

**Title of the report :**

« Multicentric survey drawn from an expert network in 12 European cities concerning sanitary characteristics and the morbidity to hepatitis and HIV for drug users »

« enquête multicentrique à partir d'un réseau d'experts, sur 12 villes d'Europe portant sur les caractéristiques sanitaires et sur la morbidité aux hépatites et au VIH des usagers de drogues ».

Dossier

(2000/SID/094) - n° S12.266361 (2000 CV G4 – 015)

Programme of Community action on the prevention of AIDS and certain other communicable diseases.

Contact :

Bruno TANCHE, Directeur de l'AMPTA

E-mail :

btanche@ampt.org

Web site :

www.ampt.org

Keywords :

drug users, , european expert network, health, hepatitis, HIV,

EXTRAIT DU RAPPORT FINAL
« TOXMED 2 »

SOMMAIRE

Liste des partenaires	Page 4
Présentation de l'étude	Page 6
Résultats de l'étude	Page 16
Annexes	Page 32
Actes du séminaire.....	Page 58

LISTE DES PARTENAIRES

Liste des partenaires européens – TOXMED 2

Espagne : SERVICIO DE DROGODEPENDENCIAS DEL CENTRO DE ORIENTATION SANITARIA C/Nou, 28 08191 RUBI – BARCELONA tel : 588 73 73 Fax : 588 67 77 Mr Victor MARTI Ma Roser CASAS	Suède : CENTER FOR DEPENDENCY DISORDERS STOCKHOLM Magnus Huss, Karolinska Hospital, SE- 171 76 STOCKHOLM SWEDEN tel 46 (0) 8 704 79 55 20 Fax : 46 (0) 832 17 96 Ma Caroline ADAMSSON WAHREN Ma Maria DAHLGREN
Allemagne : CAFE FIX Moselstabe 47 60329 FRANKFURT Tel : 069 242606-20 Fax : 069/259095 Monsieur Sigfried DRESS Madame Konstanze DUDA	Danemark : KOBENHAVNS KOMMUNE Famille Og Arbejdsmarkedsforvaltningen Bernstorffsgade 17 DK – 1592 V - 7. Kontor, saerlige grupper tel : 45 33 17 33 17 FAX / 45 33 17 37 31 Ma Dorrit SCHMITT Ma Christina GRANDHAL JENSEN
Suisse : LIGUE JURASSIENNE CONTRE LES TOXICOMANIES CP 2201 – Faubourg des capucins 23 2800 DELEMONT Tel : 41 32 421 8080 Fax : 41 32 421 8081 Mr Thierry HUMAIR Ma Antoinette DEFOSSEZ	Royaume Uni : ADDACTION GATEWAY HARM REDUCTION TEAM 228 Cambridge Health Road Bethnal Green London E29NN - England Tel 0171 739 22 77 Fax : 0171 729 5307 Mr James Maurice CAMP
Italie : AFET –AQUILONE – DROP IN LA BOA GENOVA 00 39 010 41 92 87 Ma Myriam REPETTO Ma Mariangela CANCELLARA	Portugal : ARES DO PINHAL Av 5 de Outubro, 115- 2º B 1000 Lisboa Mr Rodrigo SOUZA COUTHINO Maria Emilia ESTEVES LEITAO
Grèce : KETHEA THERAPY CENTER FOR DEPENDENT INDIVIDUALS Headquarters 24, Sorvolou street 11636 Athènes Tel : 92 41 993-6 Fax : 92 41 986-7 Mr Gerasimos PAPANASTASATOS Ma Maria ZAMPELI	Irlande : MERCHANT’S QUAY PROJECT Merkant’s Quay 4 8 Dublin Tel 353 16 79 00 44 fax : 353 16 71 37 38 Ma Caroline CORR Ma Janet HUCKER
Pays Bas : AOC MAASTRICHT – CAD LIMBURG Wilhelminasinzels 68A 6221 HN MAASTRICHT 0031 433213468 Mr Léon EXTRA	France : AMPT – Transit 3, rue Jean Marc CATHALA 13002 Marseille Mr Bruno TANCHE 04 91 56 08 40

PRESENTATION DE L'ÉTUDE

« TOXMED 2 »

ET DES RESULTATS

Coordination scientifique : Marie Jauffret-Roustide

Coordination technique : Bruno Tanche

Collaboration scientifique : Xavier Thirion

Avec la participation de : Hayet Aggoun, Chantal Bertorello, Béatrice Bessou, Florence Chevallet, Martine Coupet, Anne Ferenczi, Véronique Gonzalez, Xavier Marchelie, Lynda Marsoni, Hubert Osscini, Isabelle Perles, Pia Rostang, Jean-Jacques Santucci, Hervé Sue, Olivier Thomas, Etienne Zurbach

Septembre 2002

I) Rappel des objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif de recueillir des informations sur la situation socio-sanitaire des usagers de drogues fréquentant les dispositifs bas-seuil dans douze pays européens (Espagne, Allemagne, Suisse, Italie, Grèce, Pays-Bas, Suède, Danemark, Royaume-Uni, Portugal, Irlande, France).

Pour remplir cet objectif, un questionnaire (préalablement testé) a été transmis à des usagers de drogues fréquentant les douze dispositifs sélectionnés pour l'étude. Une seule structure a été choisie par pays, toutes sont des dispositifs menant des actions de réduction des risques.

Les résultats de ce questionnaire ont permis :

- D'échanger entre partenaires européens sur les pratiques professionnelles dans ces dispositifs et donc d'améliorer les compétences professionnelles des membres du réseau.
- D'harmoniser les outils d'évaluation sanitaire des populations fréquentant les dispositifs bas-seuil.
- De favoriser la mise en œuvre d'expérimentations dans le domaine de la réduction des risques, s'appuyant sur des collaborations transfrontalières.
- De formuler des recommandations en matière de prévention des publics usagers de drogues.

II) Organisation de l'étude

Dans chacune des douze structures un référent local chargé de l'étude Toxmed a été désigné.

762 Euros seront versés à chacune des 12 structures participant à l'étude Toxmed pour assurer la réalisation de l'étude dans leur pays.

De plus, deux personnes par pays seront invitées au séminaire final qui aura lieu les 23 et 24 mai 2002 (leurs frais de voyage et de séjour seront pris en charge sur le budget de l'étude).

Ce référent local a pour fonctions :

1) Lors de la phase qualitative :

- de faciliter les visites des membres de l'équipe de recherche de l'AMPT sur les sites.
- d'aider les membres de l'équipe de recherche de l'AMPT à remplir la grille de recueil de données.

2) Lors de la phase quantitative :

- de proposer les questionnaires aux usagers de drogues et de les aider à remplir le questionnaire en cas de difficultés.
- de tenir un registre sur les questionnaires acceptés, refusés et les abandons.
- de réceptionner les questionnaires.
- de renvoyer les questionnaires à l'AMPT.

III) Recueil des données qualitatives

1) Visites dans les structures

Entre juin et septembre 2001, l'équipe chargée de la recherche au sein de l'AMPT s'est rendue dans chacune des douze structures participant à l'étude. Onze personnes (Martine Coupet, Marie Jauffret-Roustide, Xavier Marchelie, Lynda Marsoni, Hubert Osscini, Pia Rostang, Jean-Jacques Santucci, Hervé Sue, Bruno Tanche, Olivier Thomas, Etienne Zurbach) se sont réparties l'ensemble des pays, en fonction des compétences linguistiques de chacun.

Chaque mission de deux ou trois journées a eu pour but de :

- Prendre contact avec l'équipe et lui présenter le projet Toxmed plus en détail
- S'assurer que les dispositifs sélectionnés étaient adaptés à la réalisation de l'étude et en particulier à la passation d'un questionnaire (ce qui a priori est déjà le cas)
- Réfléchir avec l'équipe sur la manière d'adapter la passation du questionnaire à leur structure
- S'assurer que le questionnaire était adapté aux spécificités nationales (droits sociaux, produits, traitements de substitution, ...)
- Former les référents à la passation du questionnaire afin que les conditions de passation soient identiques dans l'ensemble des structures (tout en tenant compte des spécificités locales).
- Recueillir des éléments sur le fonctionnement du dispositif et son insertion dans le système sanitaire et social local
- Recueillir des informations sur les politiques publiques nationales en matière de toxicomanie

Avant d'effectuer ces voyages, deux journées de travail ont été organisées les 2 mai et 23 mai 2001 avec l'ensemble des membres de l'équipe de recherche de l'AMPT afin de préciser les missions de chacun et de former les enquêteurs au recueil de données sur les sites.

2) Recueil des données qualitatives sur les sites

Pour le recueil des données qualitatives dans les 12 pays, l'équipe de recherche disposait d'une grille de recueil (présentée en annexe) pour les aider dans la réalisation de leur tâche.

Sur place, l'équipe a utilisé différents outils comme les temps d'échange avec les équipes et leurs observations personnelles pour remplir cette grille.

- Références bibliographiques

Pour préparer les visites, mais aussi pour compléter des données recueillies sur place, l'équipe de recherche a eu à sa disposition des éléments bibliographiques concernant les politiques nationales et européennes.

À ce sujet, dans 11 pays participant à l'étude (et appartenant à l'Union Européenne), existent des centres de ressources Reitox disposant de données nationales à l'instar de l'OFDT en France. Le site de l'OEDT constitue également une ressource importante.

- Aménagement de temps d'échange avec les équipes

Ces temps de rencontre et d'échange avec les équipes ont été également l'occasion de recueillir des données sur la structure, les politiques publiques locales et nationales, les tendances concernant les usagers de drogues..., même si l'interlocuteur privilégié reste le référent local.

- Observations personnelles

Les temps de rencontre et d'échange avec les équipes ont été complétés par les observations personnelles des membres de l'équipe de recherche qui ont permis d'enrichir le recueil.

L'équipe de recherche de l'AMPT a recueilli plusieurs types de données sur place :

- des données standardisées recueillies selon une grille d'observation pré-établie.
- des données de type ethnographique contenant des observations sur la structure et les usagers.
- des données issues de sources écrites comme les rapports d'activités de la structure ou les études réalisées au sein de la structure

3) Phase de test du questionnaire

Le site de Marseille (Boutique Transit) a servi de site exploratoire pour l'étude. Une journée de travail a été organisée en juin 2001 avec l'équipe pour discuter de la pertinence du questionnaire et pour s'assurer de la possible passation du questionnaire sur le site. Suite à cette rencontre, le questionnaire a été testé auprès de quelques usagers fréquentant la Boutique Transit.

Cette phase de test a permis de :

- 1) S'assurer que le questionnaire était bien adapté à la population fréquentant ces dispositifs (en particulier la durée de passation du questionnaire et la formulation des questions)
- 2) Trouver des solutions pour faciliter cette passation
- 3) Faire en sorte que la réalisation de l'étude ne perturbe pas le travail de l'équipe

IV) Réalisation de l'étude quantitative

Le recueil des données quantitatives s'est déroulé sur plusieurs mois entre octobre 2001 et février 2002.

Le référent local a été chargé de superviser le bon déroulement dans sa structure dans chacun des douze pays.

Le questionnaire (présenté en annexe) a été traduit en 10 langues soit :français, allemand, danois, anglais, italien, hollandais, portugais, suédois, grec et espagnol. L'Irlande et la Suisse n'ont pas eu de traductions spécifiques, mais certaines questions ont été adaptées au contexte du pays.

1) Sélection de la population

a) Des usagers de drogues

Le questionnaire devait être proposé à *“toute personne qui se reconnaît comme usager de drogues déjà connue ou pas, et venant dans la structure durant la période d'inclusion. Chaque usager ne sera interrogé qu'une seule fois. ”*

L'objectif proposé était de recueillir 50 questionnaires dans chacun des 12 dispositifs.

Suivant les recommandations du Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol, étaient exclus :

- Les consommateurs exclusifs de tabac
- Les consommateurs exclusifs d'alcool
- Les personnes qui consomment des produits psychoactifs dans le seul but de traiter une pathologie organique ou psychiatrique
- Les proches d'usagers de drogues qui fréquentent la structure, mais qui ne sont pas usagers eux-mêmes

Lors de leur premier passage dans la structure durant la période d'inclusion

Le questionnaire devait être proposé à *tous les usagers de drogues, déjà connus ou pas, et venant pour la première fois dans la structure durant la période d'inclusion (de septembre à octobre 2001)*. Concernant les lieux qui n'accueillent pas exclusivement des usagers de drogues, le référent local chargé de la passation du questionnaire devait être vigilant et ne proposer le questionnaire qu'aux usagers de drogues.

Toutefois, ont été exclues :

- Les personnes qui avaient déjà répondu.
- Les personnes qui n'étaient pas en état de répondre, soit parce qu'elles étaient sous l'emprise de produits qui rendaient impossible la passation du questionnaire, soit parce qu'elles étaient trop mal psychologiquement au moment de la passation. Le référent local avait alors la possibilité de proposer le questionnaire à l'utilisateur en question à un moment plus opportun.

b) injecteurs et non-injecteurs

Le projet d'étude déposé par l'AMPT auprès de la Communauté Européenne laissait supposer que l'étude ne devait concerner que les seuls usagers injecteurs.

Cette restriction nous semblait très compliquée et ce pour plusieurs raisons :

- **Les difficultés “ éthiques ” pour le référent de ne sélectionner que les injecteurs.** Le référent serait obligé de préciser à l'utilisateur qu'il ne pouvait répondre au questionnaire que s'il était un injecteur, ce qui nous semblait mettre le référent (qui est également un professionnel exerçant dans la structure) dans une position compliquée vis-à-vis des usagers. En effet, si le référent était capable de distinguer les usagers des non usagers dans son centre, il ne nous semblait pas être en mesure d'évaluer précisément si cet usager était ou non injecteur.

Ainsi, il nous semblait donc préférable de proposer le questionnaire à tous les usagers de drogues fréquentant la structure et de voir ensuite s'il était pertinent de distinguer les injecteurs des non injecteurs dans l'analyse des données.

Dans l'analyse des données, sera défini comme injecteur “ *toute personne qui s'est injecté un produit au moins une fois dans les deux derniers mois* ”.

Il nous semblait toutefois important de nous poser certaines questions autour de la définition de la qualité d'injecteur.

- La complexité de la qualité d'injecteur :

Comment définit-on précisément un usager injecteur ?

S'agit-il d'un usager qui s'injecte systématiquement tous les produits qu'il consomme au moment de l'étude ?

S'agit-il d'un usager qui s'injecte systématiquement “ son produit de choix ” au moment de l'étude ?

S'agit-il d'un usager qui s'injecte occasionnellement au moment de l'étude ?

S'agit-il d'un usager qui a arrêté de s'injecter, mais qui recourrait aux pratiques d'injection dans les mois précédents l'étude ?

Ainsi, pour définir un “ usager injecteur ”, se posent les questions de fréquence, de temporalité et de produits.

- Le risque de sous-déclaration de l'injection

Quand on interroge un usager dans une structure spécialisée pour toxicomanes, les usagers peuvent avoir tendance à sous-estimer à la fois leurs consommations de produits, mais également leur recours à l'injection. En effet, même dans les dispositifs de réduction des risques où l'arrêt de la consommation n'est pas présenté par les professionnels comme un objectif prioritaire, les usagers peuvent ressentir le besoin de se démarquer des autres usagers et donc de mettre en avant leur arrêt de l'injection voire leur abstinence vis-à-vis des drogues même si leurs pratiques ne sont pas en accord avec leur discours.

2) Passation du questionnaire

Le questionnaire a été généralement auto-administré. Toutefois, le référent local était présent pour aider l'utilisateur voire faire passer lui-même le questionnaire en cas de difficultés (analphabétisme ou problèmes de compréhension du questionnaire, par exemple).

Il nous semblait important de désigner un unique responsable local pour chacun des sites afin de limiter les pertes de questionnaires ou les doublons (questionnaire rempli plusieurs fois par une même personne).

Ce référent devait tenir un carnet de bord afin de :

- Noter les différents passages des personnes ayant répondu au questionnaire dans la structure grâce à un numéro de questionnaire créé par le référent local suivi du prénom et de la date de naissance de l'utilisateur interrogé afin de limiter les doublons.
- Recueillir des éléments sur les refus de répondre au questionnaire ou sur les abandons en cours de passation

Chaque questionnaire a ensuite été déposé dans une boîte de réception afin de garantir la confidentialité maximale aux usagers.

Pour améliorer la fiabilité des réponses au questionnaire, il nous semblait important que l'utilisateur puisse répondre en toute liberté, c'est-à-dire qu'il puisse être assuré que le référent local n'aura pas accès à ses réponses.

3) Exploitation des données quantitatives

Les questionnaires ont été régulièrement renvoyés à l'AMPT par les différents référents locaux.

Toutes les fiches-papiers ont été réceptionnées à l'AMPT.

Deux secrétaires de l'AMPT ont été chargées de la saisie des données qui s'est effectuée entre janvier et février 2002.

Le nettoyage de la base de données a eu lieu en mars 2002.

L'exploitation statistique a été réalisée entre avril et mai 2002 au sein du Centre d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances et du Laboratoire de Santé Publique de Marseille.

Dans un premier temps, l'analyse a porté sur :

- le taux de réponse aux différents items
- l'analyse à plat du questionnaire
- le contrôle de cohérence inter-items

Trois types d'analyse sont disponibles :

- Une analyse des résultats globaux
- Une analyse spécifique pays par pays
- Une analyse comparative pays du Nord/pays du Sud

V) Séminaire final

Le séminaire final Toxmed a eu lieu les 23 et 24 mai 2002 à Marseille.

Le programme de ce séminaire était le suivant :

Le 23 mai, une journée était consacrée à la rencontre de l'ensemble des participants et à des visites des structures marseillaises de prise en charge et de réduction des risques pour les usagers de drogues. Ces structures ont été choisies afin d'être représentatives de la réalité et de la diversité du dispositif français.

Le 24 mai avait la forme d'un séminaire plus formel se déroulant sur une journée.

La matinée était consacrée à la présentation des politiques publiques vis-à-vis des usagers de drogues en France et à la discussion des résultats de l'étude quantitative Toxmed.

L'après-midi était une table-ronde se proposant de donner la parole à chacun des intervenants des douze pays autour de problématiques sanitaires et politiques ressorties lors de l'analyse de l'étude par questionnaire.

VI) Calendrier Toxmed 2001-2002

Février-Mars 2001

- Rencontres autour du projet avec l'équipe de l'AMPT
- Prise de contact avec les différents partenaires européens
- Choix des responsables français des visites dans les sites
- Ébauche du protocole d'enquête
- Recherches bibliographiques sur les politiques publiques dans les 12 pays européens de l'étude

AVRIL-MAI 2001

- Finalisation du protocole d'enquête
- Mise en route de l'étude exploratoire à la Boutique Transit de Marseille
- Élaboration du guide d'observation
- Réflexions autour de l'amélioration du questionnaire
- Recherches bibliographiques sur les politiques publiques dans les 12 pays européens de l'étude
- Organisation du planning des visites

Juin-Septembre 2001

- Voyages dans les 12 structures européennes
- Recueil des données qualitatives
- Test du questionnaire à Transit
- Élaboration du questionnaire final adapté aux situations locales

Octobre 2001-Février 2002

- Recueil des données quantitatives sur les 12 sites
- Traitement des données qualitatives

Janvier-Février 2002

Saisie des questionnaires

MARS-MAI 2002

- Nettoyage de la base de données
- Traitement des données quantitatives
- Séminaire final les 23 et 24 mai 2002

Juin-Septembre 2002

- Actes du séminaire
- Rédaction du rapport

Résultats étude Toxmed 2

Méthode

L'étude s'est appuyée sur la méthodologie mise en œuvre dans la pré-enquête Toxmed 1.

12 pays participants pressentis bas seuil ont participé à l'étude :

Espagne, Allemagne, Suisse, Italie, Grèce, Pays-Bas, Suède, Danemark, Royaume-Uni, Portugal, Irlande, France et 10 langues

La durée de l'enquête a été de 4 mois/ Prévvision 2 mois

Le questionnaire

75% d'auto-questionnaire / 25% rempli avec l'aide d'un tiers

Majorité de questions fermées

35 questions

Explore les dimensions

- insertion sociale
- pratiques à risques
- consommation de drogues
- santé

Tous les centres ont répondu

Au total 522 Questionnaires reçus et exploitables / 600 prévus

Royaume Uni :	53	Suisse :	16
Irlande :	50	France :	41
Pays-Bas:	50	Italie :	58
Allemagne :	29	Espagne :	30
Danemark :	46	Portugal :	50
Suède :	49	Grèce:	50

I) Présentation générale des résultats sur les 12 pays

Données socio-démographiques

Sexe féminin	23%
Âge moyen	34,3 ans +/- 8,5
Vivent seuls	38%
Sont sans logement	25%
Sont sans emploi	84%
Sont sans couverture sociale	38%
Ont été incarcérés	65%

Consommations de produits psychoactifs

Produits	%	dont IV	sniff	inhale
Héroïne	60%	70%	15%	32%
Méthadone	62%	—	—	—
Buprénorphine	7%	18%	21%	3%
Cocaïne	37%	65%	31%	16%
Crack	16%	23%	5%	75%
Cannabis	65%			100%
Tabac	79%			100%
Alcool	48%			
Ecstasy	13%	10%	3%	12%
Amphétamines	16%	57%	15%	5%

Consommations de médicaments

Diazepam (Valium [®] , ...)	40 citations
Flunitrazépam (Rohypnol [®])	25 citations
oxazépam(Séresta [®])	10 citations
clorazépate dipotassique (Tranxène [®] , ...) (+ 19 benzodiazépine SAI)	6 citations

...

50% des médicaments proviennent du marché parallèle

Sexualité

69% ont un partenaire régulier
51% ont un partenaire usager de drogues
7% ont un partenaire porteur du VIH
37% utilisent régulièrement des préservatifs

Au total

28% estiment avoir des pratiques à risque

Pratiques à risque

57% ont utilisé la voie intraveineuse dans les 2 derniers mois
27% ont emprunté du matériel d'injection
27% ont prêté leur matériel d'injection
12% ont rencontré des difficultés pour se procurer du matériel

État de santé

39% ont été hospitalisés dans 12 derniers mois
14% sont VIH+ dont 57% en traitement
42% sont Hépatite C+ dont 16% en traitement
14% sont Hépatite B+ dont 16% suivis
41% sont vaccinés contre l'Hépatite B

Pathologie	%	dont % vu par médecin
Respiratoire	29%	73%
Cardiaque	21%	60%
Dentaire	68%	56%
Dermatologique	27%	72%
Abcès	23%	63%
Overdose	47%	—
MST	5%	95%

II) Comparaison Nord-sud

Voici la manière dont ont été regroupés pays du sud et pays du nord :

Pays du Nord

Suède
Danemark
Irlande
Royaume-Uni
Pays-Bas
Allemagne

= 277 questionnaires

Pays du Sud

Suisse
France
Italie
Espagne
Portugal
Grèce

= 245 questionnaires

	Pays du Nord	/	Pays du Sud
Isolement	45%		31%
Vit en famille	14%		37%
Sans logement	36%		14%
Vit avec ses enfants	6%		8%
Enfants placés	47%		26%
Sans emploi	91%		76%
Sans couverture sociale	70%		45%
Incarcération	79%		49%

	Pays du Nord		Pays du Sud
Héroïne	61%		59%
Méthadone	63%		62%
Buprénorphine	4%		11%
Cocaïne	23%		54%
Crack	27%		3%
Cannabis	69%		61%
Alcool	49%		47%
Ecstasy	12%		13%
Amphétamines	25%		7%

	Pays du Nord		Pays du Sud
Voie intraveineuse 12 mois	62%		51%
Emprunt matériel	25%		30%
Prêt matériel	22%		33%
Difficultés/matériel	16%		7%

	Pays du Nord	Pays du Sud
Suivi antérieur	54%	50%
Substitution actuelle	60%	63%
Buprénorphine	4%	10%
Méthadone	94%	87%

	Pays du Nord	Pays du Sud
Partenaire régulier	70%	66%
Partenaire UD	56%	43%
Partenaire VIH+	4%	10%
Sérologie inconnue	14%	23%
Utilisation préservatif	32%	43%
Evaluation risque	20%	37%

	Pays du Nord	Pays du Sud
VIH+	8%	20%
VIH inconnu	11%	19%
Traitement VIH	67%	53%
VHC+	56%	44%
VHC inconnu	18%	26%
Traitement VHC	18%	12%
VHB+	17%	12%
VHB inconnu	24%	29%
Suivi VHB	22%	11%
Vaccination VHB	47%	34%

	Pays du Nord	Pays du Sud
Hospitalisation	41%	37%
Problème respiratoire	30%	27%
Suivi médical	73%	74%
Problème cardiaque	29%	11%
Suivi médical	59%	61%
Problème dentaire	68%	67%
Suivi médical	58%	54%
Problème de peau	27%	26%
Suivi médical	73%	71%

	Pays du Nord	Pays du Sud
Abcès injection	24%	22%
Suivi médical	68%	57%
Overdose	48%	46%
Coups et blessures	32%	26%
Suivi médical	46%	81%
Suivi psychiatrique	18%	37%
Besoin suivi psy	9%	43%
Difficultés pour se soigner	19%	25%

III) Quelques tendances spécifiques selon les pays

En analysant les réponses au questionnaire pays par pays, quelques tendances sont ressorties, nous présentons ici les éléments les plus significatifs.

1. Caractéristiques socio-démographiques

☐ **Proportion de femmes**

Moyenne : 23%

Allemagne, Suisse, Suède, Irlande (+ 32%)

☐ **Isolement**

Moyenne : 38 %

Danemark, France, Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni (+ 41%)

☐ **Sans logement**

Moyenne : 25%

Suède, Pays-Bas, Irlande (+ 50%)

☐ **Sans emploi**

Moyenne : 84%

Danemark, Suède, Royaume-Uni, France, Portugal (+ 90%)

☐ **Revenus entourage**

Grèce, Italie, Espagne, Portugal

☐ **Sans couverture sociale**

Moyenne : 38%

Italie, Irlande, Espagne, Portugal (+ 50%)

☐ **Incarcération**

Moyenne : 65%

Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, France (+ 80%)

2. Consommation de produits

☐ **Héroïne**

Moyenne : 60%

Pays-Bas, Irlande, Italie (+ 70%)

☐ **Héroïne fumée**

Moyenne : 32%

Pays-Bas, Grèce, Suisse, France (+ 40%)

☐ **Héroïne sniffée**

Moyenne : 15%

France, Suisse, Grèce (+ 38%)

☐ **Héroïne injectée**

Moyenne : 70%

Allemagne, Italie, Irlande, Portugal (+ 89%)

☐ **Méthadone**

Moyenne : 62%

Portugal, Danemark, Allemagne, Suisse (+ 88%)

☐ **Méthadone prescrite**

Moyenne : 89%

Allemagne, Danemark, Suisse, Espagne, Portugal (100%)

☐ **Buprénorphine**

Moyenne : 7%

France (46%) dont 56% absorbée, 6% fumée, 28% sniffée, 22% injectée) (75% prescrite et 42% dealée)

☐ **Cocaïne**

Moyenne : 37%

Espagne, Suisse, Portugal, Italie, Grèce (+ 52%)

☐ **Cocaïne fumée**

Moyenne : 16%

Royaume-Uni, Danemark, Portugal, Grèce, Suisse (+ 20%)

- ☐ **Cocaïne sniffée**
Moyenne : 32%
Suède, Grèce, France, Espagne (+ 57%)
- ☐ **Cocaïne injectée**
Moyenne : 65%
Pays-Bas, Italie, Portugal, Allemagne, Suisse (+ 80%)
- ☐ **Crack**
Moyenne : 16%
Royaume-Uni, Pays-Bas, Allemagne (+ 43%)
- ☐ **Crack fumé**
Moyenne : 75%
- ☐ **Crack injecté**
Moyenne : 23%
Royaume-Uni : 41%
- ☐ **Cannabis**
Moyenne : 65%
Irlande, Allemagne, France (+ 70%)
- ☐ **Alcool**
Moyenne : 48%
Irlande, France, Pays-Bas, Suisse (+ 56%)
- ☐ **Tabac**
Moyenne : 79%
Pays-Bas, Irlande (+ 94%)
- ☐ **Ecstasy**
Moyenne : 13%
Irlande, Grèce, France (+ 20%)
- ☐ **Amphétamines**
Moyenne : 17%
Suède (80%) dont 82% par voie injectable, Royaume-Uni (23%)
- ☐ **LSD**
Moyenne : 9%
Irlande, Grèce (+ 21%)

3. Pratiques à risques

☐ **Utilisation de la voie intraveineuse**

Moyenne : 57%

Irlande, Italie, Royaume-Uni, Suède (+ 67%)

☐ **Emprunt matériel d'injection**

Moyenne : 27%

Grèce, Irlande, Espagne, France (+ 30%)

☐ **Prêt matériel d'injection**

Moyenne : 27%

Grèce, France, Portugal, Irlande, Suisse (+ 33%)

☐ **Suivi antérieur**

Moyenne : 52%

France, Pays-Bas, Allemagne (+ 61%)

☐ **Traitement de substitution actuel**

Moyenne : 62%

Allemagne, Portugal, Danemark, Suisse, Italie (+ 83%)

☐ **Partenaire régulier**

Moyenne : 68%

Irlande, Italie, Espagne, Allemagne, Portugal (+72%)

☐ **Partenaire usager de drogues**

Moyenne : 51%

Suède, Suisse, Portugal, Irlande (+ 64%)

☐ **Partenaire VHB+ et NSP**

Moyenne : 37%

Allemagne, Suède, Grèce (+44%)

☐ **Partenaire VHC+ et NSP**

Moyenne : 51%

Irlande, Allemagne, Suède (+ 71%)

□ **Partenaire VIH+ et NSP**

Moyenne : 25%

France, Portugal, Grèce (+35%)

La Grèce a une spécificité concernant le faible degré de connaissance des statuts sérologiques des partenaires .

□ **Non-Utilisation du préservatif**

Moyenne : 60%

Suède, Irlande, Danemark, France (71%)

□ **Évaluation personnelle du risque**

Moyenne : 28%

Portugal, Italie, Grèce, France, Irlande (+ 37%)

4. État de santé

☐ **Hospitalisation dans les douze derniers mois**

Moyenne : 39%

Allemagne, Irlande, France (+ 45%)

☐ **VIH+**

Moyenne : 14%

Portugal, Italie, Allemagne, France, Espagne (+ 17%)

☐ **VIH NSP**

Moyenne : 15%

Grèce, Portugal, Espagne (+ 21%)

☐ **VHC+**

Moyenne : 37%

Suède, Allemagne, Irlande (+ 60%)

☐ **VHC NSP**

Moyenne : 21%

Grèce, Portugal, Espagne (+ 27%)

☐ **VHB+**

Moyenne : 14%

Allemagne, Italie, Suède (+ 27%)

☐ **VHB NSP**

Moyenne : 26%

Pays-Bas, Grèce, Suisse (+ 33%)

☐ **Vaccination contre l'hépatite B**

Moyenne : 42%

Irlande, Royaume-Uni, Pays-Bas (+ 61%)

☐ **Problème respiratoire**

Moyenne : 29%

France, Suède, Allemagne, Pays-Bas (+ 35%)

- ☐ **Suivi médical**
 Moyenne : 73%
 Suisse, Royaume-Uni, Allemagne, Danemark (+ 90%)

- ☐ **Problème cardiaque**
 Moyenne : 21%
 Royaume-Uni, Irlande, Pays-Bas (+ 23%)

- ☐ **Suivi médical**
 Moyenne : 60%
 Suède, Italie, Grèce, Espagne, Danemark (+ 67%)

- ☐ **Problèmes dentaires**
 Moyenne : 68%
 Danemark, France, Irlande, Portugal (+ 76%)

- ☐ **Suivi médical**
 Moyenne : 56%
 Suisse, Grèce, France, Danemark (+ 60%)

- ☐ **Problème dermatologique**
 Moyenne : 27%
 Suède, France (+ 34%)

- ☐ **Suivi médical**
 Moyenne : 72%
 Royaume-Uni, Espagne, Danemark (+ 83%)

- ☐ **Abcès suite à injection**
 Moyenne : 23%
 Suisse, Irlande, Portugal, Royaume-Uni (+ 30%)

- ☐ **Suivi médical**
 Moyenne : 63%
 Suède, Portugal, Danemark (+ 75%)

- ☐ **Overdose**
 Moyenne : 47%
 Grèce, Italie, Irlande, Allemagne (+ 61%)

☐ **Coups et blessures**

Moyenne : 30%

Suède, France, Allemagne (+ 38%)

☐ **Suivi médical**

Moyenne : 61%

Espagne, Suisse, Italie (+ 83%)

☐ **Suivi psychiatrique**

Moyenne : 27%

France, Portugal, Espagne, Italie (+ 37%)

☐ **Besoins suivi psychiatrique**

Moyenne : 28%

Portugal, France, Irlande (+ 50%)

☐ **Difficultés pour se faire soigner**

Moyenne : 22%

Portugal, Irlande, Italie, France (+ 32%)

En résumé, la comparaison Nord/Sud fait apparaître les tendances suivantes :

- Importance des pratiques de partage (prêt et emprunt de matériel) dans les pays du sud / Non-utilisation du préservatif dans les pays du nord
- Importance de la prévalence du VIH dans les pays du sud / Importance de la prévalence du VHC dans les pays du nord
- Les indicateurs d'insertion (logement, emploi et incarcération) sont plus faibles dans les pays du Nord que les pays du Sud
- La connaissance de leurs sérologies, le suivi médical et la possibilité de prendre un traitement sont toujours plus importants dans les pays du Nord quelle que soit la pathologie : VIH, VHC, VHB.

Voici les problèmes de santé qui apparaissent le plus fréquemment dans chacun des pays :

Danemark : problèmes dentaires

Suède : problèmes respiratoires, dermatologiques, coups et blessures

Pays-Bas : problèmes respiratoires, cardiaques

Allemagne : problèmes respiratoires, coups et blessures, overdose

Irlande : problèmes cardiaques, dentaires, abcès suite à une injection, overdose

Royaume-Uni : problèmes cardiaques, abcès suite à une injection

Suisse : abcès suite à une injection

France : problèmes respiratoire, dentaire, dermato, coups et blessures

Italie : overdose

Espagne : aucun problème de santé spécifique ne ressort mais en même temps les usagers semblent rencontrer plus de difficultés pour se faire soigner

Portugal : problèmes dentaires, abcès suite à une injection

Grèce : overdose

ANNEXES

- 1) Grille de recueil Toxmed**
- 2) Questionnaire Toxmed – traduction français**
- 3) Questionnaire Toxmed – traduction anglaise**

Grille de recueil des données Toxmed

Les données seront quasi systématiquement recueillies au niveau local, national et de la structure dans la mesure du possible.

Les données recueillies doivent être les plus récentes possible, précisez systématiquement l'année de recueil.

Quand vous n'avez pas suffisamment de place pour noter, complétez sur papier libre :

Contexte

	VILLE	PAYS
Population totale		
Contexte socio-économique		
Spécificités en matière d'usage de drogues		

Présentation de la structure étudiée

- **Statut administratif :**
- **Financements :**
- **Objectifs et missions :**
- **File active :**
- **Composition de l'équipe :**
- **Présentation rapide du rapport d'activités le plus récent :**
- **Insertion dans le dispositif local et partenariats avec des institutions sanitaires et sociales :**
- **Autres services proposés aux usagers de drogues :**

Données socio-démographiques concernant les toxicomanes

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
% de toxicomanes			
Age moyen			
Situation matrimoniale			

Situation professionnelle			
Revenus			
Logement			
Couverture sociale			

Niveau d'études			
Incarcération			

Données sur les produits utilisés par les toxicomanes et les pratiques à risques

	PAYS	VILLE	STRUCTURE
Principaux produits consommés par les toxicomanes			
% d'injecteurs			
Evolutions récentes			

Partage de seringues			
Utilisation du préservatif			

Mortalité et morbidité des toxicomanes

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
Prévalence VIH			
Prévalence Hépatite B			
Prévalence Hépatite C			

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
Incidence VIH			
Incidence hépatite B			
Incidence hépatite C			

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
Décès liés aux surdoses			
Pathologies Psychiatriques			
Tendances spécifiques en matière de morbidité des usagers de drogues			

Evolution des politiques publiques de lutte contre les drogues

Présentation du cadre légal :

Pourcentage d'usagers de drogues dans la population carcérale :

	PAYS	VILLE	
Budget consacré à la lutte contre les drogues			
Place de la répression, de la prévention et des soins			
Évolutions récentes			

Dispositif de prise en charge des toxicomanes

	Pays	Ville
Offre de soins Type de structures proposées aux toxicomanes		
Type d'intervenants (éducateurs, psychologues, médecins, ...)		
Place des médecins généralistes dans la prise en charge		
Evolutions récentes des modes de prise en charge		
Nombre de toxicomanes pris en charge		

Accessibilité aux seringues

	<i>Pays</i>	VILLE	<i>Structure</i>
Date de mise en vente libre des seringues			
Type de programmes d'accessibilité aux seringues			
<i>Nombre de seringues distribuées par an</i>			

Traitements de substitution

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
Type de traitements de substitution proposés			
Modalités de dispensation des traitements de substitution			
Nombre d'usagers en traitement de substitution			

Autres dispositifs liés à la réduction des risques

	<i>Pays</i>	<i>Ville</i>	<i>Structure</i>
Description des dispositifs bas seuils			
Acceptabilité des dispositifs de réduction des risques chez les intervenants spécialisés et dans la population			
Groupes d'auto-support d'usagers de drogues			

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire Toxmed

Enquête Multi-centrique Européenne sur la Santé des Usagers

Nom du centre participant à l'enquête :
Numéro de questionnaire :

Questionnaire rempli : seul ____ avec l'aide d'un tiers ____

Madame, Monsieur,

Cette enquête a pour objectif de mieux connaître l'état de santé des usagers de drogues dans douze pays européens.

Nous vous proposons d'y participer, mais vous avez le choix d'accepter ou de refuser.

Ce questionnaire est anonyme. Si vous rencontrez des difficultés pour y répondre, n'hésitez pas à nous faire part de vos difficultés éventuelles et de vos commentaires sur ce questionnaire. Nous avons réservé quelques lignes à la fin de ce document pour que vous puissiez nous donner votre avis.

Si vous acceptez de répondre à nos questions, vos réponses seront très utiles et permettront de mieux connaître l'état de santé des usagers de drogues.

1) QUEL EST VOTRE AGE ? ____

2) VOUS ETES :

un homme ____

une femme ____ Etes-vous enceinte ? oui ____ non ____ vous ne savez pas ____

3) ACTUELLEMENT, VOUS VIVEZ :

____ seul(e)

____ avec votre conjoint

____ avec des proches (parents, amis)

____ autrement

4) VOUS HABITEZ DANS :

____ un logement stable

____ un logement provisoire

____ vous n'avez pas de logement

5) AVEZ-VOUS UN OU DES ENFANTS ?

- ☐ non
☐ oui, ils vivent avec vous
☐ oui, ils ne vivent pas avec vous

6) ACTUELLEMENT, TRAVAILLEZ-VOUS?

Oui ☐ non ☐

7) D'OU TIREZ-VOUS L'ESSENTIEL DE VOS REVENUS ? (*PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES*)

- ☐ de votre travail
☐ d'aides sociales
☐ d'une aide de votre entourage (famille, conjoint, ...)
☐ autrement (activités illégales, par exemple, ...)
☐ vous n'avez pas de revenus

8) ACTUELLEMENT BENEFICIEZ-VOUS D'UNE COUVERTURE SOCIALE ?

oui ☐ non ☐

9) QUEL EST VOTRE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES ?

- ☐ vous n'êtes jamais allé à l'école
☐ niveau primaire
☐ niveau secondaire
☐ études supérieures

10) AVEZ-VOUS DEJA ETE INCARCERE(E) ?

oui ☐ non ☐

**si oui, précisez combien de temps (en mois) :
et combien de fois :**

11) **DANS LES DEUX DERNIERS MOIS, QUELS SONT LES PRODUITS QUE VOUS AVEZ CONSOMMÉS ? (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**

		Voie d'administration				Mode d'obtention	
		absorbé	fumé	sniffé	injecté	Prescription médicale	Deal
Opiacés	héroïne						
	méthadone						
	buprénorphine						
	<i>autre opiacé (précisez :)</i>						
	<i>autre opiacé (précisez :)</i>						
Cocaïne	cocaïne						
	crack						
Autre médicament (précisez :)							
	<i>autre médicament (précisez :)</i>						
	<i>autre médicament (précisez :)</i>						
	<i>autre médicament (précisez :)</i>						
	<i>autre médicament (précisez :)</i>						
Cannabis	cannabis						
Alcool	alcool						
Tabac	tabac						
Drogues de Synthèse	Ecstasy						
<i>autre drogue de synthèse (précisez) :</i>	Amphétamines						
Hallucinogènes	LSD						
	<i>autre hallucinogène (précisez :)</i>						
Solvant (précisez :)							
Autre (précisez :)							
Autre (précisez :)							

12) AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'UTILISER UN PRODUIT (DROGUE OU MEDICAMENT) PAR VOIE INTRA-VEINEUSE ?

oui ___ non ___

si oui, au cours des 2 derniers mois, vous est-il arrivé d'emprunter du matériel d'injection (seringue, cuiller, coton) à quelqu'un ?

oui ___ non ___

au cours des 2 derniers mois, vous est-il arrivé de prêter votre matériel d'injection (seringue, cuiller, coton) à quelqu'un ?

oui ___ non ___

rencontrez-vous des difficultés pour vous procurer des seringues ?

oui ___ non ___

si oui, précisez quelles difficultés :

.....

13) EN DEHORS DE CE SERVICE, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SUIVI(E) DANS UNE STRUCTURE S'OCCUPANT D'USAGERS DE DROGUES ?

oui ___ non ___

14) Actuellement, prenez-vous un traitement de substitution ?

oui ___ non ___

si oui, quel est ce traitement de substitution ?

___ buprénorphine dosage par jour (en mg) :

___ méthadone dosage par jour (en mg) :

___ autre, précisez dosage par jour (en mg) :

comment vous procurez-vous ce traitement ?

___ chez le médecin

___ dans un centre ou à l'hôpital

___ autre, précisez

.....

-

**15) LORS DE VOTRE DERNIERE RELATION SEXUELLE, VOTRE PARTENAIRE ?
était un(e) partenaire régulier(e)**

oui ☐ non ☐

était usager de drogues

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

était séropositif(ve) à l'hépatite B

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

était séropositif(ve) à l'hépatite C

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

était séropositif(ve) au VIH

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

**16)
PRESERVATIF ?**

LORS DE VOTRE DERNIERE RELATION SEXUELLE, AVEZ-VOUS UTILISE UN

oui ☐ non ☐ vous ne vous souvenez pas ☐

**17) DANS LE CADRE DE VOTRE SEXUALITE, PENSEZ-VOUS QUE VOUS PRENEZ
DES RISQUES VIS-A-VIS DE LA TRANSMISSION DU SIDA ET DES HEPATITES ?**

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

18) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE(E) ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser pour quel(s) motif(s) :

.....

19) CONNAISSEZ-VOUS VOTRE SEROLOGIE POUR L'INFECTION A VIH ?

négatif ☐ positif ☐ vous ne savez pas ☐

EN CAS DE SEROLOGIE POSITIVE, PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH ?

Oui ☐ non ☐

20) CONNAISSEZ-VOUS VOTRE SEROLOGIE POUR L'HEPATITE C ?

négatif ☐ positif ☐ vous ne savez pas ☐

EN CAS DE SEROLOGIE POSITIVE, PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT POUR L'HEPATITE C ?

Oui ☐ non ☐

21) CONNAISSEZ-VOUS VOTRE SEROLOGIE POUR L'HEPATITE B ?

négatif ☐ positif ☐ vous ne savez pas ☐

Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B ?

Oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

EN CAS DE SEROLOGIE POSITIVE, ETES-VOUS SUIVI(E) POUR L'HEPATITE B ?

Oui ☐ non ☐

22) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES RESPIRATOIRES OU PULMONAIRES (BRONCHITE, PNEUMONIE, TUBERCULOSE, PAR EXEMPLE...) ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

si oui, avez-vous vu un médecin pour ces problèmes respiratoires ou pulmonaires ?

oui ☐ non ☐

23)
CARDIAQUES ?

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....
si oui, avez-vous vu un médecin pour ces problèmes cardiaques?

Oui ☐ non ☐

24)
DENTAIRES ?

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS PRESENTE DES PROBLEMES

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....
si oui, avez-vous vu un médecin ou un dentiste pour ces problèmes dentaires ?

oui ☐ non ☐

25)
PROBLEMES DE PEAU (PLAIES, MYCOSES, BRULURES, GALE, ...) ?

AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS PRESENTE DES

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....
si oui, avez-vous vu un médecin pour ces problèmes de peau?

Oui ☐ non ☐

26)
INJECTION ?

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES ABCES SUITE A UNE

oui ☐ non ☐

si oui, avez-vous vu un médecin pour ces problèmes d'abcès ?

oui ☐ non ☐

27)
AVEZ-VOUS DEJA FAIT UNE OVERDOSE ?

oui ☐ non ☐

si oui, suite à l'usage de quel(s) produit(s) :

.....

28) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (HORS SIDA ET HEPATITES) ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

si oui, avez-vous vu un médecin pour ces maladies sexuellement transmissibles ?

oui ☐ non ☐

29) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ETE VICTIME DE COUPS ET BLESSURES?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de conséquences physiques ils ont entraîné :

.....

si oui, avez-vous vu un médecin pour ces coups et blessures ?

oui ☐ non ☐

30) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN SUIVI PSYCHIATRIQUE ?

oui ☐ non ☐

Si oui, pouvez-vous préciser pour quel type de problèmes :

.....

Si non, pensez-vous en avoir besoin ?

oui ☐ non ☐ vous ne savez pas ☐

31) SI VOUS ETES UNE FEMME, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES GYNECOLOGIQUES ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

si oui, avez-vous vu un médecin pour ces problèmes gynécologiques ?

oui ☐ non ☐

32) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS PRESENTE UN PROBLEME DE SANTE PARTICULIER EN DEHORS DE CEUX PRECEDEMMENT CITES ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quel problème de santé :

.....

33) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS RENCONTRE DES DIFFICULTES POUR VOUS FAIRE SOIGNER ?

oui ☐ non ☐

si oui, pouvez-vous préciser quelles difficultés pour vous faire soigner :

.....

34) MAINTENANT, NOUS VOUS PROPOSONS D'ESSAYER D'EVALUER VOTRE QUALITE DE VIE SUR CES QUATRE ECHELLES GRADUEES ENTRE 0 ET 6 EN ENTOURANT VOTRE REPONSE. EXEMPLE :

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

0 = catastrophique

1 = très mauvais

2 = assez mauvais

3 = moyen

4 = assez bon

5 = très bon

6 = excellent

Etat physique

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

Etat psychologique

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

Insertion
socioprofessionnelle

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

Rapports familiaux

-0 1 2 3 4 5 6
|-----|

35)

SOUHAITEZ-VOUS RAJOUTER DES CRITIQUES OU COMMENTAIRES ? :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre collaboration

European Multicentric Survey on the Health Situation of Drug Users

Name of the centre

Number of questionnaire :

Questionnaire filling out : alone ☐ Helped by someone ☐

The aim of this survey is to get a better understanding of the health situation of drug users in twelve European countries.

We would like you to participate by filling out this questionnaire. You have the right to accept or to refuse.

This questionnaire is anonymous .If you find some questions difficult to answer, please don't hesitate to ask for help from the person who handed it to you.

Please let us know if you had any difficulties in filling out this questionnaire. We are interested in any comments you have to make. Therefore we have left some space at the end of the questionnaire.

If you agree to answer these questions, your answers will very useful in order for us to get a better view over the health situation of drug users.

1) YOUR AGE ? ☐☐☐☐☐☐☐☐

2) SEX :

male ☐

female ☐ Are you pregnant ? yes ☐ no ☐ you don't know ☐

3) WHO DO YOU LIVE WITH AT THE MOMENT ?

- ☐ alone
- ☐ with your partner
- ☐ with relatives or friends
- ☐ other

4) WHERE DO YOU LIVE :

- ☐ in permanent housing
- ☐ in temporary housing
- ☐ homeless

5) DO YOU HAVE ANY CHILDREN ?

- ☐ no
- ☐ yes, they live with you
- ☐ yes, but they don't live with you

6) DO YOU HAVE A JOB AT THE MOMENT ?

yes ☐ no ☐

7) WHERE DOES THE MAIN PART OF YOUR INCOME COME FROM ? (*MULTIPLE ANSWERS ARE POSSIBLE*)

- ☐ from your salary
- ☐ from social welfare
- ☐ from help from friends or relatives
- ☐ other activities (illegal activities for example)
- ☐ you don't have an income

8) DO YOU HAVE SOCIAL SECURITY COVER AT THE MOMENT ?

yes ☐ no ☐

9) WHEN DO YOU LEAVE SCHOOL ?

- ☐ you never went to school
- ☐ primary level
- ☐ secondary level
- ☐ higher education

10) HAVE YOU EVER BEEN TO PRISON ?

yes ☐ no ☐

If yes, for how long(in months) ?

How many times ?

11) WHICH SUBSTANCES YOU HAVE USED IN THE LAST TWO MONTHS ? (*MULTIPLE ANSWERS ARE POSSIBLE*)

		Mode of use				Method of obtaining the drug	
		ingested	inhaled	sniffed	injected	Medical prescription	From a dealer
Opiates	heroin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	methadone	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	buprenorphine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Other opiates(specify :)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Other opiates(specify :)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaine	cocaine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	crack	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other medication (specify :)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other medicine (specify :)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other medicine (specify :)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other medicine (specify)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other medicine (specify)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis	cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alcohol	alcohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tobacco	tobacco	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthetic drugs	Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other synthetic drug(specify)	Amphetamines	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hallucinogenes		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other hallucinogenes (specify)	LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solvent (specify :)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other (specify :)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Other (specify :)		☐	☐	☐	☐	☐	☐

12) HAVE YOU INJECTED SUBSTANCES (INCLUDING DRUG OR MEDICATION) IN THE LAST TWO MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, have you borrowed injecting equipment (including spoons, filters and water) from anyone in the last two months ?

yes ☐ no ☐

Have you lent your injecting equipment (including spoons, filters and water) to anyone in the last two months ?

yes ☐ no ☐

Do you have any problems obtaining syringes ?

yes ☐ no ☐

If yes, what kind of problems ?

.....

13) PRIOR TO YOUR FIRST ATTENDING THIS PROJECT HAVE YOU EVER BEEN FOLLOWED UP BY OTHER DRUG CENTERS FOR DRUG USERS?

yes ☐ no ☐

14) ARE YOU IN SUBSTITUTION TREATMENT AT THE MOMENT ?

yes ☐ no ☐

If yes, what is the treatment ?

☐ subutex (buprenorphine)

daily dosage (mg)

☐ methadone

daily dosage(mg)

☐ other(specify)

daily dosage(mg)

How do you get the treatment ?

☐ from a doctor

☐ in a centre or a hospital

☐ other, specify

.....

**15) The last time you had sex, your partner was
a regular partner**

yes ☐ no ☐

a drug user

yes ☐ no ☐ you don't know ☐

Hepatitis B positive

yes ☐ no ☐ you don't know ☐

Hepatitis C positive

yes ☐ no ☐ you don't know ☐

HIV positive

yes ☐ no ☐ you don't know ☐

16) THE LAST TIME YOU HAD SEX DID YOU USE A CONDOM?

yes ☐ no ☐ You can't remember ☐

**17) IN YOUR SEXUAL LIFE, DO YOU THINK YOU ARE TAKING A RISK REGARDING AN INFECTION OF
HIV AND HEPATITIS ?**

yes ☐ no ☐ don't know ☐

18) HAVE YOU BEEN HOSPITALISED DURING THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, for what reason ? :

.....

19) WHAT IS YOUR HIV STATUS ?

negative ☐ positive ☐ you don't know ☐

IF YOU ARE HIV POSITIVE, ARE YOU IN TREATMENT FOR IT ?

yes ☐ no ☐

20) WHAT IS YOUR HEPATITIS C STATUS ?

negative ☐ positive ☐ you don't know ☐

IF YOU ARE HEPATITIS C POSITIVE, ARE YOU IN TREATMENT FOR IT ?

yes ☐ no ☐

21) WHAT IS YOUR HEPATITIS B STATUS ?

negative ☐ positive ☐ you don't know ☐

Have you been vaccinated against hepatitis B ?

yes ☐ no ☐ you don't know ☐

IF YOU ARE HEPATITIS B POSITIVE, ARE YOU BEING FOLLOWED UP FOR IT ?

yes ☐ non ☐

22) HAVE YOU HAD ANY LUNG PROBLEMS (BRONCHITE, PNEUMONIA, TUBERCULOSIS, FOR EXAMPLE, ...) IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, what type of problems ?

.....

If yes, have you seen a doctor for these problems ?

yes ☐ no ☐

23) HAVE YOU HAD ANY CHEST PROBLEMS IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, what type of problems ?

.....

If yes , have you seen a doctor for these problems ?

yes ☐ no ☐

24) HAVE YOU HAD ANY DENTAL PROBLEMS IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, what type of problems ?

.....

If yes, have you seen a dentist or a doctor for these problems ?

yes ☐ no ☐

25) HAVE YOU HAD ANY SKIN PROBLEMS IN THE LAST 12 MONTHS (BURNS, SORES, FUNGAL INFECTIONS, SCABIES FOR EXAMPLE)?

yes ☐ no ☐

If yes, what type of problems ?

.....

If yes, have you seen a doctor for these problems?

yes ☐ no ☐

.....

26) HAVE YOU HAD AN ABCESS FROM INJECTING IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, have you seen a doctor for this problem ?

yes ☐ no ☐

27) HAVE YOU EVER TAKEN AN OVERDOSE ?

yes ☐ no ☐

if yes, what was the drug ?

.....

28) HAVE YOU HAD ANY SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES DURING THE LAST 12 MONTHS (OTHER THAN HIV AND HEPATITIS) ?

yes ☐ no ☐

If yes, specify what type of disease :

.....

If yes, have you seen a doctor for these diseases ?

yes ☐ no ☐

29) Have you been the victim of any violent assault in the last 12 months ?

yes ☐ no ☐

If yes, specify what kind of physical consequences you have been the victim of ?

.....

If yes, have you seen a doctor for it?

yes ☐ no ☐

30) HAVE YOU BEEN UNDER ANY PSYCHIATRIC TREATMENT (NOT MEDICATION BUT BE SEEN BY A PSYCHIATRIST FOR EXAMPLE) IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, for what reason ? :

31) IF YOU ARE A WOMAN, HAVE YOU HAD ANY GYNAECOLOGICAL PROBLEMS IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, what kind of problems ?

.....

If yes, have you seen a doctor for these problems ?

yes ☐ no ☐

32) IN THE LAST 12 MONTHS, HAVE YOU HAD ANY OTHER HEALTH PROBLEMS APART FROM THOSE ALREADY MENTIONED ABOVE ?

yes ☐ no ☐

If yes, what kind of health problems ? :

.....

33) HAVE YOU HAD ANY DIFFICULTIES IN GETTING MEDICAL HELP FOR ANY OF THESE PROBLEMS IN THE LAST 12 MONTHS ?

yes ☐ no ☐

If yes, what kind of difficulties ? :

.....

34) WE WOULD NOW LIKE YOU TO TRY TO EVALUATE YOUR QUALITY OF LIFE ON FOUR DIFFERENT SCALES RANGING FROM 0 TO 6. CIRCLE YOUR ANSWER. EXAMPLE :

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

0 = *disastrous*

1 = *very bad*

2 = *quite bad*

3 = *average*

4 = *quite good*

5 = *very good*

6 = *excellent*

Physical condition

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

Psychological condition

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

**Socio-professional
integration**

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

Family relations

0 1 2 3 4 5 6
|-----|

35) WOULD YOU LIKE TO ADD ANY COMMENTS OR CRITIQUE ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thank you for your collaboration

**ACTES DU SEMINAIRE TOXMED 2
DU 24 MAI 2002**

Ouverture du Séminaire à 9 h 45.

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Mesdames, Messieurs, je vous souhaite la bienvenue, notamment à ceux qui nous rejoignent ce matin et qui sont des décideurs ou des personnes que vous avez rencontrées lors de visites, hier.

Je voudrais tout particulièrement remercier la Commission Européenne Direction G4, service des maladies transmissibles, rares et émergentes, sans qui cette action n'aurait pas eu lieu. Je tiens également à remercier le personnel de l'A.M.P.T. pour le travail fourni. Jusqu'à maintenant, l'organisation s'est plutôt bien déroulée et je remercie le secrétariat et le personnel qui a participé à l'organisation de cette journée.

Il est important, à partir de là, de vous rappeler notre programme de la journée.

Je vais donc commencer par vous retracer l'historique de cette recherche, notamment l'historique du premier volet que nous avons appelé TOXMED 1 et quelques-uns des résultats. Je pense d'ailleurs que j'insisterai davantage sur les difficultés que nous avons rencontrées que sur les résultats.

Ensuite, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, du CNRS, vous parlera de la méthodologie mise en place pour TOXMED 2 et des résultats de TOXMED 2 auquel vous allez participer et pour lequel nous vous avons adressé des questionnaires. L'intervention de Marie JAUFFRET-ROUSTIDE se fera sous la bienveillante autorité du Professeur Xavier THIRION, rattaché au Laboratoire de Santé Publique de Marseille.

Nous allons intervenir, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE et moi-même, normalement pendant environ une heure, deux fois une demi-heure, puis nous aurons un débat et, après, le déjeuner.

Nous reprendrons ensuite à 14 h, pour une table ronde sur les questions que j'ai évoquées hier matin avec vous et qui me paraissent une partie tout particulièrement intéressante puisqu'il s'agit effectivement d'essayer de comparer un certain nombre de concepts que nous partageons, ou que nous ne partageons pas d'ailleurs, dans les différents pays qui sont rassemblés, aujourd'hui, dans cette salle.

Rappel de l'historique du projet TOXMED

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Je vais donc vous retracer rapidement l'historique, la méthodologie et quelques-uns des résultats du projet TOXMED 1, projet qui consistait à étudier l'état de santé des usagers de drogues par voie intraveineuse dans quatre villes portuaires d'Europe, à échanger nos savoirs et à élargir la palette des réponses possibles.

Il s'agissait d'un projet financé par la Commission des Communautés Européennes et qui avait bénéficié d'une aide complémentaire de l'Etat Français, Division Sida, ainsi que de la Région PACA et de la Ville de Marseille.

Ce projet, qui a été déposé en 1997, partait du constat selon lequel le phénomène d'usage de drogues avait, dans toute l'Europe et particulièrement en France, considérablement évolué ces dernières années, évolution du profil des utilisateurs, des produits consommés, des pathologies associées, évolution des politiques publiques à la fois en termes de prise en charge mais également des politiques répressives.

Il est vrai que l'Europe, longtemps restée abstraite, s'invitait de plus en plus fréquemment dans notre quotidien privé et professionnel. C'est d'ailleurs lors de rencontres avec des professionnels britanniques, à Londres, en 1990, que nous est venue l'idée de créer la première structure "bas seuil" de notre pays.

L'Europe donc, au travers du droit communautaire, de la construction de l'espace Schengen, devenait une réalité et nous permettait de confronter, parfois rudement, les différentes politiques de traitement en vigueur dans les pays de l'Union.

En effet, l'apparition tardive, en tout cas dans le sud de l'Europe, de la politique de réduction des risques et des dommages, au travers notamment des prescriptions de substitutions et de l'ouverture de structures dites "à bas seuil d'exigence", constituaient une évolution majeure dont il était essentiel pour les acteurs publics et les décideurs de mesurer les effets et évaluer la pertinence.

Et pour cela, il était, bien sûr, indispensable de disposer de données fiables, comparables et objectives, mais surtout, face aux données comparatives en matière de personnes infectées par le VIH, il s'agissait de comprendre pourquoi de telles différences entre les pays, qu'est-ce qui se cachait derrière les tendances et quelle était l'efficacité des différentes politiques.

Si notre volonté de procéder à une telle recherche était effective, notre savoir-faire faisait largement défaut. C'est de ce déficit qu'a émergé la collaboration entre notre institution, L'A.M.P.T., Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies, gestionnaire de différents services de soins à Marseille et dans le département des Bouches-du-Rhône, et l'ORS, Observatoire Régional de la Santé, organisme spécialisé dans l'analyse des problèmes de santé publique et l'évaluation des problématiques sanitaires.

TOXMED 1 s'est construit à partir d'un certain nombre de constats et d'interrogations.

Tout d'abord :

- * un taux élevé de séropositivité au VIH en Europe du Sud,
- * une augmentation du nombre d'usagers de drogues en situation de précarité fréquentant les dispositifs de soins spécialisés,
- * un déficit de données socio-sanitaires concernant les populations s'adressant aux dispositifs bas seuil et globalement une absence d'information en dehors du Sida et des hépatites,
- * enfin, une absence d'évaluation à l'échelle européenne des réponses institutionnelles, notamment celles nouvellement mises en place dans les différents pays destinées aux usagers de drogues les plus marginalisés.

L'O.F.D.T., Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, et l'Observatoire Européen faisaient déjà en 1997 état de cette situation et mettaient l'accent sur les difficultés inhérentes à toute démarche comparative, difficultés dues en particulier à la diversité des procédures

de recueil de données, de leurs interprétations et des définitions employées.

Cette mise en garde aurait dû éveiller notre méfiance, plus qu'elle ne l'a réellement fait. C'est en tout cas ce que la suite du projet nous a démontré !

C'est donc dans ce contexte qu'a été déposé auprès de la DG5, à Luxembourg, un projet portant sur la "faisabilité d'une étude multicentrique dans trois villes portuaires de l'Europe du Sud et une ville d'Europe du Nord, portant sur les caractéristiques socio-sanitaires des usagers de drogues en vue de la définition d'un réseau d'experts".

A l'origine, notre ambition était de procéder à une double comparaison : tout d'abord, géographique, Nord/Sud entre trois ports du Sud, Gênes, Marseille, Barcelone et une ville d'Europe du Nord, Dundee ; deuxième axe de comparaison : en termes de seuils d'accès aux dispositifs, notamment entre ceux qualifiés de "bas seuil" et les structures de soins plus classiques.

Pour tenter de réaliser cet objectif, il nous semblait nécessaire de disposer de trois types de données :

- * définir un ou des outils communs permettant d'appréhender ou de mieux appréhender la situation sanitaire des usagers de drogues les plus marginalisés,

- * définir et analyser le contexte de mise en œuvre de ces dispositifs dans chacun des pays concernés,

- * constituer un réseau d'experts susceptibles de réaliser des études comparatives sur les différents sites.

C'était notre ambition.

Au delà des résultats, il s'agissait également d'engager une réflexion entre équipes de terrain travaillant dans les différents pays ainsi qu'entre cliniciens et chercheurs. Cette réflexion devait porter sur nos publics, mais également nos outils de recueil de données, et elle devait, in fine, améliorer notre connaissance notamment de la situation socio-sanitaire de nos patients.

Bien entendu, la construction de ce premier réseau et le choix des pays participants ont été déterminés par la préexistence d'un certain nombre de relations. Depuis fort

longtemps, les professionnels de l'A.M.P.T. travaillaient avec différentes institutions de soins dans certains pays de l'Union européenne et tout particulièrement, bien sûr, des pays frontaliers, comme l'Espagne, l'Italie et bien que, hors Europe, la Suisse.

Sans réellement parler de culture commune, nous pouvions nous prévaloir d'une assez bonne connaissance des dispositifs et des pratiques en vigueur dans nos pays respectifs.

C'est pourquoi, quand dans les années 1990 nous avons été confrontés à la situation sanitaire catastrophique qu'ont connue la plupart des pays européens, mais plus particulièrement ceux du Sud, une réflexion commune a pu s'organiser entre certains cliniciens.

Nos débats portaient évidemment sur les moyens d'enrayer l'épidémie mais également sur la pertinence de nos dispositifs et sur la question de l'accès aux soins.

Ce n'est donc pas le fait du hasard si des services "bas seuil" ont vu le jour quasiment simultanément, par exemple début 1993, à la fois portés par l'A.M.P.T. à Marseille et par la Croix Rouge à Barcelone.

Naturellement et parce que nos préoccupations étaient également les leurs, les professionnels du SERT, Service Spécialisé en Toxicomanie, et de l'AFET, Association Familiale contre l'Exclusion des Toxicomanes, implantés à Gênes, ont répondu favorablement à notre sollicitation, tout comme ceux de Barcelone.

Il nous restait à trouver une ville, située plutôt dans le Nord, et susceptible de constituer un contrepoint aux similitudes que nous pressentions du panorama des trois ports méditerranéens.

C'est ainsi que, connaissant certains membres de l'équipe du *Harm Reduction Center* de Dundee, nous avons pu associer nos amis écossais à notre étude. Un embryon de réseau commençait à prendre forme.

Tel était donc le projet initial, un projet ambitieux qui, comme on pouvait s'y attendre, allait devoir réviser à la baisse ses ambitions. En effet, un certain nombre de contingences et de délais très courts nous avaient empêchés

d'apprécier certaines difficultés qui ont modifié et retardé la mise en place du réseau.

Ainsi, la disparité des institutions partenaires du projet, notamment le fait que certaines d'entre elles ne possédaient pas ou pas encore une structure "bas seuil", nous ont conduits à abandonner ce volet comparatif et à recentrer ce projet sur le plus grand dénominateur commun, à savoir les populations les plus précarisées, et donc à nous adresser aux seuls dispositifs "bas seuil".

D'une manière générale, nous avons également sous-estimé les difficultés méthodologiques ainsi que celles liées aux différences des cultures professionnelles entre chercheurs et cliniciens. Pour avoir négligé l'écart culturel et linguistique, nous avons également perdu un temps précieux. Mais il faut savoir parfois perdre du temps, voire comme disait Jean-Jacques SANTUCCI, perdre son chemin pour mieux se retrouver.

Alors, que pouvons-nous retenir de cette étude de faisabilité qui s'est concrétisée par une pré-enquête dans quatre villes partenaires du premier réseau TOXMED ?

Résultats de l'étude de faisabilité TOXMED 1

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Cette étude s'est appuyée sur la construction et la passation d'un questionnaire pilote qui se décomposait en trois parties :

- * les caractéristiques socio-démographiques des sujets,
- * les pratiques d'usage de drogues au cours des six derniers mois,
- * les problèmes de santé manifestés au cours des douze derniers mois.

Le protocole prévoyait une diffusion systématique du questionnaire, en direction des usagers de drogues reçus dans les quatre structures durant deux mois, précisément du 22 juin au 20 août 1998.

Une mauvaise explication et donc une mauvaise compréhension du protocole, ainsi que des problèmes de disponibilité des intervenants de terrain, se sont traduits par des durées de recueil inégales selon les sites.

Par ailleurs, dans certaines structures, seuls les usagers ayant recours à l'injection se sont vus proposer le questionnaire.

Ainsi, au regard du nombre de fiches renseignées et des écarts méthodologiques, les résultats obtenus ne pouvaient prétendre rendre compte des différences et du poids des particularités locales.

En effet, les résultats portaient sur 106 usagers et concernaient le profil socio-démographique, le parcours dans la toxicomanie, la situation par rapport à l'infection à VIH ou aux hépatites, ainsi qu'aux autres problèmes sanitaires rencontrés par ces personnes au cours de l'année en cours.

Aussi, avec toutes les précautions d'usage, il est possible de dire que le groupe ayant participé à cette enquête se caractérisait et se caractérise toujours de la manière suivante :

- * il s'agit principalement d'hommes (sex ratio 2,8) qui ont en moyenne 31 ans ;

* ce groupe fait preuve d'un niveau d'insertion sociale particulièrement fragile, la plupart des usagers n'exercent pas d'activité professionnelle reconnue, peu d'entre eux ont un logement autonome et plus de la moitié ont été incarcérés.

Dans ce contexte, l'origine des revenus semble déterminante du profil socio-démographique, notamment concernant le logement et la couverture sociale. Il est possible de dissocier l'échantillon en deux grands groupes :

* ceux dont les revenus proviennent des prestations sociales,

* ceux dont les revenus proviennent d'activités parallèles ou "non institutionnelles" ; il s'agit du travail au noir, du *deal* et d'autres formes de délinquance.

Concernant les pratiques relatives à l'usage de drogues, on constate :

- * qu'il s'agit principalement de consommateurs d'héroïne,
- * que près des deux tiers consomment quotidiennement,
- * que la plupart ont recours à l'injection.

On remarque également que la moitié d'entre eux (52,8 %) prennent des produits de substitution avec ou sans prescription.

Toujours concernant les pratiques, il semble que les usagers les plus jeunes aient commencé à consommer des drogues beaucoup plus tôt que leurs aînés, et que les femmes déclarent une consommation plus tardive que celle déclarée par les hommes.

En ce qui concerne les produits consommés, le recours à l'héroïne semble moins important chez les usagers de la tranche 25-35 ans, qui utilisent préférentiellement de la cocaïne.

En matière de ressources comme indicateur du niveau d'insertion, les consommateurs d'héroïne seraient plus vulnérables, dans la mesure où leurs revenus proviennent principalement d'activités illicites.

Concernant les pathologies infectieuses et les usagers ayant connaissance de leur statut sérologique par rapport au VIH, il existerait un lien entre ce statut et leur nombre d'incarcérations. Aucun des sujets incarcérés une fois ne se

déclare séropositif au VIH, contre 42 % chez ceux incarcérés plus de trois fois.

Concernant la sérologie VHC, le temps d'incarcération paraît être un moment où l'utilisateur peut pratiquer un test avec une bonne transmission des résultats. Ceux qui n'ont jamais été incarcérés ont une moins bonne connaissance de leur statut sérologique ; 37 % ne le connaissaient pas, contre 15 % de ceux ayant été incarcérés.

Du point de vue des pratiques à risques, on constate que l'emprunt de matériel d'injection serait lié à la fréquence de consommation.

En revanche, l'utilisation de préservatif reste indépendante de toute caractéristique : statut social, choix de la drogue, sexe, âge, etc.

Les principaux problèmes de santé rencontrés par les usagers de drogues au cours des douze derniers mois, dernier volet de ce questionnaire, restent principalement :

- * des problèmes dentaires -je ne suis pas sûr que cela ait changé, d'ailleurs-,
- * des accidents et des traumatismes divers,
- * des complications dues à l'injection.

Enfin, les individus aux situations les plus précaires, ceux qui ne déclarent avoir aucune ressource, auraient un risque de traumatisme (accidents, blessures) beaucoup plus important.

Il convient, bien entendu, de situer ces résultats dans un contexte d'une étude de faisabilité à venir et non d'une étude réalisée.

Le nombre de sujets enquêtés, le fait qu'un grand nombre de questions n'aient pas pu, pour des raisons méthodologiques, être exploitées, l'absence de comparaison Nord/Sud notamment, et, de ce fait, l'élaboration de cette sorte de profil européen de l'utilisateur de drogue précarisé, n'ont que très peu de sens.

En fait, le questionnaire que vous avez eu à connaître pour l'enquête TOXMED 2 n'a que très peu de rapport avec celui construit et rempli lors de l'étude de faisabilité, puisqu'il a été profondément modifié.

Un autre des objectifs était d'aller vers une plus grande homogénéité de nos outils de recueil d'information, afin de rendre possible des évaluations communes et de pouvoir comparer éventuellement nos publics et nos pratiques.

Force a été de constater que cet objectif n'a pas été réellement atteint. En effet, les disparités avaient été largement sous-estimées :

- * disparité des dispositifs, des concepts -la notion de réduction des risques n'a pas le même sens pour tout le monde-, nous l'évoquions hier matin,

- * disparité des pratiques qui en découlent et qui s'échelonnaient du seul échange de seringue à Gênes à la prévention des risques sexuels à Dundee,

- * disparité des publics, à la fois des utilisateurs de drogues intraveineuses jusqu'aux homosexuels et utilisateurs de produits dopants,

- * disparité des procédures d'évaluation qui se sont révélées extrêmement différentes, voire pour certains des positions éthiques par rapport à l'évaluation,

- * enfin, disparité des attentes vis-à-vis de cette recherche -et je crois que cela a été un point fondamental- considérée par les uns comme essentiellement à visée sanitaire, plus globale pour les autres et axée sur une réalité des pratiques parfois fort éloignée des rigueurs de l'analyse épidémiologique.

La mise en lumière et l'identification de l'ensemble des difficultés précédemment évoquées justifiaient la nécessité de réaliser cette première étude, qui a permis, en outre, d'initier et de favoriser l'échange et le transfert d'expériences et de compétences.

Les bases d'une collaboration future entre équipes étaient jetées, ainsi que les conditions d'élaboration d'un véritable outil de recueil de données, aussi standardisé que possible.

Cependant, la somme de travail qu'avait occasionnée ce projet nous incitait à ne pas poursuivre immédiatement et, en accord avec les différents partenaires, à attendre un an avant de proposer sa poursuite à la Communauté Européenne. Ce n'est donc qu'en septembre 2000 qu'un nouveau projet était déposé

était déposé à la DG5, qui nous a alors expressément demandé qu'il concerne un nombre beaucoup plus important de pays de l'espace communautaire.

Le projet TOXMED 2 était mis en route en décembre 2000 et devait être restitué un an après. Une demande de prolongation de six mois, acceptée par la CEE, nous fait nous rencontrer aujourd'hui.

Des partenaires ont changé, le réseau s'est élargi et nous avons souhaité changer d'organisme expert.

Ainsi, une chercheuse de l'INSERM, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, du CNRS Cesames Université Descartes Paris V, a été chargée de repenser et coordonner l'étude, sous la bienveillante autorité du Professeur Xavier THIRION, du Laboratoire de Santé Publique de Marseille.

Voilà ! J'espère avoir respecté à peu près le temps de parole qui m'était imparti.

Présentation des résultats de l'étude TOXMED 2

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *Chercheur à l'INSERM,
CNRS CESAMES, Université Descartes Paris V.*

Nous allons maintenant passer aux résultats de l'étude quantitative TOXMED 2.

Comme M. Bruno TANCHE vous l'a dit précédemment, je n'étais pas présente lors de la première enquête et j'ai donc repris en cours cette étude, il y a à peu près un an et demi. Je vais commencer par des remerciements et la présentation des personnes qui ont participé à cette étude.

D'un point de vue scientifique, cette étude a été coordonnée par le Professeur Xavier THIRION et moi-même. Nous nous sommes occupés de la réalisation du questionnaire, du suivi de l'étude et ensuite de l'analyse des données.

Mais je tenais à remercier tout particulièrement Chantal BERTOVELLO, du Département d'Information Médicale, qui a fait la construction de notre dossier et qui nous a beaucoup aidés pour l'analyse, Véronique GONZALEZ et Isabelle PERLES, de l'A.M.P.T., qui ont saisi plus de 500 questionnaires, ce qui représente un travail très important et enfin -je ne pourrai pas nommer tout le monde- une trentaine de personnes qui ont été les coordinateurs locaux issus des douze pays européens, qui sont là aujourd'hui, ainsi que le personnel de l'A.M.P.T. qui s'est rendu sur chacun des sites.

Présentation d'une rétroprojection.

Pour ce qui est de la méthode, avec le Professeur Xavier THIRION, nous nous sommes appuyés sur la pré-enquête de TOXMED 1. Un questionnaire existait, nous avons essayé de le remodeler -je vous l'expliquerai tout à l'heure- en fonction des préoccupations plus récentes et nous avons essayé également de l'adapter un peu aux particularités de chacun des pays européens.

Douze pays, cette fois-ci, ont participé à TOXMED 2, donc des pays pressentis "bas seuil". C'est-à-dire qu'au départ, le critère d'inclusion pour les structures était qu'il s'agisse de structures "bas seuil". Donc, pour le "vérifier" -

entre guillemets-, plusieurs coordinateurs ont été nommés au sein de l'A.M.P.T. et se sont rendus dans chacun des pays pour voir si, effectivement, il y avait une homogénéité du point de vue des caractéristiques des centres.

Voici l'ensemble des pays participant à l'étude : l'Espagne, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie, la Grèce, les Pays-Bas, la Suède, le Danemark, le Royaume-Uni, le Portugal, l'Irlande et la France. Cela faisait en tout dix langues différentes -j'y reviendrai à la fin de ma présentation-, ce qui a rendu cette étude plus compliquée, tout particulièrement en termes de traduction des questionnaires et également d'analyse des questions orales.

Du point de vue de la méthode, comme je le disais, des personnes de l'A.M.P.T. se sont donc rendues dans chacun des pays, pour recueillir des données qualitatives qui nous ont permis d'avoir une idée, en fait, des politiques publiques en vigueur dans chacun de ces pays. Egalement, lors de ces visites, des contacts avaient été pris avec le personnel sur place pour désigner un coordinateur local qui serait chargé de la supervision de l'enquête dans chacun des pays européens. Ces listes avaient également pour objectif d'adapter le questionnaire aux spécificités locales. Ensuite, le questionnaire a été le même dans chacun des pays mais nous voulions qu'il puisse quand même être rempli de la même manière dans l'ensemble de ces pays européens.

Au niveau des critères d'inclusion, nous avons demandé aux coordinateurs locaux d'inclure dans l'étude toute personne qui se reconnaît comme usager de drogues, qui est déjà connue ou pas par la structure, et qui vient dans la structure durant la période d'inclusion. Et chaque usager n'a été interrogé qu'une seule fois.

L'enquête a duré quatre mois alors que nous avions prévu au départ deux mois. Mais nous avons demandé 50 questionnaires dans chacun des pays et, suivant les structures, cela a été plus ou moins facile à réaliser et nous avons donc préféré, pour avoir un taux de réponses plus important, élargir la durée d'inclusion.

Présentation d'une rétroprojection.

Au niveau du questionnaire, au départ la consigne était que, dans la mesure du possible, l'utilisateur de drogues inclus remplisse lui-même le questionnaire. Il s'agissait donc d'un auto-questionnaire. Mais il était quand même prévu qu'en cas de difficulté, par exemple due au problème de l'alphabétisation, les personnes puissent être aidées par un membre du personnel de la structure. Au final, nous avons eu 75 % d'auto-questionnaires et 25 % de questionnaires remplis avec l'aide d'un tiers.

Concernant les questions, nous avons élaboré une majorité de questions fermées. Il y avait 35 questions, dont un tableau sur les consommations que nous avons compté comme une seule question mais qui prenait quand même pas mal de temps. Et ce questionnaire TOXMED 2 explorait différentes dimensions : l'insertion sociale, les pratiques à risques, la consommation de drogues, et plus particulièrement des questions relatives à la santé.

Présentation d'une rétroprojection.

Au niveau des réponses, tous les centres qui étaient pressentis ont répondu et ont participé aux thèmes et nous avons reçu au total 522 questionnaires qui ont été exploitables, par rapport aux 600 questionnaires prévus.

Cette planche vous montre l'ensemble des pays et vous voyez que, suivant les pays, nous n'avons pas eu toujours le même nombre de questionnaires. Mais ceci est principalement lié à la taille des structures : dans certaines structures, il était plus difficile de recueillir 50 questionnaires.

Vous allez avoir deux types de présentations. Nous avons réalisé trois types d'analyse : une analyse globale, ensuite une analyse pays par pays et, enfin, il a été choisi de faire une comparaison Nord/Sud puisque l'analyse pays par pays ne faisait pas ressortir de spécificités qui nous semblaient suffisamment exploitables. Donc, dans le rapport final, vous aurez une analyse pays par pays, mais, aujourd'hui, je ne vais présenter que l'analyse globale, dans un premier temps, et, ensuite, la comparaison Nord/Sud.

Présentation d'une rétroprojection.

Dans le cadre de l'analyse globale et en matière d'insertion sociale, à la lecture des indicateurs liés aux caractéristiques socio-démographiques, on peut constater, comme dans TOXMED 1, qu'il y a peu de femmes : 23 %.

Au niveau de l'âge moyen, il est plus élevé que dans TOXMED 1, puisque l'on est, là, aux alentours de 34 ans et demi.

On voit également que les usagers de drogues inclus dans l'enquête sont très fragiles du point de vue de l'insertion : 38 % vivent seul, 25 % sont sans logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez des proches ni chez leurs parents mais sont "à la rue", 84 % sont sans emploi, 38 % sans couverture sociale et 65 % ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie.

Présentation d'une rétroprojection.

Ensuite, nous avons posé des questions sur les consommations sur les deux derniers mois, en distinguant à la fois les produits et les modes de consommation.

Nous constatons que, globalement, comme dans TOXMED 1, l'héroïne reste majoritairement consommée, par 60 % des usagers et que la voie intraveineuse est également importante, dans 70 % des cas, même s'il est vrai, en tout cas en France, que l'on parle de plus en plus d'une diminution de l'injection. Mais, là, au niveau européen, nous voyons qu'elle est toujours importante. Ensuite, 15 % des usagers consomment de l'héroïne en sniff et 32 % fument l'héroïne. L'importance de la voie fumée est liée principalement aux pays du Nord et plus particulièrement les Pays-Bas.

Ensuite, nous avons plus d'usagers sous méthadone que dans TOXMED 1, 62 %.

La buprénorphine n'est pas importante, 7 %, et nous en avons parlé hier : ces 7 %, de plus, sont quasi uniquement sur la France. Il me semble que, sur les 522 qui ont répondu, on doit avoir 25 personnes en France qui étaient sous buprénorphine et 4 ou 5 cas seulement, donc très peu de cas, dans les pays étrangers. Nous parlions hier également de l'injection de buprénorphine : nous constatons que dans les deux derniers mois il y a un peu moins de 20 % des usagers de

drogues qui ont consommé ce traitement de substitution par voie intraveineuse et 21 % par sniff. Donc, nous avons à peu près 42 % des usagers qui ont consommé, dans les deux derniers mois, de la buprénorphine autrement que par voie orale.

Au niveau de la cocaïne, on parle beaucoup de l'augmentation de la consommation de cocaïne en France actuellement et nous voyons qu'effectivement il y a quand même 37 % des usagers de drogues sur l'ensemble des pays qui déclarent en avoir consommé dans les deux derniers mois. Et nous verrons tout à l'heure qu'il y a une grande disparité Nord/Sud sur ce produit.

Enfin, pour le crack, en France, en tout cas sur Marseille, nous constatons une part relativement importante puisque nous avons 16 % de consommateurs de crack. Mais nous verrons encore, tout à l'heure, qu'il y a une grande disparité.

Présentation d'une rétroprojection.

En ce qui concerne les consommations des deux derniers mois, nous avons posé des questions sur d'autres produits.

Nous constatons qu'il y a 65 % d'utilisateurs de cannabis, 79 % pour le tabac 79 %, 48 % pour l'alcool, 13 % pour l'ecstasy et 16 % pour les amphétamines. Concernant les amphétamines, nous avons un peu la même situation que pour la buprénorphine en France, c'est-à-dire que c'est la Suède, en fait, qui fait augmenter le pourcentage puisque, en Suède, nous avons 80 % des usagers de drogues qui déclarent avoir consommé des amphétamines dans les deux derniers mois, dont une part importante par voie intraveineuse, en fait presque 60 %.

Présentation d'une rétroprojection.

Ensuite, en ce qui concerne les médicaments, le Professeur Xavier THIRION était plus particulièrement intéressé par les consommations de médicaments. Et, là, nous avons eu un petit souci parce que nous avons laissé la possibilité aux usagers de remplir eux-mêmes le nom des médicaments et nous nous sommes retrouvés avec un nombre de médicaments que nous ne connaissions pas puisque les

dénominations sont différentes dans les dix pays. Nous avons donc essayé de repérer ensemble ce que l'on pouvait reconnaître et nous vous présentons ces éléments.

Mais, sur ce tableau, je vais laisser la parole au Professeur Xavier THIRION.

Monsieur le Professeur Xavier THIRION,
Laboratoire de Santé Publique, Marseille.

Concernant les données sur ces médicaments, nous voyons que pour le diazepam, donc le Valium®, qui en France est un produit très peu réutilisé mais le plus détourné aux Etats-Unis, c'est aussi le cas ici puisque nous avons au moins 40 citations. D'après ce que nous a expliqué Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, le nombre "40" c'est "au moins 40 citations".

Le flunitrazepam, ou Rohypnol®, qui, lui, est un gros problème pour différents pays dans lesquels ce produit est utilisé, est cité de façon importante, 25 fois, sachant que très peu de pays européens ont une autorisation sur le flunitrazepam.

Les autres clorazépate dipotassique et benzodiazépine sont cités de façon beaucoup plus disparate parce qu'effectivement il y a énormément de produits différents dans les pays européens, benzodiazépine SAI voulant dire "sans autre indication", c'est-à-dire que l'utilisateur n'a pas su indiquer quelle benzodiazépine il utilisait.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, A.M.P.T.

Juste une dernière information que vous avez dû noter, la moitié des médicaments qui sont consommés par les usagers de drogues proviennent du marché parallèle.

Présentation d'une rétroprojection.

Concernant les pratiques à risque, nous avons posé la question aux usagers en leur demandant si dans les deux derniers mois ils avaient utilisé la voie intraveineuse, et 57 %, donc plus de la moitié, déclarent s'être fait une injection au cours des deux derniers mois. Nous leur avons également demandé s'ils avaient emprunté ou prêté du matériel

d'injection : 27 % en ont emprunté et 27 % en ont prêté. Nous verrons tout à l'heure qu'il y a une grande disparité entre le Nord et le Sud. Et 12 % des usagers affirment avoir rencontré des difficultés pour se procurer du matériel d'injection.

Présentation d'une rétroprojection.

En ce qui concerne les prises en charge, 52 % des usagers répondent qu'avant de venir dans la structure dans laquelle ils ont été interrogés, ils avaient eu un suivi antérieur, donc plus de la moitié.

Nous avons 62 % des usagers qui sont en traitement de substitution en cours. Là, ce n'est peut-être pas révélateur de la population des usagers de drogues mais cela prend en compte aussi les centres dans lesquels nous les avons interrogés et nous avons vu hier, quand l'ensemble des participants se sont présentés, que pour la plupart vous pouvez dispenser de la méthadone, donc ce chiffre est aussi lié aux spécificités des centres. Et nous voyons qu'il y a vraiment une grande majorité des usagers de drogues qui sont sous méthadone, 91 %, et 7 % sous buprénorphine, avec le même chiffre que précédemment essentiellement en France.

Présentation d'une rétroprojection.

Nous avons également posé des questions concernant la sexualité, notamment : "lors de votre dernier rapport sexuel, votre partenaire était... ?"

Pour 69 % des usagers, c'était un partenaire régulier ; pour 51 %, ce partenaire était usager de drogues ; pour 7 %, ce partenaire était porteur du VIH. Et 37 % des usagers ont déclaré avoir utilisé des préservatifs lors de ces derniers rapports sexuels et nous verrons tout à l'heure qu'il y a, là aussi, des différences entre le Nord et le Sud.

Nous leur avons ensuite posé la question : "considérez-vous que vous avez des pratiques à risque ?" Au total, 28 % des usagers de drogues évaluent qu'ils ont des pratiques à risque. Là aussi, nous verrons qu'il y a des différences entre le Nord et le Sud.

Présentation d'une rétroprojection.

Au niveau de la santé, nous avons demandé s'ils avaient subi une hospitalisation au cours des douze derniers mois. Presque 40 % des usagers de drogues ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois, ce qui est un chiffre très important ; 14 % sont porteurs du VIH, dont 57 % sont en traitement ; 42 % sont porteurs de l'hépatite C, dont 16 % sont en traitement.

Pour l'hépatite C et le VIH, nous verrons tout à l'heure qu'en plus, pour un certain nombre de cas, un taux important, les sérologies ne sont pas connues, plus particulièrement pour la Grèce où l'on se retrouve avec aucun cas de VIH mais un chiffre très important d'usagers de drogues qui déclarent ne pas connaître leur statut.

14 % des usagers de drogues sont porteurs de l'hépatite B, dont 16 % sont suivis, et 41 % des usagers de drogues qui sont vaccinés contre l'hépatite B. Cette question a été posée suite à une visite que j'avais faite au Royaume-Uni lors de laquelle James CAMP m'avait parlé d'une campagne de vaccination contre l'hépatite B qui avait eu lieu là-bas et nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de poser cette question. Nous verrons qu'il y a une différence, là aussi, entre le Nord et le Sud.

Présentation d'une rétroprojection.

Toujours concernant la santé sur les douze derniers mois, comme pour TOXMED 1 nous voyons que la pathologie la plus fréquemment rencontrée par les usagers de drogues ce sont les problèmes dentaires : 68 % ont des problèmes dentaires, dont seulement un peu plus de la moitié ont été vus par un médecin pour ces problèmes dentaires.

Ensuite, pour les pathologies respiratoires, cardiaques et dermatologiques, nous sommes à peu près dans les mêmes taux. Il y a, là aussi, quelques petites différences entre le Nord et le Sud.

Et nous constatons un taux important d'abcès, puisque presque un quart des usagers de drogues ont eu un abcès au cours des douze derniers mois.

En ce qui concerne l'overdose, je le précise parce que je l'ai mal présenté dans ce tableau, nous n'avons pas demandé

si l'utilisateur avait fait une overdose dans les douze derniers mois, la question était : "au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une overdose ?" Et nous constatons quand même que la moitié des usagers de drogues déclarent avoir fait une overdose au cours de leur vie. C'est important à préciser.

Au niveau des MST, nous avons un taux très peu élevé : 5 % des usagers de drogues déclarent avoir eu une MST dans les douze derniers mois, mais c'est lié aussi au fait que ce sont les femmes qui ont répondu à cette question, donc ce n'est pas très révélateur.

Présentation d'une rétroprojection.

Avant de passer à la comparaison Nord/Sud, quelques mots sur les difficultés que nous avons rencontrées, nous aussi, dans le cadre de TOXMED 2.

D'abord, pour la traduction des questionnaires. En raison de problèmes de budget, la traduction des questionnaires a été effectuée, en fait, par les coordinateurs locaux, en collaboration avec nous. Il se trouve qu'à l'A.M.P.T. nous maîtrisons un certain nombre de langues mais qu'il y en a d'autres que nous ne maîtrisons pas. Donc, nous avons essayé le plus possible de vérifier l'ensemble de ces traductions. A priori, il n'y avait pas trop de difficultés mais puisqu'il est vrai qu'il est possible de passer par des traducteurs professionnels, par la suite c'est ce que nous souhaiterions.

Nous avons rencontré d'autres difficultés liées au fait que sur certaines questions le taux de réponses n'était pas important et nous avons donc préféré ne pas les exploiter.

Concernant l'auto-administration du questionnaire, les trois quarts ont donc rempli le questionnaire eux-mêmes mais nous avons eu parfois un remplissage inégal, c'est-à-dire qu'en fin de questionnaire certains, peut-être lassés de répondre à ces questions, se sont arrêtés de remplir le questionnaire, ce qui se comprend car il était assez long. Il y avait peut-être également le problème de la confidentialité, puisque nous avons prévu au départ un dispositif suivant lequel les questionnaires devaient être mis dans une boîte et envoyés ensuite à l'A.M.P.T. mais qu'en fait ils ont été envoyés uniquement dans des enveloppes et il est vrai que l'on

peut imaginer, comme dans toute étude de ce type, que certains ont dû un peu hésiter à répondre à certaines questions, en particulier sur les consommations.

Nous avons rencontré également un problème de cohérence dans les réponses. Sur certaines questions, nous avons des usagers qui parlent, par exemple, -ou alors c'est peut-être moi qui ne connais pas cette pratique- de méthadone fumée, alors qu'elle se présente sous forme liquide. Donc, cela nous a semblé un peu curieux. Le crack injecté existe mais, là, pour la méthadone fumée, nous nous sommes posé un certain nombre de questions sur la cohérence des réponses.

Mais l'une des plus grosses difficultés a été la traduction des réponses ouvertes puisque, là, les usagers de drogues et les coordinateurs qui les ont aidés à remplir le questionnaire ont répondu dans la langue du pays et il a été très compliqué pour nous, et surtout pour la saisie, de pouvoir prendre en compte les détails de ces réponses ouvertes. Et nous avons rencontré également des difficultés pour la dénomination des médicaments puisque nous avons eu du mal, comme on le disait précédemment, à reconnaître les médicaments et à voir à quoi cela correspondait dans la dénomination française.

Nous allons passer maintenant, pour terminer, à la comparaison entre le Nord et le Sud.

Présentation d'une rétroprojection.

Voici le classement qui a été fait concernant l'appartenance Nord ou Sud des pays, cela a été un peu difficile mais nous tenions à avoir un nombre de questionnaires relativement équivalent dans chacune des deux colonnes. Pour les pays du Nord, nous n'avons pas eu de difficulté : la Suède, le Danemark, l'Irlande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et Allemagne, pour nous il n'y avait pas de doute, nous les avons classés dans les pays du Nord. En revanche, nous avons classé la Suisse dans les pays du Sud et on pourra leur demander ce qu'ils en pensent. Donc, nous avons mis dans les pays du Sud : la Suisse, la France, l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Grèce. Cela nous donne 277

questionnaires dans les pays du Nord et 245 dans les pays du Sud.

Présentation d'une rétroprojection.

Quand on reprend les chiffres liés à l'insertion sociale, nous constatons des différences entre les pays du Nord et ceux du Sud.

La différence la plus importante concerne l'isolement et la vie en famille : dans les pays du Nord, les usagers de drogues vivent beaucoup plus souvent seuls et beaucoup plus rarement en famille. Et l'une des conséquences mais c'est une hypothèse, la solidarité familiale étant plus importante dans les pays du Sud, nous nous sommes demandé si cette solidarité familiale n'avait pas une influence sur les autres indicateurs d'insertion puisque, en fait, dans les pays du Sud il y a moins d'usagers de drogue qui sont sans logement.

Dans les pays du Sud, quand ils ont des enfants les usagers de drogue vivent plus souvent avec eux, alors que dans les pays du Nord les enfants sont plus fréquemment placés : les usagers de drogues dont les enfants sont placés représentent presque 50 % dans les pays du Nord alors qu'ils ne sont que 26 % dans les pays du Sud.

Le taux des usagers de drogues sans emploi est également très important dans les pays du Nord : 91 % des cas restent sans emploi. Et il y a aussi une absence de couverture sociale très importante : 70 % des usagers de drogues dans les pays du Nord n'ont pas de couverture sociale.

Dernier indicateur, l'incarcération : presque 80 % des usagers de drogues dans les pays du Nord ont été incarcérés, contre seulement la moitié des usagers de drogues, 49 %, dans les pays du Sud.

Nous pourrions discuter de tout cela dans le débat à venir et cet après-midi puisque les questions que nous avons prévues pour la table ronde sont directement liées aux réponses aux questionnaires.

Présentation d'une rétroprojection.

Concernant les consommations sur les deux derniers mois, nous constatons qu'il n'y a pratiquement pas de

différence entre les pays du Nord et ceux du Sud sur la consommation d'héroïne, de méthadone, de cannabis, d'alcool ou d'ecstasy.

Les différences importantes concernent la buprénorphine -nous en avons parlé précédemment-, la cocaïne, dont la consommation est beaucoup plus importante dans les pays du Sud, où plus de la moitié des usagers de drogues déclarent avoir consommé de la cocaïne dans les deux derniers mois. Il est vrai qu'en France on parle beaucoup d'une recrudescence de la consommation de cocaïne et une des régions les plus touchées est la région PACA. Cela semble effectivement être concordant avec ce que nous voyons dans TOXMED.

A l'inverse, la consommation de crack est beaucoup plus importante dans les pays du Nord, où 27 % des usagers de drogues en consomment, contre seulement 3 % dans les pays du Sud. Nous pourrions en parler tout à l'heure mais concernant le crack nous nous posons une question dans le cadre d'une autre étude, qui est le dispositif (TREND) de l'OFDT : on se demande si dans les pays du Sud et en particulier à Marseille certains usagers de drogues consomment du crack mais ne l'appellent pas crack et considèrent que c'est de la cocaïne, et peut-être que cette différence est liée en fait à l'appellation du produit et aux présentations qu'en ont les usagers. Le crack est beaucoup plus diabolisé dans les pays du Sud, on pourrait donc penser qu'effectivement les usagers de drogues osent moins dire qu'ils en consomment et appellent ce produit cocaïne.

Autre différence, sur les amphétamines -j'en parlais précédemment- : 25 % des usagers de drogues dans les pays du Nord consomment des amphétamines mais c'est la Suède qui fait gonfler ce pourcentage.

Présentation d'une rétroprojection.

En ce qui concerne la prise en charge, il n'y a pas grand-chose à dire parce que les chiffres sont à peu près équivalents, sauf pour la buprénorphine. Nous constatons que la moitié des usagers de drogues, aussi bien dans les pays du Nord que dans ceux du Sud, ont eu un suivi antérieur. La méthadone est davantage utilisée dans les pays du Nord mais ce résultat est lié à l'importance de la buprénorphine en France, même si, d'après ce que nous avons entendu hier, les choses

pourraient changer puisque pour l'Italie et la Suède il est question d'utiliser la buprénorphine dans les prochains mois.

Présentation d'une rétroprojection.

En ce qui concerne les pratiques à risques, les différences sont intéressantes. Concernant l'injection intraveineuse, pendant longtemps on a dit qu'il y avait plus d'usagers de drogues par voie intraveineuse dans les pays du Sud que dans ceux du Nord. Or, dans notre étude, il apparaît que ce taux est plus important dans les pays du Nord.

Pour ce qui est du partage du matériel, les chiffres ne changent pas par rapport aux résultats de TOXMED 1 et par rapport à ce que nous savions : c'est-à-dire que les pratiques de partage sont plus importantes dans les pays du Sud, même si elles sont également importantes dans les pays du Nord, puisque dans les pays du Sud un tiers des usagers de drogues partagent le matériel, contre un quart dans les pays du Nord. Et ce qui pose encore plus de questions autour des pratiques à risques et des pratiques de partage dans les pays du Sud, c'est que moins d'usagers de drogues déclarent y rencontrer des difficultés pour se procurer du matériel. C'est donc une question qu'il me semble important de poser cet après-midi ou ce matin.

Présentation d'une rétroprojection.

En ce qui concerne la sexualité et le partenaire, nous constatons qu'il n'y a pas de grande différence entre les usagers de drogues dans les pays du Nord et ceux du Sud. Par contre, pour ce qui concerne les pratiques à risques, je viens de dire que c'est dans les pays du Sud que l'on partage le plus le matériel d'injection alors qu'il y a une utilisation du préservatif, en tout cas au niveau du déclaratif, qui est plus importante que dans les pays du Nord : 43 % des usagers de drogues dans les pays du Sud déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, contre seulement 32 % dans les pays du Nord.

Autre différence intéressante, à la question d'évaluation personnelle face aux risques les usagers de drogues dans les pays du Sud sont plus nombreux à déclarer

avoir conscience de prendre des risques, 37 % dans les pays du Sud contre 20 % dans les pays du Nord.

Présentation d'une rétroprojection.

Concernant la santé, nous constatons des différences importantes : beaucoup plus d'usagers de drogues sont porteurs du VIH dans les pays du Sud et, si l'on ajoute le pourcentage de ceux qui sont séropositifs mais ne connaissent pas leur statut face au VIH, beaucoup plus nombreux dans le pays du Sud, ce taux augmente considérablement, encore une fois avec le cas de la Grèce, pays sur lequel nous nous sommes posé des questions concernant l'absence de connaissance du statut sérologique chez les usagers de drogues.

Concernant le VHC, c'est la situation inverse, avec un nombre plus important d'usagers de drogues dans les pays du Nord qui sont aussi porteurs du VHC, mais, encore une fois, c'est dans les pays du Sud qu'ils connaissent le moins leur statut sérologique par rapport au VHC.

Et concernant le VHB, il n'y a pas vraiment de différence, sauf qu'encore une fois, les usagers de drogues dans les pays du Sud sont plus nombreux à ne pas connaître leur statut sérologique par rapport au VHB.

Autre différence intéressante, quelle que soit la pathologie, les usagers de drogues dans les pays du Nord sont toujours plus suivis pour leur pathologie que dans les pays du Sud, qu'il s'agisse du VIH, du VHC ou du VHB, soit plus suivis, soit plus souvent en traitement.

Et pour la vaccination contre le VHB, un pourcentage plus important des usagers de drogues sont vaccinés contre l'hépatite B dans les pays du Nord : 47 %. Les pays qui font augmenter ce pourcentage sont l'Irlande et le Royaume-Uni.

Je vous donne des pistes pour la discussion mais, après, chacun proposera les questions qu'il voudra : il me semble intéressant de réfléchir aussi à la différence de connaissance des statuts sérologiques, au delà de la Grèce, dans les pays du Nord et dans les pays du Sud et pourquoi a-t-on effectivement des différences sur la question des traitements.

Présentation d'une rétroprojection.

Concernant toujours la santé, la différence la plus significative a trait aux problèmes cardiaques. Nous constatons davantage de problèmes cardiaques déclarés pour les douze derniers mois dans les pays du Nord, où presque 30 % des usagers de drogues ont eu un problème cardiaque, contre 11 % dans les pays du Sud. Je n'ai aucune idée personnelle là-dessus, nous pourrions peut-être en discuter. J'avais pensé à la consommation d'amphétamines et de crack, mais comme la consommation de cocaïne est très importante dans les pays du Sud cela doit se compenser.

Sinon, il n'y a pas vraiment d'autre différence significative dans la comparaison Nord/Sud, si ce n'est que nous constatons quand même dans l'ensemble des pays européens un nombre important d'usagers de drogues qui ont rencontré des problèmes de santé importants, ces douze derniers mois.

Présentation d'une rétroprojection.

Toujours concernant la santé, sur les abcès liés à l'injection, les overdoses, les coups et blessures, il n'y a pas de différence significative, même si cela va dans le même sens que TOXMED 1.

Les problèmes de santé rencontrés le plus fréquemment, ce sont les problèmes dentaires, mais avec également un taux important d'usagers de drogues qui ont dû consulter un médecin pour des problèmes liés à des coups et blessures puisque nous voyons, par exemple, que dans les pays du Sud ces problèmes de coups et blessures sont très importants et ont nécessité un suivi médical pour 81 % des usagers de drogues.

Ce qui me semble important dans ce tableau, c'est la question du suivi psychiatrique : 37 %, donc un taux important, des usagers de drogues ont bénéficié d'un suivi psychiatrique dans les pays du Sud, contre 18 % dans les pays de Nord. Et quand on pose la question "pensez-vous avoir besoin d'un suivi psychiatrique ?", 43 % des usagers de drogues dans les pays du Sud déclarent en avoir besoin, contre seulement 9 % dans les pays du Nord.

On peut se demander si, effectivement, l'offre ne crée pas la demande. Il y a des questions à se poser autour de cela. Pourquoi y a-t-il autant d'usagers de drogues dans les pays du Sud qui déclarent avoir besoin d'un suivi psychiatrique ? Il faudra en rediscuter mais c'est effectivement un chiffre qui nous a semblé intéressant.

Et concernant les difficultés pour se faire soigner, 25 % des usagers de drogues dans les pays du Sud rencontrent des difficultés pour se faire soigner. Donc, en tout cas, tous les indicateurs laissent à penser que la médicalisation de l'usager de drogues et du traitement est moins importante dans les pays du Sud que dans les pays du Nord.

J'ai terminé. Je vous remercie de votre attention. Nous allons peut-être passer aux questions réponses.

Discussion

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO,
Ares do Pinhal, Portugal.

Sur la consommation dans les dernières années, est-ce la méthadone qui est le produit le plus consommé ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

En général, c'est la méthadone. Par contre, nous n'avons pas exploité cette donnée. En fait, comme vous l'avez vu puisque vous avez participé à l'étude, il y a des réponses qui n'apparaissent pas sur les planches que je vous ai présentées.

Nous avons posé également la question sur le mode d'obtention du traitement de substitution. Je n'ai pas les chiffres en tête mais nous pourrons vous les donner dans le rapport final TOXMED, à savoir la différence entre la méthadone obtenue par le biais d'une prescription médicale et celle obtenue sur le marché parallèle.

Mais, juste pour compléter, nous avons vu hier, en nous présentant les uns aux autres, que dans l'ensemble des Centres qui ont participé à l'étude il y avait la possibilité de

bénéficier d'un traitement de méthadone. Donc, ceci est important.

Madame Caroline CORR,
Merchant's Quay Project, Irlande.

Merci beaucoup pour les résultats que vous nous avez donnés, ils étaient très intéressants. Ma question porte sur l'utilité de la comparaison entre le Nord et le Sud et, en fait, j'ai trois questions à vous poser.

La première question concerne l'Irlande : est-ce qu'elle ne fait pas partie des pays du Sud ? Certains ne seraient peut-être pas d'accord sur le fait qu'elle est classée dans les pays du Nord.

Et puisque nous parlons de la politique de la drogue et des utilisateurs de drogues, peut-être faudrait-il parler des systèmes de couverture sociale dans les différents pays ?

Ensuite, il y a des différences qui sont montrées entre les pays du Nord et ceux du Sud, mais souvent ce sont des pays qui ont des spécificités qui font ces différences, ce n'est pas une tendance de tous les pays du Sud ou du Nord. Par exemple, dans les pays du Sud, on dit que l'on utilise davantage la buprénorphine mais c'est surtout la France et non pas tous les pays du Sud.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Si j'ai bien compris votre première question, parce que nous aurions, nous aussi, besoin de casques, vous pensez en fait que votre pays, l'Irlande, apparemment devrait être placé plutôt comme un pays du Sud et vous nous demandez pourquoi nous l'avons placé dans les pays du Nord.

Madame Caroline CORR, *Irlande* : Oui.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Nous vous présenterons de toute façon dans le rapport final l'analyse spécifique pays par pays. Lorsque nous avons fait une comparaison Nord/Sud, nous l'avons faite d'un point de vue géographique. Mais il est vrai qu'ensuite, en regardant

pays par pays, -et cela nous avait étonnés- l'Irlande se retrouve effectivement avoir souvent les mêmes spécificités et les mêmes caractéristiques que les pays du Sud en ce qui concerne les consommations et les pratiques à risques. D'un point de vue géographique, nous l'avons laissée effectivement dans les pays du Nord, mais il est vrai que ce que vous dites va tout à fait dans le sens de ce que nous avons constaté dans les spécificités nationales.

Ensuite, si j'ai bien compris, votre deuxième question portait sur le fait que peut-être la comparaison Nord/Sud n'a pas beaucoup de sens puisque certains pays font gonfler les taux, par exemple pour les amphétamines. Justement, j'ai fait très attention à cette question quand j'ai fait la comparaison Nord/Sud et ensuite l'analyse spécifique par pays.

Et c'est pour cette raison que j'ai précisé que dans deux cas, la question des amphétamines et celle de la buprénorphine, les taux étaient artificiellement gonflés par le fait qu'en France nous avons beaucoup plus de buprénorphine -et c'était quelquefois le seul pays où il y en avait- et de l'importance des amphétamines en Suède.

Mais pour les autres questions, je pense qu'il y avait quand même vraiment une cohérence entre pays du Nord et pays du Sud. Nous avons commencé à le voir lorsque nous avons fait l'analyse spécifique pays par pays.

Docteur Pierre TOUBIANA,
Mission Sida Toxicomanie, Ville de Marseille.

Je voudrais poser deux questions. Quelle a été exactement la période d'enquête ? Et, d'autre part, si j'ai bien compris, il y a une seule structure par pays, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas plusieurs par pays ; est-ce cela ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE : Exact.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France.*

Est-ce qu'il n'y a pas aussi probablement quelques pays qui se partageraient, par exemple comme la France où l'on sait évidemment les différences qu'il y a entre la région PACA, en particulier, qui se rapproche davantage des pays du Sud, et

des régions plus au nord, comme par exemple l'Ile-de-France, qui se rapprochent davantage des pays du Nord ?

Professeur Xavier THIRION, *France*.

Vous avez tout à fait raison de souligner ceci. D'ailleurs, même observation, nous avons vu tout à l'heure que pour les maladies cardio-vasculaires nous avons le gradient classique Nord/Sud et ce gradient est tout aussi classique en France : entre la France du Nord et la France du Sud, nous avons le même type de gradient.

Donc, il est vrai que ce classement est tout à fait arbitraire, nous l'avons vu pour l'Irlande, mais cela nous permet aussi de voir que les pays du Nord, en les classant de cette manière, sont très différents des pays du Sud. Et c'est aussi ce qui nous permet de pouvoir alimenter la discussion d'aujourd'hui, pour voir si ce que nous apercevons à travers juste un seul centre par pays correspond véritablement à un biais ou à des différences de disparités, comme disait M. Bruno TANCHE, disparité de pratiques, disparités de populations, disparité de concepts, disparité de besoins. C'est ce qui va alimenter notre discussion aujourd'hui.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Juste pour compléter, il est vrai que l'idéal aurait été de pouvoir sélectionner dans chacun des pays des villes représentant différents centres, comme on peut le faire dans d'autres études. Mais cette étude s'inscrit aussi dans le cadre d'un partenariat et de la constitution d'un réseau. Donc, en fait, le projet va beaucoup plus loin que l'étude. Cette étude va servir, avant tout, de base à des discussions et à des échanges entre les partenaires européens.

Pour répondre à votre première question, la période d'enquête s'est située d'octobre 2001 à février 2002

Madame Maria-Emilia ESTEVES LEITAO,
Ares Do Pinhal, Portugal.

Je ne suis pas sûre que les causes des problèmes cardiaques plus importants dans le pays du Nord soient la corrélation significative du fait qu'il y a davantage d'usagers de drogues qui utilisent la voie intraveineuse que dans les pays du Sud. Peut-être que cela peut expliquer, ce n'est pas sûr ; ce qui est significatif, c'est le croisement entre cet item et les problèmes cardiaques.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Nous vous avons présenté vraiment une analyse de descriptif que nous avons faite rapidement. Ensuite, nous allons essayer, avec le Professeur Xavier THIRION, de pousser plus loin l'analyse. Mais un des objectifs de cette journée était aussi de commencer à avancer avec vous sur des hypothèses que l'on pourrait formuler sur les résultats que nous avons publiés aujourd'hui.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal.*

Avant toute chose, j'ai oublié de féliciter l'équipe. Est-ce que vous avez les pourcentages des femmes et des hommes concernant les MST ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

En fait, seules les femmes ont répondu à cette question alors qu'elle était posée à tous.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal.*

Si l'on peut appliquer une méthodologie à notre séminaire, est-ce qu'il serait possible de mettre les cas un par un ? C'est une suggestion que je fais. Et peut-on aussi discuter des questions Nord/Sud comme des autres questions ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Vous voulez que l'on reprenne peut-être uniquement les pourcentages Nord/Sud ou est-ce que vous voulez l'ensemble ?

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal.*

C'est simplement une suggestion à l'assemblée.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, *Center for
Dependency Disorders, Stockholm, Suède.*

Je ne veux pas parler des utilisateurs d'amphétamines en Suède mais je voudrais dire que la consommation d'amphétamines est un problème que nous connaissons depuis les années 60. Depuis les années 60, c'est la drogue qui est utilisée en Suède. Nous sommes arrivés au milieu des années 70, puisque nous avons étudié ce bas seuil pour cette drogue, et nous savons l'âge moyen de cette population. Nous avons fait une carte de tous les utilisateurs de drogues dures en Suède, il y a deux ans, et nous avons pu voir qu'il y a une petite différence pour les personnes qui ont moins de 45 ans. Nous étudions l'héroïne qui arrive en Suède et je pense que l'on devrait refaire ce type d'étude, et que si on le refaisait le scénario serait différent. Mais, étant donné que le bas seuil étudie surtout les toxicomanes plus âgés, nous avons cette différence. Nous avons une population plus âgée mais nous avons aussi de nouvelles recrues qui sont plus jeunes et qui utilisent surtout de l'héroïne et qui la fument.

Nous avons cette situation au Portugal et je crois qu'il faudrait voir s'il existe un lien avec les amphétamines : est-ce que les utilisateurs d'amphétamines sont plutôt des personnes plus âgées ? Si ceux qui utilisent les amphétamines ont des problèmes cardiaques, et surtout ce sont des drogues que l'on utilise sur la durée, par voie intraveineuse, peut-être que l'utilisation d'amphétamines contribue à ce pourcentage élevé d'incidences cardiaques. Je ne suis pas médecin ; en fait, c'est une suggestion que j'avance.

J'aimerais vous remercier car il est très intéressant de voir tous ces chiffres et, vraiment, il sera très utile de pouvoir les communiquer chez nous, en Suède.

Professeur Xavier THIRION, *France*.

Vos observations sont très pertinentes. Il est clair que cette étude ne peut pas être la base d'une évaluation européenne, des disparités européennes et encore moins de l'évolution de ces tendances au niveau européen. L'intérêt de cette étude est de mutualiser, de faire se rencontrer des responsables de structures à bas seuil, de se poser des questions : quels sont les préalables indispensables pour pouvoir parler ensemble un langage commun à partir d'observations qui ont été faites ?

Je pense que l'intéressant de cette journée, ce ne sont pas tellement les chiffres en eux-mêmes mais l'ensemble des travaux qui ont permis d'arriver à ces chiffres et l'ensemble des échanges qu'il va y avoir et qui continueront à se faire autour de ces chiffres.

Et il est bien entendu que c'est de la compétence d'autres organismes européens, l'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies, le Groupe POMPIDOU, l'OMS au niveau mondial, d'avancer dans des propositions d'indicateurs communs européens qui puissent être utilisés. Et par rapport aux travaux européens, s'intéresser très particulièrement à l'état de santé de cette population est quelque chose qui est tout à fait original et qui est l'intérêt de la journée d'aujourd'hui.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

A ce propos, avez-vous pu déjà estimer, par exemple, les questions de définitions différentes du bas seuil selon les pays, ce qui pourrait ainsi expliquer un certain nombre de différences dans les profils entre le Nord et le Sud ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Justement, nous avons déjà commencé à le faire puisqu'un certain nombre de personnes de l'A.M.P.T. se sont

rendues dans les pays et ont déjà fait remonter des différences sur ce qui était appelé "bas seuil" dans chacun des pays. Mais une partie de la table ronde de cet après-midi sera consacrée à cette question. Ce sera même la première question qui sera posée cet après-midi.

Madame Dorrit SCHMIDT, *Danemark.*

Lorsque je vois les chiffres des utilisateurs de drogues qui ont des problèmes psychosomatiques et que je vois la moyenne, c'est-à-dire que nous avons les 3/4 ou les 2/3 qui ont vu un médecin au sujet de ces problèmes, je crois que ces niveaux sont très élevés et je pense que cela est dû au fait qu'ils se rendent auprès de ces différentes structures. S'ils n'allaient pas auprès de ces structures, peut-être que l'on ne s'en rendrait pas compte.

Ma question est la suivante : est-ce que vous avez étudié la raison qui fait que nous avons ce niveau élevé ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

En tout cas, nous ne l'avons pas étudié directement. Mais il est vrai, comme vous le disiez, en tout cas c'est ce que l'on peut supposer, que du fait d'interroger des usagers de drogues dans les dispositifs et comme dans la majorité de ces dispositifs un médecin est présent, si effectivement ils ont un problème de santé ils ont la possibilité de se rendre sur place. Et je pense d'ailleurs que c'est une des choses qui peut expliquer l'écart concernant le Nord et le Sud, non pas du point de vue santé dans les douze derniers mois mais par rapport au suivi pour le VIH, pour le VHC et pour le VHB.

C'est une des questions que nous posons pour cet après-midi : est-ce que dans les centres qui sont présents il y a une médicalisation plus importante dans les pays du Nord que dans les pays du Sud, ce qui peut avoir une influence sur le suivi ?

Professeur Xavier THIRION, *France.*

Mme Marie JAUFFRET-ROUSTIDE vous a expliqué la difficulté que nous avons pour pouvoir vous restituer les

réponses qu'ont faites les usagers de drogues en texte libre. Il serait peut-être intéressant, si vous le souhaitez, que l'on puisse vous rendre, dans chacun des pays, vos propres questionnaires, en les rendant bien entendu totalement anonymes, pour que vous puissiez voir ces réponses en texte libre.

Par exemple, chaque fois qu'il y a eu des problèmes cardiaques en texte libre beaucoup d'usagers ont pu dire quel type de problèmes ils avaient rencontré : cardiaques, respiratoires, etc. Et, au vu de l'éclairage des discussions d'aujourd'hui, il serait peut-être intéressant pour ceux qui le souhaitent ou pour tous, que vous puissiez avoir ce retour d'information.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, A.M.P.T.

Pour la plupart des items confirmés, nous avons posé une autre question aux usagers, par exemple : "rencontrez-vous des difficultés pour vous faire soigner ?" Et "si oui, lesquelles ?" Donc, là, vous aurez fatalement une réponse à cette question.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, Suède.

Lorsque je vois ce tableau, nous nous souvenons de ce qu'a dit Mme Marie JAUFFRET-ROUSTIDE sur le besoin d'un suivi psychiatrique et je dois me référer à ce qui se passe dans mon pays et dans ma ville, c'est-à-dire la nécessité d'avoir un suivi psychiatrique. En fait, ce n'est pas d'avoir des stimulants ; je pense qu'en ce qui concerne les soins, c'est davantage l'aspect psychiatrique qui permet de traiter, c'est-à-dire comment on pose les questions aux patients, comment on les traite.

Nous en avons parlé hier, avant de parler de la méthadone. Lorsque vous rencontrez le patient, vous le faites davantage de façon dynamique. Nous le faisons différemment ; pour nous, c'est davantage une approche psychiatrique, cognitive ; si vous voulez, c'est davantage une façon médicale et c'est peut-être une des raisons qui fait que, dans notre pays, les patients ne répondent pas qu'ils ont besoin d'un

suivi psychiatrique. Je ne sais pas si c'est la réponse, mais peut-être.

Monsieur Victor MARTI,
*Servicio de Drogodependencias del Centro de
Orientation Sanitaria, Barcelone, Espagne.*

Je voudrais tout d'abord vous remercier et vous féliciter d'avoir eu l'idée de cette recherche et de nous y avoir fait participer.

En même temps que j'écoute et que je lis les données, je vérifie avec les données précises que nous offre l'Observatoire Espagnol sur les Drogues. Je pense que la question n'est pas vraiment de comparer les chiffres mais on peut se questionner sur la représentativité d'un centre. Je suis en train de vérifier les données de l'Espagne et, bien sûr, la situation en Andalousie est très différente de celle en Catalogne ou au Pays Basque ; on a même retenu différents types de centres et différents types d'usagers.

En tout cas, il est évident que nous pouvons avoir des idées sur des diagnostics de situations et, à partir de cela, je crois que c'est l'Observatoire européen qui doit vraiment faire le relais de l'étude exhaustive.

Pour nous, il serait intéressant, à partir de ces données, d'identifier quels sont les besoins des usagers de drogues en termes de santé, car la question est d'identifier quels sont les besoins.

Et, à partir de cela, d'identifier quelles seront les stratégies de chaque équipe, en fonction de chacune des réalités, qu'il faudrait peut-être mettre en place.

Peut-être que c'est ce que ce réseau peut permettre, peut-être davantage au niveau qualitatif, à savoir discuter des besoins et échanger des stratégies.

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Personnellement, je suis tout à fait d'accord sur cela. Je crois que personne, aujourd'hui, n'a appris que, par exemple, les usagers de drogues avaient des problèmes dentaires. Tout le monde le sait, c'est une donnée que l'on retrouve depuis très longtemps et à peu près partout.

Par contre, dans les échanges informels ou formels, il est vrai que l'on entend un certain nombre de pratiques et je crois qu'il est tout à fait intéressant de savoir comment telle ou telle équipe a pu tenter d'aborder ou résoudre le problème. Pour moi, c'est l'intérêt de cette rencontre.

Monsieur James Maurice CAMP,
*Addaction Gateway Harm Reduction Team, Londres,
Royaume-Uni.*

Pour les problèmes cardiaques, 29 % dans les pays du Nord et 11 % dans les pays du Sud, je constate que cela correspond à la différence de consommation de crack et de cocaïne entre les deux parties de l'Europe. Je pense que l'utilisation élevée de crack ou de cocaïne peut être liée à des problèmes cardiaques et cela suggère qu'il faut peut-être surveiller les fonctions cardiaques.

Madame Antoinette DEFOSSEZ,
Ligue Jurassienne contre les Toxicomanies, Suisse.

J'ai beaucoup d'interrogations sur une corrélation entre les problèmes physiques et les produits consommés. Ce qui manque à mon avis comme réflexion autour de cela, c'est le rôle du produit et de la pureté du produit utilisé.

Je le vois dans le centre où je travaille : beaucoup de problèmes psychosomatiques rencontrés par les personnes sont davantage liés aux produits de coupe ou à la manière de détourner un produit pour le consommer. Par exemple, dans l'injection de médicaments pilés, ce n'est pas tellement le produit qui pose problème mais ce sont aussi tous les adjuvants qui sont également injectés. C'est une question pour moi : est-ce qu'il y aurait peut-être une explication possible de ces disparités entre les problèmes cardiaques, l'utilisation de la cocaïne, pas seulement du fait du produit lui-même mais de la manière dont la drogue est coupée ? Est-ce que les produits de coupe sont différents entre le Nord et le Sud ? Je ne sais pas.

Professeur Xavier THIRION, *France*.

Nous avons un autre exemple, c'est la buprénorphine. La plupart des usagers de drogues qui s'injectent de la buprénorphine ont de très gros abcès. Ceux-ci ne sont toujours pas dus à la buprénorphine mais aux différents excipients, aux produits de coupe, comme vous dites, qui accompagnent la buprénorphine. C'est un exemple parmi d'autres.

Mais nous voyons que, rien que sur la disparité des problèmes cardiaques, nous avons déjà quatre explications différentes : nous avons le paramètre intraveineux, les amphétamines, la cocaïne et maintenant les produits de coupe.

Il est bien certain que nous ne pourrons pas, sur ces données et sur la représentativité des produits consommés, répondre à ces questions mais, en tous les cas, cela pose bien les difficultés de ce type d'approche.

Et je crois que nous sommes tous surpris, quand même, par l'importance de ces problèmes de santé déclarés par les usagers de drogues. Et je pense que c'est ce qui nous relie aujourd'hui. Cela a été un peu la grande surprise lorsque nous avons exploité ces questionnaires, c'est en particulier le pourcentage d'hospitalisations. Ce sont quand même des choses qui sont constantes dans les différents pays et qui nous posent question.

Il est vrai qu'ils sont peut-être très nombreux -cela a été dit tout à l'heure- à déclarer avoir des problèmes de santé parce qu'ils sont bien suivis, entourés de médecins, suivis par des équipes et pris en charge. Mais cela pose quand même question. Je pense que cela mérite notamment d'aller plus loin.

Enfin, il y a aussi des évidences qui, pour nous, chercheurs épidémiologistes, nous posent problème. Bruno TANCHE a dit tout à l'heure qu'ils ont des problèmes dentaires. D'accord, mais pourquoi ? Pourquoi un si grand nombre d'usagers de drogues ont-ils des problèmes dentaires ? Et cela se rencontre non seulement en toxicomanie mais aussi chez les grands fumeurs. N'y a-t-il pas une relation entre problèmes dentaires et capacité à pouvoir être addicté ? Je pense que nous avons des choses qui paraissent évidentes comme cela mais dont nous n'avons pas la réponse.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal*.

Je reviens aux problèmes de santé et plus précisément aux problèmes psychiatriques. Je pense qu'il est normal que ce type de population ait des problèmes psychiatriques, ce n'est pas un hasard, il est normal que cela touche beaucoup d'entre eux. Dans notre dispositif, celui que nous avons à Lisbonne, nous avons des consultations médicales normales et nous avons aussi des consultations psychiatriques. Et nous rencontrons beaucoup de perturbations de la personnalité, des maladies (schizomorphes). Je pense qu'il y a dans notre dispositif davantage d'attention portée sur les problèmes psychiatriques.

C'est une chose à laquelle nous devons réfléchir pour cette population, parce qu'il y a beaucoup de pays qui ne progressent pas vers une évolution plus structurée, plus favorable, parce qu'ils ont des maladies psychiatriques qui ne sont pas diagnostiquées et pour lesquelles, si elles l'étaient, il y aurait un mouvement plus favorable. Notre expérience nous amène à penser cela.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

Il y a quelques remarques qui me posent question, premièrement aussi sur une observation du Professeur Xavier THIRION. Il est certain qu'il faut aussi regarder ces données ; même si j'ai bien compris que ce n'est pas une représentativité et que c'est un exercice sur une mise en place d'un réseau, vous venez de présenter des données et ce sont celles que nous commentons.

Première des choses, il me semble que l'on aurait intérêt à regarder aussi ce qui se passe dans la population en général pour les problèmes cardiaques, de manière à comparer les écarts quand on voit la différence Nord/Sud, et pas seulement dans une population générale mais aussi dans la population notamment en grande difficulté sociale.

Car il y a des choses qui me rappellent un certain nombre d'études que j'ai regardées, sur les pathologies des populations sans domicile fixe, par exemple, ou sur les populations bénéficiaires du RMI, c'est-à-dire des populations en grande difficulté et pour lesquelles on retrouve des choses comparables. C'est-à-dire qu'il n'y aurait pas des

spécificités dues à l'usage de drogues, y compris dans les pathologies, mais des spécificités dues aux conditions de vie. Je crois que ceci serait intéressant de comparer.

Par ailleurs, sur ces observations, il y a quand même des choses qui semblent curieuses, d'abord sur les pathologies, Il est vrai que dans les questionnaires, si j'ai bien compris, il y a un certain nombre de problèmes signalés par rapport aux questions posées, mais j'ai l'impression, au vu de ce tableau, qu'il n'y en a pas sur les pathologies psychiatriques. Vous posez la question sur le suivi, mais il me semble qu'il n'y a pas de question telle que : "avez-vous une pathologie psychiatrique ?", par exemple la dépression nerveuse. Là, il me semble que ce n'est peut-être pas la même chose.

Mais ce qui est aussi curieux, c'est qu'il n'y a pas tellement de différences entre le Nord et le Sud, il y en a très peu.

Par exemple, vous parliez tout à l'heure des abcès. Il est dit qu'en France ces abcès sont essentiellement dus à la buprénorphine injectée. Mais les pourcentages de personnes atteintes d'abcès, que ce soit dans le Nord ou dans le Sud, sont identiques. C'est curieux. Donc, ce que l'on dit de la buprénorphine par injection et qui provoquerait particulièrement des abcès, cela ne se retrouverait pas ici, on n'en retrouverait plus dans le Nord ? A moins que la France représente très peu dans les pays du Nord, il faudrait regarder plus précisément les données. Mais, en tout cas, ce qui est curieux, c'est qu'à contrario dans cette comparaison, en fait, on ne voit pas de différence.

Après, ce qui me semble aussi curieux, c'est qu'il y a une grosse différence dans le suivi médical sur les coups et blessures. Pourquoi dans les pays du Sud les coups et blessures sont-ils beaucoup plus suivis que dans les pays du Nord ? Est-ce qu'il y a une explication ? Cela me paraît très curieux.

Dernier élément sur les suivis psychiatriques, effectivement, pouvez-vous expliciter ce que vous avez dit ? C'est-à-dire quelle est la relation entre l'offre et la demande ? Est-ce que l'offre peut être plus importante dans les pays du Sud ? Mais encore faudrait-il l'expliquer : à quoi pensez-vous lorsque vous dites que l'offre psychiatrique

serait plus importante dans les pays du Sud, ce qui expliquerait que les personnes répondent plus facilement qu'elles ont un besoin psychiatrique, voire un suivi psychiatrique puisqu'il semble que dans les pays du Sud elles aient davantage de suivi psychiatrique ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Juste pour répondre à votre deuxième question concernant les problèmes psychiatriques, dans les questionnaires nous avons demandé : "au cours des douze derniers mois, avez-vous bénéficié d'un suivi psychiatrique ? Si, oui, veuillez nous préciser pour quel type de problème". Et, ensuite, nous demandions : "si vous n'avez pas bénéficié d'un suivi psychiatrique, pensez-vous en avoir besoin ?" Donc, en fait, nous avons pu avoir accès à ce type de problème. Mais, après, il y a les problèmes de la traduction. Et il revient beaucoup le mot "dépression".

Professeur Xavier THIRION, *France.*

Pour essayer de répondre à la deuxième partie de la question du Docteur Pierre TOUBIANA, j'ai une question à poser à Marie JAUFFRET-ROUSTIDE : dans le questionnaire qualitatif, ce que les enquêteurs ont recueilli dans les différents centres d'enquête, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une offre psychiatrique plus importante qui entoure les centres bas seuil dans les pays du Nord ou bien est-ce que c'est à peu près pareil ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Le problème est d'abord qu'en ce qui concerne ces questionnaires qualitatifs, nous ne les avons pas tous reçus ; donc je ne peux pas y répondre vraiment. En tout cas, d'après le peu de connaissances que j'ai, parce que ce n'est pas ma spécialité, sur les différentes politiques, ce que nous constatons en tout cas, au niveau des spécificités nationales, c'est que les pays où il y a le plus de demandes de suivi psychiatrique sont le Portugal et la France.

Et ce sont quand même des pays où le système de soins aux toxicomanes, en tout cas en France, a été initié par des psychiatres. Il y a donc une tradition française qui fait qu'il y a toujours eu des psychiatres, des psychanalystes, qui se sont occupés des usagers de drogues. Et il me semble que c'est la même chose au Portugal.

Donc, à partir du moment où un usager de drogues vient dans un centre, qu'il y est pris en charge, qu'il y voit régulièrement un psychanalyste, il l'intègre lui aussi, il a lui aussi la représentation que son problème est aussi d'ordre psychique, donc qu'il faut qu'il voie un psychanalyste. Je pense que tout cela doit jouer.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal*.

Au Portugal, ce sont des médecins, notamment des psychiatres, qui ont commencé à travailler avec les toxicomanes. Et c'est pour cela que l'on ne parle pas beaucoup des différences, parce que pour moi c'est peu significatif.

Je pense que ce qui est significatif, ce sont les présentations que l'on peut faire sur les items des situations de santé et comment on peut faire mieux et être plus proche de leurs problèmes. Car tout le monde sait que dans les pays du Sud -l'inverse existait mais cela commence à changer et elle a déjà changé- l'approche était peut-être plus médicale, alors que dans les pays du Nord elle était peut-être plus sociale. Maintenant, l'approche commence à être plus médicale dans les pays du Nord et plus sociale dans les pays du Sud. Mais il y a des différences, même quand le toxicomane voit ce traitement : au Nord, il le voit dans un encadrement social ; au sud, il le voit dans un cadre de santé. Et ce sont des choses qui changent les données et qui font que l'on ne peut pas voir les choses de la même façon.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

D'autres éléments jouent également et, là, je m'adresse au Docteur Pierre TOUBIANA, qui disait tout à l'heure qu'il aurait été intéressant de pouvoir comparer avec la population générale et la population en situation précaire. On voit bien que pour le rapport au psychanalyste il y a aussi des facteurs

culturels, des facteurs religieux, qui doivent jouer et qui peuvent expliquer la différence entre les pays. Bien sûr, nous n'irons certainement pas aussi loin dans l'analyse, mais il est vrai qu'il serait intéressant de voir ce côté. Peut-être que vous pourriez nous répondre sur la question du suivi psychiatrique, comment cela se passe par rapport à cette question.

Madame Maria-Emilia ESTEVES LEITAO, *Portugal*.

J'aimerais poser une question aux pays du Nord, en relation avec la question du social. Ce que Rodrigo SOUZA COUTINHO dit me semble exact, mais dans ce questionnaire les chiffres "sans couverture sociale" sont étonnants !

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Pour nous également !

Monsieur Nasser TACHOUGAST,
Asud Mars Say Yeah, Marseille, France.

Je voudrais faire une différence pour le suivi psychiatrique entre le Nord et le Sud. En France, on oblige fermement à aller voir le psychiatre par rapport à l'injonction thérapeutique, mais cela peut jouer par rapport aux lois et aussi du fait que le psychiatre est le seul prescripteur. En conclusion, en France, on oblige les usagers de drogues à aller voir un psychiatre.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, *Suède*.

Je ne connais pas la situation dans d'autres pays pour la couverture sociale. Je ne me souviens plus des chiffres en ce qui concerne le volet social mais en Suède toutes les personnes bénéficient de la couverture sociale. On n'est pas obligé de cotiser à une assurance sociale, ce n'est pas nécessaire, la couverture sociale concerne tout le monde. Est-ce que vous avez compris que toutes les personnes en Suède bénéficient de la couverture sociale ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

Je vous disais les difficultés que nous avons rencontrées. Et dans les pays du Nord, par exemple, les questionnaires ont été le plus souvent remplis par les usagers seuls et peut-être que les termes de couverture sociale n'ont pas été très bien traduits ou compris en tout cas par les usagers puisque, par exemple, pour la Suède un certain nombre d'entre eux ont répondu qu'ils n'avaient pas de couverture sociale.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, *Suède.*

D'accord. Donc, c'est la racine du problème. Ils n'ont pas compris car il n'y avait que deux ou trois personnes qui n'ont pas rempli le questionnaire eux-mêmes. Cette question paraissait bizarre car ce sont des Suédois et tous les Suédois ont une couverture sociale, forcément.

Il y a eu un très bon commentaire sur la couverture psychiatrique et sociale. Ce que Rodrigo SOUZA COUTINHO a dit est intéressant.

En ce qui concerne la couverture psychiatrique et sociale, si on remonte aux années 1960, au début, tous les soins de santé, tout ce qui est lié à la toxicomanie dans le domaine médical était sous contrôle de la psychiatrie. Au début, on souhaitait que tous les soins soient fournis aux toxicomanes par le système médical, jusqu'au milieu des années 1990.

Depuis, il y a eu une évolution dans la médicalisation. Autrement dit, tout le monde s'intéresse beaucoup à l'utilisation des méthodes qui sont acceptées et qui sont bien fondées, basées sur de bonnes études cognitives. Mais il faut que ces méthodes soient fondées sur de bonnes études et basées sur des moyens de prévention, donc des traitements largement utilisés, liés à la méthadone et puis aux programmes qui comprennent deux étapes, des programmes dont l'efficacité est démontrée.

C'est l'approche que nous avons adoptée. Nous sommes un petit pays, mais notre approche est rigide. Donc, il y a eu et

il y a une évolution, un changement et c'est peut-être ce qui se passe dans d'autres pays aussi.

Madame Dorrit SCHMIDT, *Danemark.*

Dans la ville de Copenhague, le traitement qui est dispensé aux toxicomanes rentre dans le domaine social. Il est très difficile pour les toxicomanes d'obtenir un traitement psychiatrique à Copenhague, car s'ils bénéficient de traitements de substitution, par exemple avec la méthadone, ils ne sont pas prêts dans les cliniques psychiatriques à donner de la méthadone. Donc, la responsabilité est divisée entre les centres de traitement sociaux et les cliniques psychiatriques, qui rencontrent de gros problèmes en ce qui concerne le double diagnostic d'utilisation, car il y a aussi certains patients qui ne peuvent pas être acceptés dans les centres de soins psychiatriques.

Nous avons une longue tradition de traitement basée sur l'éducation sociale, sur la pratique à cet égard, mais vu les traitements basés sur les substitutions de plus en plus répandus, nous commençons à adopter une approche beaucoup plus intégrée. Il y a donc un conflit entre le système social et le système psychiatrique qui commence à être résolu, mais pendant des années ce conflit a posé de gros problèmes.

Et puis, sur le type de couverture sociale, comme en Suède, au Danemark tous les toxicomanes, toute personne qui a des problèmes sociaux, tous ceux qui n'ont pas de moyens pour vivre ont droit automatiquement à une couverture sociale. Donc, en ce qui concerne le Danemark, nous avons du mal à comprendre ces résultats. Mais si nous examinons les questions de plus près, nous verrons comment les personnes les ont comprises.

J'ai moi-même une question supplémentaire concernant les différences entre les centres du Nord

et du Sud et en ce qui concerne les enfants qui sont pris en charge, les enfants qui sont placés. Ma question concerne les enfants des toxicomanes qui sont placés dans une institution. C'est une question dont on parle trop peu mais il faut voir qui prend la responsabilité d'élever les enfants des toxicomanes. En Europe du sud, c'est plutôt la famille étendue, les grands-parents, les frères, les sœurs, qui prennent la responsabilité de s'occuper des enfants des toxicomanes. Enfin, quelle est la solution qui a été adoptée pour ce problème ?

Monsieur Gerasimos PAPANASTASATOS, Grèce,
Kethea Therapy Center for Dependent Individuals.

Je viens de Grèce, je n'ai pas l'intention d'expliquer la situation en Grèce maintenant, je le ferai plus tard dans la journée, mais je voudrais mentionner à ce stade qu'il est très dangereux d'essayer d'expliquer toutes les réalités nationales sur la base des données qui nous sont disponibles.

Je me rappelle que dans certains pays il n'y a eu que trente questionnaires et il est difficile de généraliser sur la base de trente questionnaires. En fait, on ne peut pas généraliser ou essayer de généraliser sur des chiffres importants comme le volet psychiatrique, la prise en charge psychiatrique. Je ne sais pas comment on peut documenter le besoin d'intervention psychiatrique sur cette base.

Nous connaissons les épisodes psychiatriques qui ont été traités mais nous n'avons aucune idée qui puisse nous expliquer le besoin de l'utilisateur, le besoin ressenti par l'utilisateur ou la perception qu'il a de son besoin en intervention psychiatrique. Il y a seulement un item à la fin du questionnaire, mais ceci ne concerne pas le volet psychiatrique mais la situation psychologique et ce qu'en pense l'utilisateur.

Et d'un point de vue méthodologique, dans cette situation il faut être très correct, il faut être très prudent en ce qui concerne notre ambition d'essayer de généraliser chaque réalité nationale.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, *Suède*.

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous dites. Il est ressorti de l'étude à Stockholm que les personnes qui répondaient n'étaient pas forcément celles qui avaient besoin d'assistance psychiatrique. C'est un premier point.

Les personnes que l'on rencontrait dans l'environnement avaient visiblement besoin d'une aide psychiatrique, je veux bien dire psychiatrique et non pas psychologique, mais elles ne voulaient même pas que nous les aidions à remplir le formulaire ; cela n'en était pas encore à ce stade. Il est donc très difficile de tirer des conclusions, de faire des généralisations.

Ce qu'a dit Dorrit SCHMIDT s'applique également à la Suède en ce qui concerne l'intégration médicale et sociale. Nous essayons beaucoup plus de trouver un langage commun et de communiquer pour que ce soit mieux pour les patients. Nous avons des projets au sein desquels nous coopérons avec des organisations bénévoles et, en corrélation avec le système social et le système médical, nous avons de grands projets en ce moment.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal*.

Je suis d'accord avec vous, j'ai déjà dit que l'on ne peut pas nier ces résultats de façon absolue mais cela peut aider à réfléchir sur des choix et je pense que c'est ce qui est important. Pour nous, il est important de réfléchir et de voir si l'on peut, à partir de ces résultats, combattre ces résultats et faire un *brainstorming* sur ce problème.

Pour moi, c'est très important parce qu'au Portugal la situation est vraiment difficile. Nous avons 80 000 à 100 000 héroïnomanes, c'est problématique. Notre dispositif reçoit 400 personnes par jour, pour un traitement, pour de la nourriture, pour des soins médicaux, etc. Nous avons commencé un programme avec la méthadone au mois de septembre. En trois mois, il y avait déjà 600 personnes dans ce programme, 20 % étaient dans la rue, c'était des toxicomanes sans logement. Et c'est pour cette raison que, pour nous, c'est très important.

Une chose est logique à propos de la question familiale et concernant les pourcentages d'enfants placés, parce que dans les pays du Sud la plupart des enfants de nos toxicomanes sont avec la grand-mère, la tante, dans la famille, mais pas directement avec les toxicomanes. Pour moi, il est logique que cela se passe ainsi. Il est d'ailleurs très difficile au Portugal de placer un enfant, il faut que la mère n'ait pas de famille ; c'est seulement dans ce cas qu'il y a un placement de l'enfant.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

Je ferai juste une observation sur les pratiques à risques et les différences entre le Nord et le Sud. Si j'ai bien reporté ce que j'ai vu, les chiffres que vous trouvez et que vous rapportez sont un peu aussi étonnants, quand même, tout en étant bien entendu d'accord avec toutes les remarques qui sont faites sur la prudence nécessaire, etc. Mais, quand même, il est intéressant de remarquer les choses et il semble qu'il y ait plus de difficulté pour trouver du matériel dans les pays du Nord que dans les pays du Sud. Ce n'est pas le sentiment que j'en avais, c'est assez étonnant.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

C'est en tout cas ce qui est déclaré.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

Oui, bien sûr, c'est ce qui est déclaré, mais nous avons l'impression que nous étions bien en retard et il semble, en tout cas sur la représentation qu'en ont les usagers eux-mêmes, que nous ne soyons pas si en retard que cela dans le Sud.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

C'est une hypothèse mais on peut l'expliquer autrement : il y a davantage de pratiques à risques parce qu'il y a davantage de partage de matériel dans les pays du Sud, mais si l'on pose la question aux usagers ils répondent qu'ils ne

trouvent pas de difficulté pour se procurer des seringues, puisque, même s'ils en empruntent une à quelqu'un, pour eux ils en ont aussi une. Donc, cela ne renseigne pas obligatoirement sur la question du matériel à disposition.

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

La question ne portait pas sur le matériel à usage unique, pas sur le matériel stérile.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

La question était : "rencontrez-vous des difficultés pour vous procurer des seringues ?"

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

Et pas des seringues stériles ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *A.M.P.T.*

On parlait du principe que c'était des seringues stériles. Et, en fait, en y réfléchissant, je me dis maintenant que c'est peut-être une des explications.

Monsieur Gerasimos PAPANASTASATOS, *Grèce*.

D'accord, cela dépend de l'interprétation que fait chaque équipe nationale de cette question. Pour nous, il était clair que si l'usager de drogues a un problème de matériel, c'est parce qu'il n'a pas de matériel soit propre soit neuf. Pour nous, sur cette question, il n'y avait pas de doute.

Madame Dorrit SCHMIDT, *Danemark*.

Est-ce que vous allez nous envoyer et nous présenter les résultats des différents centres dans le rapport, afin que nous puissions comparer les différences à l'intérieur des pays nordiques et à l'intérieur des pays du Sud ?

Est-ce que vous allez envoyer un premier projet aux différents participants, afin que nous puissions le commenter

et que les spécificités nationales qui ne sont pas spécifiques à tel centre puissent être expliquées ?

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, A.M.P.T.

Dans le rapport, nous allons faire une présentation des données à la fois globales, puis dans la comparaison Nord/Sud et aussi pays par pays. Par contre, après, pour pouvoir intégrer les commentaires, nous avons aussi une date de rendu à la Commission Européenne. Mais cela peut être aussi une bonne base pour discuter pour la suite et repartir de ces remarques pour travailler ensemble. En fait, c'est à rediscuter, je ne peux pas vous donner une réponse définitive maintenant. Mais, par contre, vous concernant, vous aurez les résultats sur le Danemark.

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Il n'y a apparemment plus de question, c'est peut-être parce que nous approchons de midi. Donc, s'il n'y a plus de question dans l'immédiat, nous allons profiter de l'heure du déjeuner pour peaufiner les suivantes.

Je vous invite à vous diriger vers la salle pour le déjeuner, là, où nous avons pris le petit-déjeuner ce matin.

Nous recommencerons nos travaux à 14 h.

Fin de la séance de matinée à 12 h.

* * *

Ouverture de la séance d'après-midi à 14 h 30

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

Nous avons consacré la matinée de notre réunion à l'historique du projet, puis nous avons abordé les résultats de l'enquête telle qu'a pu nous les présenter Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, avec les commentaires de Xavier THIRION. Nous avons pensé que, cet après-midi, il serait peut-être intéressant, plus intéressant à mon sens d'ailleurs, d'échanger autour des questions que nous n'avons pas manqué de nous poser à la suite de l'analyse de ce travail.

Ces questions vous ont été présentées lors de l'accueil fait hier matin, par B.Tanche. Je vous propose de les relire et aussi que nous nous y arrêtions, l'intérêt étant d'échanger sur ce que chacun de nous pense, a à dire, les remarques que nous pouvons faire, ce que ces questions génèrent chez nous, soit au regard de notre propre expérience soit des questions que ces remarques suscitent sur l'expérience des autres.

Petite question de méthode, je propose donc l'organisation suivante, afin que nous ne prenions pas trop de risques à oublier trop de choses : je vous propose de lister une première série de questions, celles que Marie JAUFFRET-ROUSTIDE a appelées questions générales, puis peut-être, dans un premier temps, d'entendre les réactions qui sont les vôtres face à ces questions.

Le souhait que je formulerais, c'est de pouvoir entendre chacun d'entre vous puisque, ce matin, un certain nombre d'entre vous ont émis un certain nombre de remarques, d'autres sont restés un peu plus silencieux ; je crois qu'il serait intéressant que chacun d'entre nous puisse s'exprimer sur ces questions générales.

Table ronde

Questions générales

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

Les questions sont donc les suivantes, puisque, à la suite de cette enquête, un certain nombre de choses ont pu être mises en lumière.

La première question, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE l'a abordée ce matin, c'est la définition du "bas seuil".

Nous avons pu nous rendre compte déjà lors de TOXMED 1 et -Bruno TANCHE y faisait référence ce matin- TOXMED 2 l'a confirmé quand il s'est agi de confronter nos représentations avec nos définitions, que la définition du "bas seuil" n'était pas la même dans chacun des pays que nous avons visités, y compris en France.

C'est donc peut-être une des premières questions sur laquelle nous pourrions nous arrêter. Et, de fait, nous pouvons nous demander, si la définition du bas seuil n'est pas la même pour tous, si les populations incluses dans cette étude sont comparables.

La deuxième question que nous allons aborder, c'est : quelles sont les mesures innovantes prises pour améliorer la santé des usagers de drogues dans votre pays ?

Nous avons vu, ce matin, que les chiffres étaient sujets si ce n'est à caution en tout cas à interrogation. Mais il me semble que nous avons tous manifesté un intérêt à la connaissance de ce que faisaient les autres. C'est donc peut-être le moment que chacun d'entre vous s'exprime, nous donne un éclairage, des idées, sur ce qui est particulier dans sa pratique, dans son pays et particulièrement innovant en matière de prise en charge des usagers de drogues.

Nous avons également parlé, à quelques reprises, des problèmes psychiatriques que rencontraient les personnes dont

nous nous occupons. Nous pouvons donc aborder la question de la place des unités psychiatriques dans chacun de nos pays.

Un item a mis en lumière l'importance des abcès générés par les pratiques d'injection intraveineuse. Nous pouvons donc aussi aborder la question de la mise en œuvre de ces programmes d'injections dans chacun des pays qui compose ce groupe et la question aussi de la substitution injectable.

Enfin, dans le registre des questions que nous avons appelées questions générales, nous pouvons tenter de faire le lien entre les pratiques de consommation et l'apparition de problèmes de santé spécifiques dans votre pays.

Il est maintenant 14 h 25 et je crois que nous terminerons cette discussion-débat vers 16 h. Nous avons donc une demi-heure pour évoquer ensemble ces questions d'ordre général.

Madame Dorrit SCHMIDT, *Danemark*.

Qu'est-ce qui est défini en tant que service de "bas seuil" ?

La définition, c'est que les services sont facilement disponibles, ce qui veut dire, par exemple, que l'on doit y aller volontairement, de façon volontaire, et que le service doit être adapté aux exigences du toxicomane.

Et, selon cette définition, notre centre ne répond pas à ces critères. C'est pour cette raison que, si nous devions répondre à ces critères, la population qui devrait remplir le questionnaire ne pourrait pas le faire, parce que ce type de service à Copenhague n'est utilisé que par les toxicomanes qui sont très chaotiques.

Mais à Copenhague, nous avons aussi un système de traitement très disponible, d'accès volontaire, gratuit et très facile d'accès : il n'y a pas de liste d'attente. C'est pour cette raison que nous avons décidé de choisir un de nos centres de référence pour donner de la méthadone et que nos centres ne répondent pas à notre propre définition du bas

seuil. Mais si nous avons pris un de ces services à bas seuil, nous n'aurions pas pu remplir la procédure du questionnaire.

Une autre question : quelles sont les mesures prises, les mesures innovantes prises pour améliorer la santé des usagers de drogues dans votre pays ?

En ce qui nous concerne, nous mettons au point un travail, dans des secteurs bien particuliers de la ville, pour entrer en contact avec les usagers de drogues. Nous avons des services infirmiers. Disons que nous essayons d'aider les usagers de drogues de toutes les façons possibles, que cela soit par un service volontaire ou même gratuit, nous faisons un diagnostic des utilisateurs de drogues qui se font soigner et, également, nous essayons de faire un plan d'action systématique en ce qui concerne tous les problèmes que présentent ces usagers de drogues.

En ce qui concerne les abcès, au Danemark nous n'avons pas vraiment de syndromes décrits. Cela n'a pas encore été accepté politiquement, mais peut-être que dans un an nous aurons une pièce pour le physique.

Ensuite, en ce qui concerne les traitements de substitution, je pense que c'est une façon de réduire les dommages causés par l'injection. Et dans un de nos centres de traitement, nous avons essayé de voir comment nous pourrions fournir de la méthadone aux toxicomanes afin qu'ils puissent se l'injecter, mais avec l'aide d'un infirmier.

En ce qui concerne maintenant le problème du double diagnostic, j'en ai déjà parlé auparavant, nous avons un centre de traitement spécial à Copenhague qui prend en charge les toxicomanes et leurs troubles psychologiques mais le problème est que nous n'avons que 25 places. Cependant, nous sommes en train d'entrer dans un accord avec le système psychiatrique pour venir en aide à ces personnes.

Concernant les problèmes de santé, les plus jeunes souvent fument de l'héroïne plutôt que d'avoir recours à

l'injection. Mais nous avons encore un groupe important de toxicomanes qui s'injectent de l'héroïne ou d'autres substances. Et nous essayons, par conséquent, de résoudre ce problème d'une façon ou d'une autre. Mais, de toute façon, nous essayons d'informer les toxicomanes sur la façon de s'injecter la drogue ou s'il y a d'autres façons de procéder. Je vous remercie.

Madame Caroline ADAMSSON WAHREN, *Suède*.

Je ne sais pas si nous avons une définition de ce bas seuil.

En Suède, nous savons tous qu'il y a une tolérance zéro en ce qui concerne les toxicomanes, mais dans les différentes unités les personnes ont plus ou moins la même approche en ce qui concerne les toxicomanes, comme tout le monde sur cette terre lorsqu'il s'agit de traiter les toxicomanes. Mais même si nous n'avons pas une définition claire de ce bas seuil, nous avons ce type de service.

Dans le centre où je travaille, nous avons un groupe qui est supervisé par une infirmière psychiatrique. Elle a un gros poste, elle est à disposition tous les jours de la semaine, même le soir.

Nous avons également un centre de soins psychosomatiques qui est ouvert tous les jours. Les personnes peuvent y venir, discuter des drogues, de l'alcool, y venir même de façon anonyme si elles le souhaitent. Nous avons tous les critères réunis pour pouvoir rencontrer la personne et lui fournir les meilleurs soins possibles.

Pour pouvoir participer à l'étude, il n'aurait pas été suffisant, pour nous, d'utiliser simplement les centres de soins psychosomatiques. Nous sommes allés dans les endroits où nos groupes se trouvaient et ainsi nous avons pu faire remplir les questionnaires aux patients.

Je ne connais pas exactement les résultats de la Suède, donc je ne peux pas vraiment être précise. Je ne sais pas si les mots, ici, ont vraiment un sens, si les personnes ont

vraiment ce type de problèmes. Peut-être que Maria DAHLGREN connaît davantage les pourcentages, mais personnellement je ne peux pas en dire davantage.

Il y a une certaine réticence quant à avoir des unités où l'on puisse apprendre les techniques d'injection, mais cela va dans le sens de la politique du pays. Les jeunes, quand ils commencent à se droguer, souvent ne pratiquent pas l'injection. Ce sont les immigrants qui y ont recours. Les jeunes ont plutôt tendance au départ à fumer et après deux ans, par exemple, à pratiquer des injections. Je ne peux pas vous en dire plus pour l'instant quant à cette augmentation des injections, mais si vous avez des questions, évidemment, je pourrai y répondre.

Monsieur Hervé SUE,
A.M.P.T. - TRANSIT, France.

Ce que je peux vous proposer comme définition de dispositif bas seuil, c'est quelque chose qui relève de l'état de notre réflexion qui est en cours actuellement.

Donc, facilité d'accès : un dispositif bas seuil est un dispositif qui permet que l'on y accède relativement facilement. On pourrait dire que les dispositifs de soins dits de "haut seuil" doivent l'être aussi et, parfois, ils le sont. Les personnes toxicomanes qui s'adresseraient à un dispositif bas seuil seraient volontaires et s'adresseraient à un service gratuit. Mais on peut le dire aussi d'autres types de services.

Ce qui me semble intéressant, mais ce n'est que la définition sur laquelle je vous propose de réfléchir ensemble, c'est qu'un service bas seuil puisse s'adresser à un certain nombre de personnes qui ne sont pas repérées par d'autres dispositifs de soins ou de préventions. Un deuxième indicateur serait qu'un dispositif bas seuil s'adresserait à des personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas s'inscrire dans une démarche de soins.

Ce serait deux indicateurs qui, selon moi, pourraient permettre de définir ce qu'est un dispositif bas seuil.

De ce fait, cela nous amène à nous questionner sur les types de public auxquels ce dispositif s'adresse et quelle définition nous avons du public toxicomane.

Alors, est-ce que ce sont des usagers de produits illicites ? Est-ce que ce sont des usagers de produits licites mais détournés de leur usage ? Ou est-ce que ce sont des usagers dépendant de produits psycho-actifs ? Et, là, cela englobe une partie de public beaucoup plus générale que le public usager d'héroïne, de cocaïne, etc.

C'est une question sur laquelle nous réfléchissons en termes de réduction des risques liés à l'usage de produits psycho-actifs : à quel types de public on s'adresse et de quelle manière cette globalité peut être prise en compte ?

En même temps, je me pose une autre question : qu'advierait-il du public qui serait usager des produits psycho-actifs, usager dépendant, et qui ne se reconnaîtrait pas comme toxicomane ? C'est une partie de la réalité que nous sommes amenés à prendre en compte. Il y a un certain nombre de personnes, des jeunes parfois, qui utilisent un certain nombre de produits et qui ne se reconnaissent pas en tant que toxicomanes. De quelle manière peut-on s'adresser à ce type de public, alors que l'on est dit "service spécialisé en toxicomanies" ? Comment s'adresser à des personnes qui ne se reconnaissent pas là-dedans ?

Voilà les questions que je sou mets à votre réflexion.

Madame Caroline CORR, *Irlande*.

Notre définition d'un service bas seuil serait semblable à ce qui vient d'être mentionné, c'est-à-dire facilité d'accès pour tous les usagers.

Il faut essayer de cibler des utilisateurs de drogues qui ne sont pas en contact avec d'autres services. Beaucoup d'usagers sont en relation avec les services de santé ; ils ne se servent plus d'héroïne mais sont passés à la méthadone. Nous accueillons tout le monde. Notre service bas seuil propose des services d'échange d'aiguilles, de seringues. Et nos travailleurs sociaux sont aussi enclins à proposer un soutien social. On a aussi fait mention de l'acupuncture.

Deuxièmement, en ce qui concerne les mesures d'amélioration de la santé, en Irlande ceci constitue un gros problème.

Je ne sais pas si d'autres pays rencontrent le même type de problèmes que nous, mais des études ont démontré, ont révélé la façon dont les toxicomanes sont traités dans les hôpitaux en Irlande, surtout aux urgences. Et ceci dissuade nos usagers de se mettre en relation avec ces services de santé. Là, théoriquement, nous avons proposé que les utilisateurs de drogues, les toxicomanes, soient insérés dans le système de santé principal. Mais ils ne veulent pas le faire à cause de ce mauvais traitement.

Nous venons de terminer un projet sur le statut des toxicomanes de sexe féminin. Pendant deux semaines, ces toxicomanes ont pu consulter des médecins. Elles ont fait des tests d'hépatite B et C, des tests de grossesse. Nous avons terminé ce projet.

Et nous venons de lancer un nouveau projet sur le statut de santé des toxicomanes de sexe masculin. Dans ce projet, on démontre que l'on doit fournir des services de santé primaires. Nous avons un financement pour mettre sur pied un tel service ; il y a un médecin, un chirurgien-dentiste et une infirmière qui sont disponibles.

En ce qui concerne le diagnostic des abcès, c'est dû aux échanges de seringues. Comme je l'ai dit hier, nous sommes le seul service à proposer des échanges de seringues cinq jours par semaine.

En ce qui concerne la cocaïne, nous avons été témoins de l'augmentation de sa consommation et mon organisation a proposé une nouvelle approche. Mais le gouvernement ne veut rien entendre et dans le projet que nous avons mis sur pied l'année dernière, cette possibilité n'a pas été évoquée.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, *A.M.P.T.*

Je vais me permettre de mettre à contribution des collègues qui ne l'ont pas encore été. Est-ce que nous

pourrions avoir quelques éléments sur la définition espagnole du bas seuil ?

Monsieur Victor MARTI, *Espagne*.

Je ne peux pas répéter ce qui a déjà été dit mais nous sommes d'accord sur les points qu'a proposés l'A.M.P.T., également avec la définition qui a été proposée de faciliter l'accès.

La question serait de penser des dispositifs spécifiques de bas seuil, tels qu'ils sont définis, dans une perspective plus globale d'intervention. Ce que l'on voit chez nous, c'est le risque d'isolement de ces ressources de bas seuil. Déjà, la population qui est touchée est très marginalisée, mais les équipes aussi sont marginalisées par rapport aux autres services. C'est l'un des risques que nous voyons.

Quelles sont les mesures de réduction prises pour améliorer la santé ?

D'un côté, cela a été de changer un peu l'approche de travail des centres d'accueil. C'est une des mesures. C'est-à-dire d'être plus sensible à toutes ces pathologies, à tous ces problèmes de santé dont nous sommes en train de parler.

Les centres d'accueil, traditionnellement, avaient une approche davantage psychosociale. Mais il a fallu aussi intégrer des intervenants plus spécialisés dans la santé des maladies organiques, etc. L'intégration de médecins et d'infirmiers est une chose nouvelle chez nous, avec l'apparition de l'inclusion de la méthadone, etc. Il s'agit d'être plus sensible à certaines pathologies, et avec tout ce qui fait référence au dépistage du VIH, des hépatites, des programmes de vaccinations, ce que l'on a nommé les programmes de santé.

Tout ce travail de diagnostic, de contrôle et de vaccination, est un travail important que nous avons incorporé.

L'autre mesure serait d'intégrer dans les centres d'accueil la perspective de réduction des risques. Il ne s'agit pas de faire soit un travail de prise en charge par un

traitement ou par la réduction des risques, mais de faire un travail de prise en charge dans une perspective de réduction de la prise de produit, soit vers l'abstinence, soit vers la substitution.

Les programmes de substitution par la méthadone, en Espagne, ont été très vite intégrés et généralisés. Les programmes d'échange de seringues ont aussi très vite été intégrés et généralisés dans diverses approches, dans les pharmacies, dans les centres de santé généralistes, c'est-à-dire où il y a des médecins généralistes, et dans les structures spécifiques de bas seuil ou de réduction de risques.

La participation des usagers de drogues est aussi une mesure innovante pour nous, avec La formation des usagers de drogues et ceci dans deux directions, d'un côté les rapports sexuels et il y a aussi des séminaires pour une consommation plus hygiénique.

Dans les grandes villes, il y a de plus en plus ces ressources, comme il y a des boutiques ici en France, TRANSIT à Marseille, mais aussi avec leurs problèmes de revoir l'offre et comment travailler avec cette demande croissante et complexe. Mais c'est seulement dans les grandes villes que l'on trouve ces ressources.

Pour les programmes de substitution à l'héroïne il y avait un projet ancien en Andalousie et un projet en Catalogne, mais ils n'ont pas été autorisés par le gouvernement espagnol. Pour ce qui est des politiques concernant les drogues, cela dépend des différentes régions. Comment se développe la prise en charge des toxicomanies, comment développer des programmes de substitution, tout cela dépend de chaque région, des systèmes de santé de chaque région, mais il y a certaines directives qui viennent du gouvernement central et on commence à développer des programmes de substitution.

Sur la question du programme de substitution à l'héroïne, l'Andalousie avait un projet depuis trois ou quatre ans et qui était arrêté par le gouvernement. Finalement, ils

ont eu l'autorisation et ils vont démarrer un programme par voie intraveineuse.

En Catalogne, il est prévu un programme de substitution de l'héroïne par voie orale. Mais il n'est pas encore commencé.

Sur la question des problèmes psychiatriques, nous avons les mêmes problèmes que ceux dont nous avons parlé ici, avec le rejet de l'institution psychiatrique à faire la prise en charge des toxicomanes présentant des troubles psychiatriques. Nous essayons de faire un travail de réseau entre le réseau de drogues et le réseau de psychiatrie.

Et il y a un nouveau centre à Barcelone, ils disent que c'est la seule expérience européenne, je ne sais pas si cela est vrai : c'est une unité d'hospitalisation pour pathologie duale, c'est-à-dire que c'est seulement en cas d'une situation de crise, de patients avec une pathologie duale, crise et pathologie psychiatrique. Cela fait un an que cette unité est ouverte. Pour l'instant, c'est tout en Catalogne mais il est prévu pour les prochaines années d'ouvrir d'autres unités en pathologie duale, où les centres de toxicomanie peuvent envoyer des patients et aussi où les centres de santé mentale peuvent envoyer les leurs. C'est une unité de rencontre entre les deux réseaux.

Et je pensais, avant le déjeuner, à la question : comment a évolué le phénomène, comment ont évolué les besoins, comment ont évolué nos inquiétudes par rapport à la question de la toxicomanie. Hier, l'équipe de l'A.M.P.T. que nous avons visitée nous disait qu'au début il n'y avait pas de médecin dans l'équipe. C'était un peu la caractéristique de l'A.M.P.T. Je pense que c'est un peu l'approche qu'il y avait en Espagne, cette approche psychosociale, et que nous avons pris un peu du modèle français. Et comment cela a changé à partir de l'intégration de l'incorporation de la méthadone, etc.

La question que cela pose chez nous, en Espagne, c'est qu'à partir de cette pathologie tellement diverse il n'y a pas seulement la toxicomanie, il y a en plus la pathologie psychiatrique, la pathologie médicale, organique, les hépatites, le VIH, etc., en plus des problèmes sociaux, de logement, de travail, c'est-à-dire que ce n'est pas une

pathologie duale, c'est en fait un polytraumatisé, on peut le dire.

Alors, où et comment faire la prise en charge ? Ce sont évidemment les centres de toxicomanie qui doivent la faire et, du reste, ils sont débordés pour cette pathologie. La question que nous sommes en train de revoir en Espagne, c'est où placer vraiment la prise en charge de la toxicomanie ?

Il y a des modèles en Espagne qui se trouvent dans les ressources de santé mentale, c'est le cas du pays basque. Au sud de l'Espagne, la prise en charge de la toxicomanie est faite dans un cadre de l'assistance primaire. En Catalogne, c'est davantage dans un cadre plus spécifique. En tout cas, on voit bien, d'un côté, les besoins et, de l'autre côté, les difficultés du contact avec les autres réseaux, le réseau psychiatrique, le réseau médical, le réseau social.

Comment revoir cela ? Où devrait-on placer la prise en charge et comment faire ? En tout cas ce que nous avons vu l'autre jour à Barcelone, c'est l'importance du travail en réseau au niveau local. Pour les problèmes que nous posent les toxicomanes, je ne sais pas si ce sera le centre d'accueil des toxicomanes ou si ce sera le centre d'assistance sociale ou si ce sera l'hôpital ; en tout cas le problème se pose, il doit se résoudre. Donc, ce que nous avons vu, c'est l'importance du travail communautaire, du travail en réseau, au niveau local.

C'est la question à laquelle je pensais avant d'aller déjeuner. A partir de cette évolution des besoins, comment faudrait-il essayer d'évoluer pour une mise en place des réseaux de toxicomanie et comment travailler ?

Je ne sais pas quelle est la limite de TOXMED, jusqu'à quel point on pourrait prendre ces questions.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

Je vais être un peu directif mais est-ce que nos collègues de la région jurassienne pourraient s'exprimer, à la fois sur vos préoccupations et peut-être sur vos expériences propres ?

Monsieur Thierry HUMAIR, Suisse,

Ligue Jurassienne contre les Toxicomanies.

La définition, on la retrouve aujourd'hui. Nous expliquons à nos usagers que le bas seuil, simplement, ce n'est pas du tout l'exigence.

Nous sommes assez proches de nos collègues de Copenhague, les différences qu'il y a en Suisse sont notamment l'implantation de locaux d'injection qui sont acceptés même par la Suisse romande, peut-être pas toute la Suisse romande mais notamment à Genève, où un local a été ouvert à l'automne dernier.

Ces locaux d'injection sont en train d'évoluer. Ce ne sera pas des locaux uniquement d'injection mais des locaux de consommation. Techniquement, avant, dans la logique des locaux d'injection on ne tolérerait pas les fumeurs et ceux qui se droguent par inhalation. Maintenant, cette logique bas seuil dit : pourquoi fermer la porte de ces locaux d'injection à ceux qui veulent sniffer ou fumer ? Mais cela ne se fait pas encore dans tous les locaux.

Autre spécificité, ce sont les programmes concernant l'héroïne sur lesquels on s'est prononcé, il y a deux ans, pour accepter ce qui devenait une mesure urgente. Maintenant, nous avons plus de 1800 places dans les programmes concernant l'héroïne.

Je vous donne enfin quelques chiffres pour donner la spécificité de la Suisse. Nous recensons 30 000 personnes qui sont dépendantes de drogues dures. Pour ces 30 000 personnes, il y a 3 000 places à disposition dans des centres résidentiels, en comparaison avec les 600 au Portugal, et puis 1 800 places en programme concernant l'héroïne. Et on compte qu'à peu près deux tiers de ces personnes sont sous substitution, essentiellement avec de la méthadone parce que la buprénorphine n'est arrivée en Suisse qu'en 2000.

Madame Antoinette DEFOSSEZ, Suisse.

Juste quelques mots en complément.

C'est à notre avis un problème important parce qu'il est peu mis en évidence, mais c'est souvent justement dans les structures bas seuil que la pathologie psychiatrique apparaît. Alors que l'on avait toujours considéré que les problèmes de

comportement, de difficulté d'insertion, que l'on rencontre étaient liés à la consommation de drogues, quand ces personnes passent sous substitution, puis quand on diminue leur produit de substitution, c'est à ce moment-là que la pathologie psychiatrique émerge.

Et il y a peu de structures qui font face à ces personnes. Parmi les hôpitaux psychiatriques, quelques-uns ont des unités de sevrage ou de prise en charge de personnes toxico-dépendantes avec des produits de substitution. En fait, ce sont des services qui donnent une place importante au diagnostic et à la mise en place d'un traitement psychiatrique. C'est la consommation de produits qui pose ce problème, mais cela reste quelque chose de difficile et la collaboration avec la psychiatrie reste difficile.

Notre collègue espagnol disait tout à l'heure que l'Espagne était en première ligne avec une unité duale, il en existait une en Suisse mais qui a fermé au mois de septembre, parce que cela reste un peu des secteurs cloisonnés. Je trouve que c'est très dommage.

Concernant les mesures innovantes pour améliorer la santé des usagers, chez nous, je ne parle pas d'assistance générale mais ce que nous faisons, c'est que, d'une part, on ne prospecte plus aujourd'hui que des usagers de drogues par voie intraveineuse. On se rend compte que la plupart des jeunes qui commencent maintenant sont des jeunes qui sniffent, qui inhalent, et on met à leur disposition du matériel. Comme on met du matériel d'injection stérile à disposition, on en met aussi pour sniffer afin d'éviter la contamination par la paille.

Par rapport à l'hépatite C, il y a aussi toute une série de mesures qui sont prises maintenant, en particulier par les médecins, des mesures d'information et d'éducation des personnes, de mise en garde sur la transmission de cette maladie, qui semble être un problème sans doute beaucoup plus important que le VIH actuellement en Suisse. Et nous avons un projet de créer des noyaux, de former les usagers à la prévention entre eux, de façon à ne pas les mettre en position de transmissibilité.

Monsieur Thierry HUMAIR, *Suisse*.

Je voudrais juste ajouter quelque chose au projet de substitution individuelle. Il avait été fait une expérience sur cent personnes et cette expérience a été abandonnée à la demande des usagers, parce que l'on avait pris les mêmes critères que pour la technique d'injection de produit, c'est-à-dire que la distribution de produits se faisait à heures fixes et que les usagers trouvaient cela trop contraignant.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, *A.M.P.T.*

D'autres voix demandent-elles à s'élever ?

Docteur Pierre TOUBIANA, *France*.

C'est une question aux représentants des différents pays qui gèrent des structures bas seuil.

En France, en tout cas à Marseille, nous avons été confrontés depuis quelques années à une problématique qui était celle de dire : dans les structures bas seuil, actuellement, il semble qu'il n'y ait pas tous les publics d'usagers de drogues marginalisés. C'est-à-dire que l'on aurait descendu le seuil mais qu'il y en aurait encore probablement dans la rue.

Et c'est la raison pour laquelle, au niveau national, par exemple, un certain nombre de dispositifs ont été mis en place -il y en a très peu- que l'on a appelés "équipes mobiles de proximité". C'est-à-dire que ce sont des animateurs de prévention qui devaient aller dans la rue, en gros là où se trouveraient les usagers de drogues les plus marginalisés, ceux qui ne viennent pas encore dans les structures bas seuil.

Est-ce que cette problématique existe aussi dans les autres pays représentés ici et est-ce qu'il y a des dispositifs de ce genre dans d'autres pays ?

Monsieur Gerasimos PAPANASTASATOS, Grèce.

Je viens de Grèce et je pense que je peux répondre à votre question de façon indirecte.

Tout d'abord, essayons de donner une définition du service bas seuil.

Je me demandais si l'on avait une définition claire d'un centre à haut seuil pour lutter contre la toxicomanie ou donner des traitements. Je ne sais pas. Je pense que les centres de traitement à haut seuil ont des caractéristiques volontaires. Ce sont des traitements volontaires, non obligatoires ; l'utilisateur lui-même doit être très fortement motivé et présenter peut-être aussi un certain degré de disponibilité pour être traité. Et il faut une bonne infrastructure de traitements répondant aux exigences de l'utilisateur. Et peut-être que si tous ces éléments ne sont pas clairs, s'ils n'existent pas, cela veut dire que nous avons une unité à bas seuil.

Comment peut-on rapporter tout ceci à la réalité grecque ? Qu'est-ce que veut dire centre de bas seuil ?

Si ce centre répond aux exigences primaires de l'utilisateur, c'est-à-dire qu'on lui donne à manger, un abri, un logement pour un certain temps, afin qu'il puisse se laver, laver ses vêtements, donc si un centre de bas seuil veut dire qu'il y a des services d'éducation pour résoudre les risques découlant de la toxicomanie et inhérents à la santé, par exemple sur le comportement sexuel, si un centre de bas seuil signifie que l'on soigne, que l'on éduque l'utilisateur pour qu'il prenne soin de sa santé, alors en Grèce le centre de conseil de notre organisation, pendant la première période, au début du séjour, remplit cet objectif.

En outre, il y a des centres importants, des centres à interventions multiples, qui doivent suivre justement les usagers qui ne veulent pas recevoir un traitement ou du moins qui ne recherchent pas un traitement. La modalité de tous ces centres à interventions multiples, de ceux que j'ai mentionnés auparavant, c'est d'avoir des unités mobiles et aussi d'intervenir dans la rue afin de trouver les usagers là où justement ils sont.

Dans le centre d'Athènes, les nouvelles unités que nous ouvrons, et ceci depuis deux ans, sont de grandes unités de diagnostic, où nous essayons de donner l'occasion aux usagers, qui justement ne recherchent pas, ne demandent pas un traitement, d'avoir une bonne image du monde médical, ainsi que du monde psychiatrique et psychologique.

Nous avons créé ces centres en tout premier lieu lorsque nous avons découvert que les usagers de drogues n'étaient pas sensibles au fait que nous essayons de les envoyer au service de santé publique. Nous essayons, nous avons essayé d'envoyer les usagers de drogues dans le système de santé publique mais ils n'avaient pas recours à cette possibilité.

Nous avons donc pensé qu'il serait beaucoup plus efficace de leur donner une image claire, complète, de ce monde médical, au moment où ils essayaient, par exemple, de passer un moment agréable au café, rien que pour prendre un exemple.

Et, là, ils pouvaient avoir des examens médicaux, un diagnostic psychiatrique, mais évidemment il s'agissait simplement d'un premier contact, car pour certains il ne leur était pas possible de continuer des soins psychiatriques. C'était simplement un premier contact, un diagnostic psychiatrique.

Nous avons aussi essayé qu'ils aient dans ce centre la possibilité d'avoir des soins dentaires, afin de pouvoir résoudre certains problèmes urgents.

Je ne sais pas si j'ai vraiment défini ce bas seuil, même après tout ce que je viens de dire.

Sur la situation en Grèce actuellement, par rapport à vos questions sur les changements, nous avons évidemment beaucoup d'avis mais il y a aussi les données concrètes. Et lorsque l'on parle d'avis, je peux dire que nous avons en Grèce une société en transition, c'est-à-dire que, pour la première fois, cette société accueille des minorités d'immigrants qui arrivent en Grèce pour travailler. C'est une expérience très nouvelle chez nous, car jusqu'à maintenant c'était les Grecs qui émigraient dans d'autres pays.

Nous avons donc ces nouvelles minorités qui arrivent dans la réalité grecque et je pense que ces minorités apportent certaines différences dans la vie sociale et aussi dans la vie de la toxicomanie, dans tout ce qui a trait à la toxicomanie.

Je pense que nous allons avoir des changements qui seront dus, par exemple, à de nouvelles substances. Pour l'instant, en Grèce, nous avons l'usage de l'héroïne qui vient d'Afghanistan. Je ne sais pas s'il va y avoir des changements sur le marché mais peut-être que cela coûtera plus cher que maintenant ou peut-être qu'il y aura des changements dans cette même substance. Mais, d'après de nombreuses sources, on pense à un changement dû à la situation en Afghanistan. Nous pensons que les événements de la dernière année vont changer la situation.

Ensuite, nous avons les données qui nous apportent une image. C'est-à-dire qu'il y a une diminution de certaines substances qui sont remplacées par d'autres, l'ecstasy par exemple. L'héroïne, cependant, reste la première substance utilisée par tous les usagers que nous connaissons, donc tous ceux qui ont demandé un traitement.

Nous savons également qu'il y a une diminution des injections intraveineuses, donc de toutes les substances, mais qu'il y a une augmentation de ceux qui fument ou qui sniffent. Nous savons que la cocaïne n'est plus la première substance utilisée, qu'elle a perdu sa première place depuis dix ans.

Nous avons 1,5 % de prévalence dans les centres de traitement. Nous savons également que l'âge moyen des usagers qui demandent un traitement a diminué au cours des cinq dernières années, c'est-à-dire qu'en 1995 l'âge moyen était de 29 ans alors qu'en 2000 il était de 25 ans.

En ce qui concerne les problèmes de santé des usagers de la drogue, en Grèce, il y a de nouveaux éléments. Tous les experts dans le domaine de la santé sont préoccupés par l'augmentation des cas de tuberculose ; ce n'est pas l'hépatite B ou l'hépatite C qui les préoccupe mais la tuberculose. Pour le VIH dû à l'injection de drogue, en Grèce,

la prévalence est très faible et ceci depuis plus de trente ans.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, *A.M.P.T.*

Je souhaiterais une dernière intervention à partir des questions d'ordre général que nous avons formulées tout à l'heure.

Monsieur James Maurice CAMP, *Royaume-Uni.*

En ce qui concerne la définition du bas seuil, c'est difficile car nous n'y sommes pas encore, nous ne fournissons pas encore les meilleurs services de bas seuil et sa définition change chaque fois.

Il est donc important de définir le bas seuil comme un service facile d'accès pour les usagers de drogues et aussi pour les professionnels. Nous allons donc savoir quelle est la qualité d'accès de ce qui est équitable pour tous les usagers de drogue.

Je crois que nous devons travailler à partir d'hypothèses de base, que nous devons être réalistes. C'est-à-dire que nous devons limiter les dommages créés par la drogue et pas simplement parler d'en arrêter l'usage. Je crois que les points fondamentaux sont d'avoir des produits de qualité, des produits bas seuil qui soient acceptables par les usagers de drogues et aussi d'essayer de réduire les dommages plutôt que de s'attacher simplement à ce que l'on n'utilise plus de drogues.

La prévention des dommages est importante mais je crois que la réduction des dommages est l'objectif le plus important. C'est la priorité : diminuer les risques pour l'utilisateur de drogues et pour la communauté.

Voilà ce que je voulais dire pour l'instant.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal.*

Je pense que les structures bas seuil évidemment se doivent de s'occuper fondamentalement des conséquences des consommations de drogues et non pas des consommations. Elles doivent permettre à tous les toxicomanes d'avoir un seuil qui

ne dépasse pas le point de rupture avec la dignité humaine. C'est une chose qui est très importante. Les toxicomanes ont le droit d'avoir leur dignité humaine et les dispositifs de bas seuil sont la frontière ou la limite que nous devons avoir pour qu'ils ne dépassent pas ce seuil de la dignité humaine.

Alors, il y a beaucoup de formes et de dispositifs plus spécifiques. Pour moi, les dispositifs bas seuil sont une partie intégrante de tous les dispositifs d'intention envers la toxicomanie, cela parce que pour le toxicomane il y a beaucoup de niveaux d'être dans la toxicomanie. Et il a parfois des capacités, d'autres fois il n'en a pas ou il n'en veut pas. C'est dans tout ce scénario d'interventions que les dispositifs vont faire partie intégrante des interventions en toxicomanie.

Mais ils doivent avoir aussi de l'application et de l'intégration avec tous les circuits de la toxicomanie et pas seulement mais aussi avec les réseaux communautaires, les réseaux de santé, les réseaux sociaux, etc.

Ils doivent être considérés comme un dispositif ayant les mêmes droits qu'un centre de traitement, parce que la toxicomanie ce n'est pas seulement quelques toxicomanes qui ont besoin de ces dispositifs bas seuil, quelques toxicomanes par hasard.

Ils doivent avoir également la nécessité et la préoccupation de donner la possibilité aux toxicomanes d'accéder à d'autres dispositifs, à d'autres structures et à d'autres services.

Pour moi, la priorité, ce sont les conséquences de la consommation et pas la consommation, et de les intégrer dans ces dispositifs.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, *A.M.P.T.*

Je propose de nous en tenir là pour cette première série de questions et d'engager une discussion, également à partir de vos expériences et de vos pratiques, sur la deuxième série de questions que nous avons extraites de cette recherche.

Mais il y avait encore une demande d'intervention, veuillez m'excuser.

Madame Mariangela CANCELLARA,
AFET - Aquilone - Drop in la Boa, Italie.

Je suis totalement d'accord avec M. SOUZA COUTINHO parce que je trouve que ce qu'il a dit sur la dignité de la personne est fondamental. Il faut être préoccupé des conséquences de la consommation de drogues et permettre aux personnes consommatrices d'avoir un seuil où l'on ne perd pas sa dignité humaine. Elles doivent avoir des droits, des dispositifs bas seuil comme frontière ultime.

A partir de là, en Italie et je parle particulièrement de Gênes et non pas de toute l'Italie, nous avons maintenant des difficultés à maintenir ces frontières de bas seuil, principalement parce que nous connaissons un bouleversement complet sur le service public et les services privés en Italie.

Auparavant, nous avons connu deux époques d'histoire du service public. Dans les années 1980, nous avons les services de santé mentale qui comprenaient des psychiatres et d'autres professionnels dédiés aux toxicomanes. Alors, nécessairement, certains traitements étaient suivis par un psychiatre, en fait presque tous les traitements étaient un peu du ressort du domaine de la psychiatrie.

En 1994/95, cela a changé. On a institué des SERT ; je parle pour Gênes parce qu'en Italie il y avait déjà des SERT auparavant mais pas à Gênes. Et dans les équipes du SERT dédiées justement aux soins des toxicomanes, il y avait quelques psychiatres mais aussi des professionnels sociaux. Alors, cela a beaucoup changé parce que nous avons eu des traitements pour l'insertion dans le travail, pour l'insertion dans le social, la formation, etc.

Comme jusqu'à maintenant en Italie le service public avait toute la direction de la politique sur la toxicomanie, tout se déroulait autour des projets que l'on faisait à l'intérieur de ce SERT. Et il était normal que les privés que nous sommes, qui travaillent avec le service public, devaient travailler dans un milieu de bas seuil inévitablement, parce que l'on ne pouvait pas faire les traitements que faisait

auparavant le service public. C'est pour cela que notre vocation de rue a pu s'exprimer avec l'unité de rue, les toxicomanes.

Nous voyons maintenant que tout va changer. Avec les nouvelles dispositions que nous voyons prendre par notre gouvernement, on donnera plus d'importance au privé et moins au public. Alors, il sera possible que même des organismes comme les nôtres puissent avoir quelques chances en plus pour faire une politique de distribution de méthadone, etc. Car, jusqu'à maintenant, la politique de substitution était seulement attribuée au service public.

Alors, cela fait qu'il y a (une bagarre) pour qui arrivera le premier à prendre ces services bas seuil. Ainsi, c'est vraiment difficile pour nous, d'autant que je pense que le gouvernement essaiera de mettre l'un contre l'autre et de payer le plus bas possible un grand nombre de services. C'est l'un des problèmes.

Un autre problème est à l'intérieur de nos services. C'est-à-dire que nous avons atteint les premiers objectifs, nous avons diminué les décès par overdose, nous distribuons 40 à 50 000 seringues par an et nous avons presque la même restitution de seringues. Ainsi, les toxicomanes sont bien acceptés par la population, notre unité de rue est bien acceptée. Et nous devons même changer d'objectif et c'est notre tâche, maintenant, d'étudier tout cela.

L'autre problème que nous avons, ce sont les équipes de travail, qui se sont fatiguées dans ce métier et qui essaient d'élever le seuil. Et il est difficile de maintenir cet objectif minimum de dignité humaine. Les professionnels essaient toujours de prendre en charge mais c'est difficile de maintenir toujours un bas seuil.

La dernière difficulté que nous rencontrons est due à l'immigration. Nous avons beaucoup de personnes qui viennent à Gênes pour travailler et même des personnes sans papier. Parmi ces personnes, certaines gèrent la distribution de toutes les substances, comme l'héroïne et la méthadone. Ceci a contribué à l'augmentation de la criminalisation de l'immigration, d'autant que ces mêmes groupes sociaux sont impliqués dans la

prostitution clandestine. Ainsi, nous avons beaucoup de renforcement de répression policière et la répression rend notre travail vraiment difficile parce que les usagers de drogues essaient maintenant d'avoir leur dose journalière grâce au téléphone ou dans les maisons. Nous ne les voyons donc plus dans la rue, ils se cachent et il est difficile de faire émerger le phénomène.

Autre chose, nous voyons maintenant une augmentation des toxicomanes parmi les immigrés venus d'Europe, mais ils n'ont pas la possibilité d'être soignés. On peut leur donner des soins médicaux, ils font pour cela des démarches pour obtenir les soins médicaux courants, mais pas les autres soins concernant leur sevrage. Et ce sont les problèmes que nous rencontrons maintenant.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, *A.M.P.T.*

S'il n'y a pas de réaction par rapport à ce qui vient d'être dit, nous pouvons passer à la deuxième série de questions.

Monsieur Laurent ALBRANT,
Asud Mars Say Yeah, France.

Nous sommes un groupe d'auto-support constitué d'usagers de drogues et de personnes concernées par les usagers de drogues, et nous travaillons à Marseille dans la rue et sur un local que, nous aussi, nous appelons "bas seuil". Je souhaite donner notre avis sur cette question du bas seuil.

J'entends une distinction Nord/Sud sur le bas seuil, avec une volonté de politique de santé dans les pays du Nord qui fait que le bas seuil d'exigence, je

le comprends comme une éthique ou comme une méthode d'accepter des personnes, avec ce qu'elles peuvent être ou ce qu'elles veulent faire, quel que soit leur comportement.

J'en ai discuté avec notre ami allemand à midi : un de leurs soucis sur la ville de Francfort, après les salles d'injection, est d'essayer d'ouvrir des salles pour les consommateurs de crack par inhalation. Et pour nous, c'est aussi cela ; c'est accepter la personne avec ce qu'elle est, avec ce qu'elle fait. On n'a pas le droit de la juger, on va l'accompagner dans ses démarches. Et si je suis un peu embêté par l'ordre public, j'essaie quand même !

Donc, nous considérons que c'est une position d'éthique de bas seuil, c'est-à-dire que l'on doit accepter la personne dans ce qu'elle est, avec ce qu'elle fait. Et c'est une position qu'en France on qualifie de non-jugement.

Et, selon ce que l'on fait, pour nous par exemple au quotidien au niveau des populations les plus précarisées qui sont les usagers majeurs du dispositif de réduction des risques, cela permet de pouvoir envisager, de pouvoir négocier ou choisir les méthodes et les solutions pour améliorer un environnement en tenant compte du rythme de la personne. La personne, quelquefois, va plus vite ou moins vite qu'une autre et elle se retrouve perdue ; elle va à son rythme, ce qui fait que, par exemple, les démarches n'aboutissent pas.

Il nous faut penser que sur des démarches comme celles-ci, quel que soit le comportement, la réduction des risques est un modèle politique et de santé de façon générale, ce qui fait que la personne doit pouvoir choisir "mieux que le pire". A Marseille, il y a une émission de radio sur la réduction des risques qui s'appelle comme ça : "mieux que le pire". C'est une phrase qui fait que l'on peut accepter et mettre en place des dispositifs, des actions de prévention, par exemple les PES, chez nous, les PES mobiles ou les PES fixes, les lieux d'accueil, les lieux de substitution, les lieux de loisir, les lieux de santé qui se sentent concernés par le public usager de drogues. En général, ce sont des dispositifs spécialisés.

Et ce sont des actions qui peuvent se passer dans différents lieux. C'est-à-dire que c'est une méthode qui

marche bien dans la rue mais qui marche aussi sur les festivals techno. C'est une façon de rencontrer les personnes plus qu'un moyen de les soigner, mais on peut dire que la visée devient systématiquement thérapeutique, quelle que soit la personne.

Et cela nous permet de recadrer l'usage de drogues, qui est réellement problématique, avec des personnes, comme j'ai pu l'entendre dire, réellement concernées par un dispositif de type psychiatrique, et d'éduquer -chez nous, on parle d'éducation par les pairs- les autres consommateurs qui peuvent faire partie justement de populations qui ne fréquenteront jamais des dispositifs de bas seuil, des personnes qui ne se considèrent pas tout de suite comme des toxicomanes, alors qu'elles en ont les comportements. Quelqu'un qui sniffe de la poudre dit : "je ne suis pas toxicomane parce que je ne m'injecte pas".

Et ce sont des personnes qu'il faut quand même éduquer, même si ce n'est pas avec les mêmes outils que les dispositifs bas seuil que nous connaissons déjà. Ce sont des dispositifs à mettre en place, dont on a entendu parler. C'est par exemple la formation de personnes droguées ; c'est une façon de faire du bas seuil, selon ce que j'entends.

Voilà, c'est ce que je voulais essayer de dire, je ne sais pas si vous avez bien compris.

Monsieur Siegfried DRESS,
Café FIX, Allemagne.

Des institutions à bas seuil ont été mises sur pied, car depuis plus de trente ans nous avons une scène de drogues ouverte dans la rue, c'est-à-dire que les usagers se shootaient en public. Normalement, ils n'ont pas le droit de se balader dans toute la ville, ils sont confinés dans le quartier de la gare centrale de Francfort, qui est aussi le quartier un peu douteux des belles de nuit.

Ces institutions de bas seuil ont été mises sur pied il y a dix ans ; elles étaient à un niveau très haut, ce n'était pas facile d'y rentrer. Il y a dix ans, nous avons une administration de gauche au pouvoir et ils ont exercé une pression sur ces institutions pour que l'on mette sur pied ce

concept. Ils ont commencé avec la Police, la Police le voulait mais les travailleurs sociaux et les autres personnes impliquées avec les toxicomanes ne le voulaient pas.

Donc, les politiques ont dit : il faut faire ceci, quand on doit sortir les usagers de drogues de la rue il faut créer des salles, des centres où l'on peut les aider facilement au lieu de les laisser traîner dans la rue. Il y a dix ans, nous avons mis sur pied ce programme. Au mois d'octobre, cette étude a recommencé. Le chemin est toujours très long lorsqu'il s'agit d'aider ces personnes.

Comparaison Nord/Sud

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

La deuxième série de questions concerne la comparaison Nord/Sud. Quatre remarques ont été proposées :

- * l'importance des pratiques de partage (prêt et emprunt de matériel) dans les pays du Sud et la non-utilisation du préservatif dans les pays du Nord,

- * l'importance de la prévalence du VIH dans les pays du Sud et l'importance de la prévalence du VHC dans les pays du Nord,

- * les indicateurs d'insertion (logement, emploi et incarcération) sont plus faibles dans les pays du Nord que dans les pays du Sud,

- * la connaissance de leurs sérologies, le suivi médical et la possibilité de prendre un traitement, sont toujours plus importants dans les pays du Nord, quelle que soit la pathologie, VIH, VHC, VHB.

Là aussi, nous pourrions avoir un échange sur ce qui préside à ces différences et peut-être que les collègues des pays du Nord pourraient nous éclairer sur les raisons pour lesquelles, concernant les sérologies, le suivi médical, la possibilité d'avoir un traitement, est une tradition de santé publique peut-être plus importante au Nord de l'Europe qu'au Sud. Là aussi, nous pouvons échanger.

J'ai allègrement laissé échapper le temps du premier débat mais je crois qu'il aurait été dommage que tout le monde

ne puisse pas s'exprimer. Il nous reste trois quarts d'heure pour les deux dernières séries de questions.

Je ferai une courte introduction. Nous avons pas mal appris lors de nos visites chez nos collègues londoniens, notamment au moment de la maturation de ce qu'allait devenir Transit, et nous nous sommes rendu compte qu'une approche un peu plus pragmatique des problèmes donnait des résultats intéressants.

Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, A.M.P.T.

J'ai une question pour la Grèce, que j'ai posée à plusieurs reprises ce matin et à laquelle je n'ai pas eu de réponse.

En fait, quand nous avons fait l'analyse pays par pays, nous avons été surpris, comme je le disais ce matin, de voir que sur les 50 questionnaires aucun usager de drogue n'était porteur du VIH en Grèce, mais que, par contre, il y a un taux d'usagers de drogues qui ne connaissent pas la sérologie par rapport au VIH, qui est de plus de 25 %.

Vous nous disiez tout à l'heure que d'après les statistiques officielles vous aviez une prévalence du VIH très faible, mais est-ce que vous prenez en considération les statuts qui sont inconnus ?

Monsieur Gerasimos PAPANASTASATOS, Grèce.

Oui, c'est vrai, la prévalence VIH est très faible. D'après les données de traitement que nous avons, un tiers des personnes qui demandent un traitement n'ont pas eu d'examen, donc de détection du VIH, lors du premier contact avec les services de traitement.

En ce qui concerne le type d'infrastructures de traitement qui ont des services sur les toxicomanies, nous savons qu'un taux de 0,5 % à 4 % des toxicomanes sont infectés par le VIH. C'est la situation que nous avons eue au cours des 20 dernières années.

Nous ne connaissons pas la raison, nous n'avons pas d'explication mais ce sont les faits. Tous les experts, tous

les collègues européens ont essayé d'expliquer la situation mais nous n'avons pas d'explication.

Il ne s'agit pas de l'absence d'examen au départ, c'est-à-dire à la fin des années 80 ce n'était pas un problème de méthodologie. Nous avons un taux faible.

Nous avons aussi pratiquement la même prévalence pour le virus de l'hépatite C et le virus de l'hépatite B, pas pour la tuberculose qui est assez élevée.

Pour tous les traitements demandés dans tous les centres de traitement, en Grèce, les trois quarts des toxicomanes ont des tests de VIH, simplement 1,5 % sont positifs. Ce sont les données pour 2001.

Le total des demandes représente plus de 2 500 personnes, pour tous les centres, tous les programmes.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal.*

Ces 2 500, est-ce que vous pensez que cela correspond à toute la population des toxicomanes ?

En effet, nous avons eu, en 2000, 30 000 personnes toxicomanes qui sont venues consulter dans tous les centres mais nous savons que nous avons beaucoup plus que 30 000 toxicomanes.

Dans les centres de traitement, nous avons 15 % des usagers qui sont séropositifs et, lorsque nous allons dans les programmes bas seuil, nous arrivons à 14 %. Donc, il y a ce genre de situation.

Madame Janet HUCKER,
Merchant's Quay Project, Irlande.

Lorsqu'on prend les résultats pays par pays, quels sont les résultats ?

Monsieur Gerasimos PAPANASTASATOS, *Grèce.*

Toute la population qui a des programmes de toxicomanie ne demande pas un traitement, c'est vrai, mais cela permet d'avoir des indicateurs pour chaque année. Ce pourcentage est stable sur vingt ans maintenant, donc il ne s'agit plus d'un indicateur.

En deuxième lieu, la population en général en Grèce ainsi que les usagers de drogue ont un pourcentage de séropositivité faible pour tous les groupes à risques.

Je le répète, nous ne pouvons pas expliquer pourquoi. On ne peut pas parler d'erreur méthodologique, nous avons mesuré ces pourcentages, nous avons mesuré la prévalence dans l'infection par le VIH, donc nous avons des méthodes fiables.

Monsieur Rodrigo SOUZA COUTINHO, *Portugal*.

Il me semble que vous avez cette incidence pour les toxicomanes qui vont dans les centres, c'est-à-dire les usagers qui ont la possibilité d'y aller, qui veulent y aller, qui, pour quelque raison que ce soit, vont dans les centres. Il ne s'agit pas des toxicomanes en général mais de ceux qui vont dans les centres.

Autre point qui me fait réfléchir : chez nous, la tuberculose aussi est un gros problème qui, normalement, est associée avec le VIH. Notre population connaît des problèmes de tuberculose et, généralement, c'est lié à la toxicomanie et au VIH.

Donc, vous avez un gros problème de tuberculose et pas de VIH, je ne comprends plus.

Madame Maria-Emilia ESTEVES LEITAO, *Portugal*.

Nous voulons comprendre s'il y a quelque chose de spécial en Grèce. Je pensais que c'était important pour vous. Peut-être qu'il y a quelque chose qui vous a protégés et n'a pas protégé les autres pays du Sud, car nous avons vraiment beaucoup de problèmes de tuberculose au Portugal et nous avons une forte incidence de tuberculose dans notre pays parce que c'est associé au VIH. C'est étrange, il faut étudier ce phénomène.

Monsieur James Maurice CAMP, *Royaume-Uni*.

Je pense que les attentes en ce qui concerne cette recherche sont peut-être trop élevées. En fait, cette recherche va engendrer de nombreuses hypothèses, des domaines qu'il faudra approfondir.

Donc, l'objectif de cette recherche est peut-être de définir des hypothèses, des domaines à approfondir. Peut-être que nous devons organiser davantage de questionnaires, 200 questionnaires par pays, peut-être pas dans les mêmes centres, mais avoir encore davantage de questionnaires.

Je crois que l'un des succès c'est que nous avons vu les bonnes pratiques qui ont été identifiées dans différents pays, et peut-être l'identification de ces bonnes pratiques doit-elle être suivie par des études ultérieures, peut-être en l'associant aux études qualitatives où l'on pourra reparler de ces bonnes pratiques où des personnes qui ont les mêmes problèmes pourront se mettre ensemble.

Peut-être faut-il faire des échanges, des visites d'échanges qualitatives sur les bonnes pratiques ; peut-être que cela pourrait alimenter les conférences futures.

Peut-être faut-il que le projet continue de façon légèrement différente, afin que l'on puisse développer les bonnes pratiques de façon qualitative et quantitative.

Nous pourrions évidemment faire une liste des bonnes pratiques dans les différents domaines qui nous préoccupent. Nous pourrions organiser des groupes de pays qui ont des intérêts similaires, que ce soit Nord/Sud ou que ce soit Est/Ouest, par exemple.

Nous pourrions également viser un consensus sur les bonnes pratiques, produire des manuels qui ne semblent pas exister actuellement.

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

Je vois quelques mimiques approbatrices sur l'invitation à clore d'ores et déjà cette réunion. Donc, si vous en êtes d'accord, nous allons peut-être nous en tenir là.

Il m'échoit la tâche de conclure, bien que James CAMP vienne de me la subtiliser de façon extrêmement élégante. Ma conclusion sera donc brève et provisoire, porteuse d'une espérance et d'une proposition.

Comme vous avez pu le lire ce matin dans l'une des diapositives que vous a projetées Bruno TANCHE, le "*retour du fils de TOXMED*" n'est pas souhaité par les communautés européennes. En tout cas, pas pour l'an

prochain. Si vous en êtes d'accord, nous redéposerons pour l'année suivante, 2003-2004, un projet que nous pourrions appeler "*TOXMED vengeance*".

Pour ce projet, vos idées sont les bienvenues. Nous pourrions donc consacrer un petit moment tout à l'heure sur les idées qui sont les vôtres ; et James CAMP vient de nous en donner quelques-unes sur ce que pourrait être le futur TOXMED.

Mais, avant ceci, je voudrais dire -et cela a été dit par plusieurs d'entre nous, tant au cours de nos débats qu'au cours des temps de convivialité- que l'important c'est plus l'échange des pratiques et l'enrichissement que ces échanges génèrent pour les uns ou pour les autres, que les chiffres et la recherche elle-même.

Même si les chiffres sont intéressants, ils ne sont pas toute la vérité, ils ne sont pas toute la réalité. De plus, ils ne sont qu'une vérité du moment. Et Caroline ADAMSSON nous rappelait ce matin qu'en Suède, l'année prochaine, les choses risquaient d'être différentes.

Notre collègue Gerasimos, d'Athènes, nous rappelait ce matin que ces chiffres étaient réducteurs et qu'il était dangereux d'en tirer des généralisations. Mais, au fond, ce sont eux qui nous ont réunis, et pourquoi pas ?

Cette recherche est trop ambitieuse, vient de nous dire James CAMP, mais c'est grâce à elle que nous sommes ici. Il nous revient maintenant la responsabilité de dépasser le cadre de cette recherche, de la transcender.

J'étais hier matin -et c'est ce qui m'a empêché d'être là au moment de votre accueil- dans une rencontre dont le thème était le cadre, et la personne que nous avions sollicitée pour nous aider à réfléchir autour du cadre de nos pratiques nous a rappelé, à un moment donné, que le cadre ce n'était pas mal mais qu'il fallait surtout qu'il ne nous fasse pas faire l'économie de la rencontre avec les personnes que nous accueillons.

Je souhaitais dire que si cette recherche est un prétexte à notre rencontre, il ne faut surtout pas qu'elle soit un rempart contre la rencontre entre nous et la rencontre avec les personnes dont nous nous occupons, que nous les appelions patients, clients ou usagers.

Au fond, cette recherche pourrait être la construction de nos échanges et, conséquemment à l'évolution de nos pratiques ce que le matériel d'injection stérile est à la réduction des risques, à savoir un prétexte à la rencontre, la nôtre, et celle des personnes dont nous nous occupons.

En effet, je crois qu'il y a derrière ces chiffres, parfois froids, des personnes à qui nous avons posé des questions et des personnes qui ont posé des questions. Il y a eu, là aussi, une ou des rencontres.

C'est pour cela qu'au prétexte de cette recherche, je vous proposerais volontiers de continuer pour avoir des idées -c'est Victor MARTI qui nous l'a proposé-, pour échanger sur les bonnes pratiques -c'est James CAMP qui vient de le dire-, pour identifier les besoins et les stratégies pour y répondre, pour intervenir non seulement sur le quantitatif mais surtout sur le qualitatif.

Je formule donc le vœu de l'existence d'un TOXMED 15, avec l'idée que les suivants puissent être organisés tour à tour dans chacune de nos villes.

En attendant, rien ne nous empêche, que l'Europe nous y aide ou pas, de nous rencontrer en attendant que l'Europe nous permette de nous retrouver tous.

J'en ai terminé de cette rapide conclusion.

Je vous proposais tout à l'heure de faire le tour des idées qui pourraient nous aider à construire le prochain TOXMED. Donc, il vous reste encore quelques minutes.

Vos idées sont les bienvenues, nous en parlions tout à l'heure avec Bruno TANCHE : continuer sur le même registre, ne pas continuer du tout, modifier les choses, enquêtes, pas enquêtes, échanges de pratiques. Nous avons encore suffisamment de temps pour échanger là-dessus avant de nous séparer dans l'allégresse, la joie et la bonne humeur.

(Aucune intervention)

Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI, A.M.P.T.

Vous nous laissez donc la responsabilité du contenu du prochain TOXMED. Il faut aussi sans doute le temps de digérer tout cela.

Donc, s'il n'y a pas de remarque, il ne me reste plus qu'à vous remercier de votre participation, et à souhaiter que nous nous rencontrions bientôt, soit tous ensemble soit par équipes.

Monsieur Bruno TANCHE, A.M.P.T.

Pour confirmer ce qui a été dit ce matin, nous vous adresserons -je parle sous le contrôle de Marie JAUFFRET-ROUSTIDE et du Professeur Xavier THIRION- les résultats par pays. Nous essaierons d'intercaler cela dans le calendrier de restitution des actes à la Communauté. Je pense que c'est assez important, beaucoup d'entre vous les ont réclamés, nous allons donc essayer de vous les transmettre le plus rapidement possible, d'autant que, si j'en juge par les discussions qu'il y a eu au cours du repas, cela intéresse un grand nombre d'entre vous.

Je voulais encore vous remercier pour la qualité de cette rencontre. Nous nous sommes connus de façon un peu cloisonnée, puisque c'est seulement certains d'entre vous qui sont allés dans certains pays, mais nous avons eu tous un grand plaisir à vous découvrir, à découvrir vos institutions.

Et je formule le vœu que, quelle que soit la forme que prenne ce réseau par la suite, il continue d'exister. Nous avons débroussaillé, je crois, les prémices de la rencontre ; elle est là aujourd'hui et -c'est ce que j'ai entendu de la plupart d'entre vous- nous souhaitons qu'au moins ce réseau existe, quelle que soit la forme et l'objectif que nous lui donnions.

Je tenais à vous remercier pour la qualité de cette journée et pour votre sourire.

(Applaudissements)

La séance est levée à 16 heures 15

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.