



SWAPS

Chemsex

Une réalité ambivalente / 27

**Troubles psychiatriques
et chemsex / 30**

**Réduction des risques :
l'intérêt de l'analyse
des produits / 31**

**Dosage des drogues
dans les cheveux / 35**

Une priorité pour Aides / 37

**Le cas anglais,
"work hard and party harder" / 39**

Un Plan crack à Paris / 4

**Le cannabidiol, un agent
thérapeutique prometteur ? / 5**

**L'e-cigarette :
ange ou démon ? / 7**

CRISE DES OPIOÏDES

**États-Unis :
une occasion historique
pour la réduction des risques ? / 9**

Morbidité / 13

Et en France ? / 16

**ONU DC : la planète
des drogues au rapport / 17**

**Psychédéliques
et dépression / 20**

**A-t-on besoin
de traitements de substitution
« long acting » en France ? / 23**

**Drogue et sexe
dans l'histoire contemporaine :
entre réalités et fantasmes / 42**

BRÈVES

FRANCE

Cannabis thérapeutique : go pour l'expérimentation

L'Assemblée nationale a donné son feu vert le 25 octobre à une expérimentation de l'usage médical du cannabis, dans le cadre de l'examen du projet de budget de la Sécurité sociale pour 2020. Cette expérimentation pour deux ans sera réservée aux personnes souffrant de maladies graves pour lesquelles les dérivés du cannabis peuvent constituer un apport thérapeutique supplémentaire. Elle sera menée dans plusieurs centres hospitaliers. Une prescription initiale sera effectuée par un médecin spécialiste, neurologue ou médecin de la douleur, et ces professionnels suivront ainsi l'effet positif et les éventuels effets indésirables de ces traitements. Les patients pourront se fournir en pharmacie hospitalière puis en pharmacie de ville. 3 000 malades pourraient être concernés, selon Olivier Véran qui a présenté l'amendement.

Appel pour la naloxone

À l'occasion de la journée internationale de sensibilisation et de prévention des overdoses, un collectif d'associations réclame un accès effectif à la naloxone, antidote contre les overdoses aux opioïdes. Elles formulent des propositions pour faciliter la délivrance de la naloxone, dont l'usage est principalement cantonné aux services d'urgence et de réanimation et demandent son remboursement à 100 %, un élargissement des prescripteurs, des campagnes d'information et de sensibilisation des pairs à son utilisation, l'identification des « zones de vulnérabilités aux overdoses » dans le parcours des patients, ainsi qu'une amélioration de la veille épidémiologique. Dans le *Journal du dimanche*, 90 médecins alertaient sur la crise des opioïdes et appelaient à étendre l'accès à la naloxone aux médecins généralistes, qui devraient être formés et sensibilisés à son usage.

En France, selon l'ANSM, quatre personnes décèdent chaque semaine par surdose aux opioïdes.

Stéribox, enquête dans les pharmacies

Seules 52 % des pharmacies parisiennes commercialisent des Stéribox® selon une enquête *testing* réalisée par Act Up-Paris et 8 % seulement disposent des jetons pour les distributeurs de kits. L'enquête a été menée dans 360 pharmacies, soit 36,5 % des officines parisiennes. L'association s'interroge : « *dans quelle mesure la non-disponibilité de ces deux dispositifs de RdR en officine relève-t-elle davantage d'un manque d'information des pharmaciens que d'une volonté de ces derniers de ne pas en disposer ?* » Elle demande au Conseil national de l'Ordre d'encourager la vente de Stéribox® au prix conseillé de 1 euro et de rappeler aux pharmaciens leur rôle d'acteurs de santé publique.

<https://fr.calameo.com/read/0059607009080197d3a20>

Nan Goldin contre Purdue

Nan Goldin, photographe américaine dont le travail a été marqué par la crise du sida, est en lutte contre la famille Sackler, propriétaire du labo Purdue qui commercialise l'OxyContin. Soignée par un médecin berlinois avec des opioïdes, Nan Goldin s'est retrouvée accro et mène une campagne contre le mécénat artistique de la famille Sackler. Cette année, elle a fait plier le Guggenheim et le Metropolitan Museum de New York, le Tate et la National Gallery de Londres, qui ont renoncé aux donations des Sackler. Le 1^{er} juillet, elle a manifesté devant la pyramide du Louvre, avec le collectif PAIN (Prescription Addiction Intervention Now) qu'elle a créé et l'association Aides, pour dénoncer le financement de la restauration de plusieurs salles par la famille Sackler en 1997. Le 15 juillet, le Louvre a retiré les noms des donateurs.

120 millions pour lutter contre les addictions

Le nouveau fonds de lutte contre les addictions, qui succède au fonds de lutte contre le tabac, est doté de 120 millions d'euros pour 2019. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, ce fonds doit renforcer et poursuivre des programmes dédiés à la lutte contre le tabac et déployer des actions de santé publique portant sur les autres addictions, notamment l'alcool et le cannabis.

Voir la liste des bénéficiaires du fonds : <https://bit.ly/2kqfS2X>

IRLANDE

Légalisation à l'essai

L'Irlande a annoncé le 26 juin la légalisation du cannabis à usage médical pour un programme compassionnel. Le projet, à l'essai pour cinq ans, permettra de faciliter l'accès aux produits au cannabis pour les patients sous chimiothérapie souffrant de nausées ou vomissements, atteints de sclérose en plaques ou d'épilepsies graves, pour lesquels les autres traitements échouent. Portée par le ministre de la Santé Simon Harris, la réforme se fonde sur les travaux du Health Products Regulatory Authority, l'organisme de santé publique irlandais.

<https://bit.ly/2J0cG7D>

Crise des opioïdes : les labos en faillite

Purdue Pharma s'est déclaré en faillite le 16 septembre, espérant en retirer 10 milliards de dollars pour solder des milliers de plaintes liées à la crise des opiacés. La responsabilité de son produit phare, l'OxyContin, dans la crise des surdoses est régulièrement avancée, et le labo a déjà versé 270 millions de dollars cet été, pour mettre fin à une plainte de l'État de l'Oklahoma. Près de 2 600 poursuites sont intentées contre Purdue. Selon le *New York Times*, la famille Sackler pourrait perdre le contrôle de la compagnie, transformée en fiducie d'intérêt public. Les bénéfices iraient ainsi aux familles des plaignants et l'entreprise pourrait fournir des médicaments nécessaires au traitement de la toxicomanie, gratuitement ou à coût faible. Cet accord est soumis à l'approbation d'un tribunal fédéral le 21 octobre, et certains États (New York et Massachusetts en tête) souhaitent poursuivre la famille Sackler. Notons que début juin, le laboratoire Insys a déposé le bilan, afin de préparer la vente des actifs du groupe. Fabricant du Subsys, un spray buccal au fentanyl, le laboratoire était accusé de pots de vin et pratiques illégales pour augmenter les ventes de son médicament. Un accord à l'amiable a été trouvé avec le Gouvernement américain pour reverser 225 millions de dollars en échange de l'abandon des poursuites. C'était le premier fabricant de médicaments à se déclarer en faillite, acculé par les frais de justice liés à la crise des opioïdes.

Un Plan crack à Paris

Christelle Destombes / Swaps

Doté de 9 millions d'euros sur trois ans, incluant cinq partenaires, le plan 2019-2021 de lutte contre le crack qui fait des ravages dans le nord-est parisien veut changer le paysage, tristement célèbre, de la Colline. Un plan sans suite ?

« C'est un plan inédit, élaboré avec la Préfecture de Paris et de région, l'ARS, la Mildeca, la mairie de Paris et les associations, alors qu'on n'a rien fait depuis 30 ans », selon Anne Souyris, adjointe en charge de la santé à la mairie de Paris. Signé fin mai, ce plan en préparation depuis un an et demi comprend 4 objectifs, déclinés en 33 actions. Il s'agit « d'accompagner les usagers pour réduire les risques et favoriser les parcours de soin, de renforcer les capacités d'hébergement et d'espaces de repos, d'intervenir dans l'espace public à destination tant des usagers que des habitants, et d'améliorer la connaissance des publics concernés ».

Parmi les mesures, le renforcement des accueils de jour, avec l'ouverture le matin de la salle de consommation à moindre risque de la gare du Nord, gérée par Gaïa ; la création de lieux de repos pour les usagers, avec l'ouverture du Sleep in dans la journée d'une part et la création d'un espace de repos porte de la Chapelle, d'autre part. Ouvert à partir du 18 novembre, il fonctionne de 8 h à 14 h, 7 jours sur 7, et permet d'accueillir 26 personnes dans deux containers. D'autres modulaires (6 en tout) proposent un espace accueil et infirmerie, un espace douche, un sanitaire et un espace administratif. Géré par Aurore et Gaïa, il a pour objectif le repos certes, mais aussi l'orientation vers l'accompagnement médico-social. Pour Anne Souyris, « une des manières de réduire la fréquence des consommations, c'est d'offrir un peu de repos aux usagers, et cela permet de calmer aussi l'espace public ». Une réflexion est engagée pour ouvrir de nouvelles SCMR, suite à l'arrêté du 15 juillet dernier¹ qui les élargit à toutes les consommations, et donc aux fumeurs de crack. Élisabeth Avril, présidente

avec Aurore pour ouvrir un espace de consommation porte de la Chapelle, mais avec la période des élections, on ne sait pas ce qui va se passer... Les besoins sont là, il faut être pragmatique. »

Les maraudes « médico-sociales de réduction des risques » sont renforcées, une nouvelle maraude spécialisée « riverains, usages de drogues et médiation sociale » est financée par la mairie de Paris, et un plan en coordination avec la RATP renforcé pour rediriger les consommateurs de crack vers les dispositifs médico-sociaux de surface.

Enfin, les places d'hébergement sont multipliées : l'État finance la création de 80 nouvelles places d'hébergement pérenne pour les usagers (1,2 millions d'euros par an), le dispositif Assore géré par l'association Aurore est renforcé pour ouvrir 60 places de mise à l'abri (hôtel) avant l'hébergement pérenne. L'accompagnement social et médicosocial devrait compléter le simple hébergement, avec un accent porté sur les troubles psychiatriques : d'une part, des « maraudes interdisciplinaires psychiatriques et sociales » devraient voir le jour après un appel d'offres, et d'autre part, une coordination médicosociale psychiatrique et sociale se mettra en place pour le suivi des « cas complexes ».

« L'objectif, c'est qu'on n'ait plus de gens qui vivent dans la rue, qui ont l'air d'avoir 70 ans quand ils en ont 30, qui grattent la terre pour chercher du crack. Il faut qu'ils soient pris en charge et rentrent dans un processus », plaide Anne Souyris. Les associations, qui ont été parties prenantes de son élaboration, souhaitent que le plan se déploie ces trois prochaines années, sans être freiné par les élections.

¹ <https://bit.ly/2kyLTGj> de Gaïa, précise : « Nous avons été sollicités

Le cannabidiol, un agent thérapeutique prometteur ?

Benjamin Rolland / médecin addictologue, Université de Lyon, CHU de Lyon, CH Le Vinatier

Mathieu Chappuy / pharmacien en addictologie, CHU de Lyon, CH Le Vinatier

Patrizia Carrieri / épidémiologiste, Inserm, Sesstim, Aix-Marseille Université

Deuxième cannabinoïde le plus étudié après le THC, sans effet psychoactif, le cannabidiol dispose de propriétés thérapeutiques intéressantes, notamment en psychiatrie. Le point sur les recherches.

La grande famille des cannabinoïdes

Les cannabinoïdes sont un ensemble de substances capables d'activer les récepteurs du même nom (« récepteurs cannabinoïdes »). Il existe deux grandes familles de récepteurs cannabinoïdes, CB1 et CB2. Dans le système nerveux central, c'est surtout CB1 qui est exprimé, alors que CB2 est principalement présent dans le système immunitaire. Au sein des substances cannabinoïdes, on distingue généralement d'un côté les phytocannabinoïdes, issus du cannabis, et de l'autre les cannabinoïdes de synthèse, qui ont fait leur apparition depuis le milieu des années 2000, et qui sont entièrement synthétisés chimiquement. Le tétrahydrocannabinol (THC) découvert en 1964 par les chimistes de l'institut Weizmann (Israël) est le phytocannabinoïde le plus connu. Il est responsable des principaux effets du cannabis, effets sédatifs bien sûr, mais aussi effets de modification de la perception sensorielle de la réalité, et effets de parasitage du filtre attentionnel qui procure aux usagers ce sentiment de devenir capables de faire des analogies et des associations d'idées qui ne sont pas naturelles. Aujourd'hui, ce sont plus d'une centaine de phytocannabinoïdes plus ou moins actifs qui ont été décrits dans les diverses variétés du *Cannabis sativa*.

considéré que le CBD n'était pas un cannabinoïde, car il n'avait pas d'action sur les récepteurs cannabinoïdes, et d'ailleurs pas d'action psychotrope du tout. Mais, dès les années 1970, les effets antiépileptiques du CBD ont été découverts. Entre les années 1980 et 2000, un grand nombre d'effets propres au CBD sont mis en évidence. Sur le plan neuropsychiatrique, le CBD révèle des effets anxiolytiques et surtout antipsychotiques. Il bloque en effet les effets psychotiques du THC. Ainsi, au cours des années 2000, un certain nombre d'études montrent que la dangerosité du cannabis en matière de vulnérabilité psychotique est directement liée au rapport THC/CBD. Rapidement, le CBD est testé comme antipsychotique dans des essais cliniques. Il a montré des effets prometteurs pour réduire les symptômes psychotiques, mais aussi pour limiter les atteintes cognitives induites par le cannabis et réduire le risque de transition vers une schizophrénie chez des sujets à risque fumeurs de cannabis¹. Le CBD fait également l'objet de recherches actives dans d'autres champs de la psychiatrie, en particulier dans le domaine de la dépression ou de l'anxiété².

Le CBD semble agir comme un modulateur allostérique faible du récepteur CB1, ce qui explique son action clinique, bloquant celle du THC. À ce titre, le CBD est donc un cannabinoïde atypique, peu actif, et d'action plutôt antagoniste sur les récepteurs. Le surnom de « *cannabis light* », qui a parfois été donné au CBD, est donc particulièrement inadapté. Ce nom suggérerait que le CBD fait pareil que le cannabis, mais en moins intense. Au contraire, le CBD a une action qui, prise isolément, est très éloignée de celle du cannabis. Comme on le verra plus

¹ Iseger TA, Bossong MG. A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophr Res.* 2015; 162(1-3):153-61.

² Khoury JM, Neves MCLD, Roque MAV, Queiroz DAB, Corrêa de Freitas AA, de Fátima Á, Moreira FA, Garcia FD. Is there a role for cannabidiol in psychiatry? *World J Biol Psychiatry.* 2019; 20(2):101-116.

Le cannabidiol: un cannabinoïde atypique mais pas un « *cannabis light* »

Le cannabidiol (CBD) est un autre composé naturel du cannabis connu depuis les années 1940. Pendant très longtemps, toutefois, on a



loin, il semble également que le CBD n'a pas la dangerosité du cannabis, notamment à cause du THC, en particulier pour les risques psychiatriques et addictologiques.

Le cannabidiol neuroprotecteur

La « vraie » action du CBD semble se trouver ailleurs qu'au niveau des récepteurs au cannabis. Le CBD semble en effet capable d'activer un certain nombre de récepteurs dits « nucléaires », des récepteurs situés dans le noyau des cellules, et qui une fois activés, viennent réguler l'expression des gènes, en particulier les voies de l'inflammation et de l'oxydoréduction. Cette propriété explique pourquoi le CBD fait l'objet d'importantes recherches dans le domaine du cancer et des maladies inflammatoires. Mais le CBD pourrait aussi jouer un rôle de modulateur inflammatoire au niveau cérébral, et ainsi avoir un potentiel de neuroprotection particulièrement important chez l'homme. Pour cette raison, le CBD fait l'objet de recherches actives dans les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer³. Les effets neuroprotecteurs du CBD peuvent également justifier son évaluation dans la dépression et l'anxiété, troubles dont on sait qu'ils sont à l'origine de processus d'inflammation cérébrale participant à l'apparition et à l'entretien de la symptomatologie. À ce stade toutefois, le CBD n'a démontré aucun effet majeur dans ces différentes pathologies, et il ne peut être considéré que comme un agent prometteur. Il faudra définitivement attendre le résultat des études en cours avant de conclure que le CBD va révolutionner ou non le champ des maladies neuropsychiatriques².

³ Fernández-Ruiz J, Sagredo O, Pazos MR, García C, Pertwee R, Mechoulam R, Martínez-Orgado J. Cannabidiol for neurodegenerative disorders: important new clinical applications for this phytocannabinoid? *Br J Clin Pharmacol.* 2013 Feb;75(2):323-33.

⁴ Lintzeris N, Bhardwaj A, Mills L, Dunlop A, Copeland J, McGregor I, Bruno R, Gugushvili J, Phung N, Montebello M, Chan T, Kirby A, Hall M, Jeffries M, Luksza J, Shanahan M, Kevin R, Allsop D. Agonist Replacement for Cannabis Dependence (ARCD) study group. Nabiximols for the Treatment of Cannabis Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019 doi: 10.1001/jamainternmed.2019.1993

⁵ De Ternay J, Naassila M, Nourredine M, Louvet A, Bailly F, Seseousse G, Maurice P, Cottencin O, Carrieri PM, Rolland B. Therapeutic Prospects of Cannabidiol for Alcohol Use Disorder and Alcohol-Related Damages on the Liver and the Brain. *Front Pharmacol.* 2019; 10:627

⁶ ANSM. Epidiolex. 02/08/2019. <https://bit.ly/2JUbZDe>

⁷ Schoedel KA, Szeto I, Setnik B, Sellers EM, Levy-Cooperman N, Mills C, Etges T, Sommerville K. Abuse potential assessment of cannabidiol (CBD) in recreational polydrug users: A randomized, double-blind, controlled trial. *Epilepsy Behav.* 2018; 88:162-171.

L'usage du cannabidiol dans le champ addictologique

Le CBD est de plus en plus étudié dans le champ des addictions. Bien sûr, il a d'abord fait l'objet d'études dans l'addiction au cannabis. Ces études ont cherché à voir dans quelle mesure le CBD pouvait être utilisé en « substitution » au cannabis, sur le modèle de ce qui existe dans le domaine des opioïdes, avec l'utilisation des traitements de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine. Dans cette utilisation particulière, en l'absence de THC associé, le CBD ne semble pas particulièrement efficace pour favoriser l'arrêt ou la réduction de l'usage de cannabis². L'association THC/CBD en revanche, semble prometteuse dans une perspective de substitution⁴.

Les perspectives thérapeutiques du CBD pourraient avoir une application particulière dans la dépendance à l'alcool. Dans des modèles ani-

maux d'alcoolodépendance, l'administration de CBD permet de diminuer la consommation d'alcool et de réduire les niveaux d'anxiété⁵. Par ailleurs, le CBD permet de diminuer les processus d'atteinte hépatique liée à l'alcool et pourrait également limiter, par ses propriétés de neuroprotection, les atteintes cérébrales et cognitives de l'alcool chez les sujets atteints d'alcoolodépendance. En France, une importante étude nationale a fait l'objet d'un financement par le ministère de la Santé. Cette étude, baptisée CAMEL (*Cannabidiol for Reducing the use of Alcohol and Modifying the Effects of alcohol on the Liver and the brain*), sera menée en parallèle à Lille et à Lyon, et elle devrait démarrer courant 2020.

Le cannabidiol traité comme « stupéfiant »

Le CBD extrait des plants de cannabis contient généralement moins de 1% de THC associé. C'est suffisant pour qu'il soit considéré comme un stupéfiant. Alors qu'il est assez facilement accessible en vente libre en magasins spécialisés ou sur Internet, le CBD fait également l'objet d'une procédure réglementaire dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché comme médicament des épilepsies réfractaires, sous le nom commercial d'Epidiolex®. Dans cette perspective, l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) considère que « les conditions de prescription et de délivrance devront donc respecter la réglementation des stupéfiants »⁶. Cette décision est particulièrement étonnante car le CBD a montré un très faible potentiel d'abus en population clinique⁷, constat qui est conforme à ses propriétés pharmacologiques évoquées plus haut.

Le CBD semble payer le prix de son origine. Bien qu'il n'ait pas d'activité psychoactive similaire à celle du THC et qu'il n'entraîne pas de risque addictif connu à ce jour, il est décrit par certains médias comme un « cannabis light » et traité comme stupéfiant par l'ANSM. Cette méfiance, injuste au vu du profil pharmacologique et clinique du produit, risque de ralentir les recherches et l'accessibilité de la molécule pour les patients concernés. Elle n'existe pas dans de nombreux autres pays qui ont fait le choix de considérer le CBD comme une molécule de faible niveau de risque, avec un potentiel thérapeutique élevé.

L'e-cigarette : ange ou démon ?

Bertrand Dautzenberg / pneumologue, président de Paris sans sida

La cigarette électronique, ou vape, a été l'objet récemment d'un feu d'artifice d'attaques variées, avec un embrouillamini de sujets très différents aptes à semer la plus grande confusion. Résultat : 59 % des Français pensent maintenant que la vape est aussi ou plus dangereuse que la cigarette de tabac, selon un sondage BVA.

1. Faut-il retenir de la position de l'OMS que la cigarette électronique est « indiscutablement nocive » ?

Le rapport sur le tabac 2019 de l'OMS¹ consacre 92 % de ses pages à descendre en flammes le tabac, les agissements de l'industrie du tabac et fait une distinction d'une grande clarté entre vape et tabac chauffé (Iqos®, Glo® et Ploom tech®). L'e-cigarette est présentée à côté du tabac en seulement quatre pages qui font l'objet d'une communication par la presse violente et trompeuse sur un produit « indiscutablement nocif ».

Si on fait l'effort de lire les quatre pages on constate que le rapport de l'OMS dit cinq choses :

1. Que les émissions des e-cigarettes sont indiscutablement moins toxiques que la fumée du tabac, mais que les émissions d'e-cigarettes seront toujours nocives. L'OMS dit que les e-cigarettes ne doivent être utilisées que par les fumeurs (les Eurobaromètres² montrent qu'en Europe elles sont utilisées à moins de 1 % par des non-fumeurs). On ne peut qu'être d'accord avec l'OMS, ne serait-ce que par la présence de nicotine : les e-liquides sont un peu irritants et l'e-cigarette, *ce n'est que pour les fumeurs !*

2. Que l'e-cigarette ne doit pas être vendue aux enfants et qu'il faut faire des lois pour cela. Cette loi existe en France depuis 2014.

3. Que la publicité et la promotion de l'e-cigarette ne doit pas être une publicité indirecte pour le tabac. En France la loi qui interdit la publicité et la promotion pour l'e-cigarette répond aux vœux de l'OMS.

4. Que plusieurs études suggèrent que l'e-cigarette pourrait aider à arrêter de fumer, mais qu'il n'y a pas d'études suffisantes. En France, l'essai randomisé en double aveugle ECsmoke dont l'AP-HP est promoteur, recrute des fumeurs dans 10 hôpitaux qui recevront en aveugle une e-cigarette, de 0 ou de 12mg/ml de nicotine, et des comprimés de placebo ou de varénicline. L'essai a déjà inclus 275 fumeurs mais continue à recruter : **les volontaires sont bienvenus au 06 22 93 86 09** pour vérifier les critères d'inclusion.

5. Qu'il faut donner des règles au vapotage dans les lieux clos et couverts, ce que la France a inscrit dans sa loi. Bref ! le rapport de l'OMS est une violente attaque contre le tabac et une invitation à donner des règles pour les e-cigarettes, mais la France a déjà mis en place toutes les règles recommandées par l'OMS et rien ne justifiait un tapage médiatique.

2. Pneumopathies aux États-Unis par mésusage avec ajout de THC, vitamine E et huile de colza

L'épidémie grave de pneumopathies, survenue aux États-Unis cet été est liée à un mésusage. L'e-cigarette n'est pas utilisée pour vaporiser un des 44 000 e-liquides enregistrés en France à l'Anses six mois avant commercialisation, mais pour prendre du cannabis. L'aspect des macrophages alvéolaires chargés de lipides publiés avec

¹ WHO Report on the global tobacco epidemic 2019 Offer help to quit tobacco use www.who.int/tobacco/global_report/en/

² Eurobarometer 458 <https://ec.europa.eu/commission/justice/public-opinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>



les premiers cas évoque l'inhalation de produits lipidi-ques. Les capsules de vitamine E contiennent souvent de l'huile de colza et la vitamine E a elle-même une structure de lipide.

En France, on conseille aux vapoteurs d'acheter des liquides en boutique qui respectent les normes Afnor et en tout cas, de ne jamais mettre de lipides dans les e-liquides. Interdire les e-cigarettes, car certains abrutis y mettent des produits huileux serait aussi stupide que d'interdire les machines à laver, car un abruti y a mis son chat ou interdire les voitures, car un autre abruti a mis de l'éther à la place de l'essence provoquant plusieurs décès. L'infime risque de mésusage doit être mis en regard des 700 000 fumeurs qui en 2018 avaient, selon Santé publique France, quitté le tabac avec l'e-cigarette.

3. Augmentation de taux d'usage de la cigarette électronique chez les *teenagers* aux États-Unis du fait des parfums et de l'émergence de la Juul ?

Les lycéens américains vapotent de plus en plus. Cette explosion du vapotage est attribuée à la diversité des parfums, que certains veulent interdire, et à la Juul³ ignorant que dans le même temps les lycéens fument de moins en moins de tabac. Cette baisse est incompatible avec la théorie « *vape = porte d'entrée en tabagie* ». En effet, il n'y a plus que 5 % de fumeurs de cigarettes à la sortie du lycée aux États-Unis, ce qui est l'objectif de santé publique de la France pour initier des *générations sans tabac*: donc même chez les jeunes, la vape pourrait être considérée comme un concurrent efficace à l'initiation de la dépendance tabagique chez les adolescents qui veulent de toute façon prendre un produit.

En 2019, plus de 25 % des jeunes Américains utiliseraient régulièrement la cigarette électronique, avec un marché ultra dominé par la Juul[®]. Une start-up a développé et commercialisé en 2015 le produit, mais a été partiellement rachetée fin 2018 pour 14 milliards de dollars par le cigarettier Altria (Philip Morris).

La Juul[®] comprend un corps ressemblant à une clef USB qui contient batterie, régulateur de température et capteurs, mais pas de bouton, une cartouche (*pod*) qui contient un e-liquide contenant des sels de nicotine, du glycérol, du propylène glycol, de l'acide benzoïque et des arômes. Le sel de nicotine est une nicotine acidifiée par l'acide benzoïque afin de réduire le *throat hit* et faciliter l'inhalation de fortes concentrations de nicotine (50 mg/mg, soit 57 mg/ml aux États-Unis), mais en Europe la limite est de 20 mg/ml pour toutes les vapes.

La Juul[®] semble particulièrement efficace pour retirer les dernières cigarettes chez ceux qui

n'arrivent pas à arrêter de fumer avec une vaporette classique ou avec une substitution nicotinique. L'aspect de ce produit, qui fait très peu de vapeur, est entièrement masqué dans la main lors de la prise et ne fait pas tousser, permet en effet de prendre plus de nicotine le matin ou dans les endroits où l'on ne peut fumer. Ce produit, surtout avec la concentration de nicotine plus faible en Europe, ne peut que rarement à lui seul compenser une consommation importante de tabac. Il est nettement plus cher que les e-cigarettes classiques à l'usage, car les pods de 0,7 ml sont au prix des flacons de 10 ml d'e-liquides. Mais ce produit n'est pas pour les non-fumeurs, en particulier les adolescents non-fumeurs réguliers.

³ cf. Swaps n° 90 - Juul arrive en France: une révolution ?

« Crise des opioïdes » aux États-Unis : une occasion historique pour la réduction des risques ?

Gwenola Ricordeau / sociologue

La crise des opioïdes aux États-Unis n'est pas un mirage : près de 50 000 personnes meurent chaque année d'une overdose d'opioïdes depuis 2015. Enfin prise en charge par le gouvernement fédéral, cette crise pourrait aussi être une occasion historique pour la réduction des risques.

Il y a un demi-siècle, les États-Unis ont déclaré la « guerre à la drogue ». Les approches dogmatiques et les politiques prohibitionnistes de certains produits psychoactifs qui en ont résulté ont conduit à la criminalisation massive des usagers, la détérioration de leur santé et la rareté des ressources mises à leur disposition. Aujourd'hui, ce qu'il est convenu de désigner par « crise des opioïdes », c'est-à-dire l'augmentation rapide des décès par overdose d'opioïdes depuis 1999, et plus généralement le nombre très élevé des overdoses, notamment mortelles, signale l'échec de ces politiques.

La « crise des opioïdes », en raison de son ampleur, mais aussi des décès par overdose de personnalités, comme Prince en avril 2016, fait l'objet d'une attention grandissante des médias et des politiques publiques. Elle s'accompagne d'une remise en cause grandissante des politiques des drogues de ces dernières décennies et des présumés sur lesquels elles ont reposé. Et si la « crise des opioïdes » constituait une occasion historique pour la réduction des risques aux États-Unis ?

Décès par overdose : l'irrésistible augmentation

En 2017, 72 000 personnes sont décédées par overdose aux États-Unis. À l'échelle de la population française, cela équivaldrait à plus de 9 000 décès, soit près de 25 fois plus que les quelques 380 décès par overdose enregistrés annuellement sur le territoire français. Depuis

l'an 2000, le nombre de décès par overdose aux États-Unis a plus que quadruplé. Le taux de décès par overdose est aujourd'hui supérieur à 21 pour 100 000 habitants, alors qu'il se situait entre 2,5 et 4 dans les années 1980. Sur les 72 000 overdoses mortelles de 2017¹, 30 545 sont attribuées au fentanyl et aux autres opioïdes de synthèse, 15 000 à l'héroïne, 14 000 aux autres opioïdes, 14 000 à la cocaïne, 11 400 à la méthamphétamine (« meth ») et 3 200 à la méthadone. Parmi ces décès, 47 600 sont donc liés à l'usage d'un opioïde, un nombre supérieur à celui des décès causés par les accidents de circulation². Depuis 1999, près de 400 000 personnes sont décédées suite à une overdose d'opioïdes. Voilà qui justifie amplement de décrire le phénomène en termes de « crise ». L'augmentation du nombre de décès par overdose d'opioïdes s'est faite en trois vagues successives. Tout d'abord, les décès liés aux opioïdes prescrits (opioïdes semi-synthétiques et méthadone) se sont accrus à partir de 1999, dans un contexte d'augmentation du nombre de leur prescription (voir ci-dessous). Ensuite, à partir de 2010, ce sont les décès par overdoses liées à l'usage d'héroïne qui ont dramatiquement augmenté. Enfin, la troisième vague a commencé en 2013 avec l'accroissement du nombre de celles liées aux opioïdes synthétiques, en particulier le fentanyl. Reste qu'il n'est pas toujours simple, dans le cas d'une overdose, de désigner un seul produit responsable : l'héroïne et la cocaïne notamment sont souvent mises en cause dans leur combinaison avec le fentanyl.

¹ Holly Hedegaard, Arialdi M. Mimiño, Margaret M. Warner, *Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2017*, NCHS Data Brief n° 329, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2018.

² <https://injuryfacts.nsc.org/all-injuries/overview/>



Origines de la « crise des opioïdes »

S'il est possible d'indiquer les produits en cause dans l'augmentation du nombre de décès par overdose, en cerner les causes est plus complexe. Cette augmentation intervient dans un contexte d'explosion du nombre de prescriptions d'opioïdes depuis la fin des années 1990. En 2016, on estime le nombre de prescriptions d'opioïdes à 214 millions, soit plus de 66,5 prescriptions pour 100 habitants. Entre 9,6 et 11,5 millions de personnes (soit entre 3 et 4 % de la population) auraient une prescription d'opioïdes de longue durée. Par ailleurs, le nombre de personnes ayant un trouble de l'usage des opioïdes est estimé à 2,1 millions, soit environ 1 % de la population.

La forte augmentation des prescriptions d'opioïdes – qui ne peut expliquer à elle seule la « crise des opioïdes » – trouve son origine dans les campagnes publicitaires agressives des compagnies pharmaceutiques à la fin des années 1990 qui ont accompagné la mise sur le marché de nouveaux analgésiques opioïdes. Le cas le plus exemplaire et le mieux renseigné est celui de l'OxyContin (une version de l'oxycodone), mis sur le marché en 1995 par la société Purdue Pharma. Celle-ci l'a présenté comme plus sûr et moins addictif que les autres opioïdes.

Les stratégies commerciales de Purdue Pharma ont été l'objet de nombreuses critiques et les procédures judiciaires à leur encontre ne se sont pas fait attendre : en 2007, la société a dû accepter un accord avec le gouvernement fédéral et payer plus de 630 millions de dollars pour publicité trompeuse à propos de l'OxyContin. Ces dernières années, la situation de Purdue Pharma et de ses propriétaires, la famille Sackler, s'est encore compliquée : ils sont de plus en plus fréquemment désignés comme ayant directement contribué à la survenue de la « crise des opioïdes ». Aujourd'hui, Purdue Pharma fait face à près de 2 000 poursuites d'anciens patients et d'organisations de malades et elle se prépare à se mettre en faillite.

Mais le médicament qui retient l'essentiel de l'attention est le fentanyl, car il est le principal mis en cause dans l'augmentation du nombre de décès par overdose – même si la méth et la cocaïne n'y sont pas totalement étrangers. Prescrit sous les noms d'Actiq, Fentora ou Durogesic, c'est un analgésique et un anesthésiant dont le pouvoir analgésiant est réputé cent fois plus puissant que celui de la morphine et cinquante fois plus que celui de l'héroïne. Si sa prescription fait l'objet d'une surveillance spécifique, l'offre illégale de fentanyl

etc.). L'augmentation des possibilités d'approvisionnement en fentanyl et autres opioïdes de synthèse sur le marché illégal s'explique par leur teneur en principe actif très élevée qui les rend extrêmement rentables pour les trafiquants (qui les importent pour l'essentiel de Chine) et faciles à transporter et à dissimuler.

Les réponses sanitaires et politiques

À partir du milieu des années 2010, les pouvoirs politiques ont réagi à la « crise des opioïdes » par une série de mesures visant d'abord à réduire la prescription d'opioïdes. Ainsi, en mars 2016, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui forment l'agence fédérale de protection de la santé publique, ont recommandé d'envisager des alternatives (notamment l'ibuprofène) pour les patients souffrant de douleurs chroniques.

L'année 2017 a été importante, puisque marquée par la déclaration par le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis de la « crise des opioïdes » comme une urgence sanitaire. Par ailleurs, en mars 2017, le président Donald Trump a mis en place la Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis³. En novembre de la même année, cette commission a reconnu la plus grande efficacité des traitements de substitution comparée au simple sevrage et a émis 56 recommandations, notamment le développement de l'offre de traitements pour les usagers plutôt que les condamnations pénales. Au niveau fédéral, un budget de 6 milliards de dollars a été alloué en février 2018 à la « crise des opioïdes ». Plusieurs États ont fait de cette « crise » une urgence sanitaire et ont adopté des politiques de réduction des risques, notamment en offrant un meilleur accès à la naloxone (un antagoniste utilisé en cas d'overdose à un opioïde) pour les usagers d'opioïdes et leurs proches. Ces mesures semblent signaler qu'un tournant politique en faveur de la réduction des risques est en cours. Preuve supplémentaire : en avril 2018, le ministre de la Santé, dont la dernière recommandation datait d'il y a dix ans, a émis une recommandation en faveur de la distribution de la naloxone.

Si on peut se féliciter des progrès de la réduction des risques, d'autres mesures prises soulèvent certaines objections en raison des présupposés sur lesquels elles reposent. Tout d'abord, elles se focalisent encore essentiellement sur les produits eux-mêmes et délaissent les conditions sociales qui rendent possibles les comportements addictifs. Or, des approches alternatives de la question des addictions, comme celle de Bruce K. Alexander⁴, prônent de faire l'inverse. Par ailleurs, ces politiques visent à diminuer et à contrôler davantage la prescription d'opioïdes. Mais la corrélation qui existerait entre le nombre de pres-

³ www.whitehouse.gov/ondcp/presidents-commission/

⁴ Voir notamment : Bruce K. Alexander, *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, Oxford, Oxford University Press, 2008.

criptions d'opioïdes et le nombre de morts par overdose est l'objet de débats : le nombre de décès a continué d'augmenter alors que le taux de prescription a commencé à reculer à partir de 2012. En d'autres termes, le taux de patients ayant eu recours à des opiacées et devenus dépendants à leur usage n'explique pas à lui tout seul le nombre actuel d'overdoses mortelles. Des confusions sont souvent faites entre l'abus, la mauvaise utilisation et l'addiction – qui est généralement estimée à moins de 8 % des utilisateurs – et on estime à 4 % ceux d'entre eux qui passeraient de l'usage d'un opioïde à celui de l'héroïne⁵. Les politiques visant à contrôler et restreindre les prescriptions d'opioïdes, qui s'accompagnent de discours alarmistes assimilant les malades qui ont besoin d'analgésiques opioïdes à de futurs usagers d'héroïne, peuvent se traduire pour les malades à des restrictions problématiques de l'accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Traitements de substitution aux opiacés et marché des cures

Aux États-Unis, la doctrine en matière d'arrêt de consommation de produits stupéfiants est encore largement celle du sevrage sans traitements médicamenteux – ce qui explique le succès des groupes de Narcotics Anonymous (l'équivalent pour les produits stupéfiants des Alcooliques anonymes). À l'échelle nationale, moins de programmes de désintoxication aux opiacés proposeraient des traitements de substitution, comme la méthadone et la buprénorphine. Selon le rapport de 2017 de la Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis⁶, dans 47 % des comtés et dans 72 % des comtés ruraux, aucun médecin ne peut prescrire de la buprénorphine. Aux réticences morales s'ajoutent des difficultés administratives : pour pouvoir délivrer des traitements de substitution, il faut obtenir une homologation et les règles fédérales, d'État et locales en la matière, sont nombreuses et complexes.

Pourtant le pays ne manque pas de centres de prise en charge des addictions aux produits stupéfiants : on en compte environ 14 000 parmi ceux qui sont certifiés – mais beaucoup ne disposent pas de médecins et un tiers seulement proposerait des solutions médicamenteuses. En fait, l'offre en matière d'accompagnement à l'arrêt de la consommation de produits stupéfiants est très diverse et peu encadrée dans beaucoup d'États : en Californie, pas besoin de licence pour être « conseiller en addictologie »...

Cette situation est en grande partie le résultat d'une série de lois votées depuis 2008 (notamment le Affordable Care Act en 2014) qui obligent les assurances à mieux couvrir les traite-

ments des addictions. Cela s'est traduit par une augmentation du nombre de centres de désintoxication, notamment dans des régions où ils étaient déjà nombreux, comme en Floride et sur la « *rehab riviera* » (Californie du Sud). L'extrême rentabilité du « marché des cures » n'est pas étrangère aux nombreuses pratiques peu éthiques⁷ de ces centres, comme les commissions que perçoivent notamment les anciens curistes pour chaque client adressé. Autre exemple : l'un des principaux acteurs de ce marché, la compagnie American Addiction Centers, qui dispose de centres dans plusieurs États, est connue pour sa politique commerciale très agressive et la force de persuasion de ses opérateurs téléphoniques qui s'exercent parfois au détriment des patients.

La Californie épargnée ?

En matière de drogues, la Californie est surtout connue pour sa politique progressiste en matière de cannabis⁸, mais l'État n'est pas épargné par la « crise des opioïdes ». En janvier dernier, un événement dramatique est venu rappeler qu'elle sévit aussi en Californie du Nord, loin des grandes métropoles comme Los Angeles ou la baie de San Francisco. À Chico, la ville où je réside, une quinzaine de participants à une soirée ont fait une overdose (mortelle dans un cas), suite à la consommation d'une combinaison de cocaïne, de meth et de fentanyl.

C'est dans le Nord-Est des États-Unis que la « crise des opioïdes » est la plus aigüe. Néanmoins, la Californie a enregistré en 2016 un peu plus de 2 000 décès liés à une overdose d'opioïdes, soit un taux de décès près de trois fois inférieur à la moyenne nationale⁹. En revanche, comme dans le reste du pays, toutes les populations ne sont pas affectées de la même manière. Ainsi, dans le cas des décès liés aux opioïdes de prescription, les amérindiens enregistrent un taux de décès supérieur à 11 pour 100 000 personnes, les blancs de 6,9, les noirs de 4,4, les hispaniques de 2,1 et les asiatiques de 0,7. De même, les catégories d'âge qui enregistrent les plus forts taux de décès sont les 55-59 ans et les 60-64 ans. Des disparités fortes existent entre comtés : ceux de Butte, Humboldt ou Mordoc, des comtés ruraux de Californie du Nord, sont bien plus touchés que le reste de l'État.

En matière de lutte contre la « crise des opioïdes », la Californie ne se démarque pas réellement du reste du pays. Les mesures prises ces dernières années reposent sur l'hypothèse contestée de sa corrélation avec le niveau de prescription d'opioïdes et d'antalgiques. Elles mettent donc la focale sur la réduction et le contrôle des prescriptions d'opioïdes et d'antalgiques et appuient la lutte contre les usages frauduleux de prescriptions médicales. Néanmoins, l'État de Californie a également pris des

⁵ Nora D. Volkow, A. Thomas McLellan, « Opioid Abuse in Chronic Pain - Misconceptions and Mitigation Strategies », *New England Journal of Medicine*, 374(13), pp. 1253-1263.

⁶ www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Final_Report_Draft_11-1-2017.pdf

⁷ Voir l'enquête de Julia Lurie, « Hooked », *Mother Jones*, avril 2019, 27-33. URL : www.motherjones.com/crime-justice/2019/02/opioid-epidemic-rehab-recruiters/

⁸ Voir Gwenola Ricordeau, « Californie : le nouvel "or vert" », *Swaps*, 90, pp. 12-15. <https://vih.org/20190502/californie-le-nouvel-or-vert/>

⁹ *California Opioid Overdose Surveillance Dashboard*, URL : <https://discovery.edph.ca.gov/CDIC/ODdash/>



mesures qui permettent un meilleur accès (notamment pour les usagers) à la naloxone.

Un changement en cours ?

À Chico, comme dans beaucoup d'autres régions aux États-Unis, les usagers de produits stupéfiants se heurtent à de nombreuses difficultés, à commencer par la criminalisation de la détention, de l'achat et de l'échange de produits stupéfiants, mais aussi de la détention d'objets servant à leur consommation. Par ailleurs, l'accès à du matériel stérile permettant l'injection est très limité : localement, deux enseignes autorisent l'achat de seringues, mais cela reste contrôlé, toujours aléatoire et souvent informel.

En matière d'accompagnement à l'arrêt de l'usage d'opioïdes, les ressources sont très restreintes. À Chico et dans ses alentours immédiats, on compte certes chaque semaine plus d'une vingtaine de réunions de Narcotics Anonymous. Mais la seule clinique¹⁰ qui offre des traitements médicamenteux ne peut recevoir qu'une petite centaine de patients et elle a été ouverte il y a quatre ans seulement. L'offre de soins est naturellement insuffisante pour une ville de plus d'une centaine de milliers d'habitants entourée de comtés ruraux dont la population est censée pouvoir y trouver des ressources qui lui manquent localement.

Un important changement s'est produit avec la création en juillet 2018 de la Northern Valley Harm Reduction Coalition (NVHRC), la première association de promotion de la réduction des risques en matière d'usage de stupéfiants en Californie du Nord. Même si la réduction des risques n'est pas totalement inconnue dans cette partie de l'État (il y existe, par exemple, quelques programmes d'échange de seringues), la NVHRC doit déployer des trésors de pédagogie pour lutter contre nombre de préjugés qui existent encore à l'égard de la réduction des risques.

La NVHRC est fortement engagée dans la distribution de la naloxone et l'éducation du public aux soins de première urgence en cas d'overdose. Il était possible de se procurer de la naloxone depuis 2014, mais ce n'est que depuis juillet 2018 que l'État de Californie a autorisé sa distribution aux professionnels et volontaires (comme ceux faisant de la réduction des risques) qui sont régulièrement en contact avec des usagers d'opioïdes. La NVHRC a par

ailleurs reçu un financement du département de la santé de l'État de Californie qui lui permet de distribuer gratuitement de la naloxone sous forme de spray nasal (commercialisé sous le nom de Narcan) quand, dans le commerce, la boîte de deux sprays coûte environ 135 dollars. La NVHRC ne compte pas s'arrêter à la distri-

bution de la naloxone : l'ampleur de ce qui reste à faire en termes de réduction des risques en Californie du Nord est immense. Dans l'immédiat, elle travaille à l'élaboration d'un programme d'échange de seringues. S'il voit le jour, il serait seulement le 45^e dans tout l'État de Californie. Dans la ligne de mire de la NVHRC, il y a également la création d'un lieu d'injection... Ce serait une première en Californie du Nord.

Le cannabis thérapeutique à la rescousse ?

Les partisans de la légalisation de l'usage du cannabis utilisent souvent l'argument selon lequel elle pourrait contribuer à enrayer la « crise des opioïdes » en faisant l'hypothèse que certains malades pourraient recourir au cannabis plutôt qu'à des médicaments antalgiques et en particulier des opioïdes. Cet argument a convaincu certains États (comme le Nouveau Mexique, New York, New Jersey et la Pennsylvanie) d'autoriser l'accès au cannabis thérapeutique aux patients dont l'addiction aux opioïdes est reconnue. Mais, en l'état actuel des recherches, l'hypothèse n'est pas vérifiée et les travaux les plus récents¹¹ indiquent qu'il n'existerait aucune corrélation entre la réglementation du cannabis et l'intensité de la « crise des opioïdes ».

En revanche, le consensus scientifique sur l'efficacité des politiques de réduction des risques est bien établi. L'opposition à ces politiques reste forte, en particulier dans les régions rurales et conservatrices où les défis posés par la « crise des opioïdes » sont énormes. Par ailleurs, les organisations qui promeuvent la réduction des risques restent confrontées à de nombreuses difficultés, à la fois sur le plan politique et judiciaire. Elles ne sont pas à l'abri de voir leurs activités criminalisées : le comté d'Orange, en Californie du Sud, poursuit en justice un groupe de volontaires pour avoir mis en place un programme d'échange de seringues. Le verdict pourrait constituer un dangereux précédent pour d'autres groupes californiens engagés dans des pratiques similaires de réduction des risques.

À l'inverse, dans les grandes villes, comme New York ou San Francisco, on note de réelles avancées en matière de réduction des risques. L'un des modèles du genre souvent cité est Seattle, notamment car son hôpital est doté d'une structure d'hébergement où les patients peuvent être admis sans être préalablement sevrés. Au regard de l'ampleur de la « crise des opioïdes » et de l'évidence de l'impasse à laquelle ont mené les politiques de la drogue jusqu'à maintenant, les partisans de la réduction des risques pourraient tenir là l'occasion d'une victoire historique.

¹⁰ Elle appartient au groupe Aegis qui dispose d'une trentaine de cliniques en Californie.

¹¹ Chelsea L. Shover, Corey S. Davis, Sanford C. Gordon, Keith Humphreys, « Association between medical cannabis laws and opioid overdose mortality has reversed over time », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, 2019, vol. 116, n° 26, p. 12624-12626.

Crise des opioïdes aux États-Unis et morbidité

Gilles Pialoux / Swaps

Le plus souvent, on ne retient de la crise des opioïdes aux États-Unis que l'incroyable explosion de la courbe des overdoses. Pourtant il existe une morbidité associée au mésusage des opioïdes liée à l'effet des produits eux-mêmes et aux méthodes de consommation. Sans compter l'impact sur les prescriptions « légales » de ces opioïdes et les retombées sur les systèmes de santé hospitaliers d'où proviennent la plupart des détournements de ces produits. Bref tour d'horizon clinique.

Sevrage

La question du sevrage des opioïdes a fait l'objet de plusieurs revues de la littérature. La durée de la période de sevrage aigu dépend de la gravité de la dépendance physique aux opioïdes et de l'opioïde consommé (figure 1). Les opioïdes à courte durée d'action sont associés à des périodes de sevrage aigu plus courtes (généralement de 7 à 10 jours), tandis que les opioïdes à longue durée d'action sont associés à des sevrages de 14 jours ou plus. Une fois la phase de sevrage aigu terminée, de nombreux patients se plaignent d'un syndrome de sevrage prolongé caractérisé par une dysphorie, un état de manque, une insomnie et hyperalgésie. Les symptômes de sevrage aigu ou prolongé peuvent être pris en charge de manière symptomatique s'agissant de diarrhée, tachycardie, hypertension, anxiété, transpiration...

¹ Blanco C, Volkow ND. Management of opioid use disorder in the USA: present status and future directions. *Lancet*. 2019 Apr 27;393(10182):1760-1772 (review).

² Karila L, Marillier M, Chaumette B, Billieux J, Franchitto N, Benyamina A. New synthetic opioids: Part of a new addiction landscape. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Sep 12. pii: S0149-7634 (review)

³ Stoicea N, Costa A, Periel L, Uribe A, Weaver T, Bergese SD. Current perspectives on the opioid crisis in the US healthcare system: A comprehensive literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2019 May;98(20):e15425 (review)

⁴ Armenian P, Vo KT, Barr-Walker J, Lynch K.L. Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: A comprehensive review. *Neuropharmacology*. 2018 May 15;134(Pt A):121-132.

* L'index thérapeutique est, pour une substance, le rapport de la dose létale 50 (DL 50), soit la quantité d'une substance créant la mort chez 50 % des individus, sur la dose efficace 50 (DE 50), soit la dose nécessaire pour produire les effets désirés chez 50 % des individus.

Effets indésirables des opioïdes

Les signes somatiques ont été particulièrement bien décrits avec le fentanyl qui traverse rapidement la barrière hémato-encéphalique en raison de sa forte solubilité aux lipides, et a un

début d'action rapide (environ 2-5 min)¹⁻³. Ces effets indésirables sont: constipation, nausée, prurit, suppression de la toux, hypotension orthostatique, envie d'uriner ou au contraire rétention urinaire, rigidité de la paroi thoracique, en particulier avec l'utilisation intraveineuse (IV). La dépression respiratoire est maximale 25 min après une dose IV unique et peut durer de 2 à 3 heures⁴. Ainsi, le risque d'overdose est très grand en raison de la fois de l'effet rapide du médicament et de l'index thérapeutique* étroit. Les urgentistes doivent garder à l'esprit que les signes cliniques observés tels que dépression respiratoire, cyanose, mydriase, somnolence, coma ou diminution de la conscience, bradycardie, nausée, anxiété et douleur abdominale, ne sont pas spécifiques. Certains signes doivent faire évoquer un surdosage: décoloration bleue des lèvres, raideur du corps, convulsion ou mousse écumant à la bouche. Considérant que les analogues du fentanyl présentent le plus grand risque de surdose, l'intoxication par la désomorphine est également terrible. Ce médicament, popularisé sous le nom de « Krokodil », peut provoquer des réactions allergiques, des convulsions avec dépression respiratoire pouvant entraîner la mort. L'inhibition de la cholinestérase par la désomorphine peut entraîner un syndrome cholinergique avec confusion, diminution de la conscience, salivation,



Figure 1. Fentanyl et opioïdes de synthèse apparentés (Karila et al.²)

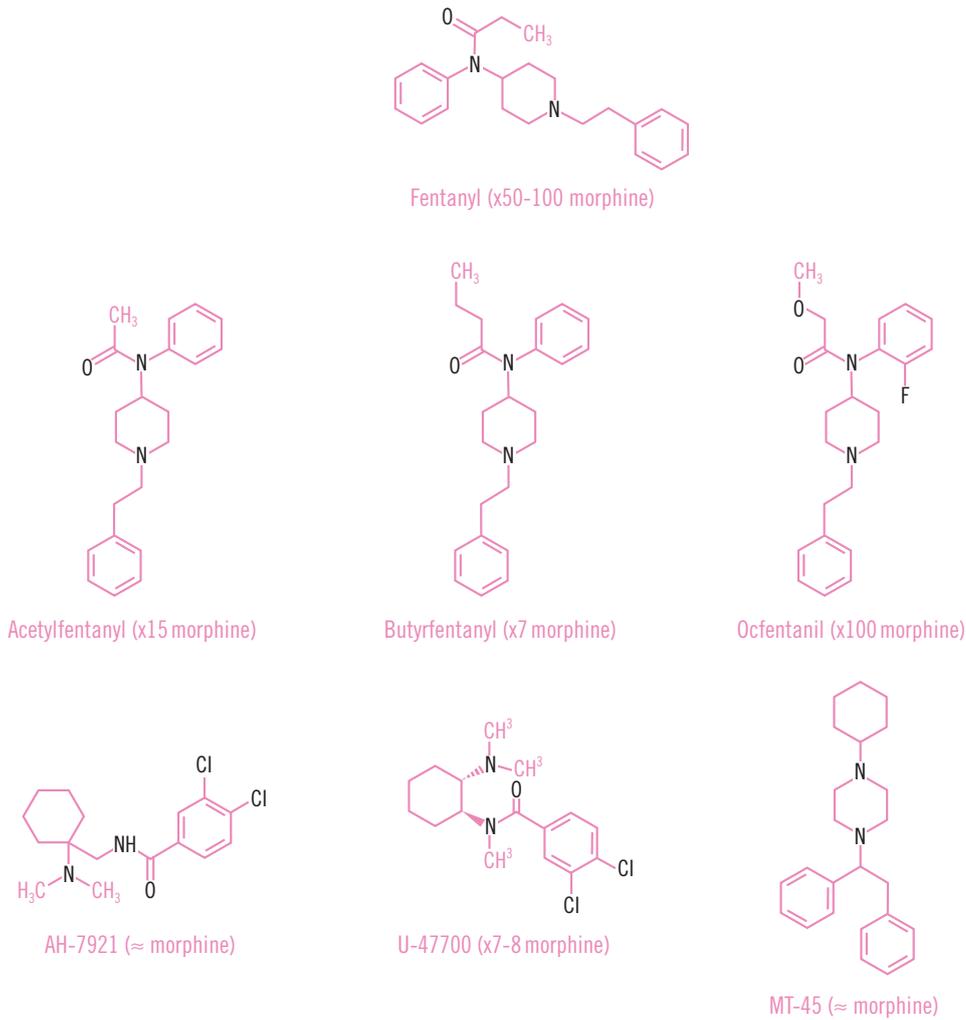
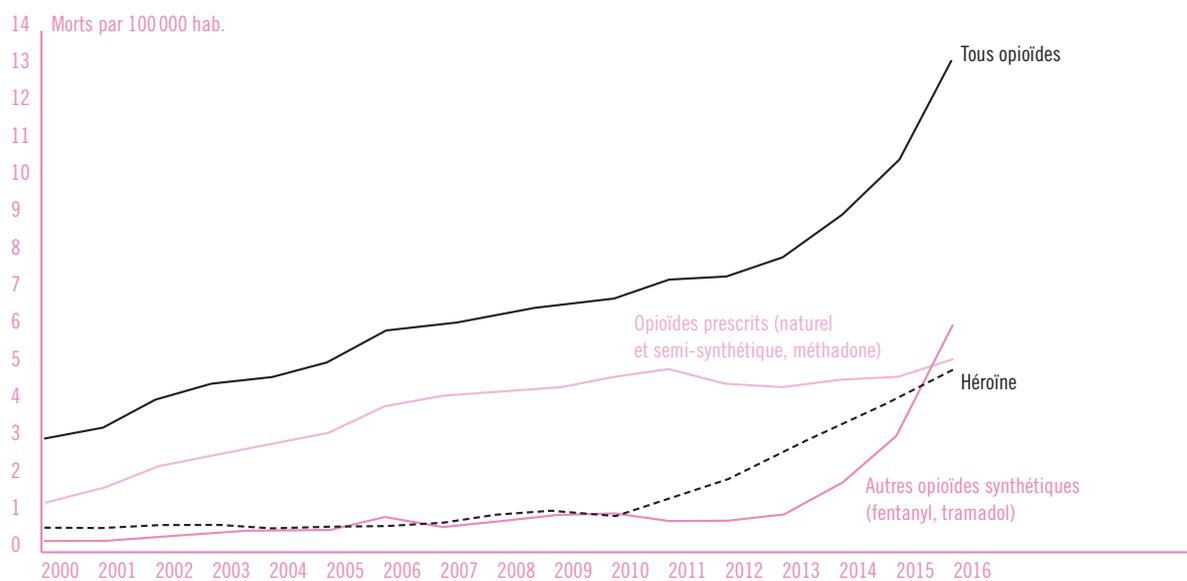


Figure 2. Morts par overdoses liées aux opioïdes, États-Unis, 2000-2016



Source: Center for Disease Controls, 2017

troubles urinaires et incontinence fécale, vomissements, hypersudation, fasciculation musculaire, œdème pulmonaire et convulsions. Le tramadol, le plus connu des analgésiques de type opioïde, peut aussi provoquer des convulsions (dans 46 % des cas de mésusage).

L'ANSM⁵ a mis en garde les prescripteurs à propos des effets secondaires des opioïdes de type fentanyl absorbés par voie transmuqueuse :

– en cas d'administration par voie buccale : douleurs et irritations de la muqueuse buccale, ulcère, détérioration de l'état dentaire (caries, perte de dents partielle, voire totale) ;

– en cas d'administration par voie nasale : sensation de gêne nasale, rhinorrhée (écoulement nasal), épistaxis (saignement de nez), perforation de la cloison nasale.

Injection et VHC

Les techniques d'injection et le rôle de certains adjuvants peuvent aussi causer des dégâts somatiques : ulcères et phlébites, septicémies, endocardites non spécifiques des opioïdes. Ils se produisent autour des sites d'injection, mais des lésions d'organes à distance du site d'injection ont aussi été rapportées, notamment thyroïdiens, hématologiques, hépatiques et rénaux. Des adjuvants phosphorés ont été associés à des ostéonécroses de la mâchoire^{2,3}. L'hépatite C occupe une place à part dans les complications des opioïdes de synthèse. On ne citera que la spectaculaire et rocambolesque épidémie nosocomiale d'hépatites C rapportée par les CDC dans le journal *Clinical Infectious Diseases*⁶. À partir de quatre cas initiaux de VHC chez des patients ayant subi un cathétérisme cardiaque dans la même unité d'un hôpital, l'enquête du CDC a confirmé l'existence d'une source d'infection commune, puis identifié 32 autres cas chez 1 074 patients ayant eu un cathétérisme cardiaque sur le même site. L'enquête épidémiologique révélait le détournement de fentanyl par un technicien infecté par le VHC, mis en évidence par des lacunes dans le contrôle des procédures. Le relevé des clés d'accès attestait de la présence du technicien les jours où des transmissions avaient eu lieu. L'employé

étant technicien itinérant, une enquête multi-États a permis d'identifier 45 cas supplémentaires dans trois autres États, lieux d'emploi antérieurs du technicien mis en cause. Celui-ci, lors de la procédure pénale, a finalement admis (ce que n'avait pas révélé l'enquête du CDC) avoir détourné du fentanyl hospitalier. Le technicien infecté par le VHC a admis spécifiquement prendre des seringues de fentanyl pour ses propres injections, s'auto-injecter puis remplir les mêmes seringues avec une solution

saline avant de les replacer dans le schéma de procédure prévu pour le cathétérisme cardiaque. . . Il a été condamné à 39 ans de prison.

Un dernier élément pose question. Suite à la crise des overdoses liées aux opioïdes de synthèse, le volume de médicaments opiacés distribués aux États-Unis (et pour une part équivalente au Canada) a baissé de 17 % en 2018 par rapport à l'année précédente, accélérant la réduction engagée depuis 2011 avec une réduction totale de 43 % par rapport au pic de 2011. En 1992, la dose moyenne était de 22 comprimés par adulte américain. En 2011, au pic, la consommation était de 72 comprimés, redescendue à 34 comprimés en 2018. Pourtant, les décès par surdose d'opioïdes ont continué de grimper dans les deux pays en raison des décès liés aux opioïdes illicites venus de l'industrie chimique de contrefaçon, de la revente ou de vols effectués en milieu hospitalier. De nombreuses voix s'interrogent, aux États-Unis comme au Canada, sur les effets collatéraux des recommandations sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse qui ne régleront pas ce problème de santé publique qu'est la crise des opioïdes. Notamment par le fait que de nombreux médecins les appliqueront aux patients atteints de cancer actif, souffrant de douleurs aiguës ou en fin de vie, de crainte de causer des torts et d'être passibles de sanctions réglementaires.

À moins que la crise des opioïdes ne bénéficie à la légalisation du cannabis thérapeutique ? Les États ou les provinces qui autorisent l'accès au cannabis médical ont connu une baisse de taux d'addictions aux opioïdes de 25 %⁷.

⁵ <https://bit.ly/2k9sp9p>

⁶ Alroy-Preis S, Daly ER, Adamski C, Dionne-Odom J, Talbot EA, Gao F, Cavallo SJ, Hansen K, Mahoney JC, Metcalfe E, Loring C, Bean C, Drobeniuc J, Xia GL, Kamili S, Montero JJ; New Hampshire and Centers for Disease Control and Prevention Investigation Teams. Large Outbreak of Hepatitis C Virus Associated with Drug Diversion by a Healthcare Technician. *Clin Infect Dis*. 2018 Aug 31;67(6):845-853

⁷ Obradovic I. « La crise des opioïdes aux États-Unis. D'un abus de prescriptions à une épidémie aigüe ». Notes de l'IFRI. Décembre 2018. <https://bit.ly/2lBlasD>

Une crise des opioïdes en France ?

Agnès Cadet-Tairou / responsable du pôle TREND, OFDT

La France est-elle à risque de vivre une crise des opioïdes à l'instar des États-Unis et du Canada ? Recueil des garde-jours.

Visant une meilleure prise en charge de la douleur, la France, comme tous les pays développés, a vu depuis le début du siècle augmenter la prescription des antalgiques opioïdes notamment par le biais des nouvelles molécules synthétiques, tramadol, oxycodone et fentanyl¹. Cet élargissement des prescriptions s'est accompagné d'un accroissement des signaux d'usages à risques (autogestion des traitements, source d'abus, recherche d'autres effets qu'antalgiques...) se traduisant par des décès par surdose (certains volontaires) et la survenue de dépendances. À partir de 2015, ces dernières sont devenues plus visibles, lorsque des patients aux profils inhabituels ont été adressés plus régulièrement au dispositif de prise en charge spécialisée pour les usagers de drogues en vue d'une thérapeutique substitutive². Rien cependant, de comparable avec la situation américaine. Avec, en 2017, 442 décès liés aux opioïdes recensés et documentés² (337 surdoses et 105 décès par antalgiques hors contexte d'addiction), la France reste très éloignée des États-Unis, même si ces données sont sous-estimées (de 30 % selon Janssen³). Ce qui est aussi le cas de l'Europe, avec 9 400 surdoses en 2017 (tous produits, en incluant la Norvège et la Turquie)⁴.

Pourquoi la France est-elle épargnée ? D'abord, malgré les imperfections du système, le dispositif de soins y est infiniment moins libéral et plus régulé qu'aux États-Unis. Les médecins ne font pas de profit sur les médicaments qu'ils prescrivent, la communication des laboratoires est relativement encadrée, aucune publicité ne peut s'adresser aux patients, etc. Par ailleurs, le système est coordonné : les évolutions de prescription peuvent être suivies dans une

base unique, les signaux d'abus, dépendance ou détournement des médicaments antalgiques font l'objet d'une veille de la part de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé et de son réseau depuis 2011¹. Ce suivi a montré un élargissement des indications pour les opioïdes forts, dont les professionnels discutent la pertinence, mais aussi, pour les opioïdes plus courants (tramadol), un accompagnement du patient (information, quantités prescrites, gestion des durées...) à améliorer. L'alerte américaine a, en quelques sorte, permis une mobilisation précoce qui devrait limiter les effets négatifs accompagnant la meilleure accessibilité des traitements antalgiques.

Du côté des usagers de drogues consommateurs d'opioïdes, ces nouvelles molécules conservent pour le moment une place relativement marginale dans les consommations, même si un marché noir de tramadol est apparu ici ou là et que les détournements des patchs de fentanyl font l'objet de signalements croissants¹. Les usagers restent tournés vers les opioïdes « classiques » qu'ils maîtrisent : médicaments de substitution, relativement accessibles en France, héroïne et Skenan², ce que reflètent les responsabilités de chaque produit dans les surdoses : la méthadone (37 % en 2017) et l'héroïne (25 %) sont à l'origine de la majorité des surdoses, leur part respective évoluant chacune l'une en miroir de l'autre^{5,6}. Les Français font également preuve d'une grande méfiance vis-à-vis des opioïdes de synthèse vendus sur Internet, dérivés du fentanyl ou autres, mais aussi du fentanyl vendu hors circuit pharmaceutique, jugés trop dangereux compte tenu de dosages trop délicats à manier et sans véritable intérêt en termes d'effets⁷.

Probablement pas de risque de crise opioïde à l'américaine, donc. En revanche, la survenue d'accidents aigus éventuellement groupés, résultant d'une erreur de dealer (vente d'un produit pour un autre, coupage malheureux...) ou encore d'expérimentations inconsidérées de néophytes est toujours possible, justifiant de faciliter l'accès à l'information et à la réduction des risques.

¹ ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Février 2019. Saint-Denis : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; 2019.

² Cadet-Tairou A, Brisacier A-C, Martinez M. Opioïdes : Nouveaux produits et nouvelles tendances d'usage en France. *Alcoologie et addictologie*, à paraître, 2019

³ Janssen E, Palle C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. *Tendances. OFDT* ; 2010 ; (70).

⁴ EMCDDA. Drug-related deaths and mortality in Europe. Update from the EMCDDA expert network, rapid communication, p. 26, 2019

⁵ CEIP-A Grenoble. DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2017. Saint-Denis : ANSM ; 2019.

⁶ Brisacier A-C, Palle C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues. Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes. *Tendances. OFDT* ; 2019 ; (133).

⁷ Martinez M. Synthèse des informations sur le fentanyl, les fentanylloïdes et les NPS opioïdes collectées sur Internet. Paris : OFDT, à paraître, 2019.

ONUDC : la planète des drogues au rapport

Michel Gandilhon / OFDT

Chaque année, au mois de juin, l'Organisation des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), publie un rapport, le World Drug Report, qui dresse un état des lieux de la production et la consommation des substances illicites dans le monde. En 2018, comme en 2017, le bilan est sans appel : au vu des données publiées, jamais depuis la Seconde Guerre mondiale, le marché des drogues ne s'est aussi bien porté et aucune partie du monde n'échappe à l'essor des trafics.

Des niveaux sans précédent de production de cocaïne

Le phénomène le plus spectaculaire concerne la cocaïne qui voit son niveau de production estimé atteindre des records. Selon les estimations de l'ONUDC, la production dans les trois grands pays andins d'Amérique du Sud (Colombie, Pérou, Bolivie)¹ en 2017 serait de près de 2 000 tonnes contre environ 1 000 tonnes dans les années 2000. C'est presque exclusivement à la Colombie que cette augmentation est imputable, la production en Bolivie et au Pérou n'augmentant que légèrement. Depuis l'année 2013, qui avait marqué un point bas à la fois en matière de superficies de coca et de production de cocaïne pure, celle-ci a en effet quasiment quintuplé pour atteindre 1 379 tonnes (voir graphique), tandis que la production totale, sur la même période, faisait plus que doubler².

La Colombie, qui représente aujourd'hui 70 % de la production mondiale de cocaïne, constitue le maillon faible de la lutte contre les trafics. Trois ans après les accords de paix signés en 2016 entre le gouvernement et les Farc (Forces armées révolutionnaires de Colombie), cette situation est la manifestation des grandes difficultés auxquelles est confronté l'État colombien, pour mettre en place sa politique de déve-

loppement alternatif³ et une réforme agraire susceptible d'offrir des perspectives aux millions de paysans pauvres. Ces difficultés tiennent à la faiblesse historique d'un État qui peine à contrôler des zones importantes de son territoire et à la résistance d'une oligarchie terrienne, héritière des *latifundios* de la colonisation espagnole, hostile à un programme de redistribution des terres, d'autant plus ardu à mener que le cadastre est défaillant. À ces facteurs structurels s'ajoutent des éléments plus conjoncturels comme l'élection du président Ivan Duque, héritier revendiqué d'Alvaro Uribe, en 2018, pro-américain et soutenu par l'administration Trump, plutôt hostile au processus de paix, et qui incrimine l'arrêt des épandages aériens de pesticides sur les champs de coca. Plus récemment, est intervenue la défection de Ivan Marquez, le négociateur du processus de paix pour les Farc et membre du secrétariat, la plus haute instance de l'organisation, qui vient d'appeler à reprendre les armes. Tous ces éléments réunis augurent mal de l'avenir. La production de coca et de cocaïne profite en effet pour s'épanouir du chaos politique et social, tout en contribuant à son aggravation du fait notamment de l'argent engendré par le trafic, lequel nourrit de multiples protagonistes, acteurs d'une guerre civile qui dure depuis une quarantaine d'années. Cette production énorme de cocaïne se déverse sur les grands marchés de consommation que sont l'Amérique

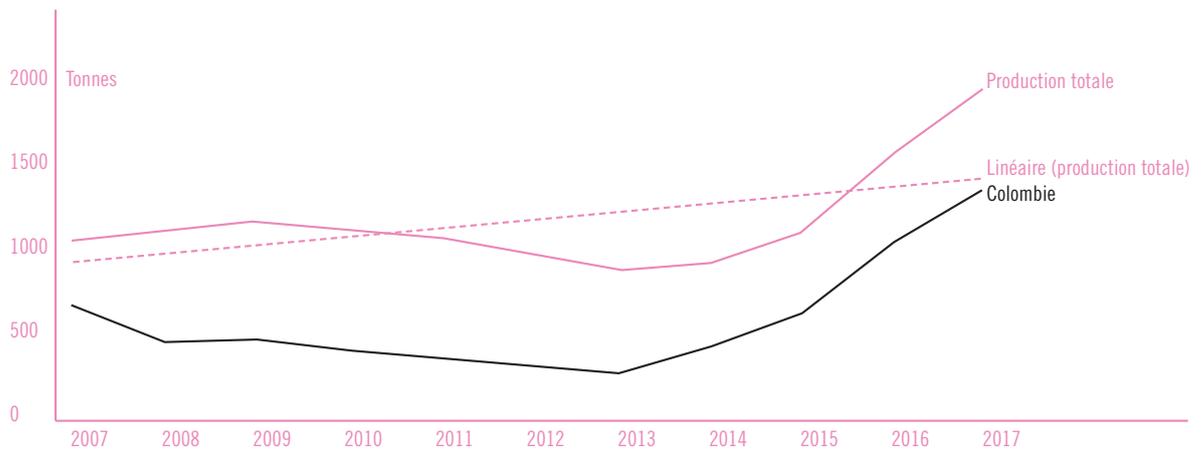
¹ Traditionnellement confinée en Amérique du Sud, la culture de la coca et la production de cocaïne semble s'étendre à l'Amérique centrale. Ainsi, dernièrement, des champs de coca et des laboratoires ont été découverts au Guatemala, lequel ne constituait jusqu'à présent qu'une zone de transit, contrôlée par les cartels mexicains, de la cocaïne destinée à l'Amérique du Nord (AFP, « Le Guatemala, nouveau producteur de cocaïne, s'inquiète le gouvernement », 19 septembre, 2019).

² UNODC, World Drug Report, Executive Summary, 2019.

³ Alimi D, Drogues et développement : vers de nouvelles perspectives ? Drogues, enjeux internationaux n° 11, OFDT, 2018.



Production estimée de cocaïne en Colombie et en Amérique latine (ONU DC)



du nord, l'Europe et l'Océanie, lesquels concentrent la majeure partie des 18 millions de consommateurs actuels que compterait le monde. Aux États-Unis, l'usage de cocaïne, qui tendait, depuis 2006 à stagner, repart à la hausse avec, selon la Drug Enforcement Administration (DEA), près d'1 million de nouveaux consommateurs en 2015⁴. En Europe, selon le dernier rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT/EMCDDA), l'Union européenne a été le théâtre de saisies sans précédent, avec plus de 141 tonnes, notamment dans les grands ports de l'Europe du Nord que sont Anvers et Rotterdam⁵, tandis que les usages, qui s'étaient stabilisés dans certains pays comme le Royaume-Uni, repartent à la hausse. En France, entre 2005 et 2017, le nombre d'usagers dans l'année chez les 12-75 ans est ainsi passé de 250 000 à 600 000⁶. En outre, le trafic de cocaïne continue de se mondialiser et touche de plus en plus les pays asiatiques, notamment la Chine, où l'usage augmenterait fortement. En 2017, 143 pays rapportaient des saisies de cocaïne à l'ONU DC contre 99 en 1987⁷.

L'opium et l'héroïne à la hausse

L'autre grande zone du monde où conflits militaires riment avec production de drogues est le Croissant d'or avec l'Afghanistan pour épicentre. Là aussi, la faiblesse de l'État, la vitalité des guérillas, et notamment celle des Talibans, la déstructuration de la société paysanne engendrée par quarante ans de guerre, soutiennent les productions d'opium et d'héroïne. En 2017, un record en matière de produc-

tion d'opium a été atteint avec 9 000 tonnes et si en 2018, celle-ci a chuté, elle reste avec 6 400 tonnes au troisième niveau le plus élevé observé depuis dix ans (ONU DC, 2019). Par ailleurs, la production se développe dans d'autres régions du monde et notamment en Amérique latine, au Guatemala et surtout au Mexique, lequel est devenu le pourvoyeur quasi-exclusif de l'héroïne consommée aux États-Unis. En 2017, ce pays, où la production d'opium, tirée par la forte demande nord-américaine a quadruplé en une dizaine d'années, a dépassé la Birmanie, pays traditionnellement clé, avec la Thaïlande et le Laos, dans la zone dite du Triangle d'or.

Une fois déduites les consommations traditionnelles (thérapeutiques, rituelles, etc.) de cette substance, ces quantités très importantes d'opium sont transformées en héroïne. Compte tenu des niveaux record de production d'opium, au moins depuis ceux observés en Chine au début du XX^e siècle, il est loisible de penser que les stocks d'héroïne sont au plus haut. L'Europe occidentale qui, malgré les développements des programmes de substitution aux opiacés à partir des années 1990, constitue encore probablement le deuxième marché de l'héroïne au monde derrière les États-Unis, va dans les années qui viennent être particulièrement ciblée par les trafiquants. Il faut donc s'attendre à voir la disponibilité de l'héroïne, de même que sa « qualité », augmenter, même si cela ne signifie pas mécaniquement une reprise significative des usages. Cela dit, un certain nombre d'indicateurs, dont la très forte hausse en 2017 des saisies en Turquie (17,4 tonnes) étape de la route des Balkans, ou la découverte de laboratoires de fabrication d'héroïne à partir de morphine-base, aux Pays-Bas, en Tchéquie, en Espagne

⁴ US Department of Justice, Drug Enforcement Administration, 2017 National Drug Threat Assessment, October 2017.

⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report: Trends and Development, Lisbonne, 2019.

⁶ Drogues, Chiffres clés, OFDT, 2009, 2019.

⁷ Weinberger D. « Trafic de drogue : enjeux et évolutions d'un phénomène globalisé » in Géopolitique mondiale de la criminalité, mafias, narcotraffiquants, hackers, Diplomatie, août-septembre 2019.

et en Bulgarie en 2017, confirment l'existence de cette menace. En France on a observé, en 2018, le deuxième niveau de saisies le plus haut de son histoire⁸.

Une crise des opioïdes qui s'étend à l'Afrique

Avec plus de 300 000 décès entre 2000 et 2017 et 500 000 qui pourraient survenir dans les dix années qui viennent, l'épidémie d'usage d'opioïdes aux États-Unis, mais aussi au Canada – une des crises sanitaires contemporaines les plus graves jamais observées dans des sociétés développées⁹ – est au cœur des préoccupations de l'ONUDD. En 2017, 47 000 personnes aux États-Unis et 4 000 au Canada sont mortes d'une surdose liée aux opioïdes. Si celles liées aux opioïdes légaux comme l'Oxycontin® ou à l'héroïne marquent le pas, celles dues au fentanyl ne cessent d'augmenter, du fait de l'investissement de groupes criminels transnationaux dans sa production. Plus grave, le trafic de cette substance est en train de s'étendre au-delà des États-Unis et du Canada. Ainsi, alors qu'en 2013, quatre pays signalaient des saisies de fentanyl, en 2017 ils étaient au nombre de 16. Pour l'ONUDD, cette « crise » constitue un problème de santé publique majeur, puisque l'usage d'opioïdes est responsable de deux tiers des morts (110 000) liés aux usages de drogues dans le monde (160 000). Cette « crise » sanitaire ne concerne en effet pas seulement l'Amérique du Nord. L'autre grande crise des opioïdes dans le monde, bien moins médiatisée, s'est développée en Afrique du Nord et de l'Ouest, et dans une moindre mesure au Moyen-Orient, avec le développement des consommations détournées de tramadol, un médicament antidouleur contrefait par des organisations criminelles. En Afrique, entre 2016 et 2017, le nombre d'usagers dans l'année d'opioïdes aurait triplé, passant de plus de 2 à 6 millions de personnes. Au Nigéria, par exemple, une enquête en population générale réalisée en 2017 a montré que 4,7 % de la population âgée de 15 à 64 ans avaient fait un usage non médical d'opioïdes, le tramadol étant de loin la substance la plus détournée¹⁰.

Toujours en 2017, les saisies mondiales de tramadol s'élevaient à 125 tonnes contre 9 tonnes en 2013.

La légalisation du cannabis à l'épreuve du marché

L'ONUDD, organisation internationale chargée de coordonner dans le cadre des conventions internationales l'action contre la production et le trafic illicite des drogues, n'est pas favorable aux politiques de légalisation du canna-

bis à des fins « non médicales » engagées par l'Uruguay, le Canada et une dizaine d'États américains. Même s'il reconnaît qu'il est encore trop tôt pour juger de leur impact, l'organisme onusien s'inquiète notamment d'une forte augmentation des consommations de cannabis aux États-Unis, et de leur intensité, que l'organisation impute en partie au nombre croissant d'États qui légalisent le cannabis médical et non médical. Ainsi, entre 2007 et 2017, le nombre d'usagers dans l'année de cannabis aurait augmenté de 60 %, tandis que celui des consommateurs quotidiens aurait doublé. Au Colorado, par exemple, les usagers quotidiens ou quasi quotidiens (26-31 jours), soit 222 000 personnes environ¹¹, représenteraient plus de 22 % du total des usagers dans l'année et consommeraient, à raison d'une moyenne de 1,6 g par jour en moyenne, 71 % des quantités de marijuana consommée en une année. Le rapport souligne en outre le danger pour la santé publique que représente la présence croissante sur le marché légal des produits dits *concentrate* (huile, wax, *shatter*) dont le taux moyen en THC atteignait en moyenne au Colorado près de 70 %, tandis que la proportion de ceux atteignant 75 % était multipliée par cinq depuis 2012. Cette situation est jugée d'autant plus préoccupante par l'ONUDD que la chute des prix de détail entre 2014 et 2017 (de 41,43 dollars le gramme à 21,57 dollars, soit près de 50 %) les rend plus accessibles.

L'immobilisme des Nations unies

Cette recension du rapport de l'ONUDD s'est concentrée sur les tendances les plus importantes en matière de trafic et d'usages à l'échelle mondiale. L'essor sans précédent de la production, de l'usage des stimulants amphétaminiques en Amérique latine, en Asie et aux États-Unis, ou la prolifération des drogues de toutes sortes sur le *darkweb* auraient pu également être évoqués.

Au final, ces constats soulignent la multiplicité des difficultés. Au-delà, ils semblent en décalage avec l'objectif d'« une société exempte de tout abus de drogues » réaffirmé par la communauté internationale à Vienne en mars dernier dans le cadre du segment ministériel de la CND (*Commission on Narcotic Drugs*)¹² dans la lignée des vœux de l'UNGASS 1998 et 2009.

⁸ OCKTIS. Lutte contre les trafics de stupéfiants en France, bilan 2018 relatif à l'héroïne, DEASRI, 2018.

⁹ Haftajee RL et Mello M. Drug Companies' Liability for the Opioid Epidemic. *New England Journal of Medicine*, 2017.

¹⁰ UNODC. Drug Use in Nigeria, Vienne, 2018.

¹¹ À titre de comparaison, pour la France, cela représenterait près de 2 500 000 usagers quotidiens contre 900 000 actuellement (Drogues, chiffres clés, 2019).

¹² Voir Swaps n° 91. Le consensus de Vienne. 62^e session de la Commission des stupéfiants, 2019.

Psychédéliques et **dépression**

Sami Sergent / psychiatre, CHU Purpan, Centre hospitalier Gérard Marchand, Toulouse

Sami Sergent a présenté au congrès Albatros une revue de littérature sur l'intérêt des psychédéliques en psychiatrie. Pour Swaps, il revient sur les perspectives thérapeutiques de ces substances, utilisées depuis l'aube des temps.

En 1957, le Dr Humphrey Osmond donne un nom pour désigner les substances psychoactives qui permettent « l'enrichissement de l'esprit et l'élargissement de la vision ». Pour éviter l'association avec la maladie mentale et l'effet induit par certaines substances, il crée avec l'écrivain Aldous Huxley (écrivain, romancier et philosophe britannique) le terme « psychédélique ». Un « psychédélique » est une substance naturelle ou synthétique dont la consommation entraîne des changements aux niveaux physique, émotionnel, mental et spirituel. Étymologiquement, psychédélique signifie « permettant la manifestation de l'esprit » ou « rendant l'âme plus visible ou plus nette ».

Psychédélique s'oppose à hallucinogène, qui est le terme le plus populaire pour désigner ces substances. Il sous-entend la création d'hallucinations, c'est-à-dire de perceptions sans support matériel existant. Or c'est rarement le cas avec les substances psychédéliques. C'est donc un terme erroné qui prête à confusion¹.

L'utilisation des substances psychédéliques est une réalité historique et toujours actuelle malgré son interdiction en Occident. Ces substances y sont utilisées en particulier à des fins récréatives et artistiques. Depuis quelques années, un questionnement scientifique a émergé sur le fonctionnement des psychédéliques et sur leur intérêt en psychiatrie. Le nombre d'études et d'articles sur les psychédéliques a augmenté rapidement. Le potentiel des psychédéliques à « ouvrir l'esprit humain »

Ces substances n'amènent pas de dépendance, c'est-à-dire l'apparition d'un symptôme de sevrage à l'arrêt de la consommation du produit. Elles sont à l'origine de phénomènes de tolérance, d'une nécessité d'augmenter les doses pour avoir le même effet. Cette tolérance est résolutive à l'arrêt des consommations en quelques jours.

La psilocybine et la psilocine sont trouvées à l'état naturel dans les champignons des genres *Psilocybe*, *Panaeolus*, *Conocybe*, *Gymnopilus*, *Stropharia*, *Pluteus* and *Panaeolina*.

Une fois absorbée, la psilocybine est rapidement déphosphorylée par l'environnement acide de la muqueuse gastrique ou par une phosphatase alcaline intestinale (ou toutes autres estérases) pour donner de la psilocine. Sa demi-vie d'élimination est de 3 heures. Les effets psychiques décrits sont une inactivité comportementale, une excitabilité émotionnelle et une rêverie. Les effets sont doses-dépendants et disparaissent complètement 4 à 6 heures après la prise. Il peut survenir, suivant le niveau d'intensité, une expérience dite « mystique », caractérisée par un sentiment profond d'unité avec l'environnement, le monde, l'univers, ou avec tout ce qui existe.

Ça ne date pas d'hier !

Différents témoignages laissent à penser que la consommation de champignons à psilocybine par l'humain remonte à plus de 7 000 ans et s'est poursuivie jusqu'à nos jours. Dans le désert du Sahara, sur les parois des grottes du Tassili (Atlas), le célèbre préhistorien Henri Lhote a découvert entre 1939 et 1940 des fresques post

¹ Chambon Olivier, « La Médecine psychédélique », les Arènes, Saint-Amand-Montroind; 2009. 396 p.

pourrait être une voie thérapeutique de la prise en charge des pathologies psychiatriques.

paléolithiques où sont représentés des hommes et des champignons. Elles ont été datées de 7 000 à 9 000 ans. En Amérique centrale, on a retrouvé sur les terres mayas du Guatemala, des champignons miniatures en pierre vieux de 2 200 ans : ce sont les « pierres-champignons ». Dans le même registre, au Pérou des figurines incas en argile avec des motifs de champignons, ou au Panama de petits objets en or, témoignent de l'ancienneté de l'utilisation des psilocybes. Des figurines associant des serpents et des champignons suggèrent que l'ingestion des champignons sacrés serait liée au culte de Quetzalcóatl, une des principales divinités pan-mésaméricaines. Les Aztèques sanctifiaient les champignons qui étaient alors nommés *téonanacalt*, ce qui signifie « chair des dieux » ou « petites fleurs des dieux ».

Après la répression par l'Église catholique de l'utilisation des plantes psychédéliques, leur utilisation a été redécouverte *via* les travaux de deux ethnologues, R. Witlander, puis J.B. Johnson. Mais il faut attendre les années 1950 pour voir le début de la révolution des psychédéliques avec les travaux des fondateurs de l'ethno-mycologie, M.R. Gordon Wasson et son épouse V.P. Wasson. Au cours de leurs travaux dans la sierra Mazateca au Mexique, ils ont eu l'opportunité en 1955 de rencontrer la guérisseuse-chamane mazatèque Maria Sabina, qui les initie aux cérémonies du *velada* où l'ingestion de psilocybine est parfois accompagnée d'un rituel thérapeutique. Ils deviennent les premiers non-Indiens à consommer des champignons dans un rituel mazatèque.

Rapidement, les psilocybes rejoignent les produits utilisés par le mouvement psychédélique des années 1960, après la sortie du livre « les Portes de la perception » d'Aldous Huxley (1954), dont un des essais traite de la consommation de mescaline, substance ayant des effets très similaires à la psilocine. Au cours des années 1960, de nombreux jeunes Américains, de tous les milieux, se mettent en quête de Maria Sabina. Rapidement

l'enthousiasme de celle-ci pour la curiosité américaine vis-à-vis des traditions mazatèques s'estompe devant le manque de respect des visiteurs envers les buts sacrés des *veladas* (cérémonies rituelles qui se déroulent pour une occasion spéciale).

C'est dans la tête !

Le réseau mode par défaut (MPD) est un réseau de régions cérébrales qui présentent une activité métabolique et un flux sanguin au repos élevé, mais qui se désactivent pendant la cognition. Les principaux nœuds du mode par défaut sont fonctionnellement connectés. Le

MPD serait impliqué dans le traitement de l'information autoréférentielle, le souvenir autobiographique, la réflexion mentale et la théorie de l'esprit². Une autre caractéristique du MPD est la relation inverse de son activité neuronale avec celle d'un autre réseau : le réseau de tâche positive (RTP)².

Le MDP comprend : le cortex préfrontal médian, le cortex cingulaire postérieur, le lobule pariétal inférieur, les cortex temporaux latéral et inférieur et les lobes temporaux médians. Les analyses de connectivité fonctionnelle de repos ont montré que les principaux nœuds du MPD sont fortement interconnectés et que cette connectivité évolue². Le MDP est le support de l'introspection alors que le RTP est le support de l'attention focalisée sur l'extérieur de soi.

On observe chez les patients atteints de trouble de l'humeur dépressifs des hypo- et hyper-activations des zones du néocortex et des régions sous-corticales, ainsi qu'une hypoactivité du cortex cingulaire antérieur. Les patients atteints de trouble dépressif majeur présentent des niveaux de ruminations dépressives et de remémoration autobiographique générale plus élevés que les sujets sains³. Ces symptômes sont en lien avec des modifications de la connectivité fonctionnelle au sein du MPD : l'augmentation de la connectivité fonctionnelle entre le cortex préfrontal médian et le cortex cingulaire sont en lien avec l'augmentation de la rumination anxieuse. La diminution de la connectivité fonctionnelle entre le cortex cingulaire postérieur et le gyrus angulaire est en lien avec l'augmentation de la remémoration autobiographique.

La psilocybine entraîne l'augmentation globale de la connectivité fonctionnelle du cerveau, au détriment de la connectivité fonctionnelle au sein du MPD⁴. La connectivité fonctionnelle entre le MPD et le RTP est augmentée sous psilocybine, ce qui peut se traduire cliniquement par une altération de la reconnaissance du soi et du non-soi. Avec la psilocybine, on observe une corrélation entre la dissolution de l'ego (perte des mécanismes de défense et de la personnalité du sujet) et la diminution de la connectivité fonctionnelle entre le lobe temporal médial et les régions corticales hautes. La dissolution de l'ego a été associée à une diminution de la communication inter-hémisphérique. L'intégrité du système de saillance diminue (système de sélection de stimuli dignes d'attention). Après deux sessions de prise de psilocybine avec une psychothérapie de soutien, on observe, contrairement à l'action des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), une augmentation de la réponse amygdalienne face à des visages craintifs ou heureux, en lien avec l'amélioration thymique⁵. Deux essais thérapeutiques retrouvent une

² Carhart-Harris RL, Friston KJ. The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain J Neurol.* avr 2016;133(Pt 4):1265-83.

³ Zhu X, Wang X, Xiao J, Liao J, Zhong M, Wang W, et al. Evidence of a Dissociation Pattern in Resting-State Default Mode Network Connectivity in First-Episode, Treatment-Naïve Major Depression Patients. *Biol Psychiatry.* 1 avr 2012;71(7):611-7.

⁴ Carhart-Harris RL, Roseman L, Bolstridge M, Demetriou L, Pannkoek JN, Wall MB, et al. Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms. *Sci Rep.* 13 oct 2017;7(1):13187.

⁵ Roseman L, Demetriou L, Wall MB, Nutt DJ, Carhart-Harris RL. Increased amygdala responses to emotional faces after psilocybin for treatment-resistant depression. *Neuropharmacology.* 27 déc 2017.



amélioration de l'humeur significative allant jusqu'à 6 mois après deux sessions de prises de psilocybine^{6,7}. Les réductions des symptômes dépressifs à 5 semaines ont été prédites par la qualité de l'expérience psychédélique aiguë. Une analyse post-exploratoire a révélé que la survenue d'une expérience mystique aiguë au cours de la séance de psilocybine à forte dose était prédictive de ces changements dans la connectivité fonctionnelle de repos para hippocampiques⁴.

La psilocybine améliore la remémoration de souvenirs autobiographiques, d'où la possibilité d'implication en psychothérapie comme outil facilitant le rappel des souvenirs marquants ou d'inverser les distorsions cognitives négatives. Cette possibilité thérapeutique est soutenue par le fait que la psilocybine augmente l'association sémantique indirecte.

La prise de psilocybine modifierait également le comportement à moyen terme des personnes. En association avec la méditation ou une pratique religieuse, une prise pourrait induire à 6 mois plus de gratitude, plus de proximité interpersonnelle, un sentiment de but/sens de la vie, faciliterait le pardon, un sentiment de transcendance de la mort, plus d'expériences spirituelles, plus de foi religieuse. Les expériences mystiques sous psilocybine occasionneraient une augmentation significative de l'ouverture d'esprit (tolérance, curiosité, intérêt et compréhension pour des idées qui diffèrent des siennes) qui persistent au moins un an après la prise⁸.

Attention à la face sombre des champignons

Le seul principal risque en aigu est dû au « mauvais voyage » ou « *bad trip* ». Celui-ci peut être amoindri et gérable avec une bonne maîtrise de l'environnement, une bonne attitude du soignant et l'information donnée au patient avant la prise de psychédéliques. Dans des conditions non supervisées et non préparées, les réactions aux psychédéliques impliquant violence et comportement autodestructeur sont rares.

Des rapports peu fréquents de tels dangers exigent que les chercheurs prennent au sérieux ces risques et prennent des mesures pour éviter leur apparition. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de corrélation entre apparition de maladie mentale et l'antécédent de prise de psychédéliques. Cependant, il est décrit que la prise de psychédéliques peut entraîner des flashbacks, qui correspondent à une reviviscence de l'effet du produit à distance de la prise. Ces flashbacks n'ont été rapportés qu'avec des utilisations récréatives de LSD.

Bilan des courses...

À distance de la prise de psychédéliques, on observe une augmentation (ou une normalisation) de la connectivité fonctionnelle au sein du MPD, chez les patients cliniquement répondeurs au traitement. Ce processus pourrait être assimilé à un mécanisme de « réinitialisation » dans lequel la désintégration du MPD en aigu permet une réintégration ultérieure du MPD et une reprise du fonctionnement normal⁴.

Les résultats des essais thérapeutiques dans la prise en charge des dépressions résistantes aux traitements montrent une efficacité franche et *a priori* durable, avec deux prises de psilocybine. Il n'y a aujourd'hui que peu d'effets indésirables répertoriés. Les risques sont considérés comme acceptables par les équipes de recherche sur les psychédéliques. De nombreuses limites empêchent de conclure à une efficacité irréfutable. Le faible nombre d'études et le peu de patients inclus en sont les principales. Il serait nécessaire de mener plus d'études, notamment des essais randomisés, à double insu et contrôlés contre placebo avec davantage de patients. Des études sur les effets indésirables notamment au long cours sont indispensables. D'un point de vue psychanalytique, l'exacerbation des émotions sous psychédéliques mène à un effondrement des mécanismes de défense et à une augmentation de la mentalisation. Sous l'angle des thérapies cognitivo-comportementales, la théorie de la réinitialisation du mode par défaut fait penser à une similitude de finalité entre les TCC et la prise encadrée de psychédéliques.

La neurophysiologie de la prise de psilocybine est similaire à celle de la pratique de la méditation, observable avec des résultats d'imageries cérébrales. Les principales différences entre les psychothérapies ou la méditation, et les thérapies sous psychédéliques sont la rapidité des résultats, leur intensité et leurs effets que le sujet le veuille ou non. Ces différences justifient un modèle d'accompagnement spécifique.

Leurs propriétés thérapeutiques ont aussi montré une efficacité significative dans d'autres pathologies, tels que le trouble obsessionnel compulsif, la dépendance au tabac, à l'alcool et à la cocaïne, aux angoisses liées à la fin de vie, et les algies vasculaires de la face.

L'utilisation de psychédéliques associée aux psychothérapies est également une voie qu'il serait très intéressante d'explorer dans l'hypothèse d'un effet potentialisateur. Pour toutes ces raisons, nous ne retrouvons pas d'argument en défaveur de leur utilisation dans la recherche. Une utilisation médicale dans la société occidentale pourrait mener à un changement de paradigme dans la manière d'aborder certaines pathologies mentales, et des changements sociétaux importants.

⁶ Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CMJ, Erritzoe D, Kaelen M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*. juillet 2016;3(7):619-27.

⁷ Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Day CMJ, Rucker J, Watts R, Erritzoe DE, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)*. févr 2018;235(2):399-408.

⁸ MacLean KA, Johnson MW, Griffiths RR. Mystical experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin lead to increases in the personality domain of openness. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. nov 2011;25(11):1453-61.

A-t-on besoin de traitements de substitution « *long acting* » en France ?

Dr Jérôme Bachellier / psychiatre, Csapa Tours

Les premiers résultats de l'enquête Ambre ont été présentés lors du congrès ATHS en octobre 2019 : que pensent les patients des traitements à libération prolongée (long acting) dans la prise en charge des troubles liés à l'usage des opiacés ?

Les traitements agonistes opioïdes (TAO) sont la référence pour la prise en charge des troubles liés à l'usage des opiacés. Ils sont efficaces contre les symptômes de sevrage et le *craving* à condition d'être pris quotidiennement et à dose adaptée^{1,2}. Ces traitements sont globalement accessibles en France où différentes formes *per os* sont disponibles depuis 1996³. Cependant, des difficultés existent : mésusages (surdosage, sniff, injections...), marché noir, rechute du fait d'un sous-dosage, stigmatisation...^{4,5}

De nouvelles formes galéniques seront bientôt disponibles pour la buprénorphine. Celles-ci permettraient un effet prolongé (*long acting*) soit sur une semaine, soit sur un mois, en injection sous-cutanée⁶. Leur efficacité est similaire aux formes *per os* actuelles. Alors qu'apportent-elles de plus ?

On peut penser spontanément qu'elles permettraient une réduction des difficultés suscitées : meilleure observance, dose constante, discrétion de la prise, réduction du mésusage... On peut également espérer un effet sur le trouble lui-même, par la mise à distance du comportement moteur quotidien en lien avec la réponse au stress lié à l'anticipation d'un syndrome de manque à venir en cas d'oubli du traitement. La diminution de ce stress quotidien et la disparition de ces conduites motrices devraient avoir une conséquence positive sur l'issue du trouble.

Pourtant, comme pour tout traitement *long acting*, les intervenants sont partagés entre deux pôles : certains y voient une forme de contrôle social de l'utilisateur entraînant une aliénation à un traitement et un frein à l'usage, et d'autres un renforcement de l'efficacité du soin avec une diminution des contraintes. Mais qu'en pensent nos patients ?

C'est pour fournir des éléments de réponses objectifs que l'enquête Ambre a été réalisée : elle a permis d'interroger des patients suivis dans différentes structures de soins pour connaître leur point de vue sur le TAO en cours, leurs attentes vis-à-vis de ces traitements et leur perception générale concernant un traitement *long acting*.

Méthode

Ambre est une enquête nationale transversale et multicentrique, réalisée auprès des patients dépendants aux opioïdes, suivis par des médecins généralistes (MG) ou des médecins exerçant en Csapa (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou en USMP (Unités sanitaires en milieu pénitentiaire). Les patients inclus étaient majeurs, traités ou initiant un TAO, acceptant de participer à l'étude et en mesure de compléter les auto-questionnaires seuls ou accompagnés.

Une première partie du questionnaire recueillait de façon anonyme les caractéristiques du patient, sa dépendance et son parcours de soin. Une seconde partie recueillait l'avis du patient sur une nouvelle formulation de buprénorphine à action prolongée, en injection sous-cutanée hebdomadaire ou mensuelle, par le biais de questions

¹ Chevalier C et Nguyen A. Approche globale du traitement de substitution aux opioïdes. *Actualités pharmaceutiques*. Octobre 2017; 56 (569):23-30.

² Rolland B. et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *La revue de médecine interne*. Août 2017;38(8):539-546.

³ Auriacombe M. et al. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict*. 2004;13 Suppl 1:S17-28.

⁴ Hakansson A. et al. Buprenorphine misuse among heroin and amphetamine users in Malmo, Sweden: purpose of misuse and route of administration. *Eur Addict Res*. 2007;13(4):207-215.

⁵ Laqueille X. Addiction aux substances et traitements pharmacologiques Substance addiction and pharmacological treatment. *Annales Médico-Psychologiques*. 2009;167(7):508-512.

⁶ Verspan F. et al. What place for prolonged-release buprenorphine depot-formulation Bupival® in the treatment arsenal of opioid dependence? Insights from the French experience on buprenorphine. *Expert Opin Drug Deliv*. 2019 Sep;16(9):907-914.



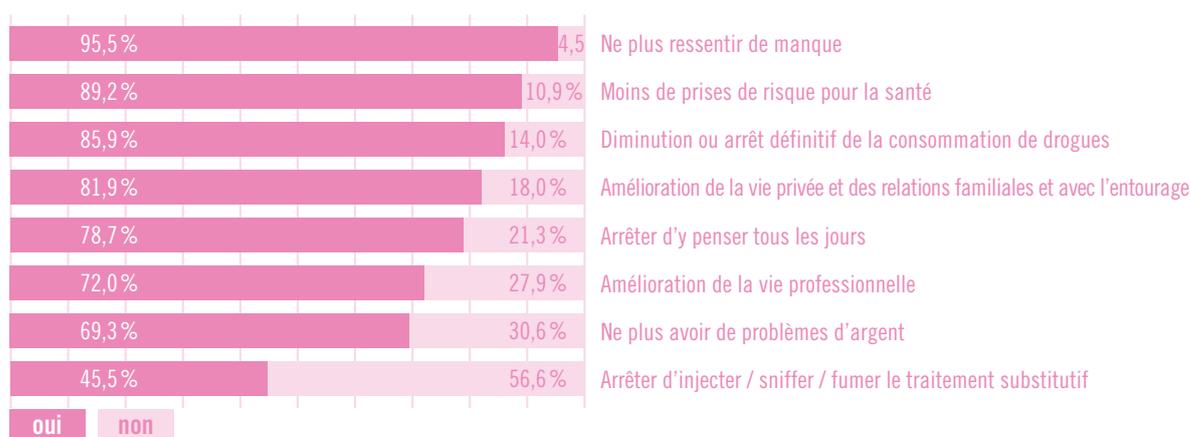
Tableau 1. Type de TAO à l'inclusion – par type de centre

	CSAPA (n=173)	MG (n=88)	USMP (n=105)	Total (n=366)
Buprénorphine	68 (39,3 %)	59 (67,1 %)	32 (30,5 %)	159 (43,5 %)
Buprénorphine / Naloxone	17 (9,8 %)	9 (10,2 %)	32 (30,5 %)	58 (15,8 %)
Méthadone	79 (45,7 %)	19 (21,6 %)	40 (38,1 %)	138 (37,7 %)
Autre traitement pour la dépendance	9 (5,2 %)	1 (1,1 %)	1 (1 %)	11 (3 %)

CSAPA: centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

MG: médecins généralistes

USMP: unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Figure 1. Objectifs visés avec le TAO (n=366)

ouvertes après une courte présentation qui ne mentionnait jamais de nom commercial de ce produit.

Résultats

Entre février et juillet 2019, 68 médecins ont participé à l'enquête (31 exerçant en Csapa, 31 en médecine générale, 6 en USMP), soit 18 de plus que l'objectif initialement fixé. 366 patients ont été inclus dans l'enquête : 173 (47 %) dans les Csapa, 88 (24 %) chez les médecins généralistes et 105 (29 %) dans les USMP. Parmi ces patients, 35 % étaient âgés de 35 à 44 ans, 3/4 étaient des hommes (89 % en USMP) et 49 % d'entre eux étaient sous TAO depuis dix ans et plus ($15 \pm 9,1$ ans en moyenne). Une maladie infectieuse (hépatites B, C, VIH) était rapportée par 16,5 % des patients (26,7 % des patients USMP) ainsi que des troubles anxieux/dépressifs rapportés par plus de la moitié des patients (55,2 %).

Sur le total de la population, 159 patients étaient traités par buprénorphine (43,5 %), 138 par méthadone (37,7 %), 58 par buprénorphine/naloxone (15,8 %); et 9 débutaient leur traitement TAO au moment de l'enquête

(Tableau 1). La plupart des patients (78,2 %) ont indiqué que la dose optimale du traitement (permettant de ne pas ressentir d'envie forte de consommer des opioïdes) était celle prescrite (84 % des patients Csapa et 80 % des patients de MG). Cependant, 32,9 % des patients déclarent avoir déjà eu une dose inférieure à leurs besoins au cours de l'année précédente.

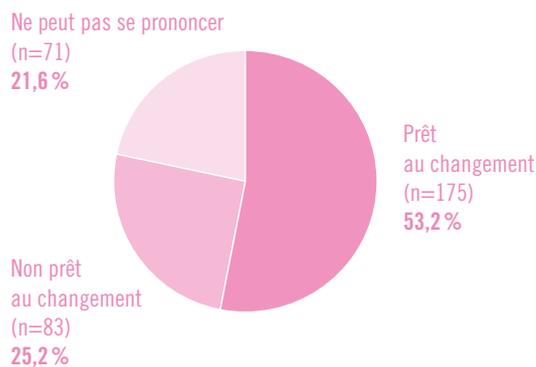
91 % des patients prennent toujours ou souvent la totalité de la dose qui leur est prescrite.

Pour 30 % des patients (question distincte), la dose restante est gardée pour des réserves personnelles. 20,2 % déclarent avaler leur comprimé de buprénorphine avant dissolution.

D'autres types de mésusages sont également reportés puisque, au cours de l'année écoulée, 10,1 % des patients indiquent avoir pris leur traitement en l'injectant et 22,6 % en le sniffant ou le fumant.

La contrainte la plus fréquente pour les patients avec leur TAO actuel est la nécessité de se rendre souvent à la pharmacie/au centre pour récupérer le traitement ; elle est rapportée par plus de 55 % des patients dans cha-

Figure 2. Le patient est-il prêt au changement pour ce nouveau traitement ? (n=329)



cune des filières de soins. Vient ensuite la nécessité de penser à la prise du TAO tous les jours, contraignante pour 43,7 % des patients de MG, 42,1 % des patients en USMP et 33,9 % des patients de Csapa.

Les difficultés liées au contexte de prise (intimité, déplacement, pas de traitement sur soi, contraintes professionnelles) ou à l'oubli de la prise du traitement sont les plus rapportées par les patients (38,2 % et 25 % respectivement). Pour 85,9 % des patients interrogés, l'objectif d'un TAO est de diminuer/d'arrêter définitivement la consommation de drogues.

Plus de la moitié (53 %) des patients participant à l'enquête se sentent prêts au changement pour un traitement à action prolongée. 58,2 % d'entre eux pensent que ce changement se fera facilement (17,5 %), ou plutôt facilement (40,4 %), et pour 86,9 % rapidement, dès mise à disposition ou dans les premières semaines/mois de mise à disposition du traitement.

Pour les patients, les aspects les plus importants de ce type de traitement *long acting* sont liés à sa pharmacologie/son efficacité attendue (avoir une dose constante et toujours efficace sur toute la semaine/le mois pour 86,7 % des patients, ne plus avoir envie de consommer pour 81,2 % d'entre eux) et à sa praticité : possibilité de prendre le médicament une seule fois par semaine/mois (80,2 %), ne plus craindre de se sentir mal en cas d'oubli (80,3 %), traitement plus discret par rapport aux comprimés (73,3 %).

Discussion-conclusion

La participation à l'enquête Ambre au-dessus des attentes (68 médecins participants pour 60 attendus, 366 patients pour 300 attendus) indique que le sujet mobilise tant les soignants que les patients. Le profil des patients est classique de nos files actives.

Il est notable que chez les sujets interrogés, les doses médianes restent basses en comparaison avec les recommandations (8 mg pour la buprénorphine et 60 mg pour la méthadone), surtout que 43 % d'entre eux se sont sentis sous-dosés sur les douze derniers mois. Ce sous-dosage semble plus fréquent en médecine de ville mais également en prison. Ces constats nous rappellent que, trop souvent, nous pouvons inciter nos patients à réduire leur traitement parce que « cela va bien », « cela fait longtemps », « c'est l'occasion ». Cette incitation pouvant d'ailleurs être une réponse à leur attente puisque 84,4 % d'entre eux aimeraient arrêter tout opiacé, y compris leur traitement. Mais ces sous-dosages sont une cause de recrudescence du *craving* et de rechute. Ils peuvent aussi être liés aux difficultés de prises du traitement *per os* (20,2 % des sujets interrogés déclarent avaler leur comprimé, ce qui diminue son efficacité de près de 80 %⁷, ou de contexte de prise : 25 % déclarent des oublis de traitement et 38,2 % évoquent des difficultés liées aux déplacements, aux contraintes professionnelles ou à l'absence d'intimité).

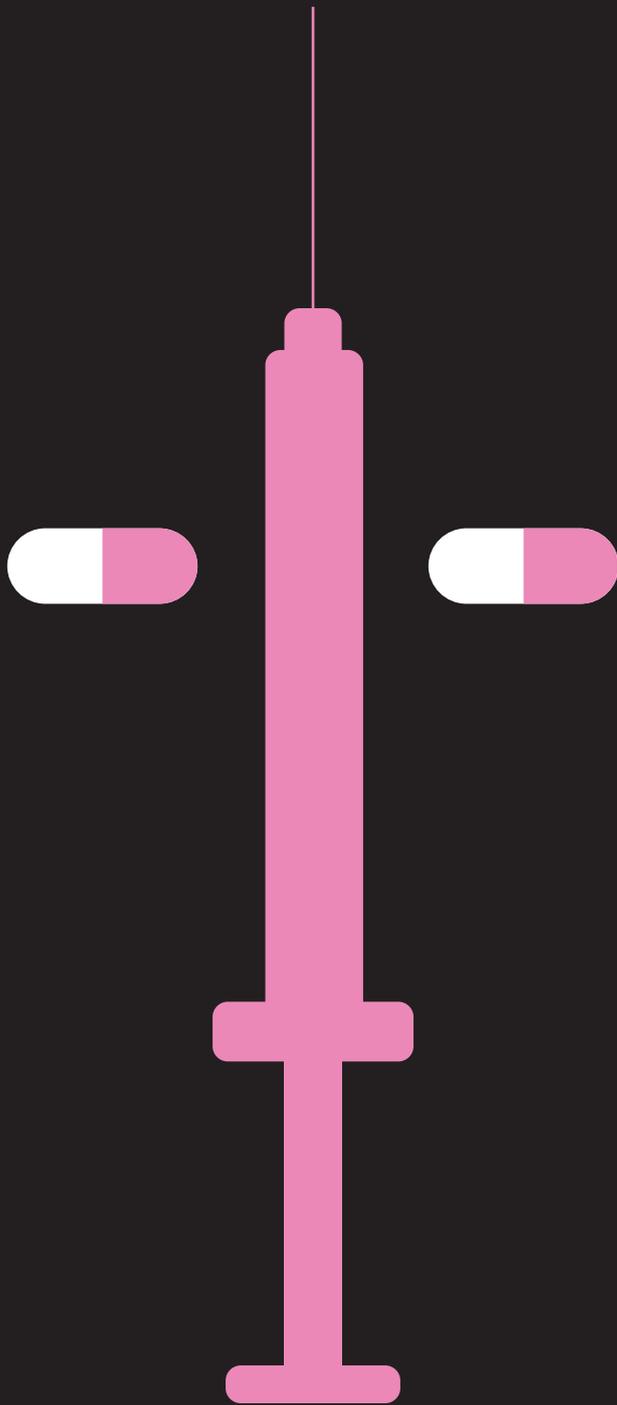
Concernant l'objectif vis-à-vis du TAO, pour 85,9 % des sujets interrogés, il s'agit de diminuer/d'arrêter définitivement la consommation de drogues. Les attentes des patients sont majoritairement du côté du recouvrement de la santé, tant physique que sociale : 95,5 % recourent au traitement pour ne plus ressentir le manque, 89,2 % pour prendre moins de risque avec leur santé et 81,9 % pour améliorer leurs relations socioaffectives (Figure 1) ; alors que les contraintes sont surtout liées aux modalités de dispensation (passage en pharmacie, Csapa) et à la prise quotidienne.

L'intérêt pour une forme *long acting* est marqué ; les réponses à cette enquête montrent un désir de contrôle de son trouble, avec absence de symptôme de manque, absence de *craving*, absence de consommation, et une réduction des contraintes de traitement.

Cette étude nous montre que les usagers du système de soins interrogés se positionnent d'abord en tant que patients, en attente d'un traitement efficace, pratique, avec le moins de contraintes possible. La contrainte exprimée est liée au besoin d'être attentif à prendre un traitement quotidien au détriment de l'investissement dans le reste de leur vie, et non à la perte de conserver une possibilité d'usage de substances psychoactives. Les patients se placent donc plutôt du côté de la liberté de se soigner que de celle de consommer.

Pour assumer ce choix, un traitement *long acting* leur paraît judicieux, et une majorité des patients interrogés (53 %) se déclare prête à l'essayer.

⁷ SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. Section 2 Pharmacology. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 2004. Report No.: (SMA) 04-3939. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64236/



Chemsex, une réalité ambivalente

Tim Madesclaire / chercheur indépendant, observateur pour TREND/SINTES Île-de-France. Il a participé à l'étude Apaches.

Il est difficile d'isoler les pratiques du chemsex des autres caractéristiques de la condition gay, entre risque VIH, opprobre sociale, et ressourcement communautaire. Quelques enseignements de l'étude Apaches.

En 2018, deux enquêtes qualitatives ont été menées autour du « chemsex » : Apaches, réalisée par l'OFDT à la demande de la DGS¹, et PaacX, conduite par l'Inserm avec l'association Aides². Si la seconde est toujours en cours, les résultats de la première ont été publiés en 2019. Apaches vise à fournir des éclairages favorisant l'élaboration de messages de prévention et de réduction des risques à destination des personnes impliquées dans le chemsex, ainsi que des préconisations utiles aux intervenants qui interviennent auprès des chemsexers en difficulté.

Elle a été réalisée sur la base d'entretiens individuels approfondis avec une quarantaine de chemsexers ainsi qu'avec une dizaine d'intervenants de santé. Les chemsexers ont été recrutés de façon à couvrir une grande diversité d'expériences.

Identifié il y a une dizaine d'années, le chemsex fait désormais l'objet d'une surveillance accrue, tant le phénomène inquiète et interroge à la fois. Le terme a été inventé au début du millénaire par David Stuart, ayant lui-même une expérience de chemsexer, devenu l'un des acteurs les plus importants dans l'élaboration de réponses pour les chemsexers en difficulté³.

L'apparition du chemsex s'inscrit à un moment clé de la lutte contre le VIH qui a pris une tournure plus positive, avec la reconnaissance de l'efficacité du traitement comme prévention (TasP, un séropositif correctement traité ne

transmet plus le VIH) et dans la foulée de la mise en place de la prophylaxie préexposition (PrEP). L'étude Apaches rend compte de cette complexité.

Un lien spécifique entre HSH et produits psychoactifs : la sexualité

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) consomment plus de produits psychoactifs. Cette consommation se démarque clairement de celle des autres populations d'utilisateurs en particulier parce qu'elle est liée à leur sexualité, dans toute sa dimension, aussi bien dans les pratiques sexuelles que dans l'identification sociale. C'est ce lien spécifique qu'exprimait déjà, en 1997, le provocateur « J'aime l'ecstasy. Je suis pédé aussi » d'un tract d'Act-Up Paris, pour dénoncer à la fois les lois répressives contre l'usage de produits et l'hypocrisie de certains établissements, suite à la fermeture du Palace à cause d'un décès lié à une surdose⁴. Ce que l'on désigne aujourd'hui par chemsex reconduit, littéralement, ce lien en l'érotisant, sur fond de rencontre *via* des applications en ligne et de mises en scène autopornographiques hors-norme.

L'enquête Apaches s'inscrit dans la lignée des observations mises en place dans les années 2000. Le dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT, avait permis d'identifier, à côté des usagers « clubbers » (pour lesquels les échanges sexuels s'inscrivent dans la suite des usages festifs et qui consommaient principalement de l'ecstasy), les adeptes de

¹ Milhet M. (2019) Apaches - Attentes et Parcours liés au CHEMSEX. Paris, OFDT, 98 p. www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex/

Il s'agit d'une homonymie avec l'étude APACHES-ANRS EP 57 qui concerne le papillomavirus anal chez les personnes VIH+.

² PaacX est encore en cours, mais des données sur sa première phase ont été communiquées.

³ David Stuart, (2019) « Chemsex: Origins of the Word, a History of the Phenomenon and a Respect to the Culture », *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 19 Issue: 1, pp. 3-10. L'article est aussi en ligne: www.davidstuart.org/what-is-chemsex.

⁴ <http://site-2003-2017.actupparis.org/spip.php?article2642>



Ampleur des pratiques et caractéristiques des chemsexers

Bien que les indicateurs utilisés ne soient pas identiques, invitant à considérer les chiffres avec prudence, 3 grandes enquêtes conduites auprès d'échantillons de plus de 10 000 HSH recrutés en ligne, sur les réseaux sociaux, sites et applications de rencontre*, fournissent des données de cadrage assez convergentes, estimant l'ampleur des pratiques chemsex à hauteur de 5 à 7 % des répondants.

À l'image des résultats issus de la littérature internationale, les pratiques chemsex se révèlent plus élevées parmi les HSH ayant plusieurs partenaires sexuels et dans les sous-groupes de HSH séropositifs au VIH, séronégatifs ayant recours à la PrEP ou fortement impliqués dans une sociabilité gay (amis avec des HSH usagers de drogues et adeptes de pratiques sexuelles *hard*). Le risque de transmission des maladies infectieuses est ainsi amplifié chez les publics pratiquant le chemsex. Selon l'enquête EMIS, Paris arriverait en 14^e position des consommations en contextes sexuels, derrière plusieurs villes britanniques (Brighton, Manchester, Londres), espagnoles (Barcelone, Madrid, Valence) et capitales européennes (Dublin, Berlin, Bruxelles, Rome et Varsovie)...

* EMIS (the European Men-who-have-sex-with men Internet Survey, 2010-2017) ERAS (Enquête RApport au Sexe de Santé Publique France 2017). Net Gay Baromètre 2018.

« plans chems », c'est-à-dire de consommation de produits, généralement des stimulants (notamment des cathinones achetées en ligne), directement en contextes sexuels. Également repérée, la pratique du « slam » (injection en intraveineuse) a surpris et effrayé aussi bien les observateurs que les acteurs de santé publique. Ces observations ont montré les intrications entre la sexualité, la socialisation et leurs perceptions parmi des populations exposées à l'opprobre et au confinement.

Diversités des usagers et des parcours

La variété des parcours comme des origines sociales des usagers interrogés dans Apaches reflète la diversité des populations HSH, décrites dans toutes les enquêtes. Pour cette étude qualita-

tive, des profils qui n'apparaissent pas à leur juste niveau dans les enquêtes quantitatives ont été spécifiquement recherchés : des hommes éloignés des médias et lieux communautaires (qui sont aussi les lieux de recrutement des enquêtes, et constituent alors un biais), en particulier ceux plus socialement défavorisés que la moyenne des répondants, ceux qui font partie de minorités dans la minorité, comme les « trans », « les racisés », les très jeunes et les trop vieux. Comme l'entretien reposait sur des récits de parcours, il a été portée une attention particulière aux variations de situations au cours de la vie, puis en lien avec les usages de produits psychoactifs. Les entretiens contiennent ainsi de grandes embardees narratives : un jeune de banlieue parisienne devient cadre dans un Ehpad puis rechute socialement à cause du « slam » ; un jeune escort s'enrôle dans la résistance kurde pour se sortir d'une spirale infernale ; un homme trans s'approprie les sexualités gay sur des réseaux de sexe en ligne ; un jeune Sud-Américain achève sa thèse en économie sous crystal meth... les intervieweurs ont souvent été confrontés à des romans vivants !

Quand c'est possible

Les entretiens donnent ainsi à comprendre que la plongée dans le chemsex intervient à des moments clés du parcours de vie, moments qui peuvent être positifs, comme l'amélioration du niveau de vie, la réussite sociale ou/et personnelle, l'autonomisation par rapport à un milieu d'origine oppressant, la sortie du risque de mort pour les vieux séropositifs... Moments qui peuvent aussi être problématiques, comme une rupture amoureuse ou une déception, ou bien un emballement de la consommation qui remet en question l'amélioration qui avait pourtant permis la découverte de nouvelles expériences. Autrement dit, les usages du chemsex, positifs ou négatifs, se produisent avant tout quand ils sont perçus comme possibles, selon l'évaluation qu'en fait la personne, plutôt que par une fatalité ou une contrainte plus ou moins perceptible. Ainsi le chemsex est présenté comme une pratique d'abord désirable et désirée, avant de devenir parfois un encombrement ou une faillite⁵.

C'est cela qui permet de comprendre aussi ce que révèle le chemsex de la condition des HSH aujourd'hui. Cette condition est complexe, elle est faite d'inconvénients et d'avantages imbriqués : d'un côté l'opprobre qui pèse sur eux, les isole et les rend vulnérables, de l'autre le renforcement de liens communautaires valorisants, même s'ils n'opèrent pas sur tous, ni tout le temps. Les réseaux de rencontres sont nombreux, et pas si univoques qu'on peut les percevoir *a priori*. S'ils sont principalement construits autour de la sexualité, ils sont aussi des amorces de

⁵ Milhet M., Shah J., Madesclaire T., Gaissad L. (2019) - Chemsex Experiences: narratives of Pleasure -. *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 19, n° 1, p. 11-22.

socialisation. Qu'il s'agisse de lieux (bars, clubs, commerces...), ou d'organisations (centres LGBT, tissu associatif, événements comme les marches des fiertés).

Ambivalences

Les témoignages présentent ainsi des particularités qui renseignent sur les pratiques mieux repérées par ailleurs. On trouve ainsi des usagers qui font du chemsex sans le savoir : cela peut être dû à leur éloignement de la communauté et de ses relais. Ainsi, ils n'ont pas entendu le terme, ni imaginé ce qu'il recoupe, ou bien ils sont dans une sorte de déni, considérant leur usage toujours dans le cadre récréatif : le chemsex, c'est les autres. On trouve aussi quelques recours au chemsex paradoxaux : il s'agirait, pour certains, d'éviter le sexe en le dissolvant dans des usages érotisés de produits (et une grosse consommation de pornographie !), pour d'autres cela permettrait d'assumer (ou non) des situations difficiles, comme son orientation sexuelle, ou la peur des risques VIH, ou un décalage trop fort avec son entourage, par exemple dans le cas de transfuges de classe ou de parcours de migrations. C'est la pluralité de ces expériences rapportées dans Apaches qui marque autant d'ambivalences dans les pratiques des chemsexers, entre désarroi et *empowerment*. En s'engageant dans la sexualité, les HSH s'engagent dans une identification double : d'un côté ils s'exposent à l'opprobre (stigmatisation), de l'autre ils s'en distinguent. Les pratiques que l'on peut juger problématiques parce qu'apparaissant comme destructrices ou irrationnelles, peuvent être comprises aussi comme des processus d'identification et d'engagement de reconnaissance, y compris par le défi (la performance).

Des liens entre VIH et chemsex

L'une des principales motivations de la commande concernait les risques du chemsex du point de vue de la santé, et en particulier de la santé sexuelle. Les données épidémiologiques sont particulièrement alarmantes sur ce point. Dans les entretiens, beaucoup de paroles et de descriptions, pas toujours formulées explicitement, signalent la contiguïté entre les expériences chemsex et le VIH, non seulement du côté des séropositifs (cela est connu depuis longtemps), mais aussi des séronégatifs. Ainsi, des témoins séronégatifs expliquent comment ils se « protégeaient » déjà en ne recherchant que des partenaires sous ARV à charge virale indétectable avant d'être sous PrEP, d'autres décrivent leur découverte des produits en même temps que la possibilité de la protection biomédicale. D'autres, qui ont consommé des produits en étant séronégatifs, sont devenus séropositifs sans que cela ait systématiquement un impact sur leurs usages... Il y a

même des témoignages qui décrivent comment l'information sur la PrEP leur a été procurée dans des expériences de chemsex. Ce qui, d'une certaine manière, alerte sur le faible niveau d'information, de quoi interroger les instances de prévention et les autorités sanitaires. Les récits de l'enquête Apaches signalent ainsi combien la ligne de partage entre séropositivité et séronégativité a évolué, et avec elle la notion de risque : celle-ci est déplacée du VIH aux autres IST mais aussi aux accidents liés à des overdoses. Plus largement, l'enquête Apaches a permis de montrer que le chemsex ne peut pas être isolé des autres caractéristiques des HSH, non seulement en termes d'expositions aux risques du VIH (et des IST), mais plus largement en ce qu'il s'inscrit pleinement dans leur condition. En bien des cas, le chemsex colle aux évolutions de la situation des HSH, entre plaisir et risque, entre isolement et socialisation, entre échappement et intégration.

Troubles psychiatriques et chemsex

Christelle Destombes / Swaps

Deux présentations au colloque Addictions Toxicomanies Hépatites Sida (ATHS), qui s'est déroulé du 1^{er} au 4 octobre à Biarritz, montrent une association entre troubles psychiatriques et pratique du chemsex.

Jean-Victor Blanc, psychiatre addictologue à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP Paris) a étudié une cohorte de 39 chemsexers, d'âge médian 40 ans, dont les trois quarts avaient eu, à l'inclusion, une consultation avec un psychiatre, la moitié était sous antidépresseur. 72 % d'entre eux pratiquaient le slam et près de la moitié n'avaient aucune activité sexuelle sans produit. Notant que les HSH ont par ailleurs des vulnérabilités psychiatriques liées à l'homophobie, au stress environnemental et étaient jusqu'à récemment considérés comme des malades selon la classification DSM III, Jean-Victor Blanc souligne que dans sa cohorte, 46 % ont des complications de « pharmacopsychose », de type hallucination ou paranoïa. Les trois quarts ont un double diagnostic : 56 % sont anxieux (échelle HAD¹), 23 % dépressifs (HAD), 36 % ont un trouble de l'usage de l'alcool (AUDIT) et 49 % sont concernés par l'addiction sexuelle (SAS²). Alors que 62 % sont séropositifs au VIH et que 73 % des séronégatifs au VIH sont sous PrEP, Jean-Victor Blanc plaide pour que la PrEP soit une opportunité de prise en charge de la santé sexuelle et psychologique des HSH.

Antoine Boulanger, psychiatre à Lyon a comparé une cohorte de 46 chemsexers à un groupe témoin de 48 HSH sous PrEP, mais sans pratique de chemsex. La comparaison montre que le niveau d'éducation est moins élevé chez les chemsexers, qu'ils ont un score global de troubles personnels plus élevé (plus d'anxiété et de dépression, évaluées avec l'échelle HAD), avec une histoire d'antécédents psychiatriques également significative : 45 % d'entre eux ont eu un épisode dépressif caractérisé vs 18,8 dans le groupe témoin, et près de

l'orientation sexuelle (vs 25 %) et ils sont plus souvent engagés dans des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels (58 %), et des pratiques *hard* (fisting, 65 %). 60 % pratiquent l'injection. Les produits les plus couramment utilisés, déclarés par les usagers (voir article page 35) sont les cathinones, les poppers et le GHB/GBL. La moitié utilise les cathinones hors contexte sexuel. Comme Jean-Victor Blanc, Antoine Boulanger alerte sur les troubles de la personnalité associés au chemsex, et les liens étroits entre chemsex, comorbidités psychiatriques et pratiques sexuelles à risques. Dans sa cohorte, 26 % sont séropositifs au VIH et 79 % des séronégatifs sont sous PrEP.

Ces présentations cliniques ont été complétées par les données de pharmacovigilance d'Hélène Peyrière (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance de Montpellier) qui montrent que le chemsex entraîne également des complications psychiatriques. Pour les 34 cas de complications signalés en 2018, au-delà des complications infectieuses connues avec l'injection, 14 complications psychiques et neuropsychiques sont notées, avec cinq cas particulièrement importants de décompensation sévère ayant entraîné une hospitalisation. Ces cinq cas sont corrélés à la présence d'éphylone, une cathinone qui serait trois à quatre fois plus puissante que le 3-MMC.

Références :

- Comorbidités psychiatriques dans une cohorte de patients suivis pour chemsex », Jean-Victor Blanc (Paris)

- Psychems : Association entre troubles de la personnalité et troubles de l'usage de substances en contexte sexuel (chemsex) chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) », Antoine Boulanger (Lyon)

¹ HAD : Hospital Anxiety and Depression scale 30 % ont fait une tentative de suicide (vs 4 %).

² Sas : échelle sociotropie-autonomie La moitié présente une peur du jugement lié à

Réduction des risques : l'intérêt de l'analyse des produits

Anne Batisse* / Leila Chaouachi* / Jean-Michel Gaulier** / Samira Djezzar*

* CEIP-AddictoVigilance de Paris, Hôpital Fernand Widal

** Laboratoire de toxicologie du CHU de Lille

Analyser les drogues permet d'entrer en contact avec les usagers et de les informer sur la toxicité des produits. Le centre d'AddictoVigilance de Paris a mis en place un programme de RdR par l'analyse des produits à destination des chemsexers et plaide pour leur généralisation.

Contexte

L'analyse chimique des drogues par technique colorimétrique a été développée en France par les équipes de Médecins du monde¹, dans les années 1990: l'offre s'est plutôt répandue dans le milieu festif (*rave parties*, rassemblements « techno »...) et concernait surtout les amphétaminiques. Les techniques d'analyse se sont depuis diversifiées avec la chromatographie sur couche mince (CCM), et surtout améliorées avec la chromatographie liquide couplée à un détecteur UV, l'infra-rouge ou la détection par spectrométrie de masse. L'objectif de cette analyse de drogues est d'entrer en contact avec les usagers et de les informer notamment sur la toxicité des drogues analysées ou la présence de produits de coupe potentiellement nocifs. Contrairement aux idées reçues, la plupart des usagers de drogues sont attentifs à leur santé et réceptifs aux informations qui peuvent leur être utiles pour la conserver.

Le chemsex² se définit par l'usage de substances psychoactives (SPA) avant ou pendant le sexe afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel et s'observe notamment dans la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le « slam » désigne quant à lui l'injection de substances psychostimulantes dans ce même contexte sexuel, et bien que minoritaire, cette pratique

implique des complications cliniques très sérieuses. En France, les données d'AddictoVigilance indiquent une augmentation de la pratique du chemsex/slam avec une diffusion à l'ensemble du territoire et à toutes les classes d'âge depuis 2014. La polyconsommation (cocaïne, MDMA, GHB/GBL...) et l'usage des cathinones de synthèse – 4-Méthyléthylcathinone (4-MEC) et 3-Méthyl-MéthCathinone (3-MMC) en tête – sont rapportés dans plus de 70 % des cas. Les principales complications concernent les troubles liés à l'usage de substances (TUS) (63 %), les intoxications aiguës avec une atteinte neurologique ou cardiovasculaire (50 %), les troubles psychiatriques divers (39 %), et les infections virales et bactériennes (18 %). Une augmentation du nombre de décès est également à déplorer.

Devant ce constat, le centre d'AddictoVigilance de Paris a évalué la mise en place d'un programme de réduction des risques et des dommages (RDR-D) centré sur l'analyse de produits et dédié aux chemsexers et plus précisément aux slameurs. Ce programme de RdR-D se décline en 3 étapes:

1. La collecte d'échantillons de produits psychoactifs,
2. Une analyse toxicologique spécifique par détection en spectrométrie de masse³, à la fois qualitative et quantitative, de ces échantillons pour évaluer l'adéquation « contenu-étiquetage »,

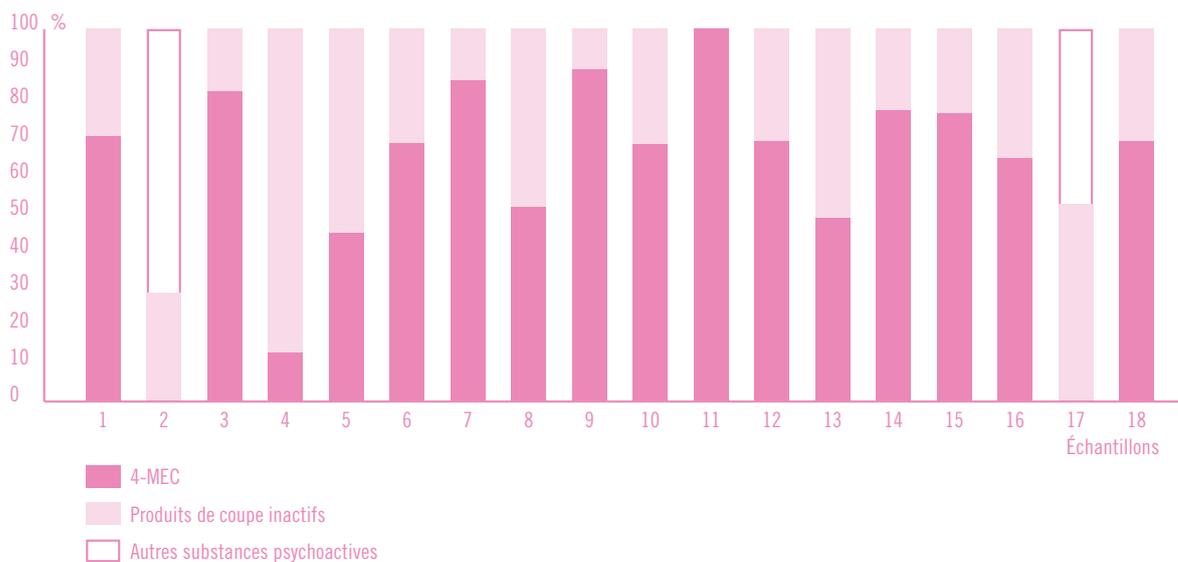
¹ Olivier André, Grégory Pflau et Audrey Kartner. L'analyse de drogues: plus qu'un outil de RDR: un acte militant!, Médecins du monde, France www.grea.ch/sites/default/files/54-art4.pdf

² Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné MA, Djezzar S; Use of psychostimulants in a sexual context: Analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers. *Thérapie*. 2016 Oct;71(5):447-455

³ Kintz P, Richeval C, Jamey C, Ameline A, Allorge D, Gaulier JM, Raul JS. Detection of the designer benzodiazepine metizolam in urine and preliminary data on its metabolism. *Drug Test Anal* 2016 Sep 26. doi: 10.1002/dta.2099.



Figure 1. Variabilité des échantillons de 4-MEC



3. La restitution des résultats en « focus groupes » associée à des tests de connaissance évaluant la pertinence de l'outil dans la RDR-D.

Focus groupes : déroulé des séances

Une interview de groupe semi-structurée a été menée toujours de la même façon afin d'explorer la diversité des sujets pouvant être abordés à travers le rendu des résultats d'analyse. Chaque séance s'articulait autour de quatre questions : Qu'attendez-vous de cette rencontre ? Que savez-vous des cathinones de synthèse ? Quelles sont vos impressions suite aux résultats d'analyse ? Et que connaissez-vous de la toxicité des cathinones de synthèse ?

Le remplissage d'un auto-questionnaire (Vrai/faux), complété en début et une nouvelle fois en fin de séance a permis d'évaluer l'impact des discussions du focus groupe sur l'opinion et les connaissances des usagers (mesure du changement par des scores de 0 à 12).

Variabilités qualitatives et quantitatives des échantillons

De janvier 2016 à décembre 2017, 66 échantillons ont été collectés, principalement des stimulants représentés par des cathinones de synthèse et autres phénéthylamines. Benzodiazépines de synthèse, cocaïne, kétamine et médicaments stimulateurs de l'érection vendus sur Internet ont également été collectés. L'analyse toxicologique montre une inadéquation entre le produit attendu et le contenu réel dans 15 % des cas, qui correspond soit à une autre substance de la même classe (par exemple du

3-MMC à la place de la 4-MEC), soit à une substance d'une autre classe (par exemple un hallucinogène à la place d'un stimulant).

Le point le plus remarquable demeure la variabilité de la teneur des échantillons allant de 11 à 88 % sur 13 échantillons de 3-MMC (moyenne de $56\% \pm 33\%$) et de 13 à 100 % sur 18 échantillons de 4-MEC (moyenne de $60\% \pm 29\%$), illustrée par la figure 1. Sachant que l'achat sur Internet représente dans l'inconscient collectif des usagers un gage de qualité, ces résultats constituent un signal fort de prise de conscience. Par ailleurs, aucun produit de coupe actif n'a été retrouvé dans les échantillons.

Focus groupes : évaluation de l'impact du rendu des résultats d'analyse

Les focus groupes ont permis de réunir 38 usagers autour des résultats d'analyse et de faire émerger une multitude de sujets d'intérêt ou préoccupations pour les usagers. Il en ressort des thématiques classées en quatre groupes principaux : « comment le chemsex ? », « pourquoi le chemsex ? », « les risques du chemsex ? » et « les expériences émotionnelles ». La « carte mentale » élaborée à partir des échanges est illustrée dans la figure 2.

1. Le « comment ? » premières réactions suite aux résultats

Les participants montrent un intérêt pour les détails techniques : la voie d'administration (intraveineuse ou intra-rectale), les différentes formes (poudre, cristal...). Ces dernières sont abordées avec une fascination pour la forme qui permet d'avoir la plus grande pureté. Internet

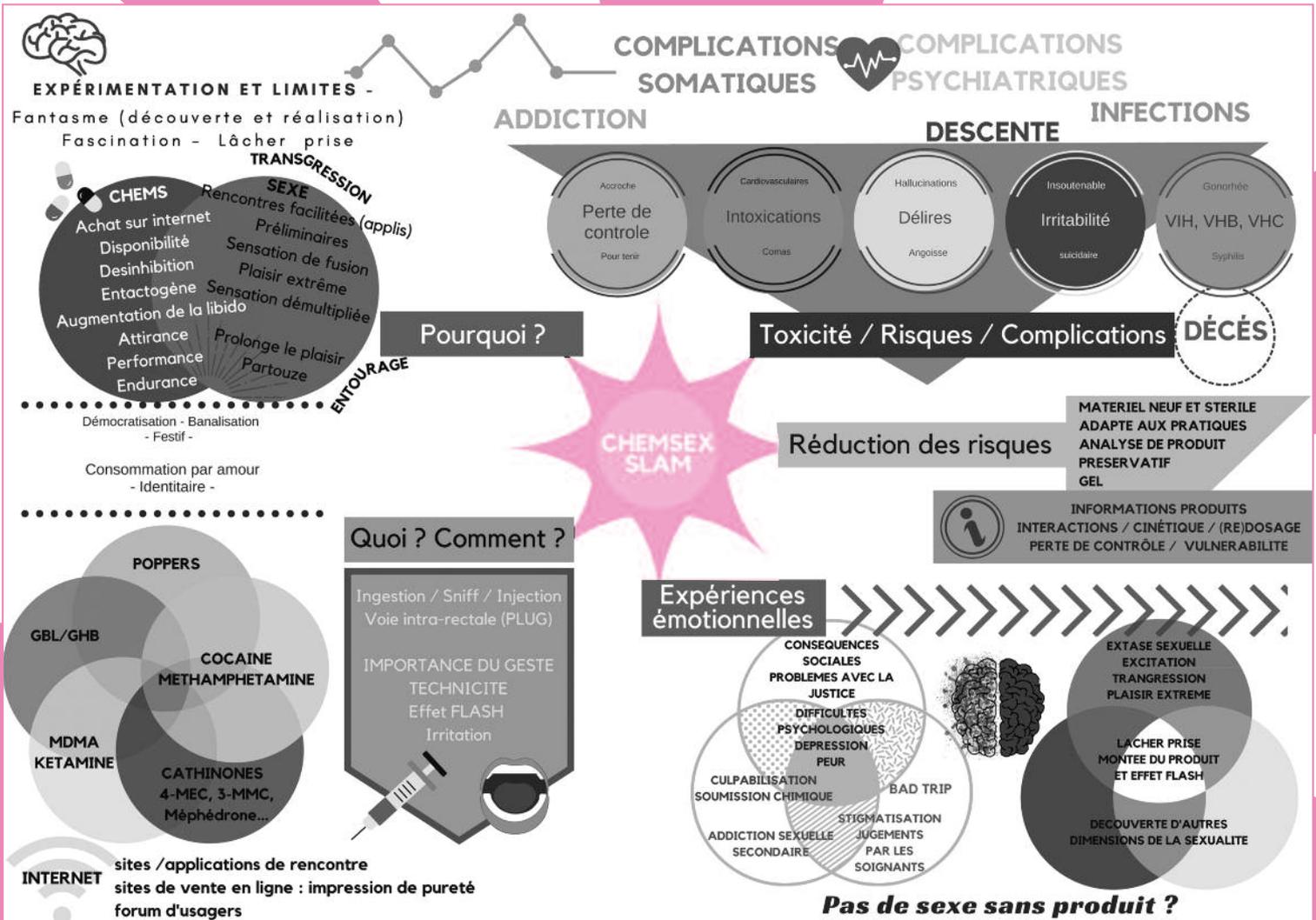


Figure 2. « Carte mentale » élaborée à partir du focus groupe

comme outil d'achat et de rencontre est rapporté largement avec l'idée d'une grande accessibilité (sans poursuite judiciaire) et d'une garantie de qualité (même site = produit identique!).

2. La question sur la toxicité amène à discuter des « risques du chemsex »

Les complications les plus citées sont le *craving* ou dépendance, la descente difficile et les complications infectieuses. Les effets psychiatriques sont également évoqués avec un vécu souvent traumatique. Les échanges sur les comas/décès, ou la toxicité veineuse sont rares. Le problème du consentement soulevant le risque de vulnérabilité, voire de soumission chimique, est abordé à plusieurs reprises. La réduction des risques demeure la principale préoccupation des débats.

3. L'évocation des risques est contrebalancée par le « pourquoi » ?

L'usage est en lien direct avec le vécu très positif des produits vis-à-vis de la sexualité, et la notion de « dépasser les limites ». Selon certains usagers, « les produits transcendent la sexualité » et positivent la balance bénéfique/risque. L'importance de garder une pratique de « sexe sobre » pour garder le contrôle est abordée à plusieurs reprises.

4. Retour sur les « expériences émotionnelles » : des échanges qui créent le lien

Les participants rapportent à la fois une fascination et une stigmatisation du slam. La stigmatisation de cette pratique par les soignants est citée à plusieurs reprises, mais cette stigmatisation vient également de la communauté gay elle-même selon les participants.

Les émotions positives en lien avec la pratique sont évoquées avec l'accès au plaisir sexuel extrême et la montée de l'effet du produit en parallèle, avec la crainte de ne plus y arriver sans produit. Des témoignages de chem-



sexers ayant arrêté la pratique et ayant récupéré après un certain temps une sexualité sans produit épanouie, sont appréciés.

Les émotions négatives sont centrées sur les effets psychiatriques lors de la descente avec anxiété, angoisse, mal-être, voire des effets dissociatifs et également sur les conséquences sociales et légales en lien avec cette pratique.

Les échanges soulignent la nécessité d'aborder la problématique du slam sans jugement ou stigmatisation. Prendre en compte les sujets d'intérêt pour l'utilisateur (la forme, le mode d'obtention et la voie d'administration) pour garantir le meilleur effet et de la manière plus sûre forme une porte d'entrée vers la relation d'aide. L'évocation des émotions positives ressenties et des effets négatifs éprouvés en sont le symptôme.

Avant/après le focus groupe « rendu des résultats » : quels changements chez les usagers ?

Le questionnaire, avant/après le focus groupe, a permis d'évaluer les connaissances en RDR-D des usagers en fin de séance avec un niveau fort (note de 10.5/12 en moyenne pour les 38 usagers). L'impact des résultats d'analyse est apprécié par le changement d'opinion sur l'intérêt de l'analyse de drogue qui est retrouvé dans 63 % des cas. Entre le début et la fin de la séance, en moyenne, les usagers ont amélioré leurs connaissances sur les produits et la RDR-D (+1.3 points /12 entre le score avant et après).

Conclusion

Cette étude est éclairante à la fois sur la variabilité qualitative et quantitative des stimulants utilisés dans la pratique du chemsex/slam et sur la démonstration par l'information de l'éducation en termes de RDR-D qui découle du rendu des résultats d'analyse. La carte mentale élaborée illustre la richesse des thèmes abordés à travers les résultats d'analyse et permet de mettre en évidence les réels sujets d'intérêt et de préoccupation des usagers. *A contrario*, un simple rendu de résultats sans un entretien l'encadrant ne serait d'aucune utilité. Cette carte peut être utilisée comme outil de base pour la mise au point d'un counseling efficace pour les chemsexers.

Le chemsex/slam, est caractérisé par une polyconsommation de drogues (cathinones de synthèse, cocaïne, GBL, kétamine, méthamphétamine...) et médicaments (benzodiazépines, médicament de l'érection...). L'approche par la connaissance du produit et de sa variabilité permet une première interaction avec le soin. Notre étude illustre bien l'intérêt du dispositif d'analyse des drogues

qui va bien au-delà de la remise de résultats de l'analyse, en offrant aux usagers un espace de parole libre, sans jugement ni déni des effets positifs ressentis et qui soit à l'écoute de leurs besoins spécifiques.

L'analyse des produits, maillon indissociable de la réduction des dommages, s'inscrirait dans l'approche moderne de prévention défendue par les associations d'usagers, plus connue sous le slogan « Support, don't punish ». La RDR-D par l'analyse de produits dans la pratique du chemsex devrait être généralisée en France.

Convaincu de la pertinence de l'outil, le centre d'Addictovigilance de Paris s'est équipé d'un spectromètre infrarouge pour développer cette approche de RDR-D.

Vers des outils de RdR spécifiques : l'exemple du dosage volontaire des drogues dans les cheveux

Gilles Pialoux / Swaps

L'analyse capillaire est une méthode qui permet d'évaluer précisément la consommation de nouveaux produits de synthèse, souvent sous-déclarée. Démonstration par l'exemple avec une sous-étude d'Ipergay.

Dans le contexte actuel du chemsex, il apparaît prioritaire de proposer aux consommateurs des méthodes de réduction des risques (RdR) puisqu'il a été clairement démontré que les chemsexers sous PrEP ont plus de partenaires occasionnels, plus de multipartenaires, de rapports *hard*, de rapports sans préservatifs associés à la PrEP et plus

d'IST¹⁻³. La consommation de nouveaux psychotropes de synthèse (NPS) semble s'étendre parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). Toutes les études reposent toutefois sur le déclaratif des consommations. Déclaratif compliqué par les troubles mnésiques liés à la plupart des NPS et par l'incertitude quant à la composition des produits à l'achat ou lors de la consommation. Parmi les outils possibles de RdR, figure l'analyse des consommations de NPS par analyse capillaire.

Dans le cadre de l'étude ANRS Ipergay (évaluant la PrEP), il a été prélevé chez des participants à une sous-étude une mèche de cheveux tous les 4 mois afin de déterminer leur consommation de substances (excepté GHB/GBL, poppers et THC). Une analyse segmentaire a été pratiquée lorsque la longueur de la mèche le permettait (≥ 3 cm). Après décontamination et extraction, une quantification a été effectuée,

incluant les stupéfiants « classiques » (opiacés, cocaïne, amphétamines, kétamine) mais également les NPS^{2,4}.

Soixante-neuf volontaires ont été inclus avec des caractéristiques démographiques similaires aux 429 participants de l'étude Ipergay. L'âge médian est de 35 ans [28;41]. Deux cent dix-neuf segments de cheveux (1,5 à 2,5 cm) provenant de 137 mèches ont été analysés correspondant chacun à une consommation entre 1,5 et 2,5 mois. Trente-deux molécules ont été identifiées, 9 considérées comme thérapeutiques bien que probablement utilisées comme drogues récréatives (sildénafil, vardénafil, tadalafil). Huit stupéfiants classiques ou substances détournées ont été détectés sur au moins 1 segment chez 53 volontaires, soit une prévalence de 77 % : cocaïne (n = 47, 68 %), MDMA (31, 45 %), kétamine (26, 38 %), métamphétamine (6), amphétamine (4), dextrométorphan (4), méthylphénidate et butorphanol (1).

Quinze NPS ont été mis en évidence chez 27 patients, correspondant à une prévalence de 39 %. Par ordre de fréquence, on retrouve la méphédronne (14), 4-MEC (11), éthylphénidate (5), méthylone (4), méthoxétamine (4), méthiopropamine (3), PMMA (3), MDPV (3), métamfépramone (1), 5F-PB22 (1), diphénidine (1), phendimétrazine (1), phentermine (1), N-méthyl-2-AI (1) et diméthylone (1). Aucune pipérazine type TFMP ou m-CPP n'a été retrouvée. Aucun cas de consommation de NPS seul n'a

¹ J.-C. Alvarez, R. Bauer, P. Roux, C. Capitant, J.-M. Molina, G. Pialoux, I. Etting, I.-A. Larabi, N. Fabresse, J. Chas. Consommation de drogues identifiée par analyse capillaire parmi les HSH lors de l'étude ANRS Ipergay : relation avec les pratiques à risque. *Toxicologie analytique et clinique*. Volume 30, n°2, Supplément, juin 2018, Pages S45-S46.

² Chas J, Peytavin G, Carette D, Fabresse N, Charreau I, Capitant C, Roux P, Cua E, Cotte L, Pasquet A, Rajji F, Meyer L, Pialoux G, Molina JM, Alvarez JC. Chemsex drugs use by hair analysis among MSM in the ANRS Ipergay trial. Abstract Number: 1029. CROI 2018. Boston, Massachusetts.

³ Roux P, Fressard L, Suzan-Monti M, Chas J, Saïaon-Teyssier L, Capitant C, Meyer L, Tremblay C, Rojas-Castro D, Pialoux G, Molina JM, Spire B. Is on-Demand HIV Pre-exposure Prophylaxis a Suitable Tool for Men Who Have Sex With Men Who Practice Chemsex? Results From a Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Oct 1;79(2):e69-e75

⁴ Larabi IA, Fabresse N, Etting I, Nadour L, Pflau G, Raphalen JH, Philippe P, Edel Y, Alvarez JC. Prevalence of new psychoactive substances and conventional drugs of abuse in Paris (France) and its suburbs using hair analysis: a cross sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2019 (in press)



été retrouvé : les NPS sont associés à la cocaïne dans 25/27 cas (93 %), à la MDMA dans 20/27 (74 %) ou la kétamine dans 19/27 (70 %).

L'analyse capillaire permet une meilleure détection des consommateurs que les auto-questionnaires puisque 21/53 (40 %) ayant des drogues dans les cheveux avaient déclaré ne pas en consommer. Les HSH consommant des drogues ont un nombre déclaré de partenaires dans les 2 mois précédant le prélèvement significativement plus élevé que les non consommateurs (médiane = 7 [4;15] vs 5 [2;10], $p < 0,0001$). La prévalence de consommation des NPS et en particulier des cathinones chez les HSH utilisant la PrEP est élevée dans l'étude Ipergay-ANRS, mais moindre que celle des drogues classiques comme la cocaïne et la MDMA.

L'analyse capillaire est la seule méthode qui permet d'évaluer précisément cette consommation, par ailleurs sous-déclarée. Cela est d'autant plus important que cette consommation s'accompagne d'une augmentation des pratiques à risque, en particulier du nombre de partenaires. Cette méthode devrait être appliquée dans d'autres études de prévention en matière de chemsex.

Recevoir *Swaps*

Pour recevoir *Swaps*, merci de remplir le coupon ci-dessous et de le retourner par mail à ingrid.delhaye@aphp.fr ou par courrier à **Swaps / Pistes, 2 rue Conté, 75003 Paris**

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Le chemsex, une priorité pour Aides

Christelle Destombes / Swaps

Groupes virtuels (Facebook, WhatsApp) ou dans la vraie vie, offres de soins sur l'ensemble du territoire, outils de réduction des risques, flyers, etc. Aides multiplie les interventions pour alerter sur les risques liés au chemsex.

Depuis trois ans, à Paris, « le chillout chemsex »¹ se tient le mardi soir au Spot Beaumarchais. Stephan Vernhes, responsable du centre communautaire, explique : « *entre le printemps et l'automne 2016, il y a eu six décès autour de moi : trois par suicide, trois par de possibles conséquences de l'usage de produits. Il y avait urgence à faire quelque chose.* » C'est le mardi soir qui a été choisi, car « *c'est le plus compliqué, après un week-end de consommation et la descente* ». Le principe est celui de l'auto-support entre pairs où tous les sujets peuvent être abordés, sans jugement et dans la bienveillance. Trois ans après, la configuration a quelque peu évolué : les 1^{er}, 2^e et 3^e mardis du mois, le groupe accueille les garçons qui veulent arrêter, ont arrêté ou sont en réflexion sur leur consommation. Le dernier mardi est dédié à la réduction des risques : accompagnement à l'injection avec des professionnels, analyse des produits avec l'association Charonne... Sont également proposés des entretiens motivationnels, des orientations vers des psycho- ou sexothérapeutes, en lien avec l'hôpital Marmottan. En trois ans, entre 400 et 450 personnes ont assisté à ces soirées, à des rythmes irréguliers. « *Ils viennent quand ils en ont besoin. Récemment, quelqu'un est revenu après un an d'absence... C'est un lieu pour recréer du lien, car*

le chemsex, festif au départ, peut couper les gens du réseau amical et quand ça ne va plus, ils sont seuls. »

Le chemsex n'est pas qu'un phénomène parisien : Aides a créé un groupe Facebook, Info

Chemsex, réservé aux membres, qui recense près de 1400 inscrits en septembre. Une quinzaine d'intervenants répondent à des sollicitations très diverses : qualité des produits, recommandations d'addictologue, recherche de seringues, échanges d'information... Un numéro d'urgence sur WhatsApp (07 62 93 22 29) est par ailleurs « destiné à gérer les situations qui requièrent une prise en charge immédiate : sur-dosage, surconsommation, état de mal-être physique ou psychologique (*bad trip*, angoisse, descente), prise de risques à VIH ou hépatites, modification et altération du comportement préventif, sentiment d'isolement, interactions entre les produits psychoactifs et les traitements à VIH, conséquences délétères de la consommation sur la santé, l'environnement familial, social et professionnel, etc. », explique l'association sur son site.

Fred Bladou, chargé de mission « nouvelles stratégies de santé », garantit que le chemsex est une priorité pour Aides. De fil en aiguille, l'association a développé une série d'interventions destinées aux chemsexers sur l'ensemble du territoire métropolitain, de Niort à Béziers, en passant par Metz ou Toulon² : groupes de parole d'auto-support, éducation aux risques liés à l'injection, dépistage des IST, échanges de seringues, analyse de produits... Car le phénomène, s'il reste difficile à quantifier, se pratique partout. « *Le chemsex, c'est très facile : il y a les applications pour rencontrer des partenaires, on peut commander des produits sur Internet, il n'y a plus besoin de dealer...* Les nouveaux modes de consommation font

¹ Le chillout désigne un lieu dans les free parties, teknivals etc. pour que les danseurs se reposent et se détendent. Il accueille parfois les espaces d'associations de prévention des risques en milieu festif comme Techno+.

² <http://bit.ly/2ITvEUH>



Aides et la recherche

Aides, qui a contribué à l'étude Apache de l'OFDT, travaille avec l'Inserm sur l'étude PaacX, « Perceptions, attitudes et attentes vis-à-vis du chemsex de l'ensemble des acteurs concernés »³ financée par l'ANRS. Après une phase qualitative menée de juin à septembre 2018⁴, elle cherche à appréhender les différents rapports que les usagers entretiennent avec le chemsex et à documenter les besoins des chemsexers et des intervenants en santé ou communautaires pour une meilleure prise en charge. Christel Protière, chargée de recherche à l'Inserm, précise : « La première phase a permis de déterminer différentes modalités d'entrée dans le chemsex : l'une du côté de l'exploration, l'autre de la compensation d'un manque affectif, de difficultés à rencontrer des gens ou à avoir des pratiques sexuelles souhaitées en dehors de la consommation de produits. Les entretiens montrent que les trajectoires ne sont pas linéaires et que ce n'est pas parce qu'on est chemsexer que la catastrophe va forcément arriver... »

Pour la chercheuse, « le chemsex est un symptôme de la civilisation actuelle, où sont mises en avant les questions du consumérisme, de la réification des individus, de l'injonction à la performance qui est venue questionner la sexualité masculine et la sexualité homosexuelle... » Or, si l'usage de mots anglais, différents de ceux utilisés depuis longtemps pour décrire le consommateur, permet d'éviter la confrontation à l'image traditionnelle du toxicomane, le résultat est que souvent « quand la demande de soins arrive, c'est très tard. On voit bien qu'il faut imaginer quelque chose au cas par cas. Souvent les personnes se dirigent vers un addictologue ou un sexologue ; or le chemsex convoque sexualité et consommation. » Pour créer des interventions adaptées, qui prennent en compte les besoins exprimés par consommateurs et soignants,

des ateliers de travail devraient avoir lieu, une fois l'enquête terminée, pour échanger sur les pratiques.

que même les gens isolés dans un village peuvent faire du chemsex le weekend », analyse-t-il. Pour lui, le phénomène est en lien avec la société « performative », mais il s'agit de « développer une offre de soins, qui correspond à des pratiques dont on connaît les risques associés ». Pour autant, il réfute l'idée d'une catastrophe sanitaire, arguant que les chemsexers se saisissent des outils : « Ils souffrent d'un stigma dans la communauté, on les accuse de contribuer à faire monter les contaminations VIH et les IST. Mais les chiffres montrent autre chose : ils sont sous PrEp, ce qui montre bien qu'ils se soucient de leur santé et ne sont pas dans des pratiques délétères et de souffrance. On a réussi à construire une réaction des usagers, plutôt intéressante et positive. »

³ http://paacx.fr/enquete_en_ligne.html

⁴ Les résultats ont été présentés à AIDS IMPACT 2019. cf. <https://bit.ly/2kNÇ7dJ>

Le cas anglais, “*work hard and party harder*”

Marie-Pierre Klein / cadre infirmière dans une clinique VIH, Londres

À Londres, le chemsex est devenu un terme du langage courant. Dans les services VIH, des consultations pour les adeptes du chemsex tentent de pallier les risques. Démonstration par l'exemple.

Londres est notoirement connue pour les problèmes relatifs aux abus de drogues ou d'alcool. La pratique du chemsex y a débuté il y a plus de dix ans, et le terme est depuis entré dans le langage courant. Le plus souvent, GHB/méphédrone et méthamphétamine sont consommés dans le but de faciliter et d'améliorer les relations sexuelles. L'analyse des données de l'enquête sur les crimes en Angleterre et Pays de Galle 2011-2013 a montré que l'utilisation des drogues illicites était cinq fois plus élevée chez les HSH que chez les hétérosexuels. Dans la même population HSH, l'utilisation de drogues stimulantes est sept fois plus élevée, et celle de crystal méthamphétamine quinze fois plus élevée comparée aux hétérosexuels.

La pratique du chemsex est très rapidement devenue un problème de santé publique dans la communauté HSH. Si dans les années 1990, les drogues les plus utilisées étaient le cannabis, les amphétamines, la MDMA ou la cocaïne, aujourd'hui il s'agit de méthamphétamine, GHB/GBL et méphédrone. La qualité des drogues « classiques » ayant baissé et leur prix ayant augmenté, les usagers de chemsex se sont rabattus sur des nouvelles drogues qui, pour certaines, sont moins chères et procurent des sensations physiques et psychiques plus fortes, durent plus longtemps et sont beaucoup plus « accessibles ».

Les gays restent stigmatisés en Angleterre et les victimes de harcèlement, discrimination, en manque de modèle positif et d'estime de soi recourent plus souvent à l'usage de drogues que les autres. Avec

l'augmentation des applications de rencontres sur les mobiles et l'existence d'une scène festive gay, l'usage de drogues est souvent considéré comme « obligatoire » par mes patients, qui de plus, ne se considèrent pas comme des « addicts ». D'après une étude de la London School of Hygiene and Tropical Diseases¹, les raisons pour lesquelles les HSH utilisent des drogues avant ou pendant les relations sexuelles sont :

- Libido augmentée, excitation/érections retrouvées
- Assurance, quand ils sont peu sûrs d'eux ou de la qualité de leurs relations sexuelles
- Désinhibition et endurance par rapport à certains actes sexuels
- Sentiment que la qualité des relations sexuelles est augmentée
- Tendance à trouver le(s) partenaire(s) sexuel(s) attirant(s)
- Facilitation d'expérience sexuelle à risque : usage de sextoys / sexe en groupes.

Une réponse locale

Notre clinique, située dans l'un des quartiers les plus pauvres de Londres, possède une cohorte de plus de 2 600 patients, dont une grande partie est composée de migrants et de HSH. Nous avons très vite réalisé que les besoins de nos patients pratiquant le chemsex devenaient de plus en plus complexes. Ces usagers ont les plus forts taux de VIH et de maladies sexuellement transmissibles, et posent un réel problème de santé publique au cœur de Londres (infections sexuelles à répétition/addiction/santé

¹ <http://sigmaresearch.org.uk/tags/all/tag/Chemsex>



Les services de l'hôpital

- Une consultation de dépistage des IST et de santé sexuelle des patients HSH, quel que soit leur statut VIH,
 - Une consultation qui délivre gratuitement la PrEP en collaboration avec notre propre équipe de recherche. Elle est dédiée aux patients sexuellement actifs avec un partenaire séropositif ou qui ont des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires, et qui souhaitent bénéficier de ce traitement.
 - Une consultation dédiée uniquement au dépistage et traitement des IST de nos patients VIH, et aux vaccinations contre le HPV et les hépatites A et B,
 - Une consultation dédiée au suivi des patients coinfectés VIH/VHB et au traitement de l'hépatite C des patients VIH,
 - Une clinique qui accueille les personnes transsexuelles et/ou en transition ainsi que leurs amis/partenaires, afin de leur apporter conseils, proposer des dépistages des IST/traitements.
- Toutes ces consultations sont intrinsèques à notre hôpital, travaillent ensemble et sont liées entre elles. Nous communiquons aussi avec les services attachés à d'autres hôpitaux, et y référons certains patients en fonction des besoins ou de leur localisation.

mentale et physique /observance ARV, etc.). Il était donc impératif que ces patients bénéficient d'un support approprié à l'ampleur du phénomène.

Pour pallier ce problème croissant, une permanence chemsex a été créée au sein de notre centre VIH, en décembre 2017. Ouverte une fois par semaine, pendant 3 heures, avec ou sans rendez-vous, elle est très rapidement devenue populaire ! L'équipe est composée d'un addictologue et d'une infirmière psychiatrique. Parmi les consultants, certains ont une simple consommation récréative, d'autres sont plus complexes avec des signes d'anxiété plus ou moins intenses, voire de psychose. Pour le moment, la clinique encadre au maximum 8 patients par session hebdomadaire. Le but de cette permanence est de soutenir les patients HSH de notre centre qui sont engagés dans le chemsex, par le biais d'interventions visant à obtenir des résultats positifs en termes de prévention/gestion du VIH, de santé sexuelle, santé mentale

et de dépendance. Les intervenants sont à même de rediriger les patients vers leur service respectif, et ainsi proposer un suivi global.

Avant de diriger nos patient vers notre permanence chemsex, nous leurs posons des questions sur leur consommation de drogues. Les principaux thèmes abordés sont : rapports sexuels sobres, psychose et problèmes de santé mentale (anxiété, paranoïa et dépression), problèmes relationnels, isolement, stress professionnel, problèmes financiers et d'estime de soi. Nous leur demandons aussi ce qu'ils savent des médicaments qu'ils ont consommés, des effets et des risques. Comment ils définissent leur consommation, s'ils ont des rapports sexuels sobres et s'ils ont des comportements sexuels à risque (partenaires multiples, *bareback*, *fisting*). S'ils ont été impliqués sans consentement dans une expérience sexuelle et s'ils ont besoin d'être référés pour un soutien supplémentaire...

Réduire les risques

Une fiche descriptive a été créée pour être utilisée par les cliniciens, afin de donner des conseils de réduction des risques aux patients. Je l'utilise en consultation avec les chemsexers : je me renseigne sur le type de relations sexuelles, les modes et occasions de consommation. Tous ne veulent pas ou ne ressentent pas le besoin d'être référés, mais les conseils sur la réduction des risques sont toujours les bienvenus. Les patients utilisateurs de chemsex aiment avoir quelqu'un d'extérieur avec qui discuter de relations et de prises de drogues dans un cadre sexuel, qui les comprend et les écoute sans juger. Beaucoup disent que cet environnement empathique et sans jugement les pousse à consulter et/ou envisager l'arrêt de la pratique du chemsex.

Beaucoup continuent malgré tout à avoir des comportements à risques durant leur utilisation du chemsex (*sex parties* qui durent plusieurs jours, différents partenaires, pas de port du préservatif, partage de matériel injectable s'ils slamment...).

Cette constante prise de risques est expliquée par plusieurs facteurs :

- Les patients séropositifs pour le VIH pensent que les autres infections sont moindres car traitables ;
- Ils sont indétectables et savent qu'ils ne peuvent pas contaminer les partenaires négatifs ;
- Beaucoup ne pensent pas aux infections par les hépatites B et C ;
- Les partenaires négatifs sont sous PrEP ;
- Il est très difficile de trouver des partenaires sexuels HSH à Londres qui ne prennent pas de drogues et/ou ne pratiquent pas le chemsex !

Principales drogues et modes d'utilisation

Produits	Modes de consommation	Coût	Effets +	Effets -
Méthamphétamine Tina/Yaba/Meth/Ice/ Glass	Injectée/fumée/sniffée/ intra-rectal (plug)	£80-£100 par ½ gramme (93-116 €)	– Puissante défonce, com- portement compulsif, libido augmentée, usagers éveillés pendant plusieurs jours	– Responsable de la montée en fréquence des états psychotiques/conséquences sur la santé sexuelle des usagers
GHB/GBL G/Geebs/ Liquid Ecstasy	Bu dilué, peut être injecté (rare)	£15-20 pour une bouteille de 30ml (17,5-23 €)	– Euphorie, utilisé pour danser, dormir, pour augmenter sa confiance en soi	– Toxicité (overdose très facile) et dépendance physique – Hospitalisations pour des symp- tômes de manque très débilatants, voire mortels
Méphédron Miow/Meph/Bubble/ Bounce	Injectée/fumée/sniffée/ intra-rectal/ingérée	£20-25/gramme (23-29 €)	– Augmentation de la confiance, sociabilité, excitation sexuelle – Stimulant semblable aux amphétamines, vasoconstricteur – Utilisé pour danser, relations sexuelles	– Risques cardiovasculaires, extrémités bleues, agitation et hyperpyrexie, décès – Responsable de la plupart des présentations d'états psychotiques aux Urgences

Généralement, les patients qui veulent être référés dans notre clinique le font pour les raisons suivantes :

- Sensation de déconnexion avec la réalité ;
- Perte de sensations (plus de plaisir sans drogues), dépendance ;
- Ils sont effrayés par le nombre de relations sexuelles engagées ;
- Leur consommation de drogues / mode de vie chemsex n'est plus compatible avec une vie sociale / leur travail etc. ;
- Ils ne peuvent plus subvenir financièrement à leur consommation de drogues ;
- Ils se sont prostitués pour avoir une dose ;
- Ils ont fait une overdose et ont été envoyés vers notre service.

Nous n'avons pas encore reçu de patient ayant besoin d'une hospitalisation en urgence, mais nous recevons les patients qui ont fait des overdoses et travaillons avec eux. L'équipe chemsex rend visite aux patients hospitalisés pour overdose dans notre hôpital, en attendant qu'ils puissent se déplacer dans notre service.

La popularité de notre clinique est proportionnelle à l'ampleur du problème. Nous y avons répondu en incluant une consultation chemsex au sein de notre service VIH, et la majorité des autres services VIH/santé sexuelle à Londres font de même pour être inclusifs et répondre aux besoins de la population HSH, ainsi qu'au problème de santé publique posé par le chemsex. Depuis l'ouverture de cette

clinique, tous les staffs ont été formés à la question du chemsex.

Malheureusement, le chemsex n'est pas la priorité du gouvernement anglais, et cela fait plus de deux ans que les fonds alloués aux cliniques VIH/santé sexuelle sont en baisse. Plusieurs cliniques ont dû fermer, et celles qui sont encore actives ont d'énormes problèmes budgétaires, ce qui n'aide ni les patients en besoin de soins spécifiques, ni à la rétention du personnel de ces cliniques.

Drogue et sexe

dans l'histoire contemporaine : entre réalités et fantasmes

Alexandre Marchant / docteur en histoire de l'ENS de Cachan

Le « sexe chimique » s'inscrit dans une longue histoire où les fantasmes et les jugements moralistes l'ont souvent disputé à la description objective de pratiques sexuelles où la drogue peut effectivement avoir une fonction aphrodisiaque. Une brève histoire des relations entre usage de drogue et sexualité à l'époque contemporaine.

La drogue comme aphrodisiaque

Dès le XIX^e siècle, les paradis artificiels relevèrent d'une dimension charnelle pour de nombreux auteurs : Baudelaire écrivait que « l'opium [...] creuse la volupté », tandis que le décadent Jean Lorrain, amateur d'opiacés et d'éther, parlait de la prise de morphine comme d'une expérience sensuelle dans un poème devenu chanson populaire : « son froid délicieux sous la peau / On dirait de la perle fine / Coulant liquide sous les os ! »¹ Les opiacés sont en réalité des aphrodisiaques ambivalents : s'ils désinhibent et éveillent le désir, la

réverie qu'ils déclenchent ne rend pas particu-

lièrement vigoureux. Yves Salgues, dans

L'héroïne, une vie en 1987, a décrit en ces

termes les effets des pipes d'opium sur sa

libido : « Une immense volupté d'être, une

extase physique de chaque cellule... Le sexe

raide, l'idée ne vous viendrait pas de saisir

vos verges pour une masturbation... Vous

vous laissez flotter, la pine à l'équerre, scrupu-

leusement attentif à ce qui se passe à l'inté-

rieur. »² Pareillement pour Cocteau, la totale

maîtrise de sa sexualité ne revint qu'après sa

désintoxication relatée en 1928 dans *Opium*³.

La cocaïne semble plus adaptée au rut et au

coït, le membre d'Yves Salgues faisant encore

office de baromètre : « Sexe hérissé, que la

cocaïne réveille pour des noces infiniment sou-

tenues. C'est un aphrodisiaque nerveux si puissant qu'il

peut entretenir une bandade pendant des heures [...] La

cocaïne suscite une excitation libératrice de la sensua-

lité. »⁴ L'écrivain beatnik William Burroughs écrivait dans

Le Festin nu en 1959 qu'elle « stimulait directement les

centres du plaisir » et avant lui le père de la psychana-

lyse la recommandait même comme le meilleur des

aphrodisiaques⁵. Côté drogues douces, le cannabis a eu

aussi ses zéloteurs : dans l'ouvrage collectif *Marihuana*

Reconsidered de 1971, sous le pseudonyme de « Mr. X »,

le scientifique et auteur de science-fiction Carl Sagan

soutenait que le cannabis améliorait les joies du sexe, en

accentuant la sensualité tout en retardant paradoxalement

le plaisir : « d'un côté, il procure une sensibilité

exquise, mais d'un autre côté il repousse l'orgasme : en

partie en me distrayant par la profusion d'images qui

se passe devant mes yeux. La durée actuelle d'un orgasme

semble magnifiquement s'allonger. »⁶

D'autres drogues ont pu faire gloser de la sorte, plus

pour le désir qu'elles avivent que pour les performances

qu'elles permettent : en décembre 1983, le journaliste

Jean Grémion racontait sur deux pages dans le maga-

zine de santé *Vital* son expérience extatique obtenue à

l'aide d'une gélule qui « rend amoureux fou et vous

insère dans une immense chaîne d'amour et d'amitié »,

ramenée des États-Unis par un de ses amis⁷. Il s'agis-

sait en fait de MDMA (ecstasy) qui n'était pas alors une

molécule prohibée.

¹ Baudelaire Charles, « Le poison », *Les fleurs du mal*, 1857. Et Kyria Pierre, Jean Lorrain, Paris, Seghers, p. 55. La chanson fut inscrite au répertoire d'Yvette Guilbert.

² Cité dans Kempfer Jimmy, « Sexe, opium et morphine dans la littérature et dans l'histoire », in *Swaps*, n° 52.

³ Retailaud-Bajac Emmanuelle, *La Pipe d'Orphée: Jean Cocteau et l'opium*, Paris, Hachette, 2003.

⁴ Cité dans Kempfer Jimmy, « Sexe, coca et cocaïne dans la littérature », in *Le Courrier des addictions*, n° 2, avril-juin 2001.

⁵ Coblenze Françoise, « Freud et la cocaïne », in *Revue française de psychanalyse*, 2002/2, vol. 66, pp. 371-383.

⁶ Grinspoon Lester (dir.), *Marihuana reconsidered*, Harvard University Press, 1971.

⁷ Relaté dans *Le Nouvel Observateur*, 10-16/08/1989.

Drogues, sexe et vice

Ceux qui parlent le plus des liens entre drogues et volupté sont cependant ceux qui les marient le moins, observant et jugeant. Dans les années 1880-1890, la littérature médicale accoucha de la figure de la « morphinée », femme sensuelle et perverse, souvent demi-mondaine ou bourgeoise s'ennuyant, qui se piquait à la morphine, en raison de l'extase sensuelle provoquée par les effets de l'injection. Le grand public s'empara rapidement de cette représentation et, alors que la morphinomanie touchait surtout un public masculin, le *Figaro* écrivit en juin 1886 « les morphinomanes appartiennent en général au sexe féminin. Il y a peu de morphinomanes mâles, parce que l'homme se défend mieux, travaille et fume. » Hystérique, mélancolique, la morphinée remettait surtout en cause la division sexuelle des rôles en oubliant ses tâches d'épouse voire de mère. Elle traversa les romans de seconde zone de l'époque (Marcel Mallat de Bassilan, *La comtesse morphine*, 1885; Jean-Louis Dubut de Laforest, *Morphine, roman contemporain*, 1891), perça chez Catulle Mendès (*Méphisphéla*, 1890) ou même en toile de fond chez Alphonse Daudet (*L'évangéliste*, 1883). Elle fut peinte par Albert Matignon en 1905 (*La Morphine*) dans une posture de femme lascive que l'on retrouvera dans l'iconographie de l'époque aimant montrer les jupons retroussés et les porte-jarretelles au-dessus desquels la seringue est enfoncée, provoquant sur les visages des expressions très suggestives. La morphinée était esclave de son corps concupiscent lui faisant rechercher des jouissances immorales et c'est ce qui lui valut la condamnation de la bonne société⁸.

Quant aux hommes qui cédaient à cette tentation, ils baïgnaient, à en croire les romans de gare comme *Fumée d'opium* de Claude Farrère (1905) ou *La Tendre Camarade* de Maurice Magre (1918), dans un univers de vice et de corruption, entre fumeries clandestines et maisons closes, autant de clichés censés « porter l'effroi chez les gens du monde qui auraient envie de toucher jamais à la morphine »⁹. Au risque d'ailleurs de paradoxalement compromettre la virilité, car les médecins hygiénistes pointaient le danger d'impuissance à terme chez le morphinome. Pareil imaginaire de bas-fonds et de monde interlope survira dans les colonnes des journaux de faits divers glauques et racoleurs, comme *Détective* créé dans l'entre-deux-guerres.

Outre-Atlantique, c'est la presse du magnat William Hearst qui se chargea, dans les années 1910 et 1920, de faire campagne contre les noirs cocaïnomanes et violeurs de femmes blanches ou contre les immigrés mexicains tout

aussi lubriques en raison de leur consommation de marijuana, « *the devil weed* ». Dans ce contexte, le patron du Federal Bureau of Narcotics des États-Unis Harry Anslinger n'aura aucun mal à mettre en œuvre la prohibition des stupéfiants, assimilée à une croisade contre l'immoralité sexuelle et pour la relégation des « races dégénérées ». Car, pour lui, la plupart des usagers auraient été des « gens de couleur, des musiciens de jazz et des artistes. Leur musique satanique est animée par la marijuana, et la consommation de marijuana par les femmes blanches leur donne envie d'avoir des relations sexuelles avec des nègres, des artistes et d'autres personnes. »¹⁰ Sauver la bonne société Wasp du vice et (peut-être encore plus) des minorités raciales...

Drogues et révolution sexuelle

Quelques années plus tard, le spectre de la débauche ressurgit avec le mouvement de la contre-culture qui, dans les années 1960-1970, plaidait pour l'usage récréatif des drogues et de la libération sexuelle. À nouveau, les gardiens de la morale se réveillèrent contre cette nouvelle vague de dépravation. C'est ainsi qu'une plume acerbe a relaté par exemple le festival sur l'île de Wight de 1970 dans *Ici Paris*: « Nus, couverts de parasites, drogués, ils s'aiment en public... ils arrivent les fesses à l'air vers le lieu du concert, personne n'est choqué... J'ai enjambé un couple qui faisait l'amour par terre, dans la boue... Une fille faisant sa toilette intime... Dans quelques minutes, la drogue fera d'eux des épaves inconscientes [...] des hippies réduits à l'état de bêtes creusent des sortes de terriers avec leurs mains. »¹¹

La même année, l'essayiste Suzanne Labin, dans *Hippie, sexe, drogue* s'en prenait à la « pseudo-philosophie hippie » incitant à la licence sexuelle, aux orgies sur fond de consommation effrénée de stupéfiants, pour combler l'impuissance naturelle de jeunes hommes en manque de virilité, voire au recours à la prostitution, y compris homosexuelle, pour financer la consommation. Assez curieusement, la lecture raciale était ici inversée mais n'en demeurait pas moins malsaine: « Il n'y a pas soixante hippies de couleur à San Francisco. Comment cela s'explique-t-il? [...] Le Noir n'est pas encore devenu un talimudiste intellectuel qui s'immole sur l'autel de ses principes, comme le Blanc ou le Jaune. C'est un homme simple, brutal, mais nature. [...] Le Blanc ou le Jaune, dont les sens sont émoussés par une vie trop cérébrale, ressent le besoin de les doper artificiellement par la chimie. Le Noir n'a cure de rechercher les paradis hallucinogènes du LSD. S'il veut émoustiller ses sens, il s'adresse à l'orgie des rythmes et de la danse: il a assez d'énergie pour cela. »¹²

⁸ Juvot Jean-Jacques, « La morphinée, une femme dominée par son corps », in *Communications*, n° 56, 1993, pp. 105-113; « De la morphinée à la junky: les visages de la drogue », *Criminocorpus*, 2018, <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3696>.

⁹ Liedekerke (de) Arnould, *La belle époque de l'opium*, La différence, 2001, p. 364.

¹⁰ Gerber Rudolph J., *Legalizing Marijuana: Drug Policy Reform and Prohibition Politics*, Greenwood Publishing Group, 2004, p. 9.

¹¹ *Ici-Paris*, n° 1313, 1970, « Les hippies: ils vivent comme des bêtes ».

¹² Labin Suzanne, *Hippies, drogue et sexe*, Paris, La Table Ronde, 1970, p. 44.



La soi-disant décadence de la jeunesse blanche occidentale a décidément fait dire beaucoup de bêtises, dont certaines se retrouvèrent hélas au niveau politique. Lors d'une séance à l'Assemblée nationale consacrée au problème de la drogue en 1969, le député gaulliste Pierre Mazeaud associa très sérieusement drogues, maladies vénériennes et sexualité débridée : « On vient de noter chez nous un fort réveil de la syphilis. Pour plusieurs médecins, la liberté sexuelle des jeunes drogués en est une des causes. D'ailleurs, le stupéfiant dans sa phase finale dépressive affaiblit les facultés sexuelles. Il est alors facile de comprendre que fleurissent les parties érotiques à plusieurs pour soutenir par un dérivatif pornographique les capacités physiques déficientes. »

Devant cette déclaration qui reprenait alors la curieuse dialectique impuissance / dépravation, le banc communiste s'esclaffa, mais le député Alain Peyrefitte, en soutien, gronda : « Oui, tout cela est vrai, il n'y a pas de quoi rire ! »¹³ Ce dernier publia ensuite le compte-rendu des auditions parlementaires de l'automne 1969 sous le titre *La Drogue*. Sa préface, « La société de tolérance », contenait des propos édifiants érigeant la drogue en symbole de la déchéance morale frappant la jeunesse française : « L'arbre ne doit pas cacher la forêt. Le phénomène de la drogue n'est-il pas un élément d'une maladie plus étendue et plus grave, celle de l'altération générale des comportements individuels et collectifs, autrement dit la dégradation des mœurs dans notre société développée ? Cette dégradation prend des formes multiples : communautés délinquantes, manifestations de violence, alcoolisme, extension de la prostitution et de l'homosexualité masculine et féminine, invasion de la pornographie dans le milieu de vie quotidien. Tout est lié, et la drogue est un aspect aigu du déferlement auquel nous assistons. »¹⁴

Peyrefitte en rendait responsable, pêle-mêle, le libéralisme, la société de consommation, les contre-cultures d'origine étrangère et l'abdicatation parentale. Plus proche du terrain, certains psychologues de l'Éducation surveillée n'avaient malheureusement pas d'autre grille d'analyse, à en croire cette note de 1970 à propos d'un projet de brochure pour éducateurs : « Il s'agit donc de régression. D'où chez nos adolescents hippies, le refus du travail, le blocage devant tout ce qui concerne leur avenir, traduisant le désir inconscient de rester dans une relation infantile de dépendance : d'où la saleté dans laquelle ils se complaisent, [...] d'où également le caractère immature et presque infantile de leur sexualité ("on fait le sexe" entre camarades sans engagement et sans investissement amoureux du partenaire).

*Les caractères de la sexualité chez les jeunes d'aujourd'hui et notamment chez les hippies, nous paraissent un problème primordial qui devrait pouvoir apporter un éclairage sur le "malaise profond". Nous pensons qu'il y a peut-être, d'une part, un problème de réciprocité de l'instinct, ou tout au moins de levée des censures, et d'autre part une plus grande immaturité affective (affronter la sexualité adulte, d'ailleurs toujours angoissante à aborder). »*¹⁵

Derrière ces portraits peu flatteurs se jouait en réalité une bataille sur les valeurs ébranlées par la vague contre-culturelle portée par la jeunesse.

Perversion, homosexualité, prostitution...

L'hypersexualité serait en fait une preuve d'immaturité, voire de perversion et de sexualité jugée déviante. L'homosexualité fut un thème qui revint souvent dans les débats sur la personnalité du toxicomane au tournant des années 1960-1970. Rassa Appelaniz-Rikkers, psychologue de l'Éducation surveillée à qui nous devons les propos condescendants ci-dessus, tenait véritablement à lier tous ces éléments ensemble : « La toxicomanie est par ailleurs souvent liée à la perversion sexuelle : elle constitue un raccourci impulsif vers le plaisir qui supprime la généralité [sic]. De nombreux drogués sont homosexuels, ou simplement efféminés, certains sont même de véritables travestis. [...] Pour un héroïnomanie ayant atteint les doses de 4 à 8 piqûres par jour, il faudrait 150 à 300 Francs, et en général ce jeune intoxiqué ne peut plus, dans cet état, travailler. Il doit donc essayer de se procurer cette somme par tous les moyens et, essentiellement les vols, le trafic et la prostitution. »¹⁶

Heureusement que d'autres experts comme Claude Olievenstein tenaient en face un discours différent (même s'il faisait par ailleurs le refoulement de l'homosexualité à l'adolescence un des critères possibles menant à la prise de drogue¹⁷). L'Inserm, dans un rapport de 1969 sur Paris, parlait, à propos des terrains favorables à la toxicomanie, du « groupe des déséquilibrés chroniques », formé de jeunes « sujets à des fugues, à l'apragmatisme scolaire ou professionnel, à l'homosexualité éventuelle, tous les éléments retenus dans le diagnostic psycho-social du vagabondage ». S'ajoutaient à ces marginaux les prostituées¹⁸.

Ces consommations ne constituaient de fait qu'une petite partie du large spectre des pratiques liant drogues et sexe. Elles n'en contribuèrent pas moins à construire des clichés renouvelant l'imaginaire du vice et de la déchéance surtout quand surgit le sida dans les années 1980. La rumeur enfla sur la soi-disant « maladie des 3 H » ou « 4 H » : homosexuels, héroïnomanes, haïtiens,

¹³ Assemblée nationale, PV de la séance du 24 octobre 1969.

¹⁴ Peyrefitte Alain, *La Drogue : ce qu'ont vu, ce que proposent médecins, juges, policiers, ministres*, Paris, Plon, 1970, p.10.

¹⁵ Note « Remarques sur le texte L'éducateur devant les drogues », Direction de l'Éducation surveillée, Archives nationales, CAC 19780387/19.

¹⁶ Cité dans Krief Lucie, *Les jeunes et la drogue, mémoire non-publié*, pp.108-109, Archives nationales, CAC 19780387/23.

¹⁷ Olievenstein Claude, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, Robert Laffont, 1977.

¹⁸ Note de l'Inserm, « Pré-enquête sur la consommation des stupéfiants dans le milieu scolaire et universitaire », Archives nationales, CAC 19760224 / 183.

voire hémophiles, certains évoquant un cinquième H, celui de *hookers* – prostituées¹⁹. En 1987, sur le plateau de l'émission politique *L'Heure de vérité*, Jean-Marie Le Pen déclarait que sodomie et drogue expliquaient la diffusion privilégiée du sida chez certaines populations²⁰. Quelques années plus tard, à l'heure du débat sur la généralisation de la substitution et de la réduction des risques, le député RPR Ernest Chénieres déclarait en 1993: « *Une minorité de marginaux homosexuels et toxicomanes, remarquablement organisés, ont lancé une puissante campagne pour faire passer dans le droit non écrit, sous la pression, la légalisation objective de leurs perversions et de leurs déviations.* »²¹

Mais la stigmatisation de l'homosexualité recula dans les années 1990 tandis que des travaux d'ethnographie sociale poussés objectivèrent de façon moins passionnée le lien entre drogue et travail sexuel. En 1993, l'Irep (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) du docteur Rodolphe Ingold et du sociologue Mohammed Toussirt publiait les résultats d'une longue enquête de trois ans portant sur les liens entre drogue, sida et prostitution à Paris, de la rue Saint-Denis au bois de Boulogne en passant par Pigalle et le bois de Vincennes. Le rapport aux drogues relevait de « l'interface fonctionnelle »: le métier rendait utile, voire indispensable, la consommation de drogue (stimulante, sédatrice ou euphorisante), en raison de la station debout prolongée, dans le froid, sous la pluie, de la confrontation avec des clients inconnus et de la solitude profonde. C'est le caractère destructeur de la prostitution qui rend nécessaire le recours aux drogues (héroïne, crack,

cocaïne, et médicaments comme le Rohypnol, le Tranxène ou le Valium), maintenant ensuite les personnes concernées au sein d'un système plus ou moins clos d'économie parallèle, non exempt de violence. « *Nous avons rencontré un travesti héroïnoman, malade du sida, qui ne sortait qu'une heure ou deux heures par jour, ceci dans le seul but de trouver sa victime [...]. Le client est souvent agressé et détrossé.* »²²

Et ce n'était qu'un témoignage parmi d'autres. Cependant nul vice naturel, mais de dramatiques exemples d'isolement social et de méconnaissance complète des risques qu'une politique de réduction des risques devrait venir encadrer, selon l'Irep.

Drogue et soumission sexuelle

Enfin, plus récemment, une substance a suscité l'émoi autour du thème de la « soumission chimique »: il s'agit de l'acide gamma-hydroxybu-

tyrique ou GHB. Synthétisé en 1961 par le neurobiologiste Henri Laborit, utilisé dans le cas des troubles du sommeil et de l'alcoolisme, il connut une seconde vie par son usage détourné en milieu festif à partir des années 1990 en raison de ses effets secondaires aphrodisiaques et amnésiants. Des États-Unis, où il gagna son surnom de « *liquid ecstasy* », il passa en Europe accompagné d'une réputation de « drogue du violeur »: plusieurs faits divers mentionnent des prédateurs sexuels en ayant versé dans le verre de leurs victimes féminines dans des bars ou des boîtes de nuit. La panique donna lieu à de nombreux articles de mise en garde ou de récits édifiants de viol sous l'emprise du produit annihilant la volonté, ou encore à la mise en vente de gadgets douteux comme les sous-verres, les couvercles ou les vernis à ongle censés réagir à la présence de GHB dans la boisson.

L'interdiction du GHB (en 1999 en France) ne changea rien. Il fut vite remplacé par le gamma-butyrolactone – GBL, substance utilisée dans la préparation des solvants industriels se transformant en GHB dans l'organisme après injection. Le GBL sera interdit dix ans plus tard sans que cela ne limite sa circulation clandestine²³. C'est au sein de la communauté gay britannique des années 2000, à qui l'on doit aussi le concept de chemsex, que se généralisa l'usage du GHB-GBL. L'hôpital de Vauxhall, quartier gay du sud de Londres, déclara une moyenne de trois overdoses par semaine en 2009. En 2015, un fait divers sordide relança les peurs sur le produit: un cuisinier londonien, Stephen Port, fut accusé d'avoir violé et tué (avec une dose létale de psychotrope) quatre hommes rencontrés *via* l'application Grindr²⁴. Il fut condamné à la prison à vie l'année suivante. Son geste était cependant plus explicable par ses prédispositions à la folie meurtrière que par la substance elle-même. De même que l'alcoolisation reste le principal conditionnement d'un cas de viol sur deux, contre 0,05 % pour la prise de GHB-GBL²⁵.

Mais la légende urbaine du liquide invisible et inodore que des satyres mal intentionnés mettraient dans le verre de leurs proies fragiles résiste à toute démythification, car elle s'inscrit dans la tradition des nombreux discours portés sur les relations sulfureuses entre sexe et drogues. Par lesquels écrivains, médecins, essayistes, ou encore grand public, n'ont fait que projeter sur la sexualité sous drogues leur idéalisation, leurs craintes, leurs angoisses, leurs obsessions. Voir leurs frustrations?

¹⁹ Grmerck Mirko, *Histoire du Sida, Paris*, Payot, 1989, p.30.

²⁰ « Le Pen et le sida: les modes de contagion (la sodomie et la drogue) et l'exclusion », *L'Heure de vérité*, Antenne 2 - 06/05/1987, Archives INA, www.ina.fr/video/I00005231.

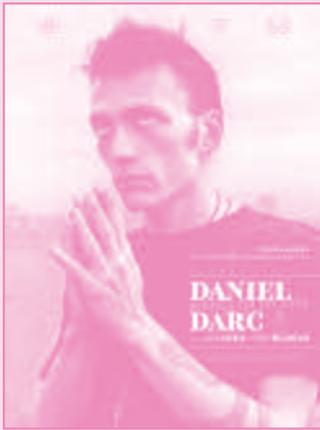
²¹ Traverson Marc, *Pour en finir avec la prohibition des stupéfiants, Paris*, Albin Michel, 1995, p.37.

²² Ingold Rodolphe, Toussirt Mohammed, *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le HIV: investigation ethnographique de la prostitution à Paris, 1989-1993*, Paris, IREP, 1993, Archives nationales CAC 19980329/65.

²³ Daly Max, *Vice*, 29 octobre 2015, www.vice.com/fr/article/83yeu5/une-histoire-acceleree-du-ghb-703.

²⁴ *The Guardian*, 6 octobre 2016, « Alleged serial killer Stephen Port had appetite for sex with unconscious men ».

²⁵ Informations reprises sur les tracts de RDR de Techno Plus, d'après la police: <http://polefestif-bjc.org/wp-content/uploads/2018/09/Flyer-GHB-2017.pdf>.



Daniel Darc: Pieces of my life
Un film documentaire de Marc Dufaud et Thierry Villeneuve

Le temps d'un documentaire de 1h45, Marc Dufaud ressuscite son ami Daniel Darc, ou du moins son souvenir. Des archives photographiques et vidéos personnelles dénichées dans un grenier, des extraits de clips ou d'émissions télé suffisent à nous faire entrer dans l'univers de ce poète-parolier, né en 1959 et mort en 2013... Il aurait bien aimé écrire des chansons d'amour, des choses gaies, comme il dit, mais ce n'est pas lui, parce que sa vie « c'est de la merde », c'est du moins comme ça qu'il se la représente. Les années 1980 seront pour le jeune punk talentueux et ses amis le temps « de la défonce et de la baise ». Six mois à peu près d'abstinence totale, entre deux albums dans les années 1990 l'éloigneront de l'héroïne dont il sera à peine question pendant le documentaire mais qui sera peut-être, avec la musique, le seul amour qui l'accompagnera tout au long de sa vie... Le film dessine les contours d'une personnalité en apesanteur que son ami réalisateur tente de saisir, ou du moins de figer, le temps d'une balade affectueuse et complice...

En salle le 24 juillet 2019.
Sortie DVD prochainement.



Mon année de repos et de détente

Un roman de Ottessa Moshfegh

Ce roman à la première personne nous invite au tout début des années 2000 à New York dans les quelques moments de veille d'une jeune femme, orpheline de père et de mère, qui décide, pour s'exclure provisoirement du monde qui l'entoure, de prendre une année sabbatique au fond de son lit. Une très forte dose de sommeil dont elle pense qu'il lui permettra de se régénérer pour de bon. Se reconstruire par la détente et le repos forcé, c'est l'objectif qu'elle s'est fixé... Pour s'anesthésier au mieux, la jeune femme prend contact avec une psychiatre complaisante qui lui prescrit plus vite que son ombre des anxiolytiques et somnifères en nombre, dont un en particulier, l'infermiterol, hypnotique expérimental inventé par l'auteure, qui lui occasionne des *black-out* de plusieurs jours... Ici le choix du sommeil ou de la somnolence grâce aux somnifères et aux anxiolytiques fait le pendant de l'agitation de la Grande Cité et de ses stimulations en nombre. Mais difficile pour la jeune femme de s'exclure totalement d'un monde et de sentiments qui la submergent ou la bousculent. L'accumulation des prises de médicaments et les effets recherchés ne sont qu'un leurre. La forêt est toujours peuplée de loups que la jeune protagoniste du roman doit essayer d'apprivoiser ou du moins affronter...

« Mon année de repos et de détente », Ottessa Moshfegh, Éditions Fayard, 302 p., août 2019



Euphoria

Une série télévisée de Sam Levinson

Cette adaptation d'une série israélienne donne l'occasion au réalisateur d'aller fouiner au plus près des aventures et préoccupations de cette génération Z, née à l'orée d'un 21^e siècle qu'elle affronte armes numériques dans une main, et béquilles psychoactives dans l'autre... Rue, une ado de 17 ans nous sert de guide pendant huit épisodes d'une série autour des ados, déconseillée aux moins de 16 ans. Toutes les thématiques sensibles sont abordées sans détour, bien au contraire. Pas question de tourner autour du pot, mais plutôt d'y plonger avec beaucoup de curiosité pour aller chercher en profondeur ce qui anime l'âme de ces grands adolescents... C'est Rue qui lance la série sur la thématique des usages de psychotropes, présentés ici comme mode d'adaptation au monde et aux émotions qui encombrent... Une surdose plus sérieuse que les précédentes, une cure de désintoxication, et la rencontre avec Jules, une jeune lycéenne transgenre, vont changer la donne pour Rue, poly consommatrice qui expérimente le sevrage complet... L'ensemble des thématiques explorées dans *Euphoria*, et qui sont inhérentes à cet âge si particulier, sont glorifiées en quelque sorte ici, parfois caricaturées, mais ont le mérite d'être abordées de front et sans se voiler la face...

Série télévisée de Sam Levinson, diffusion OCS de juin à août 2019



Écrits stupéfiants
Une anthologie de Cécile Guilbert

Difficile de passer à côté d'un tel ouvrage, à lire d'un seul coup d'un seul au risque de la surdose, ou peut-être par petites touches psychoactives pour se donner un avant-goût des œuvres présentées et en retirer la substantifique moelle... L'essayiste Cécile Guilbert réunit dans un volume de 1400 pages, sous-titré *Drogues & littérature de Homère à Will Self*, une anthologie, non exhaustive bien entendu, constituée d'une somme de références et d'extraits de textes qui racontent comment les romanciers, poètes, essayistes, voyageurs, membres du corps scientifique et médical, un peu tous usagers réguliers ou expérimentateurs, se sont intéressés au sujet et s'en sont emparés dans des œuvres emblématiques, certaines déjà cultes, d'autres moins connues. L'ensemble des textes sont réunis dans quatre parties qui reprennent la classification de Louis Lewin qui, en 1927, publiait la première encyclopédie des drogues... Une histoire des produits introduit chaque série de textes, nous replonge dans le contexte des études et usages du moment, et fait le lien vers une autre histoire de la littérature...

« Écrits stupéfiants - Drogues & littérature de Homère à Will Self », Cécile Guilbert, Éditions Robert Laffont, 1440 p., septembre 2019

PUBLICATIONS / Florence Arnold-Richez



« **Les jeunes face à l'alcool** »
Ouvrage collectif sous la
direction de Marie Choquet
et Christophe Moreau. Éditions
Érés, La vie devant eux, mai 2019

Au cours des soixante dernières années, la consommation globale d'alcool n'a cessé de diminuer en France : de 26 litres par an et par habitant en 1961 à moins de 12 litres aujourd'hui. Cette chute s'explique principalement par la diminution du « vin aliment », tandis qu'augmentait la demande de bières, celle des spiritueux restant stable. Pourquoi la consommation d'alcool augmente-t-elle chez les 18-30 ans alors qu'elle baisse pour tous les autres groupes d'âge ?

À cela, pas de réponse univoque, mais un faisceau de facteurs qui témoignent de mutations et évolutions : allongement et massification des études, report de l'âge au premier enfant, perte de confiance en l'avenir, déclin des rites sociaux intégrateurs et évolution des pratiques festives, selon Christophe Moreau, l'un des deux co-directeurs de l'ouvrage. Pour le psychiatre Philippe Jeammet, « *l'alcool permet aux jeunes adultes de supporter au mieux cette période de changement de statut et d'intégration sociale, familiale, professionnelle* ». Laquelle ne cesse de s'allonger. Entre 1930 et 1990, le taux d'étude des jeunes de 20 ans est passé de 10 à 50 %. Le report important de l'entrée dans la vie adulte est partagé par l'ensemble des pays européens : aujourd'hui, 72 % des jeunes de 18 à 24 ans vivent chez leurs parents.

Sans oublier les évolutions des systèmes familiaux, une éducation permissive, « *l'absence de sollicitude parentale* » et la précarité sociale (la part des jeunes vivant sous le seuil de pauvreté, à 60 % du revenu médian, s'élève aujourd'hui à 19,7 % des 18-29 ans, pour 12,9 % des 30-49 ans). Cette forte minorité de jeunes en grande fragilité sociale « *recoupe* », pour une grande part, celle qui a des consommations d'alcool à forts risques, est confrontée (ou auteure) aux accidents, violences, abus sexuels, à des comportements dangereux chroniques sur le long terme. C'est elle qui a le plus besoin de lieux d'écoute, d'accompagnement individualisé (Points d'accueil écoute jeunes, Consultations jeunes consommateurs, Maisons des adolescents...). L'ensemble des jeunes d'aujourd'hui surfe sur la vague de fond des festivals et fêtes en tous genres de nos sociétés occidentales, qui n'ont plus rien à voir avec celles « *d'autrefois* » (fêtes patronales, calendaires). Si l'on ne boit plus tous les jours, on « *met le cap* » sur l'ivresse de fin de semaine, le fameux « *binge drinking* » ou « *biture express* ». Entre 18 et 30 ans, 36 % se livrent ponctuellement à ce type de pratique risquée, mais 7 % seulement sont des consommateurs chroniques dépendants. Il existe aussi une petite minorité de jeunes de 17-25 ans non buveurs (9 % d'après le Baromètre santé de 2010), une majorité de buveurs modérés qui ne déclarent aucune ivresse dans l'année (54 %), pour 25 % de buveurs réguliers et plus de 11 % de sévères. L'ouvrage préconise aux pouvoirs publics d'intervenir sur « *l'espace-temps de la nuit* » par une approche transversale fine qui ne peut

être réduite à des actes d'interdictions, et de répression. Tous les auteurs insistent sur l'urgence de développer les recherches sur ce sujet, de mieux évaluer les programmes de prévention et de réduction des risques... Sans parler des moyens à leur consacrer...

www.editions-eres.com/ouvrage/4390/les-jeunes-face-a-l-alcool



« **Drogues et addictions, Données essentielles** »
OFDT, édition 2019

Pour sa 7^e édition, est-ce l'âge de raison pour *Drogues et addictions, données essentielles*, produite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (l'OFDT) ? Oui : cap scrupuleusement tenu, depuis 25 ans, du choix rationnel de creuser l'analyse des données les plus récentes, scientifiquement validées, concernant le champ des drogues. Rédigé par l'équipe de spécialistes de l'OFDT, sous la direction de Julien Morel d'Arleux et la responsabilité de Julie-Émile Adès, l'ouvrage collectif a bénéficié, comme toujours, des relectures des vingt membres de son collège scientifique.

Pour cette septième livraison, l'OFDT a voulu rendre plus accessibles les évolutions les plus récentes, au cours de ces cinq dernières années, de ce champ complexe des addictions et des drogues, en perpétuelles mutations. Essentiellement : la baisse notable du tabagisme et sa « *dénormalisation* », l'enracinement progressif du cannabis chez des publics plus

âgés, et les nouvelles régulations concernant cet « *or vert* » qui attire désormais de nombreux investisseurs, la disponibilité croissante de la cocaïne, parmi des groupes diversifiés (y compris parmi les usagers les plus précaires), l'émergence de nouveaux profils de consommateurs d'opioïdes dans le contexte de la crise qui ravage les États-Unis, l'offre de nouveaux produits et la progression inquiétante des ventes par Internet. Sans oublier la question de l'évolution des consommations d'alcool, la substance psychoactive la plus consommée dans la quasi-totalité des pays européens, et a fortiori en France. Les *Données essentielles* sont structurées en trois parties : un état des lieux des consommations, modes d'usage et leurs conséquences, ainsi que de l'offre et des trafics ; une analyse des politiques publiques actuelles ; un panorama des produits et conduites addictives en « *12 fiches* ». Sans oublier les données centrées sur les « *nouvelles conduites addictives* » (jeux d'argent et de hasard) mais aussi « *l'abus* » de jeux vidéo par les jeunes, reconnu comme une maladie par l'Organisation mondiale de la santé, depuis 2017. Enfin, très pratique, l'ouvrage présente en trois pages la rétrospective sur la politique publique des drogues française et les événements essentiels qui s'y rapportent.

OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Paris, OFDT, 2019, 200 p.
Site spécifique, pour télécharger l'ouvrage, en totalité ou par parties, et ses annexes, et bénéficier de diverses animations (vidéos d'interviews, chronologie animée sur les événements majeurs de 2013-2018, test de connaissances...): www.addictions-donnees-essentielles.com.

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Christelle Destombes

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Fabrice Olivet
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Charles Roncier

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone

Ingrid Delhaye : 01 56 01 74 12

contact@vih.org

www.vih.org/kiosque

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida)
et www.vih.org

En partenariat avec



Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



Cette dernière livraison de *Swaps* surfe sur l'actualité en offrant à nos lecteurs deux dossiers pour le prix d'un : un dossier « chemsex », sept ans après notre n°67 consacré aux cathinones et au slam, et un dossier sur la « crise des opioïdes » qui fait des milliers de morts en Amérique du Nord et doit alerter le reste du monde.

A priori, peu de points communs entre de nouvelles pratiques apparues chez certains hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, mêlant sexe, le plus souvent en groupe, et consommation de produits psychoactifs de synthèse et le détournement des opioïdes de la pharmacopée américaine, au premier rang desquels le fentanyl.

Pourtant, à la lecture de ces deux phénomènes émergents, bien des convergences apparaissent. Dans les deux cas, les consommations font prendre des risques cliniques, neuro-psy ou sociaux majeurs ; au plan populationnel, ces pratiques à risques, par les injections notamment, impactent toutes les modélisations de la trajectoire vers les objectifs de l'OMS en matière de contrôle de la pandémie VIH ou de l'éradication du VHC. Ces nouvelles addictions questionnent et déroutent les soignants comme les associations, qui butent sur le fort pouvoir addictogène des produits concernés et sur l'absence d'outils de réduction des risques adaptés. Plus encore, la crise des opioïdes aux États-Unis et le chemsex déplacent le terrain des addictions hors des villes. Une épidémie rurale de VIH pour le moins inattendue est relevée par le Centre de contrôle des maladies infectieuses d'Atlanta (CDC) et pourrait trouver son explication dans la crise des opioïdes. Et le chemsex, ne nécessitant bien souvent qu'une location Airbnb et un accès Internet, a déplacé et atomisé les contextes à risques, dans des lieux inaccessibles aux actions de RDR.

Mais l'actualité ne se résume pas à ces deux dossiers. Nous traitons dans nos pages, et sur vih.org, des informations avec le temps nécessaire à la réflexion et à l'analyse critique. C'est ainsi que nous rappelons (p. 2) que l'Assemblée nationale, en première lecture du PLFSS 2020 a donné son feu vert à une expérimentation de l'usage médical du cannabis. Ce même PLFSS a mis le feu à l'hôpital public, qui couvait depuis le début de la grève des urgences et indisposé le Sénat qui, à l'heure où ces lignes sont écrites, a voté contre l'ensemble du projet. Même si la probabilité que le Parlement revienne sur l'ouverture vers le cannabis thérapeutique est quasi nulle. Rappelons au passage que les partisans de la légalisation de l'usage du cannabis aux États-Unis utilisent souvent l'argument selon lequel l'accès légal pourrait contribuer à enrayer la « crise des opioïdes », certains malades pouvant recourir au cannabis plutôt qu'à des médicaments antalgiques opioïdes.

Par ailleurs, ce numéro présente le « Plan crack » parisien doté de 9 millions d'euros sur trois ans 2019-2021 et incluant cinq partenaires (p. 4). Ce crack fait des ravages visibles dans le nord-est parisien, notamment à *la Colline*, lieu tragique où sont relégués les réfugiés, promis à une énième évacuation avant les fêtes de Noël. Autre sujet éminemment d'actualité (p. 7) : la cigarette électronique, ou « vape », objet d'un feu d'artifice d'attaques variées qui conduit aujourd'hui 59 % des Français à penser qu'elle est autant, voire plus dangereuse, que la cigarette classique. Un sujet sérieux et traité comme tel, les CDC ayant alerté sur les possibles complications pulmonaires induites par un mésusage plus que par la vape elle-même.

Comme quoi, l'information c'est un métier.

FRANCE LERT, GILLES PIALOUX