

SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 36 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

Traitements de **substitution** aux opiacés :
les recommandations **à la loupe** / 2

& **Substituer**
punir / 4

Le toxicomane nouveau est arrivé / 5

“ Donner à des héroïnomanes
de l’héroïne peut paraître
invraisemblable ” / 8

Baromètre 2003 des drogues
des produits nombreux et de jeunes usagers / 11

Sterifilt®, **nouvel outil**
pour injections
plus sûres / 13



Adolescents et drogues
Quelle prévention pour quelle efficacité ? / 15

PUBLICATIONS
Les nouveaux usages d'**héroïne** / 17

Contre le tabac,
l'Europe met **le paquet** / 18

Multimédia / 20

Publications / 21

Brèves... / 23

Traitements de **substitution** aux opiacés : les **recommandations** à la loupe

Dans les jours qui suivirent la conférence de consensus des 23 et 24 juin derniers à l'École normale supérieure de Lyon, le jury s'est réuni pour rédiger des recommandations sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette méthode éprouvée par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)¹ a donné naissance à une "bible" de 40 pages. Revue de détail...

Le texte issu de la conférence de consensus² a le mérite de synthétiser un grand nombre de connaissances sur les TSO, d'avancer des réponses, des propositions. Mais il reste approximatif sur certaines questions et il élude étrangement quelques problématiques qui avaient pourtant été soulevées avec force par le public et une poignée d'experts.

Le document est organisé en six parties correspondant aux six grandes questions posées lors de la conférence :

- Quels sont les finalités et les résultats attendus des TSO ?
- Quels sont les résultats obtenus ?
- Quelles sont les indications ?
- Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des TSO ?
- Quand et comment les modalités d'un TSO doivent-elles être adaptées en pratique ?
- Comment promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un TSO ?

Un bilan positif de la substitution

La première partie expose les finalités et les résultats attendus des TSO du point de vue de la société, des personnes dépendantes aux opiacés et des professionnels de la santé et intervenants en addictologie. Ceux-ci ne concordant pas forcément, il est rappelé la nécessité de les élaborer ensemble dans le cadre d'un projet individualisé de soins et de la construction d'une alliance thérapeutique. Sans quoi les TSO sont improductifs.

palette de soins médicaux et psychologiques, et de faire le cas échéant le bilan de ses problèmes sociaux. Le TSO est un "passeport pour les soins".

Vient ensuite un bilan des résultats obtenus par les TSO, globalement positif : *"La politique de traitement de la dépendance aux opiacés est indéniablement un succès dont l'efficacité sanitaire et économique est démontrée. En 7 ans (1996-2003), on peut estimer que près de 3 500 vies ont été sauvées. En termes économiques, ce sont 595 millions d'euros, soit à un peu plus du quart (26,75 %) du coût social de la consommation de drogues, qui ont été épargnés"*³.

Cinq grandes limites sont cependant soulignées : l'hétérogénéité et l'inégalité du dispositif, des mauvaises utilisations des traitements (injection de BHD⁴, décès, primo-dépendance aux médicaments de substitution, marché parallèle), le maintien ou le renforcement de consommations parallèles, la prévalence de l'hépatite C et l'insatisfaction des patients quant à la persistance de la stigmatisation et la prise en compte de leur souffrance psychologique.

Guide pratique

Les trois parties suivantes s'intéressent à la mise en œuvre concrète des TSO : caractéristiques de la méthadone et de la BHD, indications, contre-indications, interactions possibles avec d'autres traitements ou substances, précautions d'emploi, posologies, modalités de prescription et de délivrance, etc. Les TSO doivent être constamment réévalués, à toutes les étapes de la prise en charge, pour d'éventuelles adaptations.

Malgré une foule de renseignements opérationnels, ce texte ne constitue pas pour autant un guide exhaustif pour les professionnels de la santé.

Qu'en est-il des 2 500 "marginiaux" substitués aux sulfates de morphine, signalés lors de la conférence mais

¹ "Les conférences de consensus reposent sur une analyse bibliographique et une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des dernières connaissances acquises au terme de laquelle un jury multidisciplinaire et multiprofessionnel arrête les points d'accord et de divergence de la communauté scientifique."

² Une version courte de ce texte est disponible sur le site www.anaes.fr

³ Pour plus de détails, lire l'article "Substitution aux opiacés en France : état des lieux" dans *Swaps* n°35

⁴ Buprénorphine haut dosage, vendue sous l'appellation Subutex®

Les auteurs ajoutent que le TSO est un excellent moyen pour (r)établir du lien : *"la demande d'un médicament de substitution aux opiacés est l'occasion d'offrir au patient toute une*

totallement ignorés par ce document ? Si ces traitements sont efficaces pour quelques milliers d'individus, ne peuvent-ils pas constituer une alternative pour d'autres chez qui les TSO officiels sont inopérants ? Quelle réaction avoir face à une personne qui demande ce type de prescription ?

De plus, les critères permettant de trancher entre méthadone et BHD pour un patient laissent une impression de flou en dehors de quelques circonstances précises : par exemple, la BHD est préférable en cas de prise de certains inducteurs enzymatiques ou médicaments anti-VIH car leur interaction avec la méthadone peut favoriser de véritables états de manque. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que *“le choix thérapeutique est plus contraint par le cadre réglementaire que par un choix médical”*.

Quelques imprécisions viennent également ternir ces recommandations. Ainsi, au sujet de la méthadone, il est simplement indiqué qu'elle doit faire l'objet d'une *“prise quotidienne unique”*. Or, d'après l'intervention du pharmacien Patrick Beauverie, sa demi-vie d'élimination est d'une grande variabilité inter- et intra-individuelle, allant de 9 heures à 47 heures ! Si la prise quotidienne est globalement justifiée (pour la plupart des sujets la demi-vie est de 25 heures), cette variabilité peut entraîner un manque ou un surdosage qu'un suivi régulier permet de déceler, à condition de le savoir...

Améliorer le dispositif

Un des buts d'une conférence de consensus est de dégager des suggestions pour améliorer les pratiques et le dispositif en cours. Les présentes recommandations plaident pour une homogénéisation du cadre réglementaire de la méthadone et de la BHD (primo-prescription en ville, conditions de prescription et de délivrance s'alignant sur celles de la BHD), pour une diversification des dosages de méthadone et des galéniques de la BHD (proposer de la BHD non injectable et une galénique injectable pour ceux qui n'arrivent pas à abandonner cette pratique). Les auteurs défendent également la continuité des soins lors des déplacements, en cas de changement de médecin, pendant et après une incarcération, et le développement de dispositifs bas seuil, plus souples, pour *“aller au devant des publics précarisés”* avec *“comme unique critère d'inclusion dans ces structures la dépendance avérée aux opiacés”*.

Le texte met en avant quatre éléments pour la promotion de la qualité des pratiques professionnelles. En premier lieu la formation, en précisant que les professionnels *“doivent être incités et aidés”* à y participer. Puis la recherche, qui doit permettre de mieux connaître les trajectoires des usagers substitués et l'incidence positive et

négative des TSO, en particulier chez les “intermittents” de la substitution. Troisième pilier, l'évaluation. À ce propos, l'Anaes s'engage à élaborer un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles des TSO. Enfin une communication adaptée à destination des professionnels, des usagers et du grand public, notamment pour *“faire évoluer l'image des personnes dépendantes”*.

Reste que de telles recommandations, si incontestables soient-elles, se confronteront aux investissements publics et risquent de rester de simples bouteilles à la mer.

Question de vocabulaire

Les débats tenus lors de la conférence avaient révélé l'ambiguïté et la polysémie de mots pourtant usités par tous. Ce texte propose de les clarifier.

Dans le préambule, une distinction est opérée entre TSO et “médicaments de substitution” (MSO) : *“Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens”*.

En annexe un glossaire explicite les termes drogues, usage, mésusage, abus, usage à risque, usage nocif, toxicomanie, dépendance, pharmacodépendance, addiction, pratiques addictives, etc.

Les auteurs notent la double acception des mots sevrage et abstinence, se rapportant dans un *“sens actuel”* uniquement aux opiacés illicites, ou dans un *“sens traditionnel”*, à toute prise d'opiacé, y compris les MSO. Ce glissement sémantique dénote peut-être un glissement de l'objectif assigné aux TSO (et de l'idéologie qui l'entoure) par les professionnels de santé et les pouvoirs publics. À l'origine, dans l'esprit de la majorité de ces personnes, la finalité des TSO était de parvenir à terme à l'arrêt complet de toute prise d'opiacé, illicite ou non. La prise de MSO n'était qu'un objectif intermédiaire, à court terme. Quelques années et doses de pragmatisme plus tard, nombreux sont ceux qui admettent que l'arrêt de tout opiacé n'est pas nécessairement un but, que la prise de MSO peut durer toute la vie sans que ce soit un échec. Cette évolution des concepts est donc révélatrice de la place accordée aux traitements de substitution.

Enfin, il est regrettable qu'une notion si fondamentale que celle de substitution, amenant une distinction *“substitution vraie”* / *“substitution thérapeutique”*, soit ainsi reléguée en annexe. Cette notion sous-tendant la question de savoir s'il faut proposer des traitements ayant un effet renforçant, c'est la problématique du plaisir qui est une fois de plus refoulée.

LYDIE DESPLANQUES

& Substituer punir

La santé publique, le contexte électoral et la peur de la drogue sont les trois composantes de notre système de prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO), mis à l'honneur à Lyon, ces 23 et 24 juin 2004 (voir pages 2 et 3). Pris dans l'engrenage de ces trois impératifs, parfois contradictoires, les usagers doivent faire l'apprentissage du consensus tout en continuant de pratiquer ce qu'ils connaissent le mieux: la négociation sous la contrainte.

Le 5 juin 2004, Act up-Paris et Asud (Auto support des usagers de drogues) ont organisé les premiers États généraux des usagers de la substitution (EGUS). Nous avons des craintes concernant une possible restriction du cadre de prescription. Le climat néo-poujadiste des campagnes de presse assimilant la revente de Subutex® à la treizième plaie d'Égypte nous rappelle que, en matière de drogues, la logique, les statistiques et les arguments rationnels ne suffisent pas toujours. Pendant trente ans, la "lutte contre la toxicomanie" s'est abritée derrière la morale et la politique pour échapper à toute évaluation rationnelle de ses résultats. Hormis les arrestations et les saisies, la recherche "des vraies raisons de se droguer" a exclu des compétences de l'État toute comptabilité un peu serrée des performances du système de prise en charge.

Une dose de bon sens

En fait, nous avons tort de nous inquiéter. La politique de réduction des risques (RDR) a réalisé une mutation dans les catégories mentales à l'œuvre en matière de drogues. On a instillé une dose de santé publique dans le "fléau de la drogue", abandonnant au passage la fantasmagorie, pour entrer de plain-pied dans le monde des réalités matérielles. Or, toute analyse rationnelle, si elle est menée honnêtement, débouche nécessairement sur des conclusions de bon sens. La RDR, à la différence de la lutte contre la drogue, repose sur les principes de la raison, du pragmatisme et de l'efficacité.

Dès lors, les jeux sont faits. Si vous réunissez des personnalités de bonne foi pour analyser froidement les TSO, en se basant sur la littérature et l'expérience de dix ans de pratique, vous ne pouvez déboucher que sur des conclusions encourageantes. Plus d'obscures références au "pourquoi", mais une analyse claire du "comment".

Qu'est-ce que vous prenez? Depuis quand? Êtes-vous mieux en prenant telle ou telle molécule? Tout cela est quantifiable, laisse des traces écrites. Enfin, par dessus tout, le débat sur l'efficacité des TSO est clos par les statistiques: nombre d'overdoses, nombre de transmission du VIH, etc. Bref on réintègre un domaine fiable où patients et prescripteurs peuvent amorcer un dialogue étouffé par trente années de contraintes.

Ce modèle français a donc été parfaitement bien analysé par la conférence de consensus, dont le jury devait répondre à la question générique: "quelle place pour les traitements de substitution?"

Les réponses peuvent être résumées par quatre propositions:

- primo prescription de la méthadone en médecine de ville;
 - recherche d'une formule injectable;
 - expérimentation avec d'autres molécules opiacées (héroïne);
 - encouragement à l'éducation à la santé des usagers, à la concertation et au dialogue avec les prescripteurs.
- Bref, des mesures réclamées par Asud depuis dix ans, mais n'ayant jamais reçu l'*imprimatur* des officiels. Du reste, l'analyse des experts de la conférence rejoint celle des usagers des EGUS. Le système français est performant, caractérisé par un déséquilibre qui favorise la délivrance de buprénorphine au détriment de la méthadone. Il souffre d'un déficit d'image, tant chez les professionnels, que chez les usagers dans le cas de la méthadone, le tout dans une indifférence, voire un certain désintérêt de la part du grand public.

Substitution, l'exception médicale?

Reste la question de fond: ces traitements en sont-ils vraiment? Là réside le véritable hiatus entre les conclusions de la conférence et celles des EGUS. Là où les pro-

fessionnels réclament l'alignement sur le droit commun de ces médicaments qui soignent la drogue, les usagers insistent au contraire, dans leurs 12 travaux d'EGUS, sur le caractère d'exception revêtu par la substitution :

- codécision, voire primauté de la parole du patient, en matière de molécule et de dosage ;
- prise en compte de la question du plaisir, question-clé qui maintient le lien entre les TSO et les drogues illicites du marché noir.

Prévoyant toutes les difficultés qu'il y a à parler d'autre chose que de médecine avec les médecins, nous avons centré nos débats sur cette approche de la substitution au travers des effets, et du plaisir que l'on éprouve à

consommer des substances opiacées. Là réside le tabou majeur de ce dossier, bien à l'abri des dispositions légales qui interdisent toute présentation sous un jour favorable de l'usage de stupéfiants. Aucun écho, hormis l'intérêt que lui porte la seule sociologue du jury de la conférence, pour laquelle (de mémoire) : *"cette question est centrale et s'accompagne nécessairement d'un corollaire: doit-on considérer les usagers de drogues comme des malades?"* Ils ne sont plus des délinquants, ils ne seraient plus des malades, mais alors qui sont-ils donc ?

FABRICE OLIVET

directeur de l'association Asud

Le toxicomane nouveau est arrivé

La conférence de consensus sur les traitements de substitution n'a pas fait l'unanimité! Pour George-Henri Melenotte, psychiatre et auteur de Substances de l'imaginaire, cette réunion a marqué un retour en arrière dans l'approche des addictions. Il nous livre ses réflexions sans concession...

Les mercredi 23 et jeudi 24 juin à Lyon, a eu lieu, dans les locaux de l'École normale supérieure, la conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacés. L'événement est digne d'être noté: la page du sida, qui était venue intempestivement troubler tout un édifice nosologique laborieusement construit depuis plus d'un siècle, a été tournée. Les choses ont repris leur cours "normal", enfin! Les praticiens des substances sont de nouveau des malades chroniques... On peut saluer ce digne retour des choses avec la tristesse que suscite la plongée dans un passé lointain, celui qui précéda le moment de lucidité dans la médecine provoqué par l'irruption du sida.

Un grand bond... en arrière!

Que s'est-il donc passé au cours de ces deux journées? Peu de choses, pour peu que l'on comptabilise les interventions réellement innovantes, au point que certains se sont étonnés que tant d'expertise ait été sollicitée pour ne répéter au bout du compte que ce que beaucoup savaient déjà. Beaucoup, si l'on prend acte du retour de la pratique des substances dans le giron médical traditionnel. Après quelques précautions d'usage, le concept de toxico-

manie renaquit de ses cendres. L'affaire fut pliée bien vite sans que l'on s'émeuve particulièrement d'une remarque qui soulignait le retour du concept fossile. On donna la parole à quelques éminents psychopharmacologues et l'on se réfugia sous leur autorité qui n'en demandait pas tant pour porter la chose exhumée sur les fonds baptismaux comme s'il s'agissait d'un nouveau-né.

Non, non, cher Zafirooulos, le toxicomane existe. Vous ne le saviez pas, vous auriez dû être là pour l'apprendre. Ce qui a disparu, c'est le sida. La page est tournée. L'hépatite C ne faisant plus le poids, la maladie du risque a laissé la place à un fantôme réincarné. L'usage de drogue était "pathologisé", de nouveau, par ceux-là mêmes, ils étaient là, fort nombreux, qui avaient tenté quelques années auparavant de lui donner ses lettres de noblesse. On ne parla même plus d'addiction. Le toxicomane était né, de nouveau. Nous étions en pleine réaction.

La toxicomanie, maladie chronique incurable...

Cette régression prit, au cours de ces belles journées, trois formes. La première prit appui sur la définition du traitement de substitution par Dole et Nyswander, telle



qu'elle fut rappelée par Jean-Pierre Daulouède. Utile rappel mais par lui-même déjà fort daté puisque remontant à une quarantaine d'années. Cette définition repose sur l'effet produit sur le manque physique ou psychique qu'il prévient, l'évitement du *craving*, et la saturation des récepteurs opioïdes. Autrement dit, le traitement n'agit pas par un changement d'état mais à l'inverse en l'empêchant. Il n'a donc pas tant pour effet la guérison de la morbidité que sa mise sous le boisseau, son maintien dans un état asymptomatique. Il ne soigne pas la maladie mais prévient ses désagréments, supposant par-là qu'il n'y a rien d'autre à faire contre elle.

S'il n'y a rien d'autre à faire contre cette maladie, cela suppose son incurabilité. On voit bien ici les présupposés d'une telle définition : la toxicomanie ou l'addiction, est une maladie chronique incurable, aménageable toutefois. Elle est un destin. Elle puise ses racines dans des facteurs durables et inattaquables, donc héréditaires. Dès lors, plus rien n'interdit de penser que les compléments apportés à la substitution, le "soutien" psychologique et social ne sont que les formes actualisées du traitement moral en attendant les thérapies géniques.

Un fossé de la prescription au traitement

La deuxième forme de la régression porta sur la prescription du médicament de substitution. Tout le monde convint du fait que le traitement étant... un traitement, l'usage du médicament importait moins que le médicament lui-même. Après tout, nous avons la maladie, son médicament, la définition du traitement, sa posologie, ses indications et ses grilles d'évaluation, ses contre-indications, ses précautions d'emploi, ses interactions, l'évaluation de ses résultats. Qui pouvait après cela nier que le médecin n'avait plus qu'à prendre place et officier ?

Le hic, sérieux, dans ce bel agencement, tient à ce qu'il y a un pas de la prescription à la prise effective du traitement. Ce pas qui prend quelquefois la tournure d'un fossé abyssal ne fut souligné par personne. Que se passe-t-il pourtant lorsque le malade s'avère récalcitrant au traitement ? Qu'il empoche les flacons de la précieuse méthadone pour les revendre et se faire quelque argent ? Qu'il ne vient plus régulièrement prendre son médicament ? La chose serait-elle anecdotique au point qu'il ne soit pas utile de la mentionner ? Rien n'est moins sûr. Il ne suffit pas de se laver les mains sur les mésusages en se défaussant sur l'indocilité de ces malades, leur peu de foi, l'information insuffisante qui leur a été donnée, voire sur une réaction thérapeutique négative. Il serait plus sérieux de voir dans tous ces manquements à la disci-

pline due au médecin le refus de la personne d'adopter le statut de malade. Et s'il avait raison ? Et si effectivement ce n'était pas une maladie ? Comme on ne l'entendit pas se prononcer ce jour-là, le consensus, en ces journées de juin, à l'École normale supérieure de Lyon, se fit pour que cette question ne se pose pas. Le montage de la maladie fut une réussite, les malades étaient dociles, et surtout silencieux. Toute prescription ne pouvait qu'être ardemment demandée par les nouveaux ex-toxicomanes. On décréta que l'usager de drogues reconnaissait implicitement sa maladie. Nouvelle régression : nous étions en 2004 et pourtant nous revenions au moment décisif où, après l'apparition pour la première fois de ce terme, en 1885, sous la plume de Regnard, paru dans la *Revue scientifique*, dirigée par Charles Richet, la médecine inventait la "toxicomanie", maladie qui, comme le souligne Patrick Pinell, ne fut jamais que le fruit d'une construction sociale.

Sans contact, rien n'est possible

La troisième forme, enfin, concerne la scotomisation de l'exigence du contact. Vous aurez beau instaurer les meilleurs traitements qui soient, solliciter les meilleurs experts, les résultats obtenus resteront fragiles. La difficulté majeure rencontrée dans ce domaine, fort peu étudié au demeurant, est celle de l'instauration du contact. L'exigence qui est ici prônée est celle d'un contact sans *a priori* diagnostique ni moral avec le praticien de la substance. Dès lors, plutôt que de poser la méthadone comme médicament *en soi*, ce qui ne présente qu'un intérêt limité, il apparaît bien plus judicieux de lui reconnaître la fonction d'outil de contact. Car sans contact, rien n'est possible, *a fortiori* un traitement. Pourquoi ne pas penser tout traitement comme la suite d'un contact plutôt que comme une entité propre ?

Ainsi la page du sida s'est-elle tournée sur la renaissance de la toxicomanie. Cette dernière fut couronnée par tout l'appareil que toute maladie se doit de présenter. Nous y avons repéré les termes d'une triple régression redonnant vie à la théorie constitutionnelle, à une maladie inventée il y a près de deux siècles, fonctionnant de nouveau comme artefact social, et pérennisant l'oubli du contact qui reste le préalable indispensable à toute démarche dans ce domaine. Oui décidément, tout le monde semblait d'accord pour tourner cette page du sida qui avait pourtant servi à lever deux des formes contemporaines les plus cruelles de la stigmatisation sociale : l'homosexualité et la toxicomanie.

GEORGE-HENRI MELENOTTE est l'auteur de *Substances de l'imaginaire*, paru aux éditions EPEL, en mai 2004.

AUG 11 1998

hépatite

C

2001

vivre

JAN 12

NOV 26

DUE

MAR 31

APRIL 21

JANUARY 1998

OCT 06

JUL 1?

FEB 26 2001

NOV

20

NO

OCT 16

TE

SEP

plan in back

plan in

plan



“ Donner à des héroïnomanes de l’héroïne peut paraître invraisemblable ”

Comment va la France en matière d’addiction ? Et que fait le gouvernement ? Interrogé par Swaps, Didier Jayle, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (Mildt), fait le point sur les tendances et révèle les grands axes du dispositif 2005 sur le cannabis.*

* Didier Jayle est fondateur de la revue Swaps et a été directeur de la publication jusqu’en 2002.

Swaps: Quelles sont les tendances actuelles de consommation chez les jeunes ?

Didier Jayle : Le fait le plus marquant des dix dernières années est l’explosion de la consommation de cannabis qui a doublé chez les 16-24 ans. Par ailleurs et de façon encore plus importante, la consommation des usagers réguliers (dix fois par mois ou plus) a triplé. Ces grands consommateurs sont deux fois plus souvent des garçons que des filles. Aujourd’hui, à 17 ans, un garçon sur cinq consomme du cannabis de manière répétée dans l’année. Dans la tranche d’âge des adolescents/jeunes adultes, la consommation est comparable à celle de l’alcool !

C’est d’ailleurs le deuxième point important : la consommation d’alcool chez les jeunes a tendance à augmenter, encore une fois de manière beaucoup plus rapide chez les garçons. La troisième constatation concerne le tabac pour lequel la parité est plus que dépassée car les filles fument plus aujourd’hui. Les jeunes ont un niveau de consommation beaucoup plus important que celui de la population générale. Le fait nouveau est que depuis 2003, la consommation de tabac baisse tant en matière de consommation régulière que pour l’expérimentation pour les garçons comme pour les filles. On peut y voir un effet direct de la politique du gouvernement, notamment avec la hausse historique des taxes sur le tabac (50 % en un an).

En dehors de la triade alcool-tabac-cannabis, que devient la consommation des drogues “dures” ?

Je mettrais en premier lieu une drogue de synthèse, l’ecstasy, consommée dans des cadres “festifs”. Ce produit principalement fabriqué aux Pays-Bas ne semble plus être autant en vogue qu’il y a quatre ou cinq ans. Néanmoins l’accessibilité de cette drogue reste importante et il faut rester très vigilant. Il est nécessaire d’informer précisément sur les dangers liés à la neurotoxicité de certains composants surtout quand l’usage est répété et que la drogue est associée à d’autres substances : alcool, cocaïne, etc.

Les autres hallucinogènes restent consommés par une très petite frange de la population. Il existe cependant une augmentation de la consommation des champignons hallucinogènes liée à une mode facilitée par la possibilité d’acheter ces produits sur Internet.

Le recours à l’héroïne reste très marginal. Sa consommation a fortement baissé même si l’on constate une très légère augmentation chez les sujets jeunes qui ont tendance à la fumer. Cependant, on peut craindre des retombées de l’explosion de sa production en Afghanistan, notre principal fournisseur.

Pour la cocaïne, la consommation s’est profondément modifiée. Autrefois réservée à une élite sociale car très

chère, elle s'est malheureusement démocratisée et touche certains jeunes des banlieues. Le crack reste pour l'instant encore circonscrit aux départements français d'Amérique, au nord-est parisien, aux quartiers nord de Marseille. Cette drogue a des conséquences sociales et de sécurité publique particulièrement dramatiques. Contrairement à la cocaïne, le crack a une mauvaise image car il est à l'origine de conduites violentes et de dégradations de l'individu. L'Europe mène une guerre contre les narcotrafiquants Sud-Américains pour freiner l'arrivée de la cocaïne. Les résultats sont assez encourageants si l'on se fie à l'un des critères d'efficacité de cette lutte qui est le prix des stupéfiants : il reste très élevé.

Au-delà de ces tendances, c'est le phénomène de poly-consommation qui est aujourd'hui très problématique. Car l'association des produits additionne leurs effets négatifs et les majore. Il faut insister sur la potentialisation des différentes substances avec l'alcool qui est un dénominateur commun.

Vous avez préparé un plan d'attaque pour contrer la consommation de cannabis. De quoi s'agit-il ?

C'est un programme global de grande envergure centré sur la prévention. Il sera lancé dès février 2005 à travers l'ensemble des médias. Pour la première fois, l'État va prendre la parole pour informer des dangers liés à la consommation régulière de cannabis. L'objectif est de sensibiliser les Français à ce problème et de renforcer le travail des acteurs de sa prise en charge, médecins, associations, etc. La campagne va renvoyer sur un numéro de téléphone dédié au cannabis de Drogue Info Service. Une autre partie du projet consiste à mettre en place, dans chaque département, au moins une consultation gratuite garantissant l'anonymat pour les personnes qui ont des problèmes avec le cannabis : les consommateurs eux-mêmes ou leurs parents. Des brochures d'information pour les jeunes et les parents ainsi qu'un guide à l'arrêt pour ceux qui désirent se sevrer font aussi partie du programme.

Une consultation pour les fumeurs de haschich, n'est-ce pas un peu utopique ?

Certaines personnes disaient la même chose quand on a ouvert les centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH alors que ces consultations sont aujourd'hui un vrai succès. Dans la mesure où 450 000 personnes consomment quotidiennement du cannabis dont au moins 15 % sont dépendants, on ne peut pas imaginer ne pas prendre de mesure face à ce problème. Un nombre croissant de jeunes consomment du cannabis tous les jours avant d'aller au lycée voire au collège (car la consommation

touche les adolescents de plus en plus tôt). Certes, des professionnels travaillent déjà sur cette addiction mais on manque d'un réseau visible et organisé. La consultation pourra servir à dédramatiser ou à proposer des thérapies brèves qui donnent de bons résultats avec le cannabis. C'est une réponse de première ligne. Pour les jeunes consommateurs qui ont des problèmes psychologiques graves, une prise en charge psychologique s'impose. Les consultations dédiées au cannabis s'articuleront avec un réseau de psychiatres. Il ne faut pas oublier que le cannabis peut être le symptôme d'un mal-être. Mais il peut aussi déclencher des épisodes psychotiques ou venir bouleverser un équilibre familial déjà fragile.

N'allez-vous pas stigmatiser les jeunes fumeurs de haschich ?

Ce ne sont pas les consommateurs que l'on stigmatise, mais le produit ! Pourquoi voulez-vous qu'on lutte contre la consommation de tabac et que l'on sanctifie celle du cannabis ? Ce produit est aussi cancérigène que le tabac et plus toxique pour l'arbre respiratoire. Vous voudriez que l'on concentre l'énergie sur le tabac en laissant se développer le mythe du cannabis sans danger, naturel et bio ?

La résine de cannabis est trafiquée, sa culture fait appel à des techniques de plus en plus modernes y compris aux OGM et les risques de cancers, de schizophrénie, de délire liés à son usage méritent que l'on communique clairement sur cette drogue. De plus, les cannabis cultivés à partir de produits sélectionnés ont des taux en THC jamais vus, de 15 % à 25 % alors qu'avant on n'atteignait pas 5 %. Les Hollandais face à ce problème ont fermé la moitié des coffee-shops. Ils se posent même la question de revoir leur arsenal juridique devant l'arrivée de ces produits extrêmement concentrés qui peuvent faire considérer le haschich comme une drogue dure.

Comment expliquer le retard français en matière de prescription médicalisée d'héroïne ?

En France l'héroïne, "c'est le diable". Toute la politique de réduction des risques par la substitution a été très difficile à mettre en place car il y avait beaucoup de réticence à la prescription des opiacés pour traiter des héroïnomanes. Devant l'urgence du sida, elle a pourtant été acceptée et ce fut un succès en termes de limitation de l'épidémie de VIH, de baisse des overdoses et *a minima*, de baisse de l'hépatite C. Cependant, donner à des héroïnomanes de l'héroïne peut paraître invraisemblable. On se heurte à un obstacle psychologique et éthique. Il est hors de question de prescrire de l'héroïne à tous ceux qui en feraient la demande. En réalité, la prescription médicali-



sée d'héroïne concernerait un nombre restreint de personnes qui ont des années de toxicomanie intraveineuse derrière elles, pour lesquelles tout a été tenté (méthadone, buprénorphine) et qui restent accrochées à l'héroïne. Elles se l'injectent dans de mauvaises conditions et sont souvent contaminées (VHC, VIH). L'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas ont développé des programmes d'injections médicalisées d'héroïne qui sont acceptés. Je pense qu'il faut continuer la réflexion malgré les obstacles psychologiques, politiques et financiers car ces programmes coûtent très cher: la drogue doit être consommée sur place, trois fois par jour, sept jours sur sept. Cela impose des équipes compétentes et très nombreuses, des lieux sécurisés, des liens avec les services de police prêts à intervenir à n'importe quel moment.

Que dire de la situation des consommateurs les plus marginalisés comme les consommateurs de crack dans les squats? Ne faudrait-il pas autoriser des salles d'injection ou de fumette?

Des expériences sont faites notamment en Allemagne et dans certains pays nordiques dans un objectif de sécurité publique et de gestion de l'ordre social. Ces pays ont choisi d'encadrer les injections au moyen de lieux spécifiques, ce qui permet de réduire la présence des toxicomanes dans les parcs publics ou les cages d'escaliers. La France refuse ce choix qui, d'une certaine manière, peut apparaître comme une façon de cautionner la consommation de drogues. Ouvrir des salles de consommation de produits illicites, non prescrits par un médecin, engendre un problème de responsabilité. Les salles d'injection sont absolument condamnées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS).

En matière de populations marginalisées, il y a eu récemment un problème important avec une population très désocialisée de crackeurs dans le nord-est parisien. L'existence d'une zone de non-droit, de violence et de prostitution a abouti à la fermeture de leur lieu de vie. Certains squatters ont été relogés mais d'autres pas. Il est très difficile de trouver un lieu pour ces personnes car les hôpitaux ne sont pas préparés à accueillir ce type de drogués en manque, les structures d'accueil des SDF n'en veulent pas, chaque terrain proposé par une municipalité

Avez-vous d'autres campagnes de sensibilisation aux stupéfiants en vue?

Nous lancerons d'autres campagnes en 2005 et 2006 qui s'articuleront sur la sécurité routière. Nous attendons pour cela les résultats de l'étude Sam¹ qui porte sur 10 000 accidents routiers mortels et qui doit quantifier le surrisque d'accident lié à la consommation de cannabis. On devrait aussi savoir quel est le poids des associations de produits, du cocktail alcool (désinhibiteur) et cannabis (baisse de vigilance) notamment. Il ne fait pas de doute que la conduite sous cannabis majore le risque d'accident. Des tests de dépistage salivaire de cannabis sont en cours d'évaluation par des laboratoires compétents et l'Afssaps. On dispose de tests assez prometteurs même s'ils donnent un peu trop de faux négatifs. À la différence du test urinaire qui détecte des dérivés du THC jusqu'à trois semaines après sa consommation, les tests salivaires témoignent d'une consommation récente. Cependant, un dépistage positif doit être confirmé par un dosage sanguin, cela reste encore une démarche lourde. On doit continuer les efforts car plus de la moitié des jeunes meurent à cause de produits psychotropes, principalement l'alcool.

Nous envisageons également des actions de sensibilisation sur l'économie souterraine liée au cannabis. D'après la dernière étude Escapad², on estime qu'un consommateur quotidien dépense 130 euros par mois, un consommateur régulier 80 euros. Ces sommes multipliées par le nombre d'utilisateurs deviennent considérables. Cet argent est utilisé par des organisations mafieuses liées à la grande criminalité voire au terrorisme. Notre mission est aussi de sensibiliser les jeunes qui ne veulent pas être manipulés.

PROPOS RECUEILLIS PAR CATHERINE DESMOULINS

¹ Le projet Sam (Stupéfiants et accidents mortels) a pour but d'évaluer la prise de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans des accidents mortels de la circulation routière.

² L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense) de l'OFDT évalue les consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 17/18 ans lors de l'Appel de préparation à la défense.

soulève une opposition. Des salles destinées à fumer du crack ne seraient pas une solution car des expériences préalables ont montré que cela ne fonctionnait pas. Il faut trouver des solutions à long terme. La Mildt a débuté une réflexion avec l'ensemble des associations et des élus locaux pour trouver des solutions individuelles.

Baromètre 2003 des drogues

des produits nombreux et de jeunes usagers

ACTUALITÉS

Le rapport Trend 2003 sur les nouvelles tendances en matière de consommation de drogues vient d'être dévoilé. Usagers de plus en plus jeunes, injections en baisse, ecstasy en hausse, buprénorphine largement prescrite... Un panorama des pratiques et des produits extrêmement détaillé.



Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003
Bello P.-Y., Toujik A., Gandilhon M., Giraudon I.
Cinquième rapport national du dispositif Trend.
Saint-Denis, OFDT, 2004, 275 p.

Le rapport Trend 2003 vient d'être publié par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Est-il encore besoin de présenter le dispositif à l'origine de ces données : un réseau de 12 sites en France en partenariat avec plusieurs organismes publics. Soit au total plus de 500 personnes qui enquêtent sur le terrain pour évaluer la consommation de différentes drogues et les évolutions. La version 2003, dernière en date, est ainsi une véritable photographie de la population des usagers en France.

Attention, le rapport Trend ne traite pas de la population générale. C'est un focus sur les populations les plus exposées au problème : usagers rencontrés dans les structures de première ligne (programmes d'échanges de seringues, boutiques, etc.), dans la rue ou les espaces festifs (raves et autres rassemblements techno).

Les jeunes consomment plus

Une évolution qui se confirme est le rajeunissement des usagers de drogue. Ainsi, les jeunes de 20 à 30 ans occupent une place de plus en plus importante dans les structures de première ligne. On distingue parmi cette population trois types de jeunes : ceux qui se réclament de la culture techno, ceux qui ont rompu avec leur famille et enfin une part croissante d'immigrés des pays de l'Est. Le rapport Trend a d'ailleurs réalisé une enquête spécifique chez les 15-24 ans présents dans les structures de première ligne. Les chiffres sont impressionnants. Le tiercé gagnant des substances les plus consommées est le tabac (92 %), le cannabis (85 %) et l'alcool (80 %). À noter que les 15-24 ans sont plus de 64 % à consommer du cannabis quotidiennement, avec une moyenne de pratiquement cinq joints par jour ! Si on leur demande quels stimulants ils ont consommé dans le mois précédent, on a sans surprise l'ecstasy qui arrive en tête (59 %) suivie par la cocaïne (42 %).

Des injections en baisse...

Toujours d'après le rapport Trend, il y aurait moins d'injections de substances, certainement en lien avec le

rajeunissement des usagers, pour qui cette pratique est moins valorisée. Ainsi, les "injecteurs" seraient passés de 54 % en 2001 à 37 % en 2003.

Mais la tendance pourrait bien être en train de s'inverser. En effet, plusieurs rapporteurs de l'enquête ont constaté un engouement chez les jeunes pour cette pratique. Comme le souligne un observateur du réseau Trend parisien, "cette situation est liée à la recherche de sensations plus fortes. L'injection concerne tous les produits. Il y a aussi un changement de perception de l'injection avec un attrait pour des comportements plus "destroy"". Or chez les injecteurs, le partage de matériel persiste. Même si l'échange de seringues reste bas (11 %), les usagers partagent fréquemment coton, eau de rinçage ou cuillères.

La coke en progression

La cocaïne semble connaître une progression depuis quelques années. Cette drogue bénéficie en effet d'une image positive. D'ailleurs, plus des deux tiers des usagers de l'espace festif l'ont expérimentée. Ce qui est surprenant, c'est que la cocaïne touche aussi bien les personnes en situation précaire que celles ayant des revenus élevés (alors que le prix du gramme se situe en moyenne entre 60 et 75 euros). "La cocaïne continue de séduire un très large public. Cette année encore, tous les observateurs constatent la forte "démocratisation" de ce produit qui n'est plus seulement consommé par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des publics usagers de drogues marginalisés, mais de plus en plus par des personnes appartenant à des classes économiques moyennes" explique un observateur de Toulouse.

Le rapport est d'ailleurs alarmiste quant à l'usage de cocaïne : le marché pourrait exploser dans les années à venir, car il est loin d'avoir atteint son potentiel maximum. En ce qui concerne le crack, la consommation reste faible car il bénéficie d'une image très négative. Mais sous l'appellation "free-base", il a au contraire bonne presse, notamment dans le milieu festif.



Toujours plus d'ecstasy

L'ecstasy est une autre drogue qui a le vent en poupe en 2003 car elle bénéficie d'une bonne image auprès des usagers. Bien sûr, l'espace festif reste le lieu privilégié de sa consommation et la tendance serait à l'augmentation des doses prises lors des soirées : "gober" deux ou trois "ecstas" durant une soirée serait de plus en plus courant. Et la tendance est d'associer la consommation d'ecstasy à l'alcool et au cannabis : le premier permet de potentialiser les effets, le second d'accompagner la descente.

Génération BHD

En ce qui concerne l'héroïne, la tendance semble à la baisse, même s'il paraît plus facile d'en trouver aujourd'hui dans l'espace festif. Selon le rapport, cette diminution est liée aux traitements de substitution : seuls 32 % des usagers déclarent ne consommer que de l'héroïne, sans aucun médicament de substitution, méthadone ou buprénorphine haut dosage (BHD). D'ailleurs, en matière d'opiacés, le produit le plus consommé en France est la BHD. L'héroïne arrive en deuxième place, suivie de la méthadone, du sulfate de morphine, du rachacha et de la codéine. Le rapport Trend souligne les usages détournés de la BHD, même si ce produit bénéficie d'une très mauvaise image auprès des usagers. D'ailleurs, une prise sur deux est faite dans un but uniquement thérapeutique. Mais il y a une augmentation du nombre de personnes qui ont débuté leur consommation d'opiacés par la BHD, et qui sont parfois devenues dépendantes. *"Il s'agit le plus souvent de jeunes usagers, âgés de moins de 25 ans, qui n'ont jamais consommé d'héroïne ni d'autres substances opiacées mis à part le Subutex®",* souligne un rapporteur du réseau de Marseille. *Ce médicament devient alors pour eux le premier et parfois l'unique opiacé qu'ils aient consommé et leur principal produit de dépendance.* Au point que certains parlent même de "génération Subutex®" !

Les autres substances

Le rapport Trend détaille également les consommations de toutes les autres substances psychoactives. Impossible de toutes les lister, mais on peut noter les évolutions suivantes :

- la codéine reste utilisée de manière marginale. Les principaux médicaments achetés sont le Néo-codion® et le Dicodin® ;
- la disponibilité du rachacha est difficile à évaluer. Mais ce dérivé d'opium serait encore rare. Il serait surtout présent lors de rassemblements techno ;
- si l'usage des amphétamines reste faible, ces produits seraient en augmentation chez les jeunes ;

- parmi les produits hallucinogènes, les champignons semblent bénéficier d'un certain engouement, car considérés comme des produits "naturels". D'autant qu'il semble de plus en plus facile de trouver sur Internet les moyens d'en produire. Dans la même veine, les plantes telles que la *Datura stramonium*, la *Salvia divinorum* ou la rose des bois semblent connaître un succès croissant ;
- après avoir quasiment disparu en 2002, le LSD semble réapparaître ;
- en ce qui concerne les médicaments psychotropes, la consommation du Rohypnol® (flunitrazepam) baisse au profit d'autres produits tels que le Valium® (diazepam) ou le Rivotril® (clonazepam).

Pour les différents observateurs, les tendances isolées dans les différents milieux approchés sont un bon témoin des variations futures de la consommation de drogues dans le reste de la population. Ainsi, le rajeunissement des usagers, la montée des stimulants tels que la cocaïne, et l'engouement pour les produits "naturels" sont quelques-unes des évolutions à venir. Reste à savoir quel sera l'impact de ce rapport sur les décideurs et les intervenants de la réduction des risques.

ALAIN SOUSA

L'explosion du cannabis

Pour la première fois, le rapport Trend proposait une partie entièrement dédiée au cannabis. Car le joint connaît un engouement toujours croissant, notamment chez les jeunes (1 sur 2 a déjà fumé un "pétard" à 17 ans...). Parmi ceux qui fréquentent les dispositifs de première ligne, 85 % sont des consommateurs de cannabis, souvent de manière quotidienne. Les observateurs sur le terrain constatent une explosion du cannabis au niveau des jeunes comme s'il était légalisé, dans les lycées et les collèges : *"On le rencontre partout et de plus en plus jeune. Un nombre croissant de 13-14 ans en fume régulièrement, ce qui n'était pas le cas il y a cinq ou six ans."* Si la résine reste la forme la plus courante, l'herbe est de plus en plus consommée, phénomène lié au développement des productions personnelles. Ce qui aurait pour effet de faire baisser les prix et d'augmenter la qualité des produits vendus. En parallèle, la demande de soins liée à la consommation de cannabis augmente régulièrement, que ce soit pour des problèmes de dépendance ou de troubles psychiques. D'ailleurs, le gouvernement a décidé de réagir en lançant son plan spécifique contre la consommation de cannabis (lire à ce propos l'interview de Didier Jayle p. 8).

Sterifilt[®], nouvel outil pour injections plus sûres



Plusieurs études ont confirmé le rôle du partage des filtres dans la propagation de l'hépatite C parmi les injecteurs de drogues. Aujourd'hui un nouvel outil, le Sterifilt[®], permet de limiter ces risques et de rendre les injections plus sûres pour un coût modique. De nombreux usagers ont déjà très favorablement accueilli ce nouveau procédé.

Les nouvelles contaminations par le VIH liées à l'injection de drogues ont quasiment disparu en France. Elles représentent aujourd'hui moins de 3 % des nouveaux cas. Mais plus de 5 000 injecteurs se contaminent encore chaque année par le virus de l'hépatite C (VHC). Principale cause : le partage des filtres et cuillères. Les filtres "artisanaux" qui retiennent toujours un petit pourcentage de substances, sont gardés comme réservoirs et utilisés en cas de pénurie ou partagés, échangés, vendus, etc. Mais en cas de préparation de l'injection avec une seringue usagée, de manipulation par des mains contaminées ou de pompage à plusieurs dans la même cuillère, le filtre est contaminé et devient un réservoir à virus et germes divers.

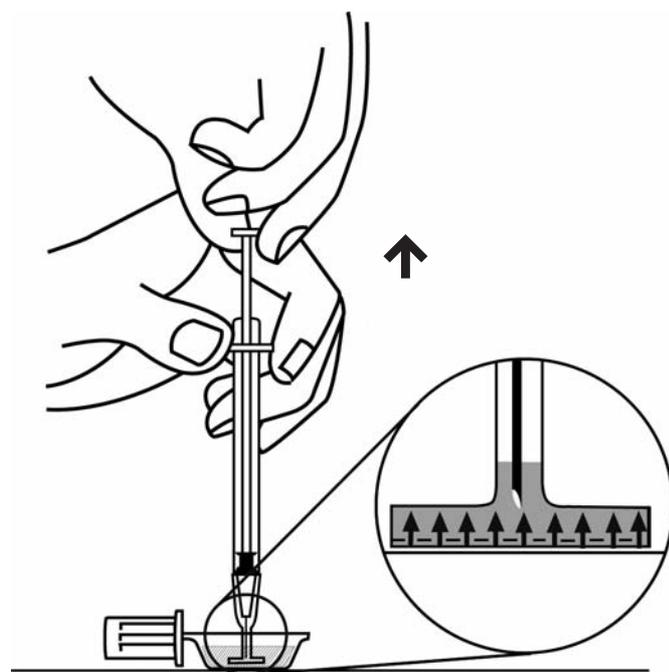
Plébiscité par les usagers

Certes, la Steribox2[®] a permis de résoudre en partie le problème du partage des cuillères. Mais il manquait un outil fonctionnel, pertinent et surtout accepté par les injecteurs pour limiter la transmission et le partage des filtres.

Le Sterifilt[®], dispositif filtrant stérile d'une remarquable technicité, semble remplir tout à fait cette fonction. Il a été plébiscité par 90 % des usagers qui l'ont expérimenté. Tous souhaitent sa disponibilité rapide. Après une longue série de tests et de mises au point, il est enfin disponible dans les structures spécialisées.

Mode d'emploi

Le Sterifilt[®] est constitué d'un embout, s'adaptant sur l'aiguille de la seringue, qui comporte une membrane filtrante d'une porosité de 10 microns. Il suffit d'appliquer la surface filtrante à plat au fond du récipient de dilution et d'aspirer.



Un seul filtre pour plusieurs drogues

Le dispositif permet de filtrer l'héroïne brune et blanche, la cocaïne, le crack ainsi que la grande majorité des drogues et produits injectés.

Il permet d'obtenir un liquide transparent plus adapté à l'injection. La membrane du filtre retient cinq fois moins de drogue qu'un filtre à cigarette (généralement en acétate) et trois fois moins qu'un filtre de coton. En clair, il retient moins de 2% de drogue contre 6 à 10% en moyenne pour un coton ou un filtre de cigarette.

Il permet de filtrer 99% des particules mesurant plus de dix microns.

Il n'y a aucun contact entre la pointe de l'aiguille et le récipient de dilution. L'affûtage du biseau est totalement préservé, ce qui garantit une pénétration optimale de l'aiguille dans la veine.

Quels bénéfices ?

Les bénéfices de ce dispositif sont donc nombreux :

- diminution des risques septiques et problèmes infectieux apparentés aux substances pyrogènes (poussières...);
- diminution des abcès et problèmes veineux et autres liés à l'injection. Le Sterifilt® permet de réduire sensiblement les quantités d'excipient responsables parfois de problèmes sanitaires lorsque des médicaments de substitution sont injectés;
- le Sterifilt® est à usage unique et individuel. N'étant pas réutilisable ou transmissible, il devrait donc contribuer à faire diminuer sensiblement les contaminations par l'hépatite C;
- le Sterifilt® peut éventuellement être placé sur l'aiguille, en cas de perte du capuchon rouge, pour limiter les risques de piqûre accidentelle.

Le Sterifilt® permet de filtrer la plupart des gélules ou comprimés qui peuvent être injectés par les usagers de drogues.

Attention

Après l'avoir ajusté sur l'aiguille, il est recommandé de vérifier que le Sterifilt® est solidement embouti, de manière à permettre une filtration parfaite. Il faut parfois un ou deux essais avant de réussir l'opération !

Après une longue série de tests, le Sterifilt® est enfin prêt et sera disponible dans certaines pharmacies, dans les structures spécialisées et sur commande chez le fabricant, Apothicom. Son coût : 15 centimes d'euro.

Pour l'instant principalement conçu pour être utilisé avec les seringues à insuline BD de 1 ml (qu'on trouve dans les Steribox®) et celles à embout Luer® universel, le filtre devrait évoluer pour s'ajuster à d'autres formats de seringues. Des expériences sont d'ailleurs en cours pour adapter le Sterifilt® aux seringues utilisées dans d'autres pays comme l'Angleterre, la Belgique, le Canada...

JIMMY KEMPFER

Contact:
Apothicom – CMS
64 avenue Georges Gosnat
94200 Ivry-sur-Seine
Tél. : 01 46 70 70 72
Mail : info@steribox.tm.fr
Le rapport Sterifilt® est
intégralement disponible en
ligne sur www.steribox.tm.fr



Adolescents et drogues

Quelle prévention pour quelle efficacité ?

PRÉVENTION

Peut-on prévenir de manière efficace la consommation d'alcool des adolescents ? L'étude Capri, menée chez les collégiens franciliens, montre que l'exercice est périlleux. Une campagne riche d'enseignements qui devrait permettre à chacun d'interroger ses pratiques et d'adapter ses interventions futures.

Le mercredi 29 septembre 2004, la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) organisait une journée "Agir en prévention chez les adolescents : quelle efficacité?". Au cœur des débats : l'évaluation du programme Capri (Collège et alcool – devenu addictions – programme régional inter-académique) et la question de la prévention chez l'adolescent.

Réduire la consommation des collégiens

Le programme Capri, issu du Programme régional de santé alcool (devenu PRS-Addictions) a été conjointement mis en place en 1999 par la Cramif et l'Éducation nationale, représentée par ses trois académies d'Île-de-France. Il s'agit d'un programme expérimental, d'une durée de trois ans, inspiré de la pratique de prévention de l'Anpaa (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) et d'autres pays francophones, notamment de programmes canadiens. Capri est à destination des collégiens de 12 à 16 ans (de la classe de 5^e jusqu'en classe de 3^e), mais également de leurs parents, pour les deux premières années du programme. Au total, 80 professionnels, coordonnés par Pascale Dupas de la Cramif, se sont investis à différents niveaux dans l'action.

Le programme Capri avait pour objectif principal de réduire la consommation excessive d'alcool (puis de l'ensemble des produits psychoactifs) et d'aider les jeunes à adopter des attitudes et des comportements responsables vis-à-vis des consommations (affirmation de soi, résistance aux pressions et aux influences extérieures, etc.). Toutes les séances ont fait l'objet d'une coanimation Cramif/Éducation nationale.

Dans le détail, les interventions étaient différentes selon les classes :

En classe de 5^e, six heures sont programmées (dont deux heures pour une action commune avec les parents), l'objectif est d'adopter une notion positive et dynamique de la

santé et d'informer sur les dangers de l'alcool.

En classe de 4^e, huit heures sont programmées, l'objectif est de faire parler sur l'adolescence, favoriser l'autonomie, apprendre à résister aux pressions et gérer les émotions. Une heure de conférence-débat sur l'adolescence était prévue pour les parents.

En classe de 3^e, huit heures sont programmées, l'objectif est d'informer sur les addictions, apprendre à se responsabiliser, à respecter l'autre, à adopter des attitudes aidantes ou de solidarité entre pairs.

Cinq collèges "actions" et cinq collèges "témoins" ont été sélectionnés. Ces derniers ont servi de référence pour l'évaluation, mais ils avaient la possibilité de poursuivre leurs actions de prévention habituelles. Les collèges étaient proposés par leurs académies respectives selon des critères précis (hors zone d'éducation prioritaire, de taille et de catégories socioprofessionnelles moyennes) mais intégrés au programme sur la base du volontariat. L'évaluation des résultats a été réalisée par l'ORS Île-de-France : trois mois avant le commencement (T0) puis à chaque fin d'année à l'issue du programme T1, T2 et T3. Les données sur les consommations, les opinions, attitudes et représentations des collégiens, ainsi que différentes informations sur leur environnement ont été recueillies : consommation des parents, qualité des relations familiales, etc. Seuls les élèves ayant bénéficié des 3 années de Capri ont été inclus dans l'évaluation.

Néanmoins, quelques points ont pu influencer sur l'impact du programme :

- si les élèves des différents collèges étaient comparables en ce qui concerne la répartition par âge, sexe et type de famille, le niveau de diplôme pour au moins un des parents était plus élevé dans les collèges "actions" ;
- les consommations d'alcool ou de tabac des parents, déclarées par leurs enfants, étaient plus élevées dans les établissements où se déroulait l'intervention ;
- à T0, le niveau des consommations des adolescents était supérieur aux indicateurs nationaux.



Un bilan mitigé

Au terme des trois ans, une augmentation “normale” des consommations est observée, le programme n’a pas occasionné d’infléchissement des consommations.

La seule consommation présentant une différence significative entre les collèves “actions” et les établissements “témoins” concerne les filles : celles qui ont bénéficié du programme sont plus nombreuses à déclarer trois usages d’alcool au cours des 30 derniers jours. Pour toutes les autres consommations (tabac, cannabis et ivresse liée à l’alcool), il n’y a pas de différence significative. De plus, les opinions des élèves sur les drogues sont identiques.

Les adolescents ayant bénéficié de l’intervention ont un meilleur niveau de connaissance sur les produits, les risques sont mieux perçus, les élèves déclarent majoritairement savoir résister aux pressions, mieux savoir aider un tiers, choisir la meilleure solution, etc. Les collégiens sont majoritairement satisfaits du programme.

Des leçons à retenir

Pour le Dr Pierre Arwidson, chef du service études et évaluations à l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (Inpes), il est important de remettre ces travaux en perspective, au regard de la littérature scientifique, et notamment des études sur le sujet présentées par la librairie Cochrane*. Le Dr Arwidson a identifié et résumé des techniques d’intervention auprès des jeunes dont l’évaluation était rigoureuse.

Les 56 travaux qui répondent aux critères montrent que peu d’études sont bien conçues et évaluées et qu’un nombre important de sujets sont perdus de vue. Néanmoins, la conclusion reste que très peu d’études ont des effets positifs à long terme (plus de trois ans). Mais tous ces travaux démontrent l’intérêt des programmes de renforcement au sein des familles et des interventions communautaires. En outre, des interventions basées sur une approche culturelle pourraient s’avérer efficaces, bien que de nouvelles recherches doivent encore le confirmer. Pour Marie Choquet, de l’Inserm, la prévention reste un exercice difficile : de nombreuses actions ne prennent pas suffisamment en compte la réalité des adolescents, et utilisent des concepts flous et peu opérationnels tels que l’estime de soi, dont le renforcement peut être, selon elle, autant positif que négatif... Elle va même plus loin, et établit un parallèle entre l’éducation pour la santé, et

l’éducation. Son hypothèse est que l’existence d’une relation de qualité doit être le support de l’éducation plutôt que la réalisation d’actions spécifiques. Il vaudrait donc mieux cultiver l’aspect interpersonnel des actions de préven-

tion et éviter leur envahissement par de la technicité. Enfin, il ne faut pas oublier qu’en dépit de la présence – ou de l’absence – de facteurs de vulnérabilité, ce qui fait qu’un jeune va avoir un développement harmonieux nous reste inconnu, et que cela doit nous rendre humbles dans nos actions...

En conclusion

Cette journée, remarquable par la qualité du programme, sa présentation et l’honnêteté du discours, a été particulièrement intéressante, par les réflexions et débats qu’elle a suscités entre nous sur le contenu de nos projets, sur nos représentations de la prévention. Connaissons-nous les adolescents, leurs motivations à consommer aussi bien que nous voulons le prétendre ?

AGNÈS SZTAL, OLIVIER SMADJA

La prévention, quelles modalités d’action ?

Lors de la journée “Agir en prévention chez les adolescents : quelle efficacité ?”, le Dr Pierre Arwidson a présenté une méta-analyse américaine sur les différentes options en matière de prévention, intitulée *Alcohol : no ordinary commodity*. Son objectif est de rendre les politiques publiques dans ce domaine plus efficaces, en étudiant les actions déjà réalisées, au regard de leur impact, de la qualité des recherches afférentes, de leur coût, et de leur valeur interculturelle.

Sept approches de prévention indépendantes les unes des autres ont été retenues :

- la politique de prix ;
- la gestion de la disponibilité (contrôle des ventes) ;
- l’action sur le service de l’alcool (information des serveurs) ;
- la lutte contre l’alcool au volant ;
- la régulation de la promotion ;
- l’éducation, la persuasion ;
- le repérage précoce et le traitement.

Cette méta-analyse fait apparaître que les mesures environnementales et contraignantes (prix, disponibilité, contrôle de l’alcoolémie au volant) sont très efficaces. Elles s’imposent à tous, quelles que soient les opinions des individus sur l’alcool. Les mesures relationnelles et facultatives (information, éducation, comportement des serveurs) ont beaucoup moins d’impact, et se font sur la base du volontariat et de l’implication.

Le succès des actions dans ce domaine ne peut être au rendez-vous que si ces différents niveaux d’interventions sont associés dans une mobilisation globale et cohérente.

* La librairie Cochrane est une banque de données scientifiques américaine qui recueille l’ensemble des informations sur l’efficacité des thérapeutiques et des stratégies dans les différents domaines de la médecine, y compris en matière de prévention.

PUBLICATIONS

Les nouveaux usages d'héroïne

Le rapport sur les nouveaux usages d'héroïne repose sur l'analyse qualitative de 40 entretiens semi-directifs. Elle avait pour objectif principal de décrire et de mieux comprendre les nouveaux usages de l'héroïne, les représentations qui conduisent et font perdurer sa pratique, les conséquences sociales et sanitaires que cet usage peut engendrer ainsi que les profils sociologiques des nouveaux consommateurs de cette substance.



Les nouveaux usages d'héroïne
Reynaud-Maurupt C.,
Verchère C.
Saint-Denis, OFDT, 2003,
117 p., ISBN 2 11 093494 8

L'héroïne brune, sous forme de poudre, est la plus fréquemment consommée. Elle semble relativement accessible et des stratégies sont mises en œuvre pour réduire les coûts lorsque la consommation devient plus régulière. Les quantités consommées varient, de quelques grammes par an à plusieurs grammes par jour. Le contexte de la consommation semble revêtir de l'importance surtout aux yeux des utilisateurs conservant une fréquence d'usage occasionnelle et a un impact important sur le choix des voies d'administration. Ainsi, les contextes de consommation, les quantités consommées et les voies d'administration sont des notions liées entre elles.

L'injection est en effet rejetée par la majorité des consommateurs d'héroïne rencontrés. Elle reste pour beaucoup la dernière limite à ne pas franchir. Ceux qui l'ont pratiquée l'ont souvent fait sur de courtes durées, voire juste quelques fois. L'injection intervient généralement en fin de parcours, juste avant de bénéficier d'un traitement de substitution. L'usage d'héroïne se fait donc principalement par voie nasale et, dans une moindre mesure, en la fumant.

En termes d'image, les nouvelles représentations de l'héroïne dans l'échelle des valeurs des produits consommés constituent une donnée fondamentale, qui peut favoriser des désirs d'expérimentation puis des pertes de contrôle de la consommation. D'une part, l'héroïne est détrônée par la kétamine, considérée comme la substance la plus puissante; d'autre part, l'effet doux et cotonneux de l'héroïne contraste avec les importantes distorsions du réel provoquées par les substances hallucinogènes. La puissance des effets de l'héroïne est relativisée par les consommateurs à l'aune de ces deux constats. La banalisation des pratiques de consommation, l'expérimentation de diverses substances modifiant fortement l'état de conscience ainsi que les voies d'administration diversifiées et déjà connues des individus jouent en faveur du développement des usages de l'héroïne.

La précocité des traitements de substitution prescrits dans le parcours des usagers d'héroïne est à noter. Ils permettent le plus souvent d'amorcer un processus de sortie de la toxicomanie, aident au maintien d'une insertion sociale et ont donc une dimension explicative de la courte durée de certaines pratiques de l'héroïne. Ces traitements peuvent néanmoins être détournés et semblent surtout efficaces chez les personnes qui n'ont pas connu d'autres usages compulsifs avant l'héroïne et/ou sont caractérisées par un entourage familial et relationnel dense.

Le rapport aux autres (groupes de pairs, familles, partenaires, etc.) est ambivalent. De même, le rapport au produit est ambigu puisque celui-ci soulage tout en accentuant la souffrance et le sentiment d'une dépendance grandissante. La perception du risque par les individus demeure variée, sans lien évident avec la fréquence de consommation et les quantités absorbées.

C'est au travers des significations accordées à leurs pratiques par les personnes elles-mêmes que six profils de consommateurs d'héroïne ont pu être établis: cette substance peut être un moyen d'accentuer l'expérience d'un temps de rupture ou au contraire s'inscrire dans la continuité, comme un mode de vie. Une confrontation de ces profils avec des critères objectifs, tels que les risques sanitaires et sociaux encourus et les fréquences de consommation, met en évidence des vulnérabilités. Ceux qui ont perdu le contrôle de leurs pratiques connaissent en effet plus de dommages liés à la consommation d'héroïne que leurs pairs qui ont su conserver une consommation occasionnelle.

Une typologie comme celle-ci peut sembler caricaturale et les histoires individuelles ne peuvent se réduire aux profils sociologiques mis en valeur. Cependant, ce travail interprétatif a le mérite de livrer des tendances qui, en prenant pour variable essentielle le sens investi dans la consommation, peuvent constituer un outil de travail et de réflexion pour la prévention des pratiques à risque et des conduites addictives.

Contre le tabac, l'Europe met le paquet

L'Union européenne vient de lancer une offensive de grande envergure contre le tabagisme. Des photos chocs et des avertissements sans concession devraient bientôt arriver sur les paquets. Des recommandations pour une interdiction totale de la cigarette dans les lieux publics ont été faites. Reste à savoir si les États membres vont oser aller si loin dans la lutte contre le tabagisme.

“Le vrai visage du tabagisme est la maladie, la mort et l'horreur, et non la séduction et le chic que les pourvoyeurs de l'industrie du tabac essaient de nous dépeindre.” Telles ont été les paroles de David Byrne, commissaire européen en charge de la santé et de la protection des consommateurs, lors du lancement de la nouvelle campagne de l'Union européenne destinée à lutter contre le tabagisme. Point clé : des images chocs en couleur destinées à orner les paquets de cigarettes. Les photos sont parfois très crues : un cadavre dans une morgue, une tumeur de la gorge, un gros plan sur une bouche ne contenant plus que quelques dents noircies... D'autres images portent des messages plus sobres : une cigarette recourbée pour évoquer l'impuissance, une pomme flétrie pour souligner les ravages sur la peau, etc. Au total, plus de 42 images sont ainsi proposées. Et de nouveaux messages sanitaires, liés ou non aux photos, viennent compléter la campagne (Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse...). Certains avertissements proposeront un numéro de téléphone pour aider les fumeurs à “décrocher”.

Une campagne qui fait long feu ?

Avec cette campagne, la Communauté européenne marque sa détermination à lutter contre le tabagisme. Elle s'inspire de méthodes déjà utilisées au Canada notamment. Les images retenues ont été testées auprès de jeunes et semblent avoir un impact important. Reste à savoir si tous les États membres vont suivre. Car les visuels vont être proposés à partir de 2005 aux différents pays de l'Union. Et ceux-ci auront le choix de les rendre obligatoires ou non sur les paquets de cigarettes. Pour l'instant, seules l'Irlande et la Belgique seraient prêtes à mettre en place ces photos sur les paquets. Outre les réticences de certains pays, il faut reconnaître les limites de ces messages sur les paquets... Car un nouveau marché a vu le jour depuis l'apparition des premiers messages sanitaires : les étuis !

Étuis en dur à acheter dans les tabacs, étuis publicitaires distribués en soirées... il est aujourd'hui facile pour un fumeur de faire disparaître les messages dérangeants. Proposer de nouveaux messages risque ainsi de ne pas être suffisant dans la lutte contre le tabagisme.

La cigarette condamnée

Justement, l'Union européenne ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. En effet, lors du lancement de cette nouvelle campagne, David Byrne a également présenté une évaluation de la politique de lutte contre le tabac dans la Communauté européenne¹. Les recommandations de ce rapport serviront de bases aux futures décisions en matière de lutte contre le tabac. Dirigé par le docteur Ann Mc Neill de Londres, ce rapport propose ainsi quelques stratégies pour renforcer la politique de lutte au niveau européen. Notamment, il souligne que le prix des cigarettes n'est pas encore suffisamment dissuasif dans la majorité des pays de l'Union, et que les taxes devraient être augmentées (d'autant plus sur le tabac à rouler, pour éviter le “transfert” vers ce produit). De plus, les pays qui n'ont pas encore interdit la publicité contre le tabac (7 sur 25) doivent impérativement le faire dans les années à venir. Et chez tous les autres, la publicité sur le lieu de vente devrait également être retirée.

Le rapport préconise également une interdiction totale de fumer sur le lieu de travail, comme c'est le cas en Allemagne ou en Norvège. Les lieux publics devraient également tous être concernés... La Commission européenne envisage d'imposer dans les années à venir ces recommandations très strictes. Il est vrai qu'il y a urgence : chaque année, plus de 650 000 Européens meurent à cause du tabac, et 13 millions de fumeurs et anciens fumeurs sont actuellement atteints d'une maladie chronique liée à la cigarette. Sans oublier les milliers de victimes du tabagisme passif et les 100 milliards d'euros (coût global estimé des conséquences du tabac) qui partent chaque année en fumée...

¹ Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. The Aspect Consortium, European Commission, octobre 2004.

CIGARETTES

Brand



Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant

CIGARETTES

Brand



Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant

CIGARETTES

Brand



Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impuissance

CIGARETTES

Brand



Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduire la fertilité

CIGARETTES

Brand



Fumer provoque un vieillissement de la peau

CIGARETTES

Brand



Fumer provoque le cancer mortel du poumon

CIGARETTES

Brand



La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène

CIGARETTES

Brand



Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse

CIGARETTES

Brand



Les fumeurs meurent prématurément

CIGARETTES

Brand



Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas

CIGARETTES

Brand



Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles

CIGARETTES

Brand

Fumer entraîne une dépendance à la nicotine. N'ayez pas peur de demander de l'aide

Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer

Addict Cité

la drogue est dans la ville

Le Crips Île-de-France a édité en 2003, un outil multimédia sur les addictions baptisé "Addict Cité". Au détour des rues d'une ville virtuelle, découvrez tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les différentes drogues. Un cédérom dont votre ordinateur va avoir du mal à se passer...

Ce cédérom très complet s'intéresse à une large gamme de produits qu'ils soient licites (alcool, tabac, médicaments) ou illicites (héroïne, ecstasy, etc.). L'une des originalités de cet outil est de donner la parole aux experts qu'ils soient scientifiques ou usagers !

Les drogues mises à nu

Outre une rubrique "généralités" qui donne un aperçu global de la problématique des addictions (géopolitique, législation, etc.), l'utilisateur dispose d'informations pour chaque produit :

- ses modes de consommation ;
- son action ;
- les effets recherchés et indésirables ;
- les dangers ;
- les prises concomitantes ;
- un historique, etc.

Et il peut lire un rappel de la loi ainsi que des informations sur la prise en charge et les soins.

Promenade virtuelle

Loin d'être linéaire, la navigation s'appuie sur les possibilités techniques offertes par le support. Les liens sont multiples. La navigation peut s'effectuer via une promenade dans une ville virtuelle, une sorte de découverte au hasard des rues pour celui qui ne cherche rien de particulier. Pour ceux qui préfèrent aller directement à l'information qu'ils recherchent, la navigation par produits est bien sûr accessible.

Questions pour une addiction

Véritable outil multimédia, il s'appuie à la fois sur du texte, du son, des images fixes (photographies, graphiques, schémas) ou animées (vidéo, dessins animés, courts-métrages). Un dictionnaire permet de préciser certaines notions, tandis que des bibliographies, filmographies et discographies ouvrent des horizons de recherche plus larges. Un quiz par produit permet à l'utilisateur de tester ses connaissances.

PUBLICATIONS / NOUVELLES PARUTIONS

Les drogues au cœur des fêtes, au travail, dans les médias, sur d'autres continents... Les dernières publications en matière d'addictions sont pour la plupart des enquêtes très fouillées sur les usages et les représentations dans différents contextes. Des lectures pour appréhender cette problématique avec un œil nouveau...



Drogues et travail : le new deal ?

Fontaine A., dir., T. Rouault, dir., Hautefeuille M., dir.
Revue Toxibase n° 15, juillet 2004, 56 p.

Ce numéro spécial de Toxibase est consacré au problème de l'usage de substance psychoactive en milieu professionnel. Astrid Fontaine, ethnologue, définit la population des usagers en milieu de travail et indique comment intervenir dans le contexte de l'entreprise. Renaud Crespin, docteur en sciences politiques, décrit la tendance à la généralisation du dépistage aux États-Unis et Michel Hautefeuille, praticien hospitalier, comment les salariés peuvent être dépassés par leur consommation de psychotropes ainsi que les enjeux de leur prise en charge. Enfin, l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) présente une synthèse des usages de substances psychotropes par statut professionnel. Ce dossier est complété par des entretiens avec des médecins du travail permettant de mieux appréhender la complexité de ces questions dans le quotidien des salariés et des entreprises. Il est enrichi par une sélection de sites Internet analysés sur le sujet.



Qu'avons-nous fait des drogues ?

Sanchez M., dir.
Paris, Autrement, "Coll. Mutations", 2004, ISBN : 2 7467 0539 7

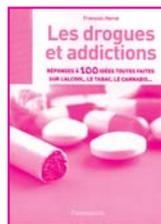
Cet ouvrage décrit les usages sociaux de substances psychoactives dans des civilisations traditionnelles en particulier amérindiennes, usages ritualisés, relevant souvent d'expérience religieuse ou initiatique, usages collectifs, accompagnés et balisés. Il met en parallèle les usages individuels faits dans les sociétés modernes industrialisées, recherches de sensation, d'autre chose, d'ailleurs, centrées sur l'individu lui-même.



Modération et sobriété : études sur les usages sociaux de l'alcool

Gaussoit L.
Paris, l'Harmattan, "Coll. Logiques sociales", 2004, 134 p., ISBN : 2 7475 5857 6
À travers cinq études, l'auteur interroge le savoir-boire, son sens, ses règles, les compétences qu'il requiert, la culture qu'il revendique et l'éthique qui le fonde.

La première s'intéresse aux rapports entre alcoolisation et temporalité sociale. La deuxième explore les représentations corporelles de l'alcoolique et la dimension sociale des sentiments qu'il inspire. La troisième se penche sur le déni de l'alcoolisme, non seulement par l'alcoolique lui-même mais aussi par les autres. La quatrième étudie les compétences engagées dans l'acte du boire modéré. Enfin, la cinquième analyse la confrontation entre la prévention de l'alcoolisme et la culture du vin.



Les drogues et addictions

Hervé F.
Paris, Flammarion, "Coll. Réponses à 100 idées toutes faites", 2004, 125 p., ISBN : 2 0820 1221 2

Destiné tant aux jeunes qu'à leurs parents, cet ouvrage a pour ambition de donner au lecteur quelques clés, fondées sur des travaux scientifiques récents et sur une expérience clinique, afin de se repérer dans la masse des idées reçues et des fausses croyances sur les drogues et de pouvoir ainsi bâtir ses propres opinions. Il aborde successivement les produits, les pratiques de consommation, les traitements et la prévention.



La publicité et la promotion des produits du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique face à l'ampleur du problème

Molla A., De Berard C., Ratte S.
Ligue nationale contre le cancer, France, décembre 2003, 106 p.

Ce rapport, abondamment illustré, commence par présenter l'ampleur et la diversité des actions illégales de promotion des produits du tabac en les classant suivant six types de comportements destinés à promouvoir les marques (parution d'images, produits dérivés, produits rappelant un dérivé du tabac, distribution de cadeaux, écrits, affichages ou discours, emballages, etc.) et cinq types de comportements destinés à inciter à fumer, quelle que soit la marque consommée (mécénat et partenariat, remise gratuite d'échantillon de produits du tabac sans marque, organisation de manifestations ou diffusion de publications vantant le plaisir de fumer, publicité pour le papier à cigarette). Le rapport explique ensuite les dispositions législatives actuellement applicables en matière de lutte contre le tabagisme et détaille les causes de l'insuffisance d'application de la loi. Des recommandations et propositions sont ensuite émises.





Fêtes sous influences

Beck F., dir., Legleye S., dir.
Psychotropes n° 3-4, 2003,
vol. 9, 211 p.

Ce numéro spécial regroupe plusieurs enquêtes et analyses d'horizons divers autour du sens de la fête et de son éventuel lien avec des usages de substances psychoactives. Il présente la palette des sorties musicales des jeunes de 18 ans; propose un regard ethnographique sur les participants à différents types de concerts de rock métal; explore les nouveaux usages d'héroïne dans divers contextes urbains et festifs; interroge la signification, sur le plan social et personnel, de la pratique des états de conscience modifiés induits par la prise de drogue dans les raves ainsi que le rapport qu'entretiennent les participants à leur propre consommation. Il analyse une étude sur la réduction des risques en milieu techno; compare les scènes techno américaine et française ainsi que le lien entre usage et culture club en Estonie et en

Finlande. Il aborde les usages de produits au regard des fréquentations de boîtes de nuit chez les lycéens et décrit une expérience de prévention belge impliquant les professionnels des milieux festifs. Il évoque également l'influence des pairs sur les pratiques des jeunes dans les bars et les discothèques en Europe et présente une étude sur les relations qui se nouent entre participants.



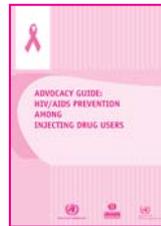
Approche régionale de la substitution aux opiacés, 1999-2002:

pratiques et disparités à travers 13 sites français
Cadet-Tairou A., Cholley D.
Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies,

Coll. "Focus consommations et conséquences", juin 2004,
118 p., ISBN: 2 11 093492 1

Ce rapport propose une analyse des données recueillies lors de la délivrance en officine de buprénorphine haut dosage et de méthadone, issues de treize CPAM (Caisse primaire

d'assurance maladie) réparties sur le territoire français. Il fait le point sur l'évolution du nombre de patients traités et la diffusion des pratiques de prescription des deux traitements parmi les médecins (spécialités, nombre de patients traités, concentration de l'activité). Il renseigne sur les patients traités et les modalités des traitements reçus (doses, associations de médicaments psychotropes). Enfin, il explore les pratiques de polyprescriptions mises en œuvre par certains patients. En parallèle, cette analyse autorise des comparaisons entre les différents sites étudiés et permet de dresser un profil des agglomérations concernées.



Advocacy guide:

HIV/AIDS prevention among injecting drug users

(Guide du plaidoyer: prévention VIH/sida auprès des usagers de drogue injectable)

WHO (World Health Organization), Genève; UNAIDS (United Nations Program on

HIV/AIDS), Genève; UN (United Nations). Office on Drugs and Crime, New York

Genève: Organisation mondiale de la santé, 2004, 112 p., ISBN: 92 4 159182 X

Ce guide méthodologique est divisé en quatre parties. La première présente le concept et les principes généraux du plaidoyer pour la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. La deuxième partie décrit point par point le processus de création d'un groupe de plaidoyer (définition des objectifs, analyse de la situation, stratégie de développement, etc.). La troisième partie, illustrée de nombreux exemples internationaux, propose des outils et des méthodes. La quatrième résume les principaux types d'arguments utilisés ainsi que les ressources disponibles.

AUDE SECOND

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.....



Sida en France, état des lieux
 "Comment vit-on en France avec le VIH/sida ?" C'est sous ce titre que sont parus les résultats de l'enquête Vespa menée en 2003 auprès de 2 932 personnes séropositives. On y apprend que sept personnes atteintes sur dix sont des hommes, qu'une sur deux se déclare homosexuelle et que les régions les plus touchées sont les régions Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur. De nombreux étrangers sont concernés, notamment chez les femmes. La moitié des personnes contaminées ont été diagnostiquées avant 1993. En ce qui concerne les usagers de drogues, ces travaux montrent que l'accès au matériel d'injection puis aux traitements de substitution ont considérablement réduit la transmission du VIH dans ce groupe. Mais elle souligne que les coinfections sont élevées : huit séropositifs usagers de drogues sur dix sont également infectés par le VHC. Le rapport constate chez toutes les personnes infectées une altération importante des conditions de vie.

Source : *Population et sociétés*, Institut national d'études démographiques, novembre 2004.

Les médias

marqués par l'alcool...

Le gouvernement a débuté en novembre une campagne de prévention intitulée "Alcool : votre corps se souvient de tout". Annonces presse, spots télé et dépliants seront ainsi diffusés jusqu'en décembre. Lors du lancement, le ministre de la santé Philippe Douste-Blazy a rappelé que l'alcool est la deuxième cause de mort évitable, derrière le tabac, avec 45 000 décès par an (liés aux cancers, maladies cardiovasculaires ou digestives, etc.). Même si la consommation d'alcool baisse

depuis quarante ans dans l'hexagone, la France reste l'un des plus gros consommateurs d'Europe. L'effort de prévention doit donc se poursuivre. La campagne se décline en trois volets, en fonction des cibles : les hommes d'âge moyen, les femmes enceintes et l'alcool au volant. Les repères rappelés par la campagne sont ceux de l'OMS : au maximum trois verres par jour pour les hommes, deux verres pour les femmes... et zéro pendant toute la grossesse !

Source : Ministère de la santé, novembre 2004

Bars et restaurants : c'est la dernière cigarette

Dans le quotidien *Libération* du 30 septembre, on apprendait que la ville de Paris espère faire adopter le label "Établissement sans tabac" à plus de 12 000 bars et restaurants de la capitale. Le but : proposer comme un service supplémentaire l'absence de fumée. Mais l'Union des métiers de l'industrie hôtelière semble réticente face à cette initiative. Et le quotidien de rappeler que la loi Évin n'a jamais été réellement appliquée depuis 12 ans dans ces lieux recevant du public. Pourtant, les amendes sont dissuasives : 450 euros pour toute personne fumant dans l'espace non-fumeur d'un restaurant et 1 500 euros pour le propriétaire de l'établissement qui n'indique pas clairement les deux espaces distincts. Mais seulement une dizaine d'amendes ont été établies depuis l'application de la loi Évin... D'ailleurs, une enquête du magazine *60 millions de consommateurs* prône plutôt une interdiction complète. Équipés de deux capteurs, l'un au monoxyde de carbone, l'autre à nicotine, les envoyés du magazine ont testé les ambiances enfumées

de restaurants et boîtes de la capitale. Résultat : les espaces non-fumeurs sont effectivement deux fois moins "chargés" en nicotine, mais le taux en CO est identique, voire plus élevé qu'en zone fumeur.

Source : *Libération*, 30 septembre 2004 ; *60 millions de consommateurs*, novembre 2004.

"Faits comme des rats"

Une équipe de l'unité Inserm bordelaise "physiopathologie et comportement" vient de réussir à produire un modèle animal de la toxicomanie humaine. Ils ont pu sélectionner des rats prêts à faire 1500 fois le même geste pour obtenir une dose d'héroïne, et même capables de subir des décharges électriques pour cette récompense. Détail intéressant : seuls 17 % des rongeurs devenaient d'authentiques junkies. Le but n'était pas, bien sûr, de martyriser les pauvres rats, mais de posséder ainsi des animaux qui permettront de connaître les déterminismes de la dépendance et de tester de nouvelles molécules de substitution.

Source : *Science*, août 2004 ; vol. 305 : p. 1014-7.

Traitements de substitution : une reconnaissance mondiale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Office des nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), et l'Onusida ont conjointement pris position en faveur de l'accès aux traitements de substitution. Outre leur rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues par voie intraveineuse, ils sont considérés comme des médicaments de première nécessité dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH et des hépatites B et C. Arguant de l'efficacité des traitements de substitution

tant sur le plan sanitaire que social et économique, les trois organismes recommandent :

- La disponibilité d'une gamme diversifiée et flexible d'options de traitement (méthadone, buprénorphine, LAAM, laudanum, prescription d'héroïne, etc.);
- Une prise en charge pluridisciplinaire et constructive basée sur un dialogue entre l'équipe médicale et les usagers afin de favoriser l'adhésion au traitement;
- L'intégration des traitements de substitution aux politiques générales de santé;
- L'intégration des personnes séropositives dépendantes aux opiacés à des programmes prenant en compte les deux conditions suivantes afin de prévenir la transmission du VIH : rechercher les possibles interactions médicamenteuses et faciliter l'adhérence;
- La mise en place de critères adaptés d'inclusion aux programmes de substitution, le contrôle des conditions de délivrance et la formation des praticiens.

Espérons que ces recommandations ne resteront pas lettre morte...

Source : Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention : position paper. OMS/ONUDC/Onusida. Avril 2004.



Édito

Directeur de la publication
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Alain Sousa

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Lydie Desplanques
Clotilde Genon
Mélanie Heard
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Aude Segond
Marianne Storogenko
Agnès Sztal

Gestion
Amanda Baptista
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Anne-Sophie Woreth

Conception graphique
Sylvain Enguehard
Réalisation
Céline Debrenne
Impression : 4M Impressions
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 :



GILLES PIALOUX, ANTONIO UGIDOS

Avec le soutien
du laboratoire
 Schering-Plough

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

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont-ils solubles dans le consensus ? C'est la question qui a dû taquiner l'esprit de nombre d'experts, membres du jury ou auditeurs de la première conférence de consensus sur les TSO, sise à Lyon les 23 et 24 juin et objet central de cette dernière livraison de *Swaps*. À l'heure où l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inscrit les TSO sur la liste des médicaments dits "essentiels", et où notre propre loi de santé publique du 9 août 2004 les déclare comme faisant partie intégrante de l'arsenal thérapeutique, la substitution n'en est plus au stade de la reconnaissance, mais à ceux de l'évaluation et de l'évolution.

L'un des bénéfices secondaires de la conférence de consensus sur les TSO – au-delà des recommandations et des inévitables déclarations d'intention qui sentent bon le consensus mou – est de mettre l'accent sur les acquis et les enjeux actuels de la substitution.

Un bilan des TSO à la française permet une estimation de 3 500 vies et 595 millions d'euros épargnés, sans compter les retombées que peut avoir une substitution sur l'efficacité des autres traitements, à commencer par ceux du VIH et du VHC. Ces vies et ces euros épargnés, c'est beaucoup eu égard au retard pris dans ce pays en matière de substitution... et c'est bien peu si l'on retient la surmortalité qu'induisent encore directement ou indirectement les usages de drogues.

Autre bénéfice secondaire du consensus : faire évoluer l'image des personnes dépendantes, et la place même de la substitution au sein de la prise en charge globale des usagers et de la réduction des risques. Vaste programme, où la polysémie des mots fait sens. À médicament de substitution, on préférera traitement de substitution, tant il est important de privilégier l'alliance thérapeutique et le projet individualisé de soins, plutôt que les propriétés agonistes et/ou antagonistes de la molécule.

Au-delà de la conférence de consensus, l'interview que nous a accordée Didier Jayle, actuel président de la Mildt et fondateur de... *Swaps*, permet de mesurer le chemin qu'il reste à parcourir en matière de réduction des risques. *Quid* des salles d'injection ? Des programmes de distribution médicalisée d'héroïne ? De la recherche d'autres substitutions pour d'autres drogues ? C'est dire si de nombreux débats nous attendent.