90. Les produits contenant de la BZP se présentent sous forme de comprimés ou de gélules, avec un dosage en principe actif compris entre 70 et 150 milligrammes, pour des effets qui apparaissent au bout de 2 heures et s'installent pendant 6 à 8 heures. La BZP se consomme essentiellement par voie orale : irritante du fait de son alcalinité, son usage par inhalation ou injection s'avère douloureux et est particulièrement contre-indiqué car susceptible de provoquer des lésions.

Si la BZP est appréciée pour ses effets propres équivalents à ceux de l'amphétamine, elle est aussi très souvent associée à la TFMP (une autre pipérazine) pour reproduire des sensations proches de la MDMA. Comme les autres dérivés amphétaminiques, la BZP est consommée essentiellement dans les sphères des cultures *dance* ou *rave*. Ses usagers font valoir une consommation festive qui facilite les interactions sociales et les aide à rester éveillés sur de longues périodes⁹. Les stratégies de diffusion de la BZP suivent deux logiques différentes selon les réseaux de distribution impliqués. Les revendeurs du marché clandestin semblent la proposer sous le terme générique d'ecstasy, laissant croire qu'il s'agit de MDMA. Au contraire, sur Internet et dans les "smart shop", boutiques spécialisées dans la vente de produits psychoactifs légaux, les produits contenant de la BZP sont présentés comme une alternative légale à l'ecstasy. Ils prennent dans ce cas-là les appellations de "legal party pills" ou de façon inappropriée de "herbal pills", cette dernière dénomination laissant entendre une origine végétale du produit qui est mensongère⁴.

Cette substance reste toutefois très confidentielle et,



⁴ EMCDDA and Europol, Europol-EMCDDA Joint Report on a new psychoactive substance: 1-benzylpiperazine (BZP). 2007. 31 p <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/sto6/sto66645.en07.pdf>

⁵ Inserm, *Ecstasy: des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*. Coll. Expertise collective. 1998, Paris: Inserm. 345 p

⁶ Gee P et al., "Toxic effects of BZP-based herbal party pills in humans: a prospective study in Christchurch, New Zealand". *N Z Med J*, 2005, 118 (1227), U1784

⁷ Wood DM et al., "Collapse, reported seizure--and an unexpected pill". *Lancet*, 2007, 369 (9571), 1490

⁸ Austin H and Monasterio E, "Acute psychosis following ingestion of 'Rapture'". *Australas Psychiatry*, 2004, 12 (4), 406-8

⁹ Sheridan J et al., "Legal piperazine-containing party pills--a new trend in substance misuse". *Drug Alcohol Rev*, 2007, 26 (3), 335-43

La réglementation française

Interrogée en novembre 2006 à propos de la saisie de "party pills" commandées sur Internet, la Mildt précisait sur son forum : "L'esprit de la loi française n'est pas de "réduire" la consommation de drogues illicites mais tout simplement de l'empêcher dans l'absolu au point de rendre impossible (ou très réglementée) même la vente de substances qui n'en contiendraient pas mais qui auraient des propriétés comparables. En résumé, les pilules néo-zélandaises contenant du BZP ne sont pas des stupéfiants en France mais il est pourtant tout à fait interdit d'en vendre sous ce prétexte et pour "remplacer" des drogues illicites."

faute de consommateurs suffisamment nombreux, les niveaux d'usage ne sont mesurables dans aucun pays européen. La circulation de BZP n'y est visible qu'à travers un petit nombre de saisies (signalées par 13 pays, dont la France) et quelques détections dans les prélèvements de sang ou d'urine effectués au décours d'interpellations (Suède, Malte et Angleterre).

Une situation particulière en Nouvelle-Zélande

En dehors du continent européen, la situation semble identique excepté en Nouvelle-Zélande où une étude de prévalence menée en population générale auprès d'environ 2 000 personnes âgées de 14 à 45 ans rapporte 20 % d'expérimentateurs, 15 % de consommateurs dans l'année et 5 % au cours du mois. Cette situation est le fait de circonstances particulières : une disponibilité restreinte et des prix élevés pour les drogues "conventionnelles" comme la cocaïne et l'ecstasy ainsi que le développement récent d'un marché légal de substances psychoactives.

En effet, depuis le début des années 2000, des sociétés néo-zélandaises commercialisent des "party pills", promouvant une démarche de réduction des risques et présentant leur produit comme des substituts sans risques aux drogues illicites. En 2005, la BZP a bénéficié de la création d'une nouvelle classe de drogues appelée "drogue de synthèse non traditionnelle" (classe D) qui, sans interdire la vente et la consommation, impose certaines restrictions : interdiction à la vente aux mineurs, à la publicité ainsi qu'aux distributions promotionnelles gratuites.

Cependant, la popularité croissante de la BZP associée aux signalements anecdotiques d'effets secondaires a poussé certains décideurs politiques et médecins à faire campagne pour son interdiction. Début 2006, le gouvernement néo-zélandais a réexaminé le statut de la BZP, qui devait être reclassée en fin d'année 2007 "substance à risque modéré sans usage thérapeutique" (classe C) et donc interdite à la vente. Les polémiques sont nombreuses concernant les conséquences de ce changement auprès des usagers : certains présagent un arrêt des consommations de substances psychoactives, d'autres craignent le basculement vers des consommations illicites⁹.

Vers un classement au niveau européen

Si la première notification reçue par l'OEDT concernant la présence de BZP sur le territoire européen date de 1999, ce n'est qu'au cours des deux dernières années qu'une publicité tapageuse dans la presse et sur Internet s'est faite autour de cette substance, notamment en Angleterre et en Irlande où le pro-

duit s'est vu proposé par les "smart shops" selon le modèle néo-zélandais. Une hypothèse envisagée pour éclaircir cet intérêt soudain des "smart shops" du Royaume-Uni pour la BZP est l'interdiction en 2005 de la vente des champignons hallucinogènes qui alimentaient leur commerce.

Alertés sur ce nouvel engouement, l'OEDT et Europol ont produit début 2007 un état des lieux de la situation en Europe. Ce rapport indique que la popularité des "party pills" laisse augurer une diffusion rapide et s'inquiète des informations recueillies concernant la toxicité de la BZP. Il est également fait état d'éléments pouvant apparaître comme les prémices d'organisation de réseaux de distribution du marché clandestin⁴.

Après examen de ce document, le Conseil de l'UE a demandé une évaluation des risques, "notamment pour la santé et pour la société". La procédure a abouti en juin 2007 à l'élaboration d'un rapport¹⁰. À sa lecture, le Conseil de l'UE pointe "le manque de preuves scientifiques concluantes en ce qui concerne les risques globaux" mais décide néanmoins : "étant donné qu'elle présente des propriétés stimulantes et un risque pour la santé et qu'elle est dépourvue d'avantages médicaux, et pour respecter le principe de précaution, il convient de contrôler la BZP, tout en adaptant les mesures de contrôle aux risques relativement peu élevés que comporte cette substance". Cette décision du Conseil a été validée par la Commission et le Parlement européen, qui soulignent également les faiblesses du rapport d'évaluation des risques.

Cette décision de classement au niveau européen pose question, car elle se fait en dépit du caractère parcellaire, reconnu officiellement, des informations disponibles. Elle n'envisage et n'intègre pas la production de travaux de recherche complémentaires et le suivi de l'impact des mesures qu'elle impose. Ceci va à l'encontre du recours au principe de précaution, puisque la Commission indique : "Si une action est jugée nécessaire, les mesures basées sur le principe de précaution devraient notamment [...] être capables d'attribuer la responsabilité de produire les preuves scientifiques nécessaires pour permettre une évaluation plus complète du risque." À ce titre, les évolutions à venir en Nouvelle-Zélande seront certainement très instructives puisque la BZP va être classée stupéfiant après s'être affichée comme une alternative aux drogues illicites plus dangereuses.

Par ailleurs, cette décision s'impose sans que ni la nécessité d'une action rapide liée à un danger particulier, ni la coopération pour la lutte contre les réseaux de criminalité organisés puissent être évoquées. L'intervention communautaire pour la mise sous contrôle de substance en vertu du principe de précaution ne risque-t-elle pas de tendre à long terme vers l'uniformisation de l'utilisation de l'outil réglementaire en Europe, quitte à entrer en contradiction avec les choix propres à chaque État membre ?

¹⁰ EMCDDA, *Risk Assessment Report of a new psychoactive substance: 1-benzylpiperazine (BZP)*, 2007, 15 p. http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st10/st10_458.en07.pdf

Dépendance au crack, quelles interventions spécifiques ?

À la suite des ateliers européens d'avril 2006¹ et en lien avec les avancées du plan crack dans le nord-est parisien, le Crips-Cirdd Île-de-France a organisé le 24 septembre à la Cité universitaire une journée d'échanges sur les modalités de prise en charge des personnes dépendantes du crack en France et à l'étranger. Compte rendu.

Combien y a-t-il d'usagers de crack en France ? Quelles sont leurs principales caractéristiques socio-démographiques ? Comme l'explique **Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT**, pour dresser le panorama de la consommation de crack, il faut prendre en compte deux appellations différentes : le crack et le free base. Les présentations, les consommateurs et les représentations de ces deux produits diffèrent. Le crack est vendu sous forme de cailloux ou galettes alors que les usagers de free base, pour l'essentiel des jeunes fréquentant le milieu festif, achètent de la cocaïne qu'ils transforment eux-mêmes. Il ne faut pas oublier non plus d'interroger les modes de consommations des usagers de cocaïne, car certains peuvent la transformer pour la fumer.

Pour répondre à la question du nombre des usagers, différentes sources d'informations existent. Si les usagers en difficulté d'insertion ont du mal à être repérés dans les enquêtes en population générale type Baromètre Santé ou Escapad, le questionnaire Recap (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) permet de décrire les usagers faisant appel au système de soins. Ces informations peuvent être complétées par des enquêtes multicentriques telles Coquelicot ou l'enquête portant sur les jeunes fréquent le milieu festif électronique.

Que nous apprennent ces différentes études ? Pour la cocaïne, l'augmentation des consommations est très sensible avec un doublement de la

prévalence en 5 ans chez les 15-34 ans. Tous les milieux sociaux sont concernés et le phénomène touche une large palette d'âges. Le niveau de diffusion reste toutefois encore inférieur à celui observé dans d'autres pays européens. Quant à la prévalence de l'usage de crack, ce sont 0,3% des 15-64 ans² et 0,7% des 17 ans³ qui l'ont expérimenté, ce qui est significatif en population générale.

Dans le dispositif spécialisé, sur les 62 000 personnes recensées par les centres de soins spécialisés pour toxicomanes au travers du questionnaire Recap en 2006⁴, 1 370 (soit 2,4% de la file active) sont consommateurs de crack. Ils se concentrent à Paris pour 39% d'entre eux et en Guyane pour 20%, le restant étant plus disséminé sur le territoire. Il s'agit pour une large majorité d'hommes, d'un âge moyen supérieur à la moyenne des usagers rencontrés, concentrant différentes caractéristiques de précarité, notamment des antécédents d'incarcération pour 56% d'entre eux et des antécédents psychiatriques pour 30%. Ils ont des consommations importantes puisque 45% consomment tous les jours.

8 000 usagers environ dans les Caarud

À partir de l'enquête réalisée dans les Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues), en novembre 2006⁵, on peut estimer qu'environ 8 000 individus suivis sont usagers de crack. On retrouve une concentration à Paris

¹ Cf. "Stimuler la recherche clinique sur la cocaïne", Swaps n° 44, 3^e trimestre 2006

² Baromètre Santé 2005

³ Escapad 2005

⁴ Résultats non encore publiés

⁵ ENa Caarud : enquête une semaine donnée en novembre 2006, résultats provisoires sur 4 600 fiches : 14 à 15% de la population suivie par les Caarud consomme du crack.



(71 % d'entre eux) et aux Antilles-Guyane (14 %). Aujourd'hui, le Caarud Ego à lui seul compte la moitié des usagers de crack de la file active. Les caractéristiques sociodémographiques ne sont guère différentes de celles des usagers fréquentant les CSST, avec une précarité encore accentuée. Les polyconsommations sont fréquentes ; les usagers de crack consomment aussi de la cocaïne, de l'héroïne, de la buprénorphine, de la méthadone, du sulfate de morphine, de la codéine, des benzodiazépines et de l'ecstasy.

Enfin, une récente étude⁶ de l'OFDT montre que parmi les jeunes fréquentant l'"espace festif musique électronique", les prévalences de consommation au moins une fois dans la vie sont très élevées. C'est vrai pour tous les produits. Ainsi, 93,6 % ont déjà consommé du cannabis, 67,7 % de l'ecstasy. La cocaïne n'est pas en reste, expérimentée par 62,6 % d'entre eux sous sa forme chlorhydrate et par 20,6 % sous sa forme basée (crack ou free base). Au-delà de la simple expérimentation au cours de la vie, parmi ces derniers, près de 6 % en ont fait un usage récent dans le mois écoulé. Cela fait maintenant 4 ou 5 ans que l'augmentation des consommations de cocaïne sous sa forme basée est signalée par les observateurs en milieu festif.

⁶ "Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif musique électronique". OFDT, juillet 2007, étude exploratoire sur 5 sites, auprès de jeunes de 24 ans en moyenne.

La délicate question du nombre

Comme le souligne Albert Herszkowicz, de la Drass Île-de-France, la question du nombre de crackeurs est un véritable enjeu politique. Est-ce un phénomène restreint ? Circonscrit au nord-est parisien ? Y a-t-il une augmentation du nombre d'usagers ? Aujourd'hui, une convergence de sources montre que le crack sort de ses deux zones principales que sont Paris et les Antilles. Pour n'en citer que deux, l'enquête Coquelicot a montré une émergence du crack à Bordeaux avec des consommateurs plus jeunes présentant des consommations associées d'amphétamines et d'ecstasy, et deux structures de Melun témoignent de l'apparition du phénomène chez d'anciens injecteurs. Des sources judiciaires confirment cet éparpillement du phénomène. Le TGI de Pontoise par exemple a connu pour la première fois en 2005 une affaire de crack. Jean-Michel Costes, de l'OFDT, pense pouvoir, d'ici mars 2008, donner une estimation du nombre d'usagers problématiques de crack en France en croisant les données nationales et celles des structures spécialisées relatives aux usagers problématiques de substances psychoactives.

Typologie du crackeur du nord-est parisien

En 2005, la cocaïne basée (crack ou free base) était le premier produit consommé au cours du mois par les usagers de drogue de l'enquête Coquelicot. Un sous-échantillon de crackeurs du nord-est parisien permet à **Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'InVS**, d'affiner la description sociodémographique de ces usagers et de faire ressortir quelques particularités.

Tout d'abord, la proportion de femmes est plus importante chez les consommateurs de crack que dans l'ensemble de la population usagère de drogues, 46 % contre 23 %. Hommes et femmes sont marqués par une précarité extrême : 81 % sont sans emploi, 85 % sans logement stable (31 % vivent en squat ou dans la rue), 81 % ont au moins un antécédent d'incarcération. Tous les indicateurs de précarité sont plus élevés que chez les autres usagers rencontrés dans le cadre de Coquelicot.

Ensuite, alors que la prévalence du VIH est similaire au reste de la population usagère de drogues (autour de 12 %), la prévalence du VHC est plus élevée chez les consommateurs de crack : 72,5 % sont contaminés alors qu'un tiers d'entre eux se croient négatifs à tort. La consommation de crack est reconnue comme facteur associé à la séropositivité au VHC.

Plus généralement, l'état de santé des consommateurs de crack est déplorable. Ils souffrent notamment de problèmes dentaires et de troubles psychologiques. Viennent ensuite, et c'est très spécifique aux usagers de crack, les problèmes oculaires et les gonflements des mains et des pieds qui concernent un tiers d'entre eux.

Les trois quarts des usagers de crack sont en traitement de substitution aux opiacés, ce qui montre qu'une grande majorité d'entre eux a eu, par le passé, une consommation d'héroïne. Les produits associés à la consommation de crack sont, en premier lieu, les benzodiazépines (42 %), puis la cocaïne (38 %), l'héroïne (19 %), l'ecstasy (13 %) et les hypnotiques (12 %). Les crackeurs du nord-est parisien consomment plus de cocaïne et moins d'hypnotiques que le reste de la population vue dans Coquelicot.

Comme pour les usagers d'autres produits, la majorité (65 %) ont injecté au moins une fois, mais parmi eux 58 % ont injecté dans le dernier mois, proportion significativement plus importante que chez les autres usagers. Les pratiques à risques sont extrêmement fréquentes, notamment pour le partage de la pipe à crack (9 crackeurs sur 10 déclarent un tel partage au moins une fois dans le dernier mois) alors même que les pratiques à risques sont souvent sous-déclarées dans les enquêtes épidémiologiques. Pour les pratiques en lien avec l'injection ou le sniff, 10 % déclarent avoir partagé leur seringue dans le

dernier mois, 36 % avoir partagé leur petit matériel, 82 % avoir réutilisé leur seringue et 24 % avoir partagé la paille de sniff.

Le sous-échantillon de l'enquête Coquelicot permet de dresser un sombre tableau de la réalité du crack dans le nord-est parisien, soulignant l'extrême vulnérabilité d'usagers précaires, surexposés au risque de transmission du VHC et dans un état de santé très dégradé.

La mise en œuvre d'un projet de recherche

Ce constat a justifié la mise en œuvre d'un projet de recherche copiloté par l'InVS et le Cesames, en collaboration avec un comité interassociatif. Avec une double dimension : dans un objectif de réduction des risques, il s'agit de mesurer la diffusion et l'utilisation des outils de RdR actuellement disponibles et d'évaluer un nouvel outil mis au point par le copilotage interassociatif ; dans une dimension plus large de santé publique, l'enquête s'attachera à décrire l'état de santé et de vulnérabilité des usagers dans une perspective évolutive, avant et après diffusion de cet outil.

À l'étranger, l'évaluation d'une expérience de distribution de doseurs et d'embouts menée à Ottawa en 2004 donne des indicateurs intéressants : le programme n'a certes pas eu d'impact sur la prévalence du VHC, mais il y a une diminution du partage des pipes et une baisse des injections. La ville d'Ottawa ne subventionne plus la distribution de ce matériel, mais les associations continuent, et d'autres villes telles Montréal, Toronto ou Vancouver s'y sont mises. L'impact en termes de pratiques à risques pour le VIH et le VHC d'une expérience de distribution par un PES de tubes de verre, de fil, de baguettes pour pousser le caillou, de baumes à lèvres, de gommes à mâcher et d'embouts en caoutchouc a été présenté lors de la Conférence internationale de Toronto. Les résultats ont montré un changement dans les pratiques des consommateurs.

En France, du matériel (embouts ou "kits base") a pu être distribué, mais ces outils n'ont pas fait l'objet d'une validation scientifique. D'où la mise en place de cette recherche, qui a démarré en septembre et comprendra trois phases. Le but de la phase exploratoire (septembre 2007-mars 2008) est de recenser tous les outils existants et, à partir de ce recensement et de l'analyse de la littérature internationale, de mettre au point un outil de prévention en collaboration avec les associations et les usagers. La phase épidémiologique (avril 2008-octobre 2009) comporte un volet sociocomportemental sur la prévalence et les pratiques à risques et une évaluation médicale sur l'évolution des lésions. Il s'agit d'observer la situation aujourd'hui puis 12 mois après la diffusion

massive de l'outil, afin d'en mesurer l'impact en termes de prévalence, de pratiques à risques et de lésions. Enfin, la phase socio-anthropologique permettra d'appréhender les vulnérabilités spécifiques liées au crack et l'acceptabilité de ce nouvel outil.

Les retombées attendues sont tout à la fois opérationnelles et scientifiques. Opérationnelles car cette recherche devrait permettre d'évaluer les capacités des outils de réduction des risques à induire des comportements de prévention chez les consommateurs de crack et contribuer à l'évaluation de l'outil sélectionné. Sur le strict plan scientifique, l'étude devrait améliorer la connaissance sur l'état de santé et les profils des consommateurs de crack parisiens et permettre de mieux appréhender leurs savoirs, leurs pratiques et leurs croyances vis-à-vis du VIH et du VHC.

Quels outils spécifiques de RdR ?

Comment concevoir collectivement cet outil de réduction des risques, à la fois adapté aux fumeurs de crack et validé scientifiquement ? Avant de présenter le travail du copilotage interassociatif, **Catherine Pecquart, psychiatre de l'association Charonne**, rappelle que la consommation de crack s'étend. Les consommateurs de crack ne se résument plus aux usagers très désocialisés visibles dans le nord-est parisien.

Quelles sont les pratiques à risques de transmission du VHC liées à la préparation et à la consommation du crack fumé ? Le cutter utilisé pour débiter la galette en caillou est sans doute l'un des outils les plus transmetteurs. L'utilisation du doseur provoque brûlures, plaies, lésions ulcérées, coupures aussi bien sur les lèvres que dans la bouche. Cet outil, adopté dès le début des années 1990, sera sans doute difficile à détrôner. De plus, il est fréquemment partagé et réutilisé. La fabrication du filtre pour poser le caillou à partir de fils de cuivre (fils électriques) arrachés avec les mains ou les dents entraîne aussi des lésions.

Plusieurs structures parisiennes délivrent du matériel pour réduire ces risques. Ces outils, pour la plupart fragiles et très conducteurs de chaleur et par ailleurs non validés scientifiquement, soulèvent des questionnements. En l'absence de validation, ils ne sont ni reconnus ni financés. Face à cette situation, un groupe de travail inter-Caarud regroupant Charonne, Ego, Gaia, MdM, Aides, Ipsud et La Terrasse s'est réuni en 2006, et a sollicité l'InVS pour le volet recherche.

Le groupe de travail s'est constitué pour élaborer un outil validé par tous, chacun s'engageant à adopter les outils qui seraient ainsi légitimés. Les différents partenaires se sont mis d'accord sur les critères de qualité que devait



présenter un outil de prévention des dommages et sur la nécessité d'une vraie méthodologie d'évaluation pour confirmer la valeur des outils et rechercher les éventuels effets contre-productifs qu'ils pourraient induire.

Les critères de qualité d'un outil au regard des principes de la RdR résident dans sa capacité à réduire les risques sanitaires suscités et répertoriés, sa capacité à induire des comportements de prévention chez les usagers, sa capacité à induire un lien avec eux et sa capacité à répondre à leurs besoins, pour qu'ils puissent se l'approprier.

La question du financement

Les partenaires s'accordent sur le fait que cet outil devrait être délivré dans un kit comprenant une pipe en matériel non coupant et peu conducteur thermique, un filtre non toxique au chauffage et tout prêt, des embouts afin de réduire la conduction thermique et donc les brûlures et la fragilisation des muqueuses, des gommes à mâcher pour provoquer une salivation suffisante et améliorer l'hygiène buccale, de la crème hydratante cicatrisante, des tampons alcoolisés et des messages de prévention spécifiques.

L'évaluation portera sur l'efficacité des outils en termes de changements de comportement et sur le nombre de personnes touchées. Des questionnaires sur la satisfaction des usagers et la modification de leurs usages seront complétés par l'observation d'éléments de santé objectivés.

Sur le plan strictement sanitaire, le groupe établit des grilles de score de gravité pour les différents types de lésions présentées par les usagers de crack : brûlures,

nécroses, coupures, infections en tenant compte du nombre de lésions, de leur étendue et de leur importance ainsi que de leur site. Ces éléments seront cotés par des professionnels de santé formés.

Les financements semblent acquis pour la recherche, mais ce n'est pas le cas pour les matériels utilisés par les cinq associations du projet. Aucun financement n'a été dédié à ces matériels en 2007. Il existe quelques pistes pour 2008 mais elles ne sont pas acquises. Ultérieurement, si les outils sont validés, ils devraient rentrer dans le même type de financement que les outils déjà agréés type seringues. On peut s'interroger avec Catherine Pecquart sur les cadres et les soutiens pour l'innovation en RdR car, alors même qu'il existait un plan crack et qu'une lettre du ministre de la santé Xavier Bertrand rappelait les devoirs des Caarud et CSST en matière de prévention de la transmission du VHC, le programme de recherche inter-associatif reste plongé dans une certaine incertitude financière.

Enquête dans la file active du bus méthadone

Depuis 1999, le bus méthadone a pour objectif de contacter une population d'usagers peu suivis, de faciliter leur accès à la substitution par la méthadone et plus généralement leur accès aux soins afin d'améliorer leur état de santé. L'inclusion, anonyme et sans rendez-vous, se fait après un entretien médico-social et un test urinaire au lieu fixe, avenue Parmentier, dans le 11^e arrondissement

Les pistes dans le traitement pharmacologique de la dépendance à la cocaïne

Laurent Karila, de l'hôpital Paul Brousse, évoque différentes approches possibles.

- Parmi les agents GABAergiques : baclofène, tiagabine, topiramate et vigabatrine ont été évalués et montrent des effets anticraving.
- Au titre des agents dopaminergiques, le bupropion a montré un effet potentialisateur en association avec du management des contingences, mais cette technique psychothérapeutique reste très peu utilisée en France. Le disulfiram, quant à lui, donne de bons résultats dans les doubles dépendances alcool+cocaïne. Le National Institute on Drug Abuse (NIDA) met en avant l'aripiprazol, des essais non encore publiés laissant entrevoir son efficacité, notamment chez des sujets schizophrènes.
- On sait depuis une méta-analyse sur 40 ans (Amato et coll., 2007) que les antipsychotiques et neuroleptiques de première génération n'ont aucune indication dans la dépendance à la cocaïne ou au crack.
- L'approche substitutive ressort de l'analyse de la littérature avec des programmes développés par l'OMS notamment au Canada et en Suisse. Les agonistes potentiels, modafinil et méthylphénidate, ont été évalués. L'équipe de Charles Dackis à Philadelphie a ainsi obtenu de bons taux d'abstinence et des effets anticraving sans effet spécifique secondaire sur 62 patients fumeurs de cocaïne en ambulatoire, avec une posologie de 400 mg/j. La cocaïne orale, sous forme de thé ou de tablettes, est principalement utilisée en Amérique du Sud. Des études montrent des effets anticraving et de prévention de la rechute, mais toutes n'ont pas de méthodologies solides et les effets de la cocaïne orale restent à ce jour anecdotiques.
- D'autres agents prometteurs ressortent de la littérature : des adrénobloqueurs comme le propranolol (traitement adjuvant qui atténue les symptômes sévères de sevrage), mais aussi la N-acétylcystéine (Mucomyst®), qui commence à faire parler de lui dans la cocaïne ou le jeu pathologique, ou encore l'ondansétron, antagoniste 5HT3 principalement utilisé comme antiémétique.
- Reste la piste du vaccin, élaboré après la découverte dans les années 1990 d'anticorps spécifiques anti-cocaïne chez l'animal et qui permet une séquestration et une inactivation sanguine de la cocaïne. Dans l'étude de Martell et coll. de 2005, l'abstinence était bonne dans le groupe vacciné à haut taux d'anticorps.

de Paris. Munis d'une carte et d'un numéro d'immatriculation, les usagers peuvent ensuite se rendre dans le bus dans le 10^e, le 18^e ou le 20^e. Depuis 2006, le dispositif est géré par l'association Gaia Paris, sous la coordination du Dr Elizabeth Avril.

Sandra Nahon et Kayigan d'Almeida, du Crips-Cirdd Île-de-France ont réalisé, à partir des questionnaires d'admission de 1999 à 2005, une étude des crackeurs du bus. Il s'agit d'une grande majorité d'hommes, d'un âge médian de 31,9 ans, comparable à l'âge médian des consommateurs d'autres produits. Il y a parmi les usagers de crack moins de personnes de nationalité étrangère (33,5%) que dans le reste de la population incluse (43,2%). Ils déclarent beaucoup plus fréquemment que les autres usagers du bus être sans emploi (78,8% contre 58,7%) et leur niveau de ressources est inférieur à la moyenne.

Au bus méthadone, les consommateurs de crack sont plus souvent polyconsommateurs que les autres. Plus d'un tiers déclarent consommer 4 produits et plus. La prévalence du VHC est significativement plus élevée chez les usagers de crack (35,8%) que dans la population totale du bus (24,8%). Pourtant, les usagers de crack déclarent plus souvent un suivi antérieur ou un contact avec un CSST, un médecin ou une assistante sociale.

Les usagers du bus déclarent plus souvent la prostitution, le deal et le vol que les autres, trois facteurs significativement associés à la consommation de crack. Autre facteur associé: les violences subies, qui sont également plus fréquentes chez les consommateurs de crack. Les antécédents d'incarcération concernent 60% des usagers de crack contre 40,2% des autres usagers de drogues. Ces vulnérabilités sont elles engendrées par la consommation de crack ou sont elles préexistantes et peut-être aggravées par la consommation de crack?

Un plan crack dans le nord-est parisien

Pour **Jean Benet, chef de projet drogues et dépendances à la préfecture de Paris**, il appartient aux pouvoirs publics de se préoccuper des personnes en errance et en grande difficulté. C'est ce qui a conduit à la mise en place en 2005 d'un plan crack dans le nord-est parisien qui articule, autour d'un comité de pilotage institutionnel, quatre groupes de travail et un groupe de suivi local propre au 18^e arrondissement de Paris.

– le groupe de travail **police justice santé**, animé par le Parquet et la Ddass de Paris, travaille à une meilleure articulation entre la justice et la santé, à un meilleur suivi des injonctions thérapeutiques et à un rapprochement avec les services pénitentiaires;

– le groupe de travail **hébergement**, animé par la Ddass de Paris, développe le partenariat entre les CSST et les centres d'hébergement d'urgence pour proposer des solutions innovantes pour les usagers de drogues, et notamment un accueil spécifique pour les femmes;

– le groupe de travail **prise en charge socio-sanitaire**, animé par la Drassif et la préfecture de Paris, met en réseau les différents CSST, le secteur psychiatrique et les lits d'accueil des usagers de crack et polytoxicomanes en errance;

– le groupe de travail **prévention**, animé par les missions prévention de la Dases, ville de Paris et du conseil général de Seine-Saint-Denis, s'attache aux interventions en amont des consommations en s'appuyant sur les acteurs de terrain pour identifier les facteurs de vulnérabilité qui font que des jeunes entrent dans des conduites à risques addictives ou délictueuses.

Face à une situation préoccupante dans le nord-est parisien, l'État se devait de se mobiliser. Il s'agissait de mettre en place une véritable politique interministérielle de prise en charge des usagers de crack. Au vu de l'accroissement des saisies de cocaïne à Paris et dans la petite couronne, l'effort devrait se poursuivre.

Les pratiques franciliennes de prise en charge

En septembre 2005, en parallèle d'une recherche-action sur les usagers de crack menée, à l'initiative de la Mildt, par Coordination Toxicomanie, un groupe de travail sur la "prise en charge socio-sanitaire des usagers de crack et polytoxicomanes en errance dans le nord-est parisien" a été constitué dans le cadre du plan crack. Coanimé par Jean Benet, de la préfecture de Paris, et par **Albert Herszkowicz, médecin inspecteur régional en charge des questions d'addiction à la Drass Île-de-France**, il regroupe des CSST, des Caarud, des hôpitaux, des Ddass, des collectivités locales – Paris et la Seine-Saint-Denis – et des associations. Face au constat de la faible coordination des différentes structures amenées à prendre en charge les usagers de crack, le groupe s'est fixé comme axes de travail l'organisation de la diversité des modalités de prise en charge, le lien avec la psychiatrie de secteur et l'articulation avec les hôpitaux de l'Assistance publique (Bichat, Lariboisière, La Pitié...). Les objectifs étaient d'accompagner et de soutenir la mise en place du CSST Ego et de mettre en œuvre des modalités de la coopération entre les CSST concernés par la question du crack mais également entre les structures de villes – CSST et Caarud – et les structures hospitalières, tant les hôpitaux que le secteur psychiatrique. Enfin, il s'agissait aussi de développer les droits sociaux, point sur lequel il



reste à ce jour beaucoup à faire, tant la précarité qui frappe les usagers de crack est importante.

Ces deux années de travail et d'échanges – parfois vifs – ont permis un certain nombre d'avancées. Tout d'abord, le CSST Ego est officiellement ouvert depuis le 26 février 2007. Ensuite, la coordination inter-CSST et inter-associative, au cœur de la démarche du groupe, a indubitablement progressé sur plusieurs points, notamment la confrontation des approches et des expériences, le travail à destination des usagers incarcérés et sortants de prison, l'élaboration commune de protocoles et de prises en charge spécifiques avec l'appui méthodologique de services hospitaliers. C'est également dans ce groupe que la question de la mise en place et du financement d'outils communs et homologués de RdR spécifiques pour les consommateurs de crack est envisagée. Une préoccupation majeure a été de faire progresser la prise en charge hospitalière dans le nord-est parisien. Ainsi, l'Écimud de Bichat peut dorénavant utiliser des lits du service de l'aval des urgences psychiatriques, et elle a commencé à y mettre en place des protocoles thérapeutiques.

C'est dans le secteur psychiatrique qu'il reste le plus à faire. Les membres du groupe témoignent de l'extrême difficulté de faire admettre des patients présentant des troubles psychiatriques, alors même qu'ils bénéficient parfois de l'aval d'une équipe psychiatrique de liaison. Ensuite, quand le patient est admis, se pose le problème d'éviter les sorties intempestives. Le groupe rejoint sur ce point le constat établi par la recherche-action autour de l'insuffisance des lits spécialisés hospitaliers.

Le programme du groupe pour les prochains mois est chargé. Il s'agira notamment de l'élaboration et du suivi des protocoles thérapeutiques, de la poursuite des échanges avec l'APHP, du suivi du CSST Ego ou encore de la question des femmes usagères de crack. Le défi est de réussir à maintenir une instance régionale de travail collectif entre les institutions et les équipes prenant en charge les crackeurs d'une manière éthique, responsable et partagée; de déboucher sur des protocoles thérapeutiques et d'avancer sur la question centrale de la psychiatrie.

L'implication du secteur psychiatrique à **Hambourg**

À Hambourg comme à Paris, on trouve des scènes de consommation ouvertes dans le centre ville, notamment près de la gare centrale, et dans le quartier de Steindamm dans lequel de nombreux jeunes, garçons et filles, se prostituent et sont fréquemment payés en doses plutôt qu'en argent par leurs clients. Les policiers rapportent une augmentation des délits liés au crack, notamment la hausse des arrestations de "mules" qui transportent du

crack enveloppé d'aluminium dans leur bouche, et n'hésitent pas à l'avalier quand ils se font interpellés. Il faut dire qu'Hambourg, ville portuaire, est l'une des principales portes d'entrée de la cocaïne en Europe et l'une des villes allemandes, avec Hanovre et Francfort, qui compte le plus grand nombre d'usagers de crack.

Tobias Mrusek, psychiatre, évoque le programme de prise en charge initié en 2000. Le nombre de patients y est en augmentation constante jusqu'à atteindre, en 2006, 660 usagers de crack au cours du mois. Les patients ressemblent à bien des égards aux crackeurs métropolitains. Leur situation sociale est généralement désastreuse : sans abri, sans couverture sociale, sans entrées d'argent, sans réseaux sociaux en dehors des réseaux de consommation... Plus de la moitié d'entre eux sortent de prison.

Obtenir des informations sur leurs antécédents psychiatriques s'avère difficile. Pourtant les troubles de la personnalité sont fréquents, tout comme les stress post-traumatiques, les dépressions sévères et les psychoses type schizophrénie. Parmi les 660 patients suivis en 2006, le mode d'usage le plus répandu est l'inhalation, mais on trouve aussi 101 injecteurs, tous également consommateurs ou anciens consommateurs d'héroïne. Certains déclarent injecter des mélanges de crack et d'héroïne ou de crack et de benzodiazépines. Les co-consommations sont fréquentes, qu'il s'agisse d'héroïne, de benzodiazépines ou d'alcool. Beaucoup présentent des complications cardiovasculaires, dermatologiques (impétigo, infections des mains et des pieds, abcès) ou oculaires (lésions de la cornée) sans parler du manque, qui se manifeste aussi bien physiquement – ils sont alors épuisés, affamés, déshydratés – que psychologiquement – ils sont alors anxieux, agités ou déprimés.

À Hambourg, le service d'addictologie est pluridisciplinaire et regroupe psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants et travailleurs sociaux. Les crackeurs restent en moyenne 5 jours. Il n'y pas de liste d'attente. L'environnement thérapeutique se veut calme, rassurant. Des infirmiers sont toujours présents. L'équipe a recours à l'entretien motivationnel et à l'acupuncture. Malgré un recours aux benzodiazépines contre l'anxiété, Tobias Mrusek regarde les traitements pharmacologiques avec peu d'optimisme, regrettant les problèmes de descente avec les agents sérotoninergiques, les risques d'accoutumance avec les dopaminergiques.

Le parcours de soins de **Fort-de-France**

Au service de soins et de réinsertion du **Pr Aimé Charles-Nicolas, à Fort-de-France**, le parcours de soin, très

structuré, commence par une triple évaluation administrative, sociale et sanitaire en ambulatoire. Un bilan hebdomadaire et une synthèse permettent de faire une proposition thérapeutique.

En ambulatoire, le parcours commence par une consultation médicale, des entretiens avec des éducateurs et des séances d'acupuncture. Il comprend aussi des consultations avec un psychologue ainsi que des activités conviviales simples. Après un mois, une évaluation et une synthèse s'appuyant notamment sur les tests urinaires et la compliance thérapeutique permettent de faire le point sur l'assiduité, les modifications de comportements de consommation, les motivations du patient. S'il y a une bonne évolution, ces soins ambulatoires se poursuivent trois fois par semaine et font l'objet d'une nouvelle évaluation à 3 mois. Dans le cas contraire, un suivi intensif ambulatoire quotidien est proposé. Dans le cas où la situation du patient est peu propice à l'ambulatoire, une admission au centre résidentiel peut être envisagée.

En résidentiel, la prise en charge est construite autour d'une progression organisée en 3 mois. Au cours du premier mois, le travail porte sur l'arrêt de la consommation. Le mois suivant, les sorties sont autorisées, avec un travail particulier sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute. Le troisième mois est axé sur les projets de réinsertion socioprofessionnelle avec, la dernière semaine, la mise en place d'une articulation avec le centre ambulatoire. Comme en ambulatoire, les patients bénéficient en résidentiel de séances d'acupuncture, d'entretiens médicaux et psychologiques réguliers, d'un accompagnement social et professionnel. L'équipe essaie d'assurer une véritable animation culturelle. À l'issue du séjour, les patients sont orientés vers l'ambulatoire, ils peuvent revenir conforter les acquis du séjour si les réalités de la vie à l'extérieur l'exigent. Durant tout le séjour résidentiel, une thérapeute familiale accompagne les familles des patients pour leur permettre d'adapter leur accueil et leur attitude, d'évacuer toute trace d'agressivité et de contentieux.

L'équipe de Fort-de-France souhaite faire évoluer ce protocole très socio-éducatif vers une médicalisation plus marquée.

L'équipe fait aussi de la recherche sur les aspects pharmacothérapeutiques, les profils des patients – notamment les antécédents d'hyperactivité avec troubles de l'attention – et les questions de participation génétique dans la vulnérabilité pour la dépendance au crack. Pour l'équipe d'Aimé Charles-Nicolas, les suivis comme les recherches mettent en évidence l'insuffisance de description du tableau clinique des consommations de la

⁷ The Lambeth Harbour cocaïne et du crack.

Approche partenariale dans le sud-ouest de Londres

Janice Gittens, coordinatrice du projet Bleinhem, réseau de soins pour usagers de crack et de stimulants

témoigne du programme lancé en mars 2004 à Lambeth. Ce quartier de 270 000 habitants dans le sud-ouest de Londres compte 3 000 à 5 000 usagers de drogues, dont 2 000 en demande de traitement chaque année.

Au Royaume-Uni comme ailleurs, l'usage de cocaïne sniffée, injectée ou fumée, avec ou sans héroïne (speed ball) a considérablement augmenté ces dix dernières années. Ainsi, l'expérimentation de la cocaïne chlorhydrate concerne 6 % à 8 % des jeunes de 20 ans et celle du crack 1 % des 16-25 ans. Dans les files actives des centres de soins, 24 % des usagers consomment du crack. Dans les centres de soin londoniens, le nombre d'usagers de crack a augmenté de 159 % entre 1996 et 2001, faisant de Londres la capitale britannique du crack, avec une concentration particulière, jusqu'à 4 fois supérieure, dans le sud-ouest de la ville.

Face à cette situation préoccupante, le Refuge⁷ créé en mars 2004 a pour vocation d'assurer des soins de qualité, d'étayer les compétences professionnelles des équipes, de généraliser la distribution de kits aux usagers, tout en assurant une solide implantation dans le quartier par le biais des structures et des équipes de première ligne. Le parti pris est celui d'atteindre une excellence clinique en associant interventions psychosociales et psychothérapies dans le traitement des usagers de crack et des poly-consommateurs.

Au Refuge, tout commence par une évaluation rapide qui permet d'établir des priorités et un plan de soins. Chaque usager est suivi par un travailleur social. Le cas de chacun est discuté lors d'une réunion clinique afin de déterminer la forme de traitement la mieux adaptée en parallèle de sessions individuelles d'aide sociale et psychologique. Les usagers peuvent être orientés vers d'autres structures de proximité, notamment pour des post-cures ou une insertion professionnelle. Le Refuge reçoit chaque année autour de 170 patients pour un budget de 400 000 livres (environ 558 000 euros).

Les usagers sont des hommes pour 72 %, âgés pour la plupart de 35 à 44 ans. Les noirs (anglais, caribéens ou africains) sont surreprésentés (52 % des patients). En dehors de la cocaïne base ou crack, les principales substances consommées sont l'alcool et le cannabis, mais on trouve aussi des usagers d'héroïne.

L'accroche des usagers se fait par le programme d'échange de seringues et par un accueil bas seuil en libre accès qui propose une rapide évaluation, des thérapies complémentaires – réflexologie, massage indien,



La difficile mesure des résultats d'une prise en charge

À Londres, Hambourg ou Fort-de-France, on s'accorde à dire qu'il est difficile de mesurer les résultats des programmes mis en œuvre. Aimé Charles-Nicolas estime qu'au bout d'un an, 40 à 55 % des patients ont cessé de consommer, 20 à 30 % ont diminué mais poursuivent une consommation et 20 %, le plus souvent disparus des services, ont rechuté. L'abstinence ne peut pas être le seul critère. Pour Tobias Mrusek, même si la consommation ne diminue pas, si la comorbidité s'estompe c'est déjà un résultat. Janice Gittens mesure surtout les progrès de chaque patient et fonde son évaluation sur 4 domaines : la réduction de la consommation, l'état de santé physique, les relations sociales et la criminalité.

auriculothérapie, acupuncture – et différents services – restauration, douches, laverie, accès Internet, groupes de paroles... C'est le pont vers un travail plus approfondi qui comprend une évaluation complète, des sessions de travail hebdomadaires, des plans de soin structurés, un accès au service psychologique. Une infirmière, présente sur le site un jour par semaine, assure les vaccinations, soins, conseils divers. Les usagers sont invités à participer à divers groupes : éducation et comportement, réduction des risques, groupe d'hommes pour faciliter la communication sur les émotions par le partage d'expériences, groupe de femmes avec possible accueil des enfants, groupe de rencontre avec des services externes, groupe de narcotiques anonymes, groupe de prévention de la rechute...

Une dimension communautaire

Pour investir la communauté dans le projet, les voisins sont invités à venir et à utiliser les locaux du Refuge, et des représentants de la société civile viennent à la rencontre des usagers pour animer des groupes mais aussi pour faire connaître leurs plaintes éventuelles vis-à-vis du service. C'est un véritable échange : les usagers ont la possibilité de savoir ce que la communauté pense d'eux et la communauté a la possibilité de rencontrer ces usagers. Un groupe "famille" réunit toute personne volontaire que l'usager considère comme proche. La philosophie est de rompre avec l'isolement et d'inscrire les usagers dans une communauté plus vaste pour étendre le réseau d'entraide. Des travailleurs du milieu pénitentiaire interviennent également auprès des sortants de prison.

Pour Janice Gittens, c'est la direction et le copilotage par

tenarial du projet qui font la différence. On y trouve les équipes d'action drogues, les services sociaux, les services de la santé mentale, les usagers. De nombreuses personnes et services ont été invités à participer, chacun pouvant s'investir et orienter le programme. Des réunions de service hebdomadaires et des réunions opérationnelles mensuelles permettent de faire le lien et d'assurer la transparence des circuits de décision.

Entretien motivationnel, counselling, thérapies cognitivo-comportementales, réduction des risques, modèles d'intervention psychosociale... : pour s'inscrire dans la démarche, toute l'équipe suit un programme de formation très structuré et bénéficie d'une supervision mensuelle. Certaines formations sont ouvertes aux services extérieurs ainsi qu'aux familles pour leur permettre de comprendre le fonctionnement du projet.

La philosophie entière du projet repose sur l'investissement de tous, équipe et usagers, et sur une communication effective et ouverte à tous les niveaux du partenariat.

Chantiers en cours

En conclusion de cette journée, **Olivier Smadja, coordinateur du Cirdd Île-de-France**, revient sur quelques avancées importantes. Le profil des usagers, tout d'abord, tant il est vrai que déterminer qui sont ces consommateurs polytoxicomanes et usagers de crack permet de mieux cibler les services que l'on peut leur proposer. Sur la question de la prise en charge ensuite, les avancées sont réelles. Des protocoles sont en train d'être mis en place en Île-de-France, ils semblent suivre la voie de la rationalisation déjà empruntée par les expériences anglaises, allemandes et martiniquaise. En matière de réduction des risques enfin, les efforts pour asseoir scientifiquement la validité des outils de RdR constituent un véritable progrès pour légitimer cette RdR... et la faire financer.

D'autres chantiers se sont ouverts. La question du territoire tout d'abord. Le plan crack défini comme un dispositif qui concernait le nord-est parisien est débordé, puisqu'on trouve des usagers de crack dans les files actives de structures haut et bas seuil y compris au-delà de la petite couronne, ce qui conduira sans doute à devoir améliorer le partage d'expérience avec l'ensemble des professionnels qui s'intéressent à cette question. Autre point préoccupant : la précocité de certains usages – notamment dans le milieu festif – montre qu'il est urgent de penser des interventions précoces auprès de ce public spécifique qui risque d'entrer très jeune dans une consommation de cocaïne basée.

BÉATRICE DELPECH (CIRDD ÎLE-DE-FRANCE)

Flux tendu à la plus ancienne Écimud de France

REPORTAGE

Intervenir auprès des usagers de drogues hospitalisés : voici le travail des Écimud, équipes évoluant en lien avec les urgences et différents services de l'hôpital. Visite guidée de la première de ces unités, celle de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.

Une Écimud (Équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des malades usagers de drogues)¹ est une unité hospitalière transversale, intervenant auprès de patients usagers de drogues hospitalisés pour des raisons somatiques, en général des motifs autres que l'usage de drogues en soi (maladie, fracture, troubles divers...). Sa tâche principale consiste en des consultations de proximité en liaison avec les urgences et les autres services (d'addictologie par exemple) qui en font la demande.

Ce matin-là, le Dr Yves Edel, psychiatre et responsable de la plus ancienne Écimud de France (il a été créé en 1996), conduit la réunion quotidienne tout en répondant au téléphone et en signant les ordonnances. C'est du flux tendu. Différents services ont fait part des hospitalisations de la veille et de la nuit et sollicité le service. Les cas sont épluchés un par un. Yves Edel et Nicolas Bonnet, pharmacien, font le bilan de la veille, étudient chaque nouvelle fiche et se répartissent les tâches. L'équipe au complet peut compter jusqu'à dix personnes : médecins, assistante sociale, infirmières (dont quelques stagiaires) et internes.

réveille doucement et lui propose une gorgée d'eau. Ses propos confirment qu'il sait parfaitement qu'il est hospitalisé à la "Salpé". À l'évocation des traces de cocaïne, il affirme n'avoir rien consommé. Un piéton lui aurait sauté dessus alors qu'il était "guilleret". Il explique son métier en prenant un air mystérieux : "J'organise les choses, j'observe et j'améliore..." Quand le médecin lui demande : "ça chauffe dans votre tête?", il répond sans hésiter : "Oh oui, ça chauffe !" Le service contacte alors la famille. Coutumier de ce genre d'accès, il sera envoyé en HDT (hospitalisation sous contrainte) en accord avec celle-ci. La cocaïne n'a pas joué de rôle dans sa pathologie, mais sa présence dans le sang a motivé le recours à l'Écimud. Un service non spécialisé aurait eu du mal à faire la part des choses.

De grands yeux doux

Changement de service, direction la cardiologie, au chevet d'une très jolie fille de 23 ans avec de grands yeux doux. Employée dans un "Macdo", elle vit chez sa mère. Hospitalisée depuis dix jours, elle ne réalise pas la gravité de son cas : un dimanche matin, elle fut prise de violents maux de tête et se mit à vomir du sang. Elle avait pris divers produits durant la nuit, dont un stimulant très fort – de la méthamphétamine selon elle. Aucune trace de cette drogue ne sera pourtant détectée à l'analyse². Elle fume quotidiennement 5-6 joints et une quinzaine de cigarettes, prend parfois du LSD, de l'ecstasy, une "petite trace de "ké"³... et consomme aussi de plus en plus souvent de l'héroïne de mauvaise qualité. Elle n'injecte pas, et ne veut pas de traitement de substitution. Le diagnostic est alarmant : inflammation du myocarde et choc cardiogénique. Yves Edel lui explique que son cœur a

¹ Les Écimud sont une particularité de la région parisienne (il en existe 7 à Paris et 5 en proche banlieue). Ils font partie des 200 dispositifs ELSA (Équipes de liaison et d'addictologie), fédérés au sein de l'association ELSA France (Centre médico-psychosocial B, groupe hospitalier Saint-Jacques, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, tél. 04 73 75 21 28).

² Malgré divers articles alarmistes, on n'a à ce jour pas trouvé de cas significatifs de méthamphétamine (crystal, ice) en France.

³ Kétamine : anesthésique très puissant aux effets dissociatifs et hallucinogènes suivant les doses.

Visite au pas de charge

Les deux hommes s'engagent ensuite au pas de course dans les services qui ont sollicité l'Écimud. Aux urgences, un homme est hospitalisé depuis la veille pour une bouffée délirante "aiguë". Rapide briefing par le responsable des urgences : le malade se prend pour Dieu. Il a fallu l'attacher. On a trouvé des traces de cocaïne dans ses urines. Il est jeune, endormi, un peu pâle, et arbore un coquard. Le Dr Edel le



Un savoir-faire issu de la lutte contre le sida

Jusqu'au milieu des années 1990, les hôpitaux étaient souvent démunis face aux problèmes que pouvaient poser les usagers de drogues dépendants. Que faire des personnes gravement malades du sida ou accidentées et dépendantes des opiacés ? La loi interdisait de leur donner des médicaments morphiniques, qui, dans leur cas, étaient considérés comme de la drogue. On s'arrangeait en général pour garder ces malades le moins possible. Souvent, les patients s'échappaient afin de trouver de quoi soulager le manque. Les conséquences sanitaires pour les malades concernés pouvaient être dramatiques, par exemple à la suite d'une opération chirurgicale, sans compter le trouble généré au sein des services. Agités et confus à cause du manque, ils étaient difficiles à soigner et semaient la pagaille. Des services tentaient d'imposer un sevrage radical à des gens incapables de le supporter. À la fin des années 1980, plus de 30 % des injecteurs de drogues étaient contaminés par le VIH. Parfois, des équipes spécialisées dans le traitement du VIH tentaient de rendre le séjour des héroïnomanes moins pénible à l'aide de morphiniques, mais hors du cadre légal. Jusqu'en 1996-97 et l'apparition des trithérapies, le nombre de ces patients n'a cessé d'augmenter dans les hôpitaux pour cause de maladies opportunistes liées au sida. Ces hospitalisations ont changé progressivement la donne. Le savoir-faire acquis et l'avènement des traitements de substitution ont, peu à peu, permis d'élaborer des protocoles de prise en charge efficaces. Avec leur rôle de liaison de proximité, d'approche pluridisciplinaire et mutualisée, les Écimud en sont une des meilleures illustrations.

"*crashé*" et insiste sur la nécessité de surveiller cet organe fortement fragilisé. Nicolas Bonnet reste parler avec elle. Petit à petit, elle se lâche. Désirant à tout prix un enfant, elle a peur que de très fréquentes infections urinaires l'aient rendue stérile. Elle évoque longuement son rapport aux drogues et admet très franchement ne pas se protéger sexuellement. La relation de confiance établie permettra une orientation vers une consultation gynécologique et psychosociale, tout en la confortant dans la nécessité d'un sérieux suivi cardiaque.

Candidoses ophtalmiques

Le malade suivant, un jeune Mauricien, est en ophtalmologie. Il a un bandeau sur l'œil et un

abcès folliculaire au cuir chevelu. À raison de plusieurs injections de buprénorphine par jour, il s'est fait une "poussière"⁴ et a ensuite vu "*comme des points noirs*" devant ses yeux. Le diagnostic est sans appel : candidose ophtalmique ! Le risque de cécité est réel et un énergique traitement antifongique indispensable.

Yves Edel lui explique que son infection est due à un manque de précautions lors de l'injection. Les microchampignons responsables de sa candidose proviennent de sa bouche. Nicolas Bonnet lui rappelle les précautions élémentaires à prendre lors d'une injection. L'autre acquiesce... mais l'équipe sait que sa principale préoccupation concerne sa mesure d'expulsion du territoire. L'assistante sociale de l'Écimud parviendra à bloquer le processus, le temps de le soigner et d'assurer le suivi médical, tout en initiant un traitement méthadone.

Le suivant est un géant blond de 37 ans avec, lui aussi, un gros pansement sur l'œil. Hospitalisé depuis plus d'un mois, il ne se souvient plus comment il a atterri à la Pitié. On lui rappelle qu'il était tellement alcoolisé qu'il a failli faire une crise de *delirium tremens* sur la table d'opération où les chirurgiens essayaient de sauver son œil. Très gros fumeur, alcoolodépendant, consommateur d'opiacés et de benzodiazépines depuis des années, ses mains et avants-bras gonflés d'oedèmes "à la Popeye" ressemblent à des outres à cause des injections de buprénorphine. Comme souvent dans ce cas, il est impossible de trouver une veine pour les perfusions. Seul un cathéter près de la clavicule en permettra l'accès. Le foie est en très mauvais état. Déjà souvent hospitalisé, il sait qu'il revient de loin.

Le personnel s'est plaint de son comportement. Sa compagnie fume une cigarette après l'autre sur le balcon. Yves Edel évoque l'alcool qu'elle aurait rapporté et insiste sur la nécessité de respecter les règles élémentaires. Après d'âpres négociations, le patient admet qu'il a "*un peu déconné*" mais tente d'éluder ses responsabilités et met en cause l'attitude du personnel. Le malade étant patché depuis son admission, on discute du dosage en nicotine qui semble convenir. Le reste du traitement sera à l'avenant. En échange d'une promesse d'arrêter le tabac et de se conformer aux règles, une prescription de morphiniques devrait lui permettre de poursuivre "confortablement" son séjour hospitalier. Il lui est rappelé fermement que l'injection de drogues est à proscrire absolument s'il veut continuer à vivre. À sa sortie, un traitement à la méthadone en médecine de ville devrait lui permettre de résister à l'envie d'injecter la buprénorphine⁵ et à continuer ses trois mois de traitement pour son affection oculaire.

⁴ Choc allergique lié à l'injection se traduisant par une forte et brutale poussée de fièvre et de violents maux de tête. Il s'agit souvent d'une bactérie pouvant être présente sur la peau, les muqueuses... qui passe dans le sang lors d'une injection sans asepsie.

⁵ Une injection de buprénorphine par-dessus la méthadone provoquerait une crise de manque, dissuadant de renouveler l'expérience.

16 ans et une vie de drames et de violences

Nous verrons aussi un jeune Arménien borgne de 16 ans accompagné d'une psychologue et d'une éducatrice de la PJJ (Service de protection judiciaire de la jeunesse). Sa vie est une suite impressionnante de drames et de violences. Arrivé en France depuis quelques années, il injecte des sulfates de morphine puis, plus récemment, de la buprénorphine. Il explique naïvement qu'il a laissé tomber son lycée professionnel et sa famille d'accueil dans laquelle il avait été placé suite à la violence qui régnait dans son propre environnement familial. Il préfère passer ses journées dans le 18^e arrondissement, ce qui présente des opportunités autrement plus intéressantes pour lui. Sa demande est confondante d'ingénuité. Il veut un sevrage mais n'a aucun projet, et semble persuadé qu'il sera "définitivement guéri" en quelques jours. Seuls deux lits de sevrage sont dévolus à l'Écimud. Yves Edel réussit à en libérer un quatre jours plus tard. Le gamin semble déçu. Il pensait être hospitalisé immédiatement. Ce petit délai pourrait servir à mesurer sa motivation. Dans sa situation, d'autres impératifs qu'une simple désintoxication peuvent justifier cette demande. Peut-être a-t-il aussi besoin de se protéger, d'être à l'abri ? Il quittera finalement l'hôpital immédiatement à la fin de sa cure de 7 jours, qui n'aura pas été de tout repos pour le personnel. Quelques problèmes de comportement ont découragé un projet d'hospitalisation plus long, au service de psychiatrie adolescente, pour établir un diagnostic. À chaque fois, l'Écimud aura tenté de calmer le jeu, réussissant au moins à lui faire poursuivre le sevrage jusqu'au bout.

Quelques chiffres

526 patients ont été vus à l'Écimud de la Pitié-Salpêtrière durant l'année 2006, dont 29 % avaient déjà été pris en charge par le service. Il faut y ajouter 260 consultations téléphoniques. Il y a eu 137 sevrages, dont 114 pour le tabac, 12 pour l'alcool, 1 pour la buprénorphine et 10 pour divers produits.

203 interventions concernaient des affections somatiques et problèmes de santé divers, 64 des problèmes psychiatriques, 47 la substitution, 44 des grossesses et 22 des intoxications aiguës. 42 interventions avaient d'autres motifs.

Les produits liés aux cas d'addictions posant le plus de problèmes et traités en priorité ont été l'alcool (156 cas), le tabac (147), les opiacés (61), le cannabis (58), le crack et la cocaïne (20), les médicaments détournés type benzodiazépines (9) et la buprénorphine hors usage thérapeutique (5).

Les clichés ont la vie dure

Ces exemples n'illustrent que très partiellement la lourdeur des cas. Par rapport au début des années 1990, l'amélioration des conditions de prise en charge des usagers de drogues est indéniable, mais certains cas attestent que certains clichés ont la vie dure.

Ainsi une jeune interne raconte comment un malade avait été catalogué "jeune dealer cocaïnomane s'étant brisé les deux jambes en sautant par la fenêtre pour échapper à la police" par un service de l'hôpital, qui invitait l'Écimud à traiter "la cocaïnomanie". La douleur des fractures de ce "dangereux drogué" n'était absolument pas prise en charge, de peur qu'il n'éprouve un "coupable plaisir" ou fasse une overdose. On ne sait jamais ce que les drogués ont pu consommer et, par principe, on doute de ce qu'ils racontent.

En réalité, le jeune homme, doux comme un agneau, qui souffrait de multiples et graves fractures aux deux jambes, avait sauté d'un deuxième étage où on le séquestrait afin de le contraindre à se prostituer. Sa consommation de cocaïne était très occasionnelle. L'Écimud intervint auprès du service et confirma qu'il n'y avait pas de réel problème de drogue. Le jeune, tout de même psychologiquement vulnérable, fut hospitalisé durant trois mois sans faire parler de lui. Pour la petite histoire, un membre du personnel soignant du même service raconta un jour, très convaincu, que les drogués cassaient les thermomètres pour en extraire le mercure afin de se l'injecter...

Ces cas, emblématiques, sont toutefois moins nombreux. Le travail de formation et de sensibilisation de l'Écimud et du département addictions a certainement contribué à faire évoluer les mentalités et à dissiper bien des fantasmes aux sujets des drogués. Dans l'ensemble, l'accueil et le soin des consommateurs de drogues s'est amélioré, notamment grâce aux traitements de substitution. L'accompagnement des soignants et les discussions avec le personnel font réaliser l'impressionnante charge de travail de l'Écimud. On y dénoue d'inextricables situations, et quasiment toujours au pas de course, faute de temps, de personnel... Les chiffres parlent d'eux-mêmes (voir encadré).

Pluridisciplinarités et mutualisation des soins

Statistiquement, la majorité des usagers de drogues hospitalisés sont aussi les plus précaires (et souvent les plus "galères"). Il n'est pas évident pour un non spécialiste de faire la part des choses devant la présence, par exemple, de benzodiazépines, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et/ou d'opiacés dans le sang d'un arrivant renversé par



une voiture et fortement commotionné. Ainsi une majorité des sollicitations proviennent des urgences, des services d'orthopédie, de chirurgie maxillo-faciale (suite à des accidents sur la voie publique), de maladies infectieuses (hépatites, VIH...) mais aussi de la maternité ou du service de stomatologie (à cause de la dégradation de l'état dentaire des usagers précarisés). *"On les a sous la main, donc on en profite pour soigner des affections qu'ils négligent parfois depuis longtemps"*, explique Nicolas Bonnet. Il s'agit en général d'établir un diagnostic précis quant à la consommation réelle de drogues. Ensuite, si la personne est dépendante des opiacés, un traitement de substitution est assuré, parfois initié, ajusté... tout en faisant la liaison avec les services concernés par les autres soins. Pour les fumeurs, on recourt à des patchs ou à un traitement anti-tabac. Face aux comorbidités psychiatriques, assez fréquentes, il convient de trouver une solution adaptée. On sait également le doigté et l'expérience nécessaires pour appréhender les consommations de drogues dans le cas des grossesses, surtout si celles-ci présentent des complications.

Irremplaçables infirmières et assistante sociale

Chaque patient a ses spécificités et les multiples départements de l'hôpital sont mis à contribution. Voilà ce qui échoit souvent à Guylaine Diener, Laurence Deffit et Anne Diakhate, les infirmières. Ces dernières, plus disponibles que les médecins qui ont aussi l'administration et la gestion du service à assurer, sont à même d'approfondir les cas en tissant des liens lors de visites quotidiennes. La qualité des relations nouées alors permet souvent de mieux comprendre les trajectoires, la complexité des

situations et d'évoquer plus en détail les multiples aspects sanitaires tout en dispensant des conseils et en rassurant. Ce sont elles qui, souvent, se chargent de la médiation, de la coordination entre les services afin de mutualiser les soins et d'optimiser la prise en charge. De multiples exemples témoignent comment des confidences recueillies par une infirmière attentive a pu permettre de résoudre quelques "énigmes médicales".

Une partie importante de l'activité de l'Écimud concerne également le suivi social. Il serait contre-productif de "lâcher dans la nature" des personnes qui ont bénéficié de soins onéreux sans s'assurer de leur suite. Un travail formidable est ainsi assuré par Geneviève Sanson, l'assistante sociale, caractérisée par une détermination et un optimisme sans faille. Informer ou négocier avec la famille, trouver un hébergement (le plus difficile), un accueil, ouvrir les droits à la CMU, négocier avec les institutions, les collectivités locales, faire surseoir une demande d'expulsion – au moins le temps de terminer les soins... les besoins sont immenses, les possibilités souvent très limitées.

Il y aurait encore mille choses à dire sur l'activité de cet Écimud, baromètre sans équivalent de la réalité des multiples facettes et conséquences attribuées à l'usage des drogues. C'est un instrument de veille sanitaire irremplaçable. Tout y est condensé, décliné et peut être observé, interprété à l'aune non seulement de la médecine, dont toutes les disciplines sont concernées, mais également de la psychologie, de l'anthropologie... et des statistiques. Tout y est plus intense – parfois plus dramatique – mais aussi plus riche.

JIMMY KEMPFER



Abonnement

Je m'abonne 1 an = 8€ 2 ans = 15€

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

Nom.....Prénom.....

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

Adresse.....

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

Tél.....Fax.....

Le topiramate, une aide à la **modération d'alcool**

NOTE DE LECTURE

Le topiramate, antiépileptique connu aussi pour ses propriétés thymorégulatrices, était déjà signalé comme réducteur de "craving" dans le traitement de la dépendance à la cocaïne (lire Swaps n° 44). Commercialisé en France sous le nom d'Épitomax®, il réduirait le relargage de dopamine au niveau cortico-mésolimbique lors de la prise d'alcool, diminuant ainsi l'effet récompense lors des prises.

L'étude publiée récemment dans le *JAMA*¹ porte sur 371 hommes et femmes alcoolo-dépendants (selon les critères du DSM4). Agés de 18 à 65 ans, ils consommaient au début de l'étude au moins 35 UI/semaine pour les hommes et au moins 28 UI/semaine pour les femmes. Les candidats à l'étude devaient être indemnes d'autre dépendance (hors tabac et caféine) et de pathologie psychiatrique intercurrente. Les patients ne devaient pas non plus consommer d'autres médicaments psychoactifs. Ils avaient tous pour objectif immédiat une diminution ou un arrêt de consommation, avec – à long terme – la perspective d'une possible abstinence.

L'étude a été réalisée en double aveugle sur une période de 14 semaines. Les mesures portaient sur la consommation autodéclarée (journal de bord), les signes cliniques incluant les signes de sevrage, le score de dépression MADRS, l'observance, la mesure d'alcool dans l'air expiré, l'évolution des Gamma GT, des transaminases et de la numération de formule sanguine (NFS), ainsi que le taux sérique de topiramate. Tous les participants bénéficiaient aussi d'un soutien "psychosocial" à type d'interventions brèves, standardisées. Les posologies de topiramate étaient progressivement augmentées toutes les semaines de 25 mg/jour, jusqu'à une posologie maximale de 300 mg/jour en deux prises.

Les résultats sont les suivants : le nombre de jours de fortes consommations diminue dans les deux groupes, mais significativement plus dans le groupe topiramate, et ce dès la quatrième semaine de traitement, soit pour

ramate (moins significativement) ; enfin, les personnes traitées réussissent également de plus longues périodes d'abstinence totale d'alcool.

Ces données sont corrélées sur le plan biologique, avec une diminution des GGT et des enzymes hépatiques plus importante dans le groupe topiramate. Par ailleurs, l'indice de masse corporelle diminuait plus dans le groupe topiramate. Les scores de dépression n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes, et il n'y a pas eu de différence dans les scores de sevrage entre les deux groupes. En revanche, le taux de "rétention" dans l'étude était meilleur chez les patients sous placebo.

Les principaux effets secondaires constatés attribuables au topiramate étaient des paresthésies (51 % *versus* 10 %), une modification du goût (21 % *vs* 5 %), une perte d'appétit (20 % *vs* 7 %), des difficultés de concentration (15 % *vs* 3 %) et prurit (10 % *vs* 1 %). L'adhésion au traitement apparaît meilleure dans une étude préalable dans laquelle l'augmentation de posologie était plus progressive.

Ainsi – dans les limites d'une étude pratiquée avec des volontaires "relativement sains" – la prescription de topiramate apparaît intéressante dans le cadre d'un suivi alcoologique, et ce même sans sevrage préalable. Reste à évaluer une éventuelle typologie de patients meilleurs répondeurs. L'intérêt de posologies plus faibles, mieux tolérées, reste aussi à préciser, ainsi que la durée optimale de traitement.

¹ Johnson BA et al.

"Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial"
JAMA, 2007, 298, 14, 1641-51

une posologie de 150 mg par jour ; le nombre d'unités consommées par journée non sobre diminue également mieux dans le groupe topi-

CATHERINE BROUSSELLE



Les Paradis artificiels
L'imaginaire des drogues
de l'opium à l'ecstasy
Pierre de Taillac
Éd. Hugo Doc, 25 euros



Opium, la fée noire
Art et Histoire d'un rituel perdu
Ferry M. Bertholet et
Cees Hogendoorn
Ed. Fonds Mercator, 50 euros

Les Paradis artificiels restitue, à l'aide d'une riche iconographie souvent inédite, l'évolution du regard de la société française sur les drogues. Bien plus que nombre d'études et autres "expertises", le magnifique panorama proposé par Pierre de Taillac aide, d'une façon particulièrement vivante, à comprendre 150 ans d'histoire des fameux "poisons de l'esprit". Comprendre la relation étrange qu'entretient l'Occident avec les substances psychoactives n'est possible qu'en étudiant cet imaginaire des drogues. Mêlant sensualité et plaisir, souffrance et mort, exotisme et aventures, il renvoie à des clichés et des stéréotypes qui structurent forcément notre façon de penser le "problème" de la drogue. C'est la naissance, la croissance et l'épanouissement de cette illusion menaçante — que Jean Cocteau appelait le "loup-garou de la drogue" — qui sont retracés dans ces pages au moyen des illustrations qui, depuis le milieu du XIX^e siècle, ont forgé les concepts et représentations actuels. Depuis "la noire idole" et autres "poussières d'étoiles" jusqu'aux "bombes psychiques" en pilules en passant par "l'herbe qui fait rire", le sujet a toujours fasciné,

et livres et journaux ont rivalisé de fantaisie pour frapper les esprits. La somme d'affiches, pièces de théâtre, chansons, romans, films, pochettes de disques et bandes dessinées qui ont décliné le thème des drogues constitue un patrimoine d'art populaire d'une richesse généralement insoupçonnée. L'auteur, qui a mis des années à collecter ce fonds iconographique sans équivalent, fait partager son étude avec une jubilation contagieuse. Les contextes et mises en perspectives sont très bien documentés. Le ton est subtil, parfois un rien goguenard, mais ne néglige jamais le contexte historique et sociétal. Il s'agit d'un vrai "beau livre", sans images "trash" ou volontairement choquantes. Et s'il vous reste un peu d'argent après avoir craqué sur ces *Paradis artificiels*, jetez aussi un coup d'œil sur *Opium, la fée noire*, véritable "monument" dédié à "l'art de l'opium", qui présente luxueusement une sélection d'accessoires et de pipes à opium aussi splendides que rares et souvent surprenantes. Grands collectionneurs, les auteurs sauvent de l'oubli un pan de culture pratiquement inconnu. C'est tout le rituel de l'opium, où s'expriment la richesse de l'artisanat chinois ainsi que son incomparable beauté, qui est ici montré. Mais il s'agit aussi d'un ouvrage technique : l'art de fumer y est expliqué avec un luxe de détails : avantages et inconvénients des formes, des matériaux (ivoire, bambou, métaux...) en fonction des usages, effets désirés... De magnifiques gravures chinoises complètent l'ouvrage.

JIMMY KEMPFER



Rapport annuel 2007
État du phénomène
de la drogue en Europe
OEDT, 95 pages

Comme chaque année, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) publie une vaste synthèse de la situation relative aux drogues illicites au niveau européen. Elle fait le point sur les tendances de consommations de substances et dresse un état des lieux des réponses politiques, juridiques, sociales et sanitaires apportées dans les 29 pays européens. Elle souligne les progrès accomplis et les défis à prendre en compte dans la lutte contre le problème de la drogue en Europe. Le rapport 2007 met en évidence :

- une stabilisation de la consommation de cannabis, dont la popularité marquerait des signes de déclin chez les jeunes. L'OEDT relève que dans plusieurs pays une attention particulière se porte sur la part de la consommation régulière et intensive de cannabis, et sur ses conséquences pour la santé publique et la demande de traitement ;
- une nouvelle progression de la consommation de cocaïne, qui concerne 4,5 millions d'Européens, accompagnée d'une augmentation des demandes de traitement liée à ce produit ;
- une évaluation globalement favorable concernant la lutte contre la transmission du VIH parmi les usagers de drogues par injection. L'OEDT souligne cependant la nécessité de maintenir les actions de réduction des risques car 3 500 nouvelles infections ont encore été enregistrées en 2005. Il qualifie l'hépatite C "d'épidémie cachée" de l'Europe et estime à 1 million le nombre d'usagers infectés par le virus de l'hépatite C.
- une interruption de la

tendance à la baisse des décès liés à la drogue observée les années précédentes. En 2005, les surdoses ont été à l'origine de 7 000 à 8 000 décès. L'OEDT souligne l'importance d'identifier les raisons de cette tendance et d'agir pour la réduction des décès liés à la drogue, cause importante de la mortalité évitable chez les jeunes adultes. En marge du rapport, l'OEDT publie — seulement en version anglaise — trois fascicules thématiques : "Drogues et conduite automobile" aborde la question de la conduite après consommation de cannabis et de benzodiazépines, fait le point sur la prévalence de ces substances chez les conducteurs et analyse les réponses politiques, législatives, répressives et préventives apportées selon les pays. "Cocaïne et crack : un problème de santé publique grandissant" s'intéresse à l'augmentation récente de la consommation de cocaïne dans les espaces récréatifs et chez les jeunes, fait le point sur la prévalence de l'usage de cocaïne ou de crack dans certains pays européens, sur l'impact sur la santé publique et aborde les difficultés liées à l'offre de traitement. "La consommation de drogue et les problèmes qui en découlent chez les plus jeunes" porte sur la prévalence de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les moins de 15 ans et sur les réponses apportées à ce public en termes législatif, préventif ou de traitement.



Les usages sociaux des drogues
Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S.
PUF (Le lien social), 2007,
226 pages
Cet ouvrage propose un éclairage sociologique sur les

usages de drogue. Les données statistiques et descriptives issues des enquêtes en population générale sont envisagées au regard des apports, des hypothèses et des concepts de la sociologie (et en particulier de la sociologie de la déviance) afin de proposer des perspectives de compréhension des stratégies, des attitudes et des justifications qui sont à l'œuvre dans l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes et en population générale. Les auteurs montrent combien la question des usages de drogues et ses représentations a évolué au cours des vingt dernières années. Ils mettent en évidence la diversité et le caractère social des pratiques de consommation.

Le premier chapitre, consacré au cannabis, permet de mieux comprendre les dimensions sociales de son usage, la relation avec le mode de vie et la sociabilité, et fait le constat d'une normalisation de l'usage de cannabis. Le deuxième chapitre étudie la relation entre l'alcool et les conduites violentes au travers d'interprétations sociologiques centrées sur les usages sociaux de l'alcool à l'adolescence, et plus particulièrement sur l'analyse des contextes de sociabilité de la consommation intensive d'alcool chez les jeunes. Le dernier chapitre, consacré au tabac, tente d'expliquer la résistance des fumeurs aux messages préventifs et à la hausse des prix en analysant les arguments avec lesquels ces derniers justifient leur consommation.

Cette approche sociologique permet de replacer l'usage de drogue dans son contexte, d'identifier les besoins auxquels il répond, de déterminer le rôle ou la fonction sociale qu'il occupe dans la sociabilité, le rapport avec autrui ou la construction de l'identité. Autant d'éléments qui pourront éclairer la réflexion sur les stratégies et les freins à la prévention.

CLAUDINE VALLAURI

Les "stages de sensibilisation" opérationnels dans six mois ?
Les "stages de sensibilisation", nouvelle sanction établie pour les usagers de drogues illicites et annoncée pour le "*début 2008*" par Étienne Apaire, le président de la Mildt, devraient finalement être mis en place vers le milieu de l'année. Un cahier des charges précisant le cadre de ce dispositif, qui devrait associer un rappel à la loi, une information sur les conséquences de la consommation et une première approche éventuelle du dispositif de soins, pourrait être établi dès janvier.

Une pétition en soutien à Asud
La suppression de la subvention accordée les années précédentes à l'association Asud par la Mildt a empêché l'organisation des États généraux des usagers de drogues et de la substitution (EGUS), qui auraient dû se tenir au mois de décembre. Médecins du monde et un collectif d'associations et de personnalités politiques et associatives porté par Act Up ont écrit chacun une lettre ouverte au nouveau président de la Mildt pour qu'il revienne sur sa décision. Une pétition est ouverte sur le site d'Act Up, sur lequel on peut trouver le texte de la lettre ouverte ainsi que la liste des signataires. On peut aussi lire sur le site d'Asud un compte rendu de la rencontre de l'association avec Étienne Apaire, le 19 octobre. L'association a pris contact avec le secrétariat d'État à la ville pour que les Egus puissent avoir lieu en 2008.

Les ados allemands se détournent du cannabis
Le nombre d'adolescents allemands ayant testé le cannabis a été divisé de moitié sur deux ans, selon le rapport annuel de l'observatoire allemand des drogues. En 2004, 22 % des jeunes âgés de 14 à 17 ans avaient au moins une fois essayé le cannabis ou la marijuana. En 2006, ils n'étaient plus que 13 %. En revanche, la consommation régulière de cannabis chez les jeunes stagne. Le gouvernement explique ces résultats par la baisse de la consommation de tabac, qui déteint par un effet

mécanique sur la consommation de cannabis, et par la multiplication et la qualité des programmes de prévention. L'un d'eux, intitulé "Quit the shit", consiste à aider des jeunes à réduire leur consommation en se faisant aider pendant 50 jours via internet : ils y tiennent un journal quotidien où ils notent leurs impressions, et reçoivent les conseils et le soutien de personnels qualifiés.

L'opium représente plus de la moitié du PIB afghan
L'opium représente l'équivalent de plus de la moitié du produit intérieur brut (PIB) en Afghanistan, a averti l'Office de l'ONU contre la drogue et le crime (ONUDC) dans son rapport final 2007 sur ce pays. En 2007, les exportations afghanes d'opium ont rapporté 1,7 milliard de dollars, celles d'héroïne et de morphine quelque 2,3 milliards de dollars, contre respectivement 1,2 et 1,9 milliard en 2006. Le directeur exécutif de l'ONUDC, Antonio Maria Costa, a insisté sur le fait que le trafic de drogue constitue la source de financement de l'insurrection afghane et a invité les troupes de l'Otan à apporter leur soutien aux militaires afghans dans la lutte contre la production de drogue. La production d'opium a atteint un niveau record en 2007 dans le pays avec 193 000 hectares, contre 165 000 en 2006, selon les chiffres de l'ONUDC.

Le débat sur la légalisation s'amplifie
"*Drogues : légaliser ?*" s'interroge l'édition française de Foreign Policy à la une de son numéro daté septembre-octobre. Partant du constat que l'offre et la consommation augmentent malgré la prohibition et que les 100 milliards de dollars consacrés par an à la guerre à la drogue n'empêchent pas le trafic de prospérer, la revue de géopolitique et d'économie internationale s'interroge sur l'opportunité "*de légaliser le commerce et la consommation de cannabis, de cocaïne ou d'héroïne en affectant les recettes fiscales nouvelles tirées de la vente*

de ces produits à des politiques d'éducation et de santé publique, à l'image des campagnes contre l'alcoolisme ou le tabagisme" dans son dossier. À rapprocher de la une du quotidien *The Independent* du 15 octobre, où s'étale le titre "*Legalise all drugs*", tiré de l'interview d'un des plus hauts responsables de la police britannique, qui demande l'abolition de lois "*immorales*" et la fin de la "guerre contre la drogue".

Pas de dépénalisation du cannabis en Espagne
Les députés espagnols ont rejeté le 20 novembre une résolution demandant la dépénalisation de la possession et de la consommation de petites quantités de cannabis, présentée par la coalition écolo-communiste Izquierda Unida (IU). Une demande similaire avait déjà été rejetée en avril 1999 par les députés. Le "*pire que l'on puisse faire*" aux jeunes "*qui commencent une expérience avec les drogues, pas seulement avec le haschisch, mais aussi avec le tabac et l'alcool, est de les sanctionner et de les traiter comme des délinquants, au lieu de mettre en place des mesures de prévention pour que les personnes soient responsables*", expliquait IU dans la résolution rejetée.

Techno+ lance un concours vidéo
L'association Techno+, qui intervient dans le milieu festif techno depuis 12 ans, lance un concours destiné aux créateurs d'animations visuelles dans le but d'illustrer en vidéo ses flyers d'information sur les pratiques à risques et de pouvoir utiliser ces supports vidéos lors de ses interventions sur le terrain. Les participants doivent s'inscrire sur le site de l'association (www.technoplus.org) avant le 31 janvier 2008.

Brèves ■ ■ ■



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 Strogenko
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



et de la Mission
Interministérielle de Lutte
contre la Drogue et la
Toxicomanie.

Il est naturellement une fois de plus question, dans cette livraison de *Swaps*, de la réduction des risques (RdR). D'ailleurs pourquoi ce singulier si singulier? Le concept qui a fait – oh combien * – ses preuves en matière de risque VIH et d'usage de drogues doit se décliner, en fait, en bien d'autres risques, VHC par exemple, et en bien d'autres pratiques, à commencer par sexuelles. Et en autant d'enjeux, comme l'illustre le récit de notre envoyé spécial à la CLAT **, sise cette année en terre milanaise (lire page 2).

Enjeux d'adaptation d'abord en collant de plus près aux flux et reflux des produits et aux modifications des pratiques. Enjeux d'externalisation aussi en s'appliquant donc au risque (homo ou hétéro) sexuel de transmission du VIH, voire du VHC. Enjeux politiques, enfin, comme en attestent les velléités de la droite populiste helvétique d'abandonner le fantasme d'une société sans drogue pour celui d'une société sans drogués sous prétexte de RdR, à l'image de cette proposition de "substituer" aux salles de consommation des "foyers" où l'usage de drogues serait interdit mais qui seraient en revanche ouverts 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, dans le but à peine caché de retirer les usagers de drogue du regard de leurs concitoyens.

La géostratégie aujourd'hui appliquée à la RdR permet de mesurer le champ politique dans lequel cet outil de santé publique doit désormais se débattre. Coût-efficace et stable sur le plan sanitaire, la RdR est instable politiquement. De Barcelone à Milan en passant par Londres, Berne... ou Paris, la RdR doit trouver son positionnement entre volonté politique et objet de récupération.

GILLES PIALOUX

* Dans les dernières estimations de l'INVS, le groupe de transmission "usagers de drogues" ne représente plus que moins de 2% des nouvelles déclarations d'infection par le VIH.

** Conférence latine sur la réduction des risques