



# SWAPS

**QUEL STATUT  
POUR LA BUPRÉNORPHINE ?**

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 43 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

## DOSSIER

“ **Personne  
ne peut prédire  
les effets  
d'une telle mesure** ” <sup>6</sup>  
— Jimmy Kempfer

“ **C'est à nous de prendre  
nos responsabilités** ” <sup>9</sup>  
— Bertrand Lebeau

“ **Des conséquences  
désastreuses** ” <sup>10</sup> — Fabrice Olivet

“ **Les pharmaciens risquent  
de moins s'impliquer** ” <sup>11</sup>  
— Stéphane Robinet

“ **Un message  
aux professionnels  
de santé** ” <sup>3</sup>  
— Didier Jayle

**L'opium  
du peuple afghan**  
/ 13

**VOYAGE** / 16  
**DANS** l'histoire  
du **LSD**

### TRIBUNE

/ 20

Lettre ouverte d'Asud à Christine Boutin

# DOSSIER

*Le passage annoncé de la buprénorphine haut dosage au tableau des stupéfiants<sup>1</sup>, aujourd’hui en “stand by” politico-administratif, a provoqué, début 2006, un vif débat, et une levée de boucliers d’une partie des professionnels de la toxicomanie et des associations de lutte contre le sida.*

*Depuis, un comité d’experts de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé qu’un classement dans la liste internationale des stupéfiants aurait des effets négatifs sur l’accessibilité du produit, et le Conseil national du sida a pris lui aussi position dans un avis s’opposant au changement de classification.*

*Swaps a souhaité revenir “à tête reposée” sur les enjeux liés à ce projet et permettre aux différents acteurs impliqués dans la réduction des risques et à ce titre concernés par une telle mesure – du président de la Mildt, à l’origine du projet, aux médecins, pharmaciens et représentants d’associations engagées dans la réduction des risques – d’exposer leurs points de vue. Voici donc les arguments exposés par Didier Jayle, Jimmy Kempfer, Bertrand Lebeau, Fabrice Olivet et Stéphane Robinet, éclairés par deux points de vue de Serge Escots et Vincent Pachabézien.*

<sup>1</sup> lire l’éditorial de *Swaps* n°42

# Un message aux professionnels de santé — Didier Jayle

président de la Mildt<sup>1</sup>  
(et fondateur de Swaps)

## Swaps : Quels seraient, selon vous, les avantages et/ou les inconvénients d'une inscription de la buprénorphine haut dosage (BHD) au tableau des stupéfiants ?

Que les choses soient claires, si j'ai proposé l'inscription de la buprénorphine au tableau des stupéfiants ce n'est pas pour attaquer les traitements de substitution, c'est pour les défendre. Le succès de la substitution et de la réduction des risques dans la prévention du VIH, dans la baisse du nombre d'overdoses constitue une avancée majeure et incontestable.

La buprénorphine est un médicament dans le cadre d'un traitement. Elle n'a pas vocation à être une drogue de rue. Aujourd'hui, la BHD est devenu la première porte d'entrée aux opiacés chez les jeunes en errance, la première substance opiacée injectée, comme le rapportent toutes les équipes des programmes d'échange de seringues. En outre, les conséquences médicales de l'injection de BHD sont fréquentes et graves : phlébites, œdèmes, embolies pulmonaires... Le classement de la BHD n'est pas un objectif en soi, c'est un moyen pour mettre un terme à ces dérives inacceptables, sans aucunement remettre en cause le traitement chez les personnes qui en ont besoin et qui le suivent régulièrement. Plus de 85 % des patients suivent correctement les traitements, 10 % ont un mésusage avéré (phénomène qui existe avec tous les médicaments), et environ 4 % le détournent à des fins de trafic (ce qui est spécifique à la BHD et à certains psychotropes). Malgré le petit nombre de personnes responsables de détournement, ce sont environ 25 % des boîtes remboursées qui sont détournées, et ce pourcentage culmine à 40 % à Paris.

Le plan de la CNAM<sup>2</sup> pour lutter contre le mésusage a une efficacité certaine mais limitée, puisqu'en un an, le mésusage a diminué de 12 %. Il est naturellement sans effet sur le trafic.

Classer la BHD au tableau A ne change rien pour le patient. Cela ne change rien pour le médecin, car la buprénorphine est d'ores et déjà prescrite sur ordonnance sécurisée, pour une délivrance hebdomadaire pendant une période

maximale de 28 jours. Il pourrait alourdir le travail des pharmaciens s'il était décidé aujourd'hui. Mais je me suis engagé à ne pas recourir à cette mesure tant que le nouveau décret sur les substances vénéneuses, qui simplifie la délivrance des stupéfiants, ne serait pas préalablement publié. Ce décret devrait supprimer les carnets à souche et informatiser les procédures. Restera le problème du stockage, qui est relatif dans la mesure où les pharmacies sont en général approvisionnées deux fois par jour par les grossistes, mais un dialogue avec les pharmaciens est nécessaire.

L'argument qui consiste à dire que cette mesure entraînerait la possibilité pour les forces répressives d'exiger une ordonnance, chez une personne interpellée avec de la buprénorphine, relève d'une méconnaissance de la loi. Cette procédure est d'ores et déjà applicable et appliquée. En 2005, 211 personnes ont ainsi été mises en cause, adressées à la justice en comparution immédiate et parfois condamnées à des peines de prison fermes pour trafic de substances vénéneuses. Ces 211 interpellations ne traduisent donc pas une pression policière aussi forte que certains le prétendent. En revanche, le

Si j'ai proposé l'inscription de la buprénorphine au tableau des stupéfiants ce n'est pas pour attaquer les traitements de substitution, c'est pour les défendre

classement permettrait à la justice de poursuivre plus efficacement ceux qui s'adonnent au trafic vers d'autres capitales européennes, ce qui n'est actuellement pas possible.

Le classement est en fait un message aux professionnels de santé afin qu'ils ne considèrent pas la BHD comme un produit anodin, comme un Néocodion "plus". Si nous disposions d'une carte vitale capable d'informer le pharmacien sur les prescriptions en BHD dans le mois précédent, et de bloquer la délivrance en cas de dépassement abusif, le classement serait superfétatoire. Malheureusement, aujourd'hui, cela n'est pas encore possible. C'est un peu comme si vous disposiez d'une carte bancaire sans plafond. Reste le problème (essentiellement francilien) des AME<sup>3</sup>, qui n'ont pas de

<sup>1</sup> Mildt : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

<sup>2</sup> CNAM : Caisse nationale d'assurance-maladie



carte vitale; dans cette population, chez ceux qui reçoivent de la buprénorphine, 82 % reçoivent des doses supérieures à 32 mg !

### Sur quels indicateurs pourra-t-on juger des effets d'une telle mesure ?

Sur la baisse des quantités potentiellement détournées calculées à partir des multiprescriptions et des délivrances en pharmacie supérieures à 32 mg/jour.

### Quelle va être selon vous l'influence sur le marché de l'arrivée d'un (ou de plusieurs) générique ?

L'arrivée de génériques s'accompagne toujours d'une incitation des pharmaciens à la délivrance à travers la pratique des "marges arrières". L'aspect positif est une baisse attendue des coûts (15 % à 20 %), mais on n'a aucun bénéfice à en attendre en ce qui concerne le détournement.

### Quelle est votre position sur la primo-prescription de méthadone en ville ?

Elle doit être extrêmement prudente car le risque d'overdose mortelle est élevé, infiniment plus élevé qu'avec la BHD. Il est donc hors de question d'ouvrir les vannes comme on l'a fait avec raison en 1996 avec la BHD, ce qui était justifié par l'urgence de la lutte contre l'épidémie VIH. Je ne suis pas opposé à une primo-prescription en ville par des médecins participant activement aux réseaux Ville Hôpital, ayant reçu une formation *ad hoc*. D'ailleurs, une expérimentation va prochainement avoir lieu.

### L'héroïne médicalisée est-elle selon vous un produit de substitution potentiel ?

L'idée même de prescrire de l'héroïne rencontre de fortes résistances dans le public. Utiliser l'héroïne à des fins thérapeutiques paraît à beaucoup une hérésie, tellement le produit est diabolisé.

<sup>3</sup> AME: aide médicale de l'État

<sup>4</sup> OICS: Organe international de contrôle des stupéfiants

Pourtant, selon l'interprétation des conventions internationales par l'OICS<sup>4</sup>, il n'y aurait pas d'empêchements dès lors que la substance est prescrite dans le cadre d'un programme médicalement contrôlé. En tout état de cause, cette prescription, si elle était expérimentée en France, ne toucherait qu'un nombre très restreint de patients, ceux pour lesquels tous les traitements actuellement disponibles ont été essayés sans succès. Les expériences de nos voisins concernent exclusivement des populations en échecs répétés avec la méthadone, après 10 ou 15 ans de toxicomanie par voie intraveineuse. En Suisse comme aux Pays-Bas, un nombre important de patients sont réadressés vers les centres méthadone, après stabilisation.

En France, l'échec du traitement de substitution s'exprime souvent par l'injection de la BHD et des fortes consommations de benzodiazépines, de cocaïne et d'alcool, plutôt que par un retour à l'injection d'héroïne. Le contexte est différent et il ne suffit pas de transposer les

**“ Je me suis engagé à ne pas recourir à cette mesure tant que le nouveau décret sur les substances vénéneuses, qui simplifie la délivrance des stupéfiants, ne serait pas préalablement publié ”**

programmes qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays. Un obstacle supplémentaire est d'ordre financier: la nécessité de délivrer 2 ou 3 fois par jour, sur place, un opiacé à courte demi-

vie implique un dispositif lourd et coûteux. Un tel protocole n'a pas été inscrit dans le plan gouvernemental 2004-2008. La priorité a été donnée à la création de communautés thérapeutiques qui constituent une nouvelle offre de soin jusqu'à présent insuffisamment développée en France. ■

## Quel "contrôle" ?

Marie-Bénédicte Khalfi, médecin conseil à la CPAM, présentait le 28 février à l'hôpital Marmottan, dans le cadre des séminaires de l'Anit, les premiers résultats d'une enquête en cours sur le "mésusage" du Subutex® en Île-de-France. Basée sur un constat établissant quelque 10 % de déviations importantes, l'étude avait deux objectifs: la qualité de la prise en charge et le contrôle.

Sur 10 500 personnes ayant reçu une prescription de Subutex en Île-de-France pendant l'étude, 639 recevaient plus de 32 mg/jour (sur Paris, 6 % des personnes avaient une surconsommation majeure (>48 mg/j), et environ 25 % un mésusage "léger"). Ces personnes ont été convoquées afin d'établir un "protocole de soin" avec désignation d'un médecin et d'un pharmacien. Cette procédure était accompagnée d'un courrier aux autres médecins ayant prescrit le produit ainsi que d'un suivi de l'observance. En cas de non réponse aux convocations, des lettres étaient envoyées aux médecins et pharmaciens concernés.

Un des écueils rencontrés tient au fait que dans les centres de soins et les hôpitaux, le nom du médecin n'est pas précisé sur l'ordonnance. Des contacts ont été pris avec les structures concernées afin de pallier à cette difficulté.

Après courrier, la consommation a souvent diminué, voire arrêté. En cas de poursuite du nomadisme et de consommation déviante, le remboursement des produits était suspendu. Si l'assuré se manifestait auprès du service médical, un arrêt de la suspension restait possible. M<sup>me</sup> Khalfi a insisté sur l'importance d'un échange entre médecins conseils et prescripteurs, et sur l'intérêt de la délivrance fractionnée pour contrecarrer les fraudes.

Comme l'a rappelé Alain Morel, qui animait le débat succédant à l'exposé, une autre étude menée dans les Bouches-du-Rhône a montré un réel infléchissement des abus à la suite de l'action de la CNAM. Cette dernière a par ailleurs poursuivi 67 médecins généralistes et 11 pharmaciens jugés "trop laxistes" en 2005. - P.P.

LE POINT DE VUE DE  
**SERGE ESCOTS**  
 ANTHROPOLOGUE,  
 EHESS (TOULOUSE)

# Redistribuer les rôles, mais dans quel scénario ?

L'expérience française du Subutex® a montré des résultats probants tout en soulevant de nouvelles difficultés. La disponibilité d'un opiacé légal à moindre risque mortel est un facteur positif pour la réduction des dommages. C'est un point essentiel de l'expérience.

Le problème du Subutex, c'est de lui avoir assigné deux objectifs oserais-je dire "agoniste-antagoniste". La BHD ne peut répondre aux demandes aussi contradictoires des usagers qui veulent un traitement de la pharmacodépendance, une maintenance ou une drogue. Le mésusage est l'adaptation par l'usager d'une prescription inadaptée. Or, le mésusage détruit l'image du médicament.

Désormais la question consiste à choisir à quelle place on envisage de mettre la BHD : traitement ou réduction des dommages ? Si la réponse est "bas seuil", pour des raisons de sûreté d'emploi de la BHD, il faudra accepter une partie des mésusages et notamment les associations d'alcool et d'autres psychotropes qui visent à compenser les propriétés d'agoniste partiel-antagoniste de la buprénorphine. De plus, un changement de galénique s'impose, les problèmes d'injection inévitables dans une stratégie de bas seuil condamnant la forme actuelle. Si la réponse est traitement, alors la question du choix d'un autre produit pour répondre au bas seuil se pose. Sauf à renoncer à une politique lucide de réduction des risques qui intègre la place de la pourvoyance légale d'opiacés.

## Les questions dans l'air du temps

Dans ces deux scénarios, l'inscription au tableau des stupéfiants de la BHD n'a pas la même fonction. Pour le traitement, l'inscription aura une incidence faible. Pour le bas seuil, même si ce n'est pas politiquement correct de le dire, une partie du "petit trafic de dépannage" entre usagers participe à une stratégie de réduction des risques<sup>1</sup>. De plus, il est rai-

sonnable de penser que des médecins et des pharmaciens se retireront du "jeu", diminuant la disponibilité du produit, alors qu'elle est recherchée dans une stratégie de bas seuil.

La méthadone en primo-prescription en médecine de ville a pour finalité de rééquilibrer la disponibilité des deux opiacés, mais comment vont se répartir les deux molécules entre traitements et bas seuil ? Dans le dispositif actuel de prescription, utilisée dans une stratégie de bas seuil, la méthadone pourrait poser des problèmes d'overdose.

L'arrivée de génériques du Subutex qui ne prendraient pas en compte les problèmes de galénique serait inquiétante, surtout dans le scénario où la BHD tient principalement le rôle du bas seuil. Le comportement à l'égard du générique dépendra de la stratégie de Schering-Plough. Le laboratoire va-t-il proposer d'autres produits comme il semble que ce soit le cas dans une stratégie de compétition avec les génériqueurs ?

## La prescription détermine l'usage du produit

L'expérience du Subutex nous apprend que la molécule ne pose pas de problème en tant que telle si la prescription est adaptée. C'est le système dans lequel elle est prescrite qui est en cause. De fait, actuellement, c'est sur un sous-groupe de médecins plus engagés que repose la prise en charge médicale.

Aujourd'hui, il est malhonnête et dangereux de faire croire que n'importe quel médecin peut prescrire correctement des psychotropes à des usagers de drogues et que ceux qui les prennent en charge ne "font rien de spécial". S'occuper d'usage de drogue sérieusement implique des compétences spécifiques, un cadre et du temps. Reconnaître cela est un point de départ. À partir de là, toutes les propositions pharmacologiques sont envisageables. Plutôt que de donner la possibilité de prescrire à tous les généralistes y compris à ceux qui ne veulent pas, réservons-là à ceux qui sont prêts à se donner les moyens de le faire correctement.

Je crois que le problème n'admettra pas de solution tant que l'on raisonnera en termes de "bonne molécule". La question est : dans quels contextes peut-on prescrire des psychotropes en général et des opiacés en particulier à des personnes présentant des vulnérabilités aux pharmacodépendances et à la toxicomanie ? Ne reconduisons pas la stratégie de 1995 où le choix de la molécule devait prendre en compte les failles du système de prescription. Réglons d'abord la question du système de prescription, ensuite nous pourrions disposer d'une gamme de molécules qui feront moins problème. ■

<sup>1</sup> Il ne s'agit pas ici du trafic à grande échelle voire international, qu'il convient de combattre par des contrôles et des sanctions.

# Personne ne peut prédire les effets d'une telle mesure

— Jimmy Kempfer

membre de l'association Liberté (Bagneux)  
(et du comité de rédaction de *Swaps*)

**Swaps :** Quels seraient, selon vous, les avantages et/ou les inconvénients d'une inscription de la buprénorphine haut dosage (BHD) au tableau des stupéfiants ?

Il est impossible de prédire les conséquences socio-sanitaires d'une telle mesure. Il y aura très probablement un déplacement du problème. La question est : de quelle ampleur ? Toute prospective est, de toute façon, à considérer à l'aune du prochain changement de galénique du Subutex®, de l'arrivée des génériques, de l'éventuelle prescription de la méthadone en médecine de ville, voire de la disponibilité de la méthadone en gélules.

Cela posé, la première conséquence d'un tel classement serait forcément une pénalisation de cette grande majorité d'usagers compliants auxquels la BHD a permis une stabilisation et une (re)socialisation. Sans doute quelques-uns, par dépit, auront-ils des réactions "revanchardes", avec des trans-

ferts vers la consommation de Skénan® (sulfate de morphine) s'ils peuvent avoir accès à ce produit. Ça et là, des pharmaciens, rebutés par la paperasserie que représente la délivrance d'un stupéfiant, renâcleront à le vendre, ce qui entraî-

nera des réactions agressives de la part des usagers les plus réactifs et, par ricochet, une frilosité accrue des pharmaciens, donc encore plus de difficultés.

Certains parmi ceux pour qui la revente de Subutex est une forme d'économie de survie se tourneront vers la vente de méthadone qui, elle, risque d'entraîner quelques overdoses chez des usagers qui en font un usage "utilitaire ponctuel" pour diverses raisons.

Par ailleurs, le Subutex, qui avait parfois le statut de "médicament pour soigner la drogue", va acquérir un statut de stupéfiant classé, ce qui peut le rendre plus attrayant pour certains. S'il est plus difficile à obtenir, son prix augmentera sur le marché noir, où il rapportera sans doute plus. La revente serait punie plus sévèrement, me répondra-t-on ? Pourtant, si la vente de cocaïne est sévèrement punie, sa diffusion augmente sensiblement. Il convient de rappeler que chez les personnes non dépendantes des opiacés, la BHD provoque un effet très proche de celui de l'héroïne, et que cela lui confère un attrait certain. Cet effet diminue ensuite au fur et à mesure de la tolérance induite en cas de consommation répétée.

En France, la teneur de l'héroïne de rue dépasse rarement 10 %. Donc une personne consommant un gramme par jour consomme un maximum de 100 mg d'héroïne. Or peu

d'héroïnomanes consomment plus de un gramme par jour. On peut donc considérer qu'ils sont relativement peu pharmaco-dépendants. Certains médecins prescrivent ce que leurs patients "supportent" plutôt que ce dont ils "ont besoin" : 16 ou 24, voire 32 mg de BHD. Certains se rendent compte que 8 mg suffisent largement pour se sentir "normal". Le reste est revendu. Il va de soi que le reclassement du Subutex n'aura aucune incidence sur ces aspects

là, si les médecins n'acceptent pas de faire doser parfois la quantité de BHD prise chez certains patients. Ce problème peut se poser de façon encore plus cruciale en cas de prescription de méthadone de ville.

Autre paramètre à considérer : les nouvelles demandes de soins dans les centres spécialisés émanent de plus en plus de personnes n'ayant jamais consommé d'héroïne mais principalement du Subutex. C'est certes malheu-

S'il est plus difficile à obtenir, son prix augmentera sur le marché noir, où il rapportera sans doute plus

reux, mais, sans l'accès facile au Subutex, sans doute certains auraient-ils eu recours à l'héroïne avec les conséquences négatives – délinquance d'acquisition, overdoses, désocialisation – que l'on sait.

### Quelle va être selon vous l'influence sur le marché de l'arrivée d'un (ou de plusieurs) générique(s) ?

S'il y a un bénéfice économique évident (quoique relatif) pour la sécurité sociale, je ne vois pas d'impact spécifique sur le marché noir. Par contre, l'arrivée d'une nouvelle galénique nécessiterait certainement une délivrance bien mieux contrôlée. Le "nouveau Subutex" ne contiendrait plus d'amidon de maïs, donc le risque d'abcès serait sensiblement réduit en cas de détournement pour injection. Des usagers risquent de le percevoir comme potentiellement injectable.

### Quelle est votre position sur la primo-prescription de méthadone en ville ?

La réponse est intrinsèquement liée à l'éventuel changement de statut de la BHD. Ce serait un avantage pour certains usagers qui trouveraient là un "confort pharmacologique" qu'ils n'ont pas avec le Subutex... Vu le potentiel addictif voire létal de ce produit, cela nécessiterait une qualification spécifique, des stages en centre spécialisé ainsi qu'un travail en réseau soutenu. Mais si l'accès à la BHD est restreint, cela risque d'entraîner un report vers l'obtention de méthadone en médecine de ville de la part de certains en vue de la revendre, avec des risques évidents d'overdose.

Jusqu'à présent, la vente de méthadone au marché noir était très rare. Le flacon de 60 mg (dose journalière moyenne) était vendu à Paris 10 euros contre 2 à 3 euros le comprimé de Subutex, ce qui contribuait en partie à

rendre ce dernier plus attractif. Si le comprimé de Subutex atteint le même prix que la méthadone, certains risquent de se tourner vers cette dernière.

Face à ces risques de dérives, la question est : que peut-on accepter en termes de santé publique ? Des overdoses de méthadone en échange d'un déplacement du marché noir ? Un retour de la vente et de la consommation d'héroïne et son corollaire mafieux en échange d'une relative économie de la sécu ?

Nous savons que le travail des policiers est dur et ingrat face à cette nuisance que les riverains perçoivent légitimement comme un trafic de drogue. La sécurité sociale est en déficit et la consommation, toutes drogues confondues, malheureusement se banalise. Les politiques sont obligés de répondre aux pressions de l'opinion, qui ne perçoit pas la délicatesse des équilibres qui contiennent tant bien que mal les symptômes du désarroi de notre société. Mais rappelons que les overdoses ont diminué de près de 500 % depuis 5 ans, que la consommation d'héroïne a énormément baissé et que l'injection a sensiblement diminué dans maintes régions. Cette situation nous est enviée par de nombreux pays européens.

Aucun de nous ne souhaite que la sécurité sociale continue à financer les abcès et à assurer le couvert ou le crack de quelques-uns, mais le mieux peut parfois être l'ennemi du bien. Ne risquons-nous pas d'ouvrir la boîte de Pandore ?

Enfin, si le Subutex doit absolument être classé, il serait peut-être souhaitable que les médecins puissent proposer comme alternative la prescription de Suboxone® (lire ci-dessous), qui, logiquement, devrait échapper à cette classification. ■

## Génériques et nouvelles galéniques

Le laboratoire de génériques Arrow commercialise depuis la fin mars 2006 de la buprénorphine haut dosage en comprimés sublinguaux dosés à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg (comme le Subutex®). *"On estime que la moitié des héroïnomanes ne sont pas pris en charge"*, souligne Florine Perri, chef de projet chez Arrow. *"Si nous arrivons à faire en sorte que 10 000 d'entre eux soient pris en charge, nous aurons gagné notre pari"*, poursuit Dominique Gayraud, président d'Arrow génériques.

*"Le comprimé du générique buprénorphine est plus petit, avec moins d'additifs néfastes en cas d'injection qui, par ailleurs, n'est pas du tout recommandée. Mais en faisant un générique, il n'était malheureusement pas possible de changer la formule pour empêcher qu'il ne soit dilué et injecté"*, explique M<sup>me</sup> Perri.

La buprénorphine Arrow coûte 20 % moins cher que le Subutex. Comme pour tout générique, les pharmaciens bénéficient d'une marge brute supérieure.

De son côté, le laboratoire Schering-Plough prépare la mise sur le marché d'une nouvelle galénique du Subutex à dissolution rapide (la galénique actuelle met entre 8 et 20 minutes à fondre sous la langue) présentée comme ayant un meilleur goût et des risques diminués en cas d'injection, et envisage de ressortir des cartons le Suboxone®. Commercialisé aux États-Unis depuis 3 ans – comme le Subutex –, ce produit est une combinaison de buprénorphine haut dosage et de naloxone, une molécule bloquant les effets morphiniques y compris ceux de la buprénorphine en cas de détournement et notamment d'injection. - P.P.

LE POINT DE VUE DE  
**VINCENT PACHABÉZIAN**  
 MÉDECIN GÉNÉRALISTE,  
 EMERGENCE - ESPACE TOLBIAC  
 (et membre du comité de rédaction de *Swaps*)

## Dix ans de médicaments, dix ans de traitements ?

Nous disposons en France de deux médicaments de substitution aux opiacés (MSO), la Méthadone AP-HP® (méthadone) et le Subutex® (buprénorphine haut dosage, BHD), qui ont obtenu leur AMM respectivement en mars 1995 et en février 1996. La conférence de consensus de juin 2004 précise la finalité des traitements de substitution aux opiacés (TSO) :

- prévenir la survenue de problèmes sanitaires découlant de l'usage d'opiacés en aidant à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et en favorisant un moindre recours à la voie injectable ;
- favoriser l'insertion des usagers dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie, d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;
- contribuer à l'insertion sociale des usagers.

En revanche, l'expérience clinique ne me permet pas de reprendre l'objectif ultime énoncé : "permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans pharmacodépendance, y compris à l'égard des MSO".

Il n'y a pas aujourd'hui de données épidémiologiques pour apprécier le pourcentage de patients bénéficiant d'un traitement adapté. L'expérience de terrain permet d'affirmer qu'il faut non seulement améliorer l'accès aux MSO mais surtout l'accès aux TSO.

### Méthadone ou buprénorphine

L'un est-il meilleur que l'autre ? Non : le choix du médicament dépend de l'indication, du patient, de l'expérience du prescripteur. A priori, il n'y a aucune raison pour que la répartition entre les deux médicaments ne se fasse pas de manière égale, quand il n'y a pas de frein à l'accès à l'un ou l'autre.

La conférence de consensus recommande un rapprochement du statut des deux médicaments. Il n'y a aucun frein à une prescription de 28 jours pour la méthadone, après une période d'adaptation, de stabilisation, d'accompagnement...

Faut-il rayer la méthadone de la liste des stupéfiants ? Le

risque mortel étant réel, cette mesure ne se justifie pas. Faut-il donner un statut de stupéfiant à la BHD ? Cette mesure pose un problème pour le pharmacien ; il faut dans cette hypothèse simplifier les procédures d'enregistrement des stupéfiants. En revanche, ce n'est pas un problème pour le médecin, ni pour le patient (exemple de la méthadone).

Il n'y a pas de difficulté administrative à la primo-prescription par tout médecin (exemple des opiacés antalgiques). Certains argumentent que celle-ci favoriserait le mésusage et le trafic. Si cela se produisait, il semble aisé de mettre en place une alerte effectuée par la sécurité sociale. En cas de primo-prescription, le pharmacien doit être contacté systématiquement, et son nom doit figurer sur toute ordonnance de MSO.

Par ailleurs, des programmes de recherche doivent être développés en matière de nouveaux médicaments. Des programmes expérimentaux (héroïne – injectable ou non, morphine...) devraient être envisagés pour les patients en difficulté avec les deux molécules existantes.

### Travailler en réseau

La prescription d'un médicament de substitution aux opiacés (en fait de tout médicament) doit s'effectuer dans un cadre thérapeutique défini avec le patient, cadre souvent appelé "alliance thérapeutique" : respect de l'indication, des contre-indications, des interactions médicamenteuses, respect des recommandations et bonnes pratiques. La dérive d'un traitement est liée au non-respect de ces règles.

La substitution se conçoit "dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale". Tout d'abord, les TSO ne doivent s'envisager que si une formation pluridisciplinaire adaptée a été suivie. Ensuite, ils nécessitent un travail en réseau, dont le premier niveau est le contact médecin-pharmacien, pendant la période d'initialisation du traitement et les périodes de difficultés. Il est indispensable de privilégier des contacts fréquents et réguliers, jusqu'à obtention de la posologie d'entretien.

Le contact avec divers spécialistes locaux (addictologue, alcoologue, infectiologue, hépatologue...) doit être entrepris rapidement, avant de se trouver confronté à des difficultés. Une connaissance directe des acteurs sociaux de proximité pourra permettre de résoudre des questions de logement, de travail, de lien familial et environnemental... Enfin, un lien avec les services de santé mentale doit être construit pour pouvoir répondre aux situations de crise.

L'articulation entre ces divers services demande du temps et des compétences. Les réseaux de santé ont là toute leur place. Quand ce type de réseau n'existe pas, il faut mettre en place un mini-réseau fonctionnel de proximité (éventuellement à partir du cabinet du médecin) réunissant (même virtuellement) l'ensemble des acteurs nécessaires. ■



# “ C’est à nous de prendre nos responsabilités ”

— Bertrand Lebeau

médecin addictologue à l’Hôpital Saint-Antoine (Paris)  
et à “La Mosaïque” (CHI André Grégoire, Montreuil)

**Swaps : Quels seraient selon vous les avantages et/ou les inconvénients d’une inscription de la BHD au tableau des stupéfiants ?**

Le classement comme stupéfiant ne tombe pas du ciel. Pendant dix ans rien, ou à peu près, n’a été fait pour lutter contre le petit segment de prescripteurs fous, de pharmacies dispensatrices irresponsables et de personnes ayant organisé un trafic juteux (le record étant détenu par un “patient” qui avait 53 prescripteurs en un semestre). On pourra pinailler autant qu’on voudra : le détournement de Subutex® est massif et toutes celles et ceux qui travaillent dans le champ le savent parfaitement. J’ajoute qu’un peu de marché noir met du liant mais que beaucoup de marché noir a de très fâcheuses conséquences, par exemple les primo-consommations. La Mildt dit que 25 % du Subutex est détourné à l’échelle nationale et 40 % en Île-de-France. Je ne sais comment ces chiffres sont construits. Ils me semblent réalistes. Bref, une petite minorité génère un trafic massif. Le risque d’une telle situation est de voir tomber des décisions politiques dures par rapport auxquelles le classement apparaîtra comme une brouille. Voilà la réalité. Il y aurait trois avantages à classer : tout d’abord, symboliquement la BHD redeviendrait un médicament qui n’est pas un cachou, ensuite les caisses d’assurance maladie pourraient poursuivre les “hyper-nomades” qui font du trafic, enfin la traçabilité des boîtes serait possible et permettrait aux Douanes de démanteler les réseaux de trafic. Il y aurait aussi un inconvénient : décourager les officines. Il existe trois situations. En premier lieu, les pharmacies qui

“ Les chiffres de détournement sont accablants ”

délivrent méthadone et BHD : pour elles, pas de grand changement ; puis les pharmacies qui ne délivrent pas de substitution : rien à signaler non plus de ce côté-là. Reste le maillon faible : les pharmacies qui ne délivrent que la BHD. C’est cet indicateur qui serait central pour évaluer la mesure. Le président de la Mildt, soumis par ailleurs à de nombreuses pressions de droite comme de gauche car les chiffres de détournement sont accablants, a promis que le classement, si classement il y a, n’interviendrait qu’après simplification

des procédures de gestion des stupéfiants par les officines. Je prends acte de cette promesse.

**Sur quels indicateurs pourra-t-on juger des effets d’une telle mesure ?**

Les indicateurs de diminution du trafic et détournement d’une part et, de ce point de vue, les caisses d’assurance maladie disposent de données. Il ne faut pas oublier qu’un “patient” peut parfaitement aller voir vingt prescripteurs raisonnables, chacun de ces prescripteurs étant dans l’ignorance totale de ce que font les dix-neuf autres. Pourtant ce n’est pas cette situation qui génère le plus de dégâts, mais bien celle du petit segment de prescripteurs irresponsables et/ou incompetents et/ou malhonnêtes. À l’occasion d’une réunion récente organisée par l’Anit Île-de-France, une responsable de la Caisse de Paris a montré à l’auditoire quelques situations de patients “mésuseurs” : un même médecin a prescrit à l’un d’entre eux trois jours de suite 24 mg par jour pendant 28 jours à délivrer en une fois ! Le “patient” se faisait par ailleurs prescrire, comme il est habituel dans ce type de situation, des benzodiazépines et, à l’occasion, du Skénan ou de l’Artane. Autre remarque : d’après Didier Jayle, 86 % des patients sous BHD et disposant d’une aide médicale d’État (AME) en Île-de-France sont à plus de 32 mg par jour. Si on ne fait rien, c’est l’AME dans son principe qui sera un jour remise en cause. Je travaille dans un centre où nous recevons beaucoup de patients russes, ukrainiens, etc. Tous, ou presque, font du “business” de cachetons. Qui pourrait le leur reprocher ? Ils s’engouffrent dans la brèche. C’est à nous de prendre nos responsabilités si nous ne voulons pas que certaines avancées soient balayées.

Le deuxième grand indicateur sera celui de la disponibilité : est-ce que certaines officines qui ne délivrent que de la BHD vont y renoncer, et combien ? Si l’accès à la BHD devenait problématique, il faudrait évidemment rediscuter le classement.

**Quelle va être selon vous l’influence sur le marché de l’arrivée d’un (ou de plusieurs) génériques ?**

Difficile de répondre à cette question. Le génériqueur Arrow lance une BHD avec les mêmes excipients, une taille de comprimés un peu plus petite et un prix un peu inférieur. En matière de psychotropes, la substitution par un générique n’est pas chose facilement acceptée par les patients, comme on peut déjà le voir avec le Zolpidem<sup>1</sup>, le Bromazépam, etc. De plus, le laboratoire Schering-Plough s’appête à lancer une association BHD-naloxone (Suboxone®) et une forme FDT

<sup>1</sup> Zolpidem, Bromazépam : hypnotique et anxiolytique génériques



(*fast dissolving tablet*) qui vont lui redonner une place de leader. Il y a déjà près de 100 000 personnes sous BHD, ce qui est considérable. Le marché peut-il encore s'étendre ? Les génériques peuvent-ils se faire une place au soleil ?

**Quelle est votre position sur la primo-prescription de méthadone en ville ?**

Merci de me poser cette question car, en l'occurrence, tout est lié : tant que les questions liées aux trafics et détournements massifs de BHD n'auront pas été réglées, il est fort improbable, et d'ailleurs pas souhaitable, que la méthadone (un produit assez dangereux : dose létale à partir de 1 mg/kg) puisse être primo-prescrite en ville. Si cette primo-prescription était autorisée, nous pourrions utilement nous inspirer du modèle de la ville de Genève où tout médecin généraliste peut prendre en charge jusqu'à dix patients sous méthadone mais doit, au-delà, recevoir une formation particulière, travailler en réseau et, *last but not least*,

rendre des comptes à l'autorité sanitaire. Pour finir, j'ai une question à poser : que représentent aujourd'hui les primo-prescriptions "sauvages" de méthadone : 5 %, 20 %, 50 % ? Personne n'en sait rien. Il est bel et bien de faire des règlements, mais si personne ne vérifie qu'ils sont respectés...

**L'héroïne médicalisée est-elle selon vous un produit de substitution potentiel ?**

Sans le moindre doute. Je me suis néanmoins élevé contre l'illusion qui consistait soit à demander de la BHD injectable en France – comme si un pays qui n'a jamais eu de cadres de prescription pour de l'injectable dans le champ des toxicomanies allait brutalement fournir des ampoules à plusieurs dizaines de milliers de patients qui "shootent le Sub" – soit à penser que les programmes de prescription d'héroïne étaient un remède magique, alors que dans tous les pays où ces programmes ont été mis en place ils concernent quelques centaines de personnes. ■

## “ Des conséquences désastreuses ” — Fabrice Olivet directeur d'Asud<sup>1</sup>

**Swaps : Quels seraient, selon vous, les avantages et/ou les inconvénients d'une inscription de la buprénorphine haut dosage au tableau des stupéfiants ?**

La Commission nationale des stupéfiants a récemment proposé que nous, usagers des produits de substitution, soyons à nouveau condamnés à n'avoir le choix qu'entre le marché noir, que cette initiative prétend pourtant combattre, et le retour à l'héroïne. Après une parenthèse de dix années durant laquelle tous les indices de réussite ont été à la hausse (réduction drastique des overdoses, quasi-disparition des contaminations VIH), il semble que nous soyons menacés d'un retour à la répression. Rappelons que les usagers de drogues forment le seul groupe exposé au sida qui ait réussi à changer radicalement ses comportements.

Au plan national, le changement de statut de la buprénorphine haut dosage (BHD) ne pourrait qu'accentuer les difficultés des uns et des autres, usagers et prescripteurs de ce médicament qu'est la BHD. On sait les succès du dispositif français. En permettant l'accès à la substitution de 90 000 personnes dépendantes des opiacés, la mise à disposition de la BHD a contribué à faire émerger un modèle français en matière de substitution, observé par le monde entier avec incrédulité. Nulle part ailleurs la mortalité n'a reculé aussi rapidement et aussi

radicalement. Nulle part ailleurs le phénomène de l'injection n'a autant marqué le pas, nulle part ailleurs la consommation illicite d'opiacés n'a autant régressé, si l'on en croit les chiffres du dernier rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution, à laquelle Asud fut associé, a conclu de façon unanime au succès de ces traitements, mais à des perfectionnements nécessaires. La question du marché noir fut abordée par les usagers eux-mêmes lors des États généraux des usagers de substitution en 2004<sup>2</sup>. La solution préconisée fut la prescription de méthadone par les généralistes puisqu'un nombre important de consommateurs de BHD détournée (voie IV) sont en fait des amateurs de sensations opiacées, frustrés par le peu d'impact du Subutex® en la matière. Dès lors que les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone pourront tenir la comparaison avec celle de la BHD en termes de contrainte – ou plutôt d'absence de contrainte – le pari est de voir s'assécher très vite le réservoir de clients potentiels du marché noir.

La conclusion pour nous est claire : seuls les usagers de drogues sont en mesure de mettre fin au marché noir en cessant de s'y approvisionner. Ils ont déjà prouvé que grâce à des mesures de RDR adaptées, ils peuvent considérablement modifier leurs pratiques.

<sup>1</sup> Autosupport des usagers de drogues

<sup>2</sup> Les 3<sup>e</sup> EGUS (États généraux des usagers de drogues) se tiendront le mercredi 11 octobre à Bobigny (Seine-Saint-Denis) en ouverture des premières Rencontres nationales de la réduction des risques, organisées par l'AFR en partenariat avec l'Anit, la FFA, Aides, Asud, le Crips-Cirdd, MDM, SaJe et SOS DI les 12 et 13 octobre.

Hélas, le reclassement de la BHD comme “stupéfiant” ne peut qu’aboutir au résultat inverse et en aucun cas constituer une perspective de progrès sanitaire. Le principe d’un accès le plus large possible aux traitements doit être poursuivi. Aller dans le sens contraire ne pourrait avoir que des conséquences désastreuses pour les personnes concernées. Il nous paraît indispensable de conserver au Subutex son statut actuel, nous souhaitons que dans le même temps soient mises en œuvre les recommandations porteuses d’espoir de la conférence de consensus. Et, plus que tout, nous souhaitons voir admettre les usagers de drogues et leurs associations comme des patients et des regroupements de patients à consulter prioritairement dès lors que leur sort et les traitements les concernant sont en discussion.

### Sur quels indicateurs pourra-t-on juger des effets d’une telle mesure ?

Grâce à la substitution, les usagers de drogues ont enfin intégré officiellement le monde de patients, capables de se réunir et de donner collectivement leur avis, ou bien d’être consultés en tant qu’experts, dans le cadre de la commission nationale consultative des traitements de substitution ou plus récemment encore lors de la conférence de consensus sur les traitements de substitution. Quel est donc cet avis ? D’accord avec la quasi-totalité des spécialistes, les usagers ont démontré qu’en matière de substitution comme dans d’autres contextes de chronicité, la solution passe par l’adhésion massive des usagers aux mesures proposées. À titre d’exemple, la catastrophe du sida procède d’une mesure faite non pas avec, mais contre les usagers.

Notre inquiétude concerne le risque de voir le débat sur les médicaments de substitution emprunter la même

voie. Or, à la différence des années 70 et 80, les pouvoirs publics bénéficient à l’heure actuelle de la possibilité de consulter les intéressés au travers de leurs associations. Les indicateurs officiels en matière de drogues ont changé. Il est maintenant légitime de considérer que les usagers vont faire des choix, dictés non par le seul impératif de “défonce”, mais par le souci d’améliorer leur santé. L’idée que seuls les pharmaciens et les prescripteurs sont en mesure de peser de manière significative sur le comportement des patients est battue en brèche, justement par l’existence d’un marché noir. Entre les groupes des “toxicomanes”, uniquement guidés par l’envie de se “doper”, et celui des “patients” qui se soignent, les passages sont nombreux et fréquents. Il faut donc tenir compte avant toute chose des indicateurs permettant de cerner les comportements des usagers/ patients (groupes d’autosupport, rapports de police sur le nombre et le profil des arrestations pour trafic, enquêtes de satisfaction auprès des patients chez les généralistes).

### L’héroïne médicalisée est-elle selon vous un produit de substitution potentiel ?

C’est le produit paradoxal et emblématique par excellence. Que penser d’une substitution à l’héroïne avec de l’héroïne ? Cette fiction permet simplement de revenir à l’essentiel en la matière. C’est moins le produit que la manière dont il est dispensé qui fait l’efficacité du soin en substitution. La régularité, le climat de sécurité, la qualité sanitaire du produit, les soutiens psychologiques, sociaux et thérapeutiques proposés, y compris pour les pathologies annexes, autant de choses qui constituent le fondement de la réussite de traitements de substitution à l’héroïne... même avec de l’héroïne. ■

# “ Les pharmaciens risquent de moins s’impliquer ”

— Stéphane Robinet  
pharmacien d’officine (Strasbourg)<sup>1</sup>

### Swaps : Quels seraient, selon vous, les avantages et/ou les inconvénients d’une inscription de la buprénorphine haut dosage au tableau des stupéfiants ?

La buprénorphine haut dosage (BHD) est un médicament dérivé d’opiacé. En tant que tel, on peut effectivement penser qu’il est nécessaire de la classer comme stupéfiant, d’un point de vue purement pharmacologique du moins. Mais lorsque la BHD a été autorisée il y

à dix ans, la démarche des pouvoirs publics s’inscrivait dans une politique de réduction des risques. La volonté était d’en assurer la diffusion la plus large possible, d’autant que ce médicament ne présentait pas de risque d’overdose, dans des conditions normales d’utilisation. C’est pourquoi il avait été classé en liste 1. Et l’on a pu juger du résultat spectaculaire que cela a eu avec 10 ans de recul, sur la baisse des overdoses à l’héroïne. Le fait de vouloir aujourd’hui la passer sur la liste des stu-

<sup>1</sup> Impliqué depuis plus de dix ans dans les questions de substitution, Stéphane Robinet a notamment fait partie de la commission des traitements de substitution de la toxicomanie et il a participé sur Strasbourg à la création d’un réseau de prise en charge de patients dépendants avec des médecins pour les traitements de substitution dont il est le référent ville pour les pharmaciens.



péfiants pose de nombreuses questions. Selon moi, c'est une initiative qui n'est pas d'ordre médical, mais qui intéresse essentiellement la police et les douanes, qui pourront engager des poursuites liées au trafic. Mais pour les médecins et pharmaciens, je trouve cela regrettable que la BHD soit classée stupéfiant. C'est parce que la diffusion était facilitée, que le médicament n'était pas diabolisé, qu'il a

“ C'est parce que la diffusion était facilitée, que le médicament n'était pas diabolisé, qu'il a pu être délivré dans de bonnes conditions ”

pu être délivré dans de bonnes conditions. Avec le classement comme stupéfiant, les contraintes vont être multipliées : bons de commande extraits de carnets à souches, voies de commandes spécifiques chez le grossiste, registre comptable des stupéfiants paraphé par la police ou le maire... Le risque est la baisse de l'implication et de la motivation des professionnels de santé. Et pour le

patient non plus ce n'est pas forcément une bonne chose. La diabolisation de la BHD, devenue stupéfiant, risque de le stigmatiser un peu plus vis-à-vis de son entourage et d'autres professionnels de santé. De plus, la désimplification des pharmaciens va entraîner une concentration des patients substitués sur les professionnels de santé qui continueront de s'impliquer. Et cela va forcément poser des problèmes d'organisation et avoir un impact sur la qualité de la relation avec les patients. Pourtant, cette relation thérapeutique, qui avait pu s'installer avec l'arrivée de la BHD, est primordiale.

Au lieu de classer la BHD comme stupéfiant, il serait préférable d'améliorer la formation des pharmaciens sur la substitution et la collaboration avec les médecins et les autres acteurs impliqués.

#### Sur quels indicateurs pourra-t-on juger des effets d'une telle mesure ?

L'un des indicateurs sera justement la concentration de l'activité sur quelques officines qui continueront de s'impliquer, et la désaffection des autres pour les problématiques de substitution. Cela sera un témoin de l'échec de cette mesure, de son impact négatif sur la qualité des soins.

#### Quelle sera selon vous l'influence sur le marché de l'arrivée d'un (ou de plusieurs) générique(s) ?

Ce qui me gêne avec les médicaments génériques, c'est qu'il s'agit uniquement de faire baisser les coûts. Pour inciter les pharmaciens à les prescrire, on augmente leur marge brute sur les médicaments génériques en autorisant des remises supérieures, pour compenser la baisse de prix. Ce à quoi viennent s'ajouter les objectifs personnels de substitution (des médicaments princeps par des génériques). La sécurité sociale fixe les objectifs pour l'année à chaque pharmacien : 70 % des ventes sous

forme de générique par exemple une année, si on était à 60 % l'année précédente. On risque ainsi de voir des pharmaciens passer tous leurs patients sous buprénorphine générique, juste pour atteindre ces objectifs.

Alors bien sûr, si le générique a strictement les mêmes qualités que le médicament original, qu'il se dissout mieux sous la langue, et même qu'il occasionne moins de dégâts si jamais on l'injecte, alors cela sera une initiative intéressante. Mais ce sera au patient de nous dire s'il y trouve son compte.

Avoir un choix thérapeutique, c'est bien, mais si l'alternative est faussée par des arguments économiques, cela risque de se faire au détriment du patient. J'aurais trouvé plus normal que l'on impose de baisser le prix du Subutex®, et que l'on rémunère les pharmaciens organisés en réseau, en les encadrant avec des évaluations.

#### Quelle est votre position sur la primo-prescription de méthadone en ville ?

Je pense que de nombreux médecins expérimentés en ville sont capables de prescrire de la méthadone et de nombreux pharmaciens de la délivrer dans de bonnes conditions, en relation étroite avec ces mêmes médecins. Moi-même je serais prêt à collaborer avec un médecin pour délivrer une primo-prescription de méthadone dans ce cadre. Mais là encore le problème serait de recruter suffisamment de pharmaciens. Car délivrer de la méthadone en primo-prescription demande beaucoup de travail et de temps passé avec le patient. Et il y aurait un risque là encore de concentration des patients dans quelques pharmacies. Il me semble logique que cela puisse se faire car nous savons que de nombreux patients ne reçoivent pas de méthadone alors que cela devrait être le médicament de choix dans leur indication, mais les conditions actuelles ne le permettent pas.

Par contre, si les contraintes administratives liées à la délivrance des stupéfiants sont allégées, comme on nous le promet depuis longtemps, nous pourrions recruter plus de pharmaciens impliqués et motivés et probablement avoir un meilleur équilibre entre les patients traités par la buprénorphine et ceux traités par la méthadone.

#### L'héroïne médicalisée est-elle selon vous un médicament de substitution potentiel ?

C'est sans aucun doute une alternative intéressante. J'ai visité à Bâle, en Suisse, un centre qui délivrait de l'héroïne médicalisée et j'ai été impressionné par le professionnalisme et la manière dont cela se faisait. Je pense que cela pourrait être utile à certains patients, surtout ceux qui sont encore traités aux sulfates de morphine ou qui injectent la buprénorphine. Mais, bien sûr, les contraintes devraient être drastiques, et cela devrait se faire dans des structures "contenantes". ■

# L'opium du peuple afghan

## GÉOPOLITIQUE DES DROGUES

*La lutte contre le narcotraffic commence dans les pays producteurs. L'Afghanistan, principal fournisseur d'opiacés est un exemple frappant. Alain Labrousse, auteur du livre "Afghanistan. Opium de guerre, opium de paix"<sup>1</sup>, connaît bien ce pays. Il explique pour Swaps les difficultés pour trouver des solutions alternatives à la culture du pavot et le dessous des cartes de la géopolitique des drogues.*

### Quelle est la situation aujourd'hui en matière de production d'opiacés en Afghanistan ?

L'Afghanistan reste le premier producteur d'opiacés. Depuis quatre ou cinq ans et l'intervention des forces de la Coalition, la situation s'est considérablement dégradée. On peut faire un petit retour en arrière pour se rendre compte de l'évolution liée aux derniers événements. En 2000, les talibans alors au pouvoir ont interdit de semer du pavot, entraînant en 2001 un effondrement de la production dans les zones qu'ils contrôlaient : celle-ci est passée de 3 600 tonnes à 5 tonnes. En 2002, la production a repris avec 3 200 tonnes, car les talibans étant en guerre, ils n'ont pu faire appliquer une nouvelle interdiction. Arrivé au pouvoir, le nouveau président Hamid Karzaï a à son tour interdit de semer et les Britanniques, chargés au sein de la coalition de la lutte antidrogue, ont investi 20 à 30 millions de dollars pour arrêter la production. Et pourtant, 3 400 tonnes ont été produites en 2003 ! En 2004, on a atteint la production record de 4 200 tonnes... En 2005, malgré une diminution de 20 % des superficies cultivées, la production est restée pratiquement identique (4 100 t) grâce aux bonnes conditions climatiques.

Ce qui est inquiétant, c'est que si la production a baissé dans les grandes régions traditionnelles de production (Nangarhar à l'est, Helmand au sud et Badakhshan au

### Étant donné les difficultés rencontrées dans la lutte contre la production, que pensez-vous des politiques d'éradication "sauvages" ?

Il est vrai que les États-Unis poussent à la fumigation par herbicides. D'ailleurs, dans le budget de 780 millions de dollars octroyé par Washington à la lutte contre la drogue en Afghanistan en 2005, 150 millions étaient initialement attribués à la fumigation. Mais ce projet a provoqué une levée de boucliers jusqu'au gouvernement afghan, notamment à cause des risques pour la population (particulièrement les enfants) et le bétail.

Selon moi, ces solutions ne sont de toute façon pas adaptées. Les actions d'éradication ont pour conséquence directe de faire disparaître les grandes zones de production, au profit de petites plus inaccessibles dans les montagnes. C'est ce qui s'est passé en Colombie par exemple. Il est plus facile d'empêcher de semer que d'essayer d'éradiquer. Il y a moins de résistances de la part des cultivateurs, qui ne voient pas partir leur argent en fumée.

### Parmi les solutions employées pour réduire la culture d'opium en Afghanistan, des aides financières sont proposées aux cultivateurs. Quel est votre point de vue sur ces mesures ?

Les opérations de *cash for work*, consistant à proposer des travaux d'intérêt général, sont intéressantes. Mais le problème c'est qu'on ne donne aux paysans que la moitié



<sup>1</sup> Alain Labrousse, *Afghanistan. Opium de guerre, opium de paix*. Ed. Mille et une nuits, décembre 2005, 394 pages, 20 euros

nord-est), elle a essaimé dans les régions environnantes, particulièrement au nord et au nord-ouest et à Kandahar.



de ce qu'ils auraient gagné avec l'opium. Et c'est limité dans le temps.

Les initiatives telles que le micro-crédit<sup>2</sup> sont plus intéressantes. Il faut se rendre compte du niveau de vie d'un cultivateur d'opium en Afghanistan : le pavot rapporte 4 500 dollars à l'hectare. En moyenne, un paysan afghan possède un tiers d'hectare, qui lui rapporte ainsi 1 500 dollars. Et souvent les paysans vendent leur récolte à l'avance. Cultiver de l'opium est donc le seul moyen pour des paysans pauvres d'accéder au crédit. Introduire le micro-crédit est donc une alternative intéressante. Si on leur prête 500 dollars, ils auront les moyens de s'en sortir en cultivant autre chose que le pavot. Mais des entreprises américaines se sont lancées dans l'aventure principalement dans le but de faire du bénéfice. Elles ne prêtent qu'aux personnes les plus solvables, pour être certaines d'avoir un retour sur investissement. Résultat : seuls les commerçants en profitent, et les cultivateurs se retrouvent de nouveau exclus. En fait, pour être réellement efficaces, les initiatives de micro-crédit ne devraient pas être ponctuelles et liées à des organismes étrangers, mais assurées par un système institutionnalisé, placé sous le contrôle de l'État.

### **Et proposer aux cultivateurs de passer à d'autres types de production, est-ce envisageable ?**

Des initiatives sont effectivement menées par certaines ONG pour aider les cultivateurs à trouver des cultures de substitution à forte valeur ajoutée. Il y a par exemple des projets en Afghanistan pour produire de l'eau de rose et de l'essence de rose. Mais il y a les problèmes de concurrence internationale (avec l'Iran ou la Bulgarie dans ce cas). Des essais de culture de safran sont également mis en place. Mais le problème est de trouver des débouchés. De même, des initiatives pour développer l'artisanat local sont étouffées par le Pakistan, qui inonde les Afghans de produits manufacturés. La situation est la même en Amérique latine, au Pérou et en Bolivie notamment, où les projets de culture de fruits tropicaux pour remplacer la drogue se heurtent à la production écrasante du Brésil. De plus, il faut être vigilant avec ces programmes de substitution des cultures. L'exemple de la Thaïlande est éloquent. Ce pays produisait 200 tonnes d'opium à la fin des années 1970. Le gouvernement a alors imposé de remplacer le pavot par du chou. Pesticides, engrais... la course au rendement a provoqué un véritable désastre écologique. Et il y avait une petite consommation traditionnelle d'opium chez les minorités ethniques. Privées de leurs ressources locales, les populations ont eu affaire aux trafiquants,

<sup>2</sup> Le micro-crédit consiste à prêter de petites sommes d'argent, à des faibles taux, sur des périodes courtes. Il s'adresse aux personnes pauvres qui n'ont pas les moyens d'emprunter aux banques.

<sup>3</sup> Le Conseil de Senlis est une fondation spécialisée dans le domaine des drogues créé en 2002, constitué d'experts internationaux. Il est contre les politiques prohibitionnistes et propose des approches plus "pragmatiques" et moins répressives en matière de lutte contre la drogue.

qui leur ont proposé de l'héroïne pour compenser. Le nombre d'injecteurs a alors explosé. Enfin, il faut souligner que la culture du chou n'a pas éradiqué celle de l'opium. Les champs de pavot ont simplement franchi la frontière, et ont continué en Birmanie.

### **Que pensez-vous des idées de transformation des cultures illicites en production légale, pour l'industrie pharmaceutique ?**

Le Conseil de Senlis<sup>3</sup> a lancé cette idée de transformer la production d'opium illégal en opium légal. C'est effectivement ce qui s'est passé dans un pays comme la Turquie. Avant les années 1970, c'était le premier producteur mondial d'opium. Il y a eu alors une reconversion et aujourd'hui il ne reste qu'une production à des fins pharmaceutiques (pour produire la morphine).

Mais dans le cas de l'Afghanistan, le problème est bien sûr celui de l'offre et de la demande : on ne pourrait pas transformer l'énorme production illégale en production légale. Certes, le Conseil de Senlis souligne que 6 % seulement de la population mondiale (celle des pays riches) consomme 80 % de la morphine produite, arguant qu'il faudrait en produire plus pour les pays en développement. Mais ce raisonnement ne tient pas. En effet, si la morphine n'est pas utilisée dans certains pays, c'est surtout par manque de structures médicales et sanitaires pour la délivrer. Augmenter la production de morphine serait inutile. Sans parler des questions posées par l'imposition de la morphine à tous ces pays, sans tenir compte des techniques locales de lutte contre la douleur. Enfin, il y a le problème de la rémunération : l'opium pour produire de la morphine en Inde est payé dix fois moins cher aux cultivateurs que l'opium illicite en Afghanistan !

### **En matière de lutte contre la drogue, on a l'impression que ce sont les Américains qui dictent leurs règles, en Afghanistan comme dans le reste du Monde. Est-ce une réalité ?**

Aujourd'hui, la politique internationale de lutte contre la drogue est effectivement dominée par les Américains. L'ONU a certes des prises de décisions indépendantes, mais dans les faits elle suit la ligne américaine. Par exemple, l'ONU était contre les fumigations en Colombie. Mais aujourd'hui, l'organisation a nuancé ses propos, et elle se cantonne à refuser les fumigations... sur les petites exploitations de moins de trois hectares. L'ODC (Office on Drugs and Crime) des Nations Unies subit continuellement des pressions américaines : il avait eu le malheur d'évoquer dans une publication la réduction des risques. Les États-Unis ont aussitôt menacé de suspendre leurs financements si cette mention ne disparaissait.

## La Bolivie et la coca légale

Début 2006, les déclarations du nouveau président bolivien Evo Morales ont défrayé la chronique : il s'engageait à militer pour la dépénalisation internationale de la culture de la feuille de coca ainsi qu'à favoriser sa production légale pour un usage traditionnel. Et à explorer d'autres marchés, tels la Chine.

Pour Alain Labrousse, cette politique a ses limites : "Il est vrai qu'en Bolivie il existe une consommation traditionnelle (qui consiste à mâcher les feuilles de coca) qui concerne toute la population. C'est à la fois un symbole identitaire et une forme d'antiaméricanisme. Il existe d'ailleurs une industrie de la feuille de coca pour fabriquer différents produits (dentifrice, crèmes, etc.) et donc une production légale limitée. Et bien sûr il y a le fameux maté, un thé de coca qui, contrairement aux feuilles mâchées, ne contient pratiquement pas d'alcaloïdes : le processus de séchage les fait disparaître. Le pape Jean Paul II a d'ailleurs "légitimé" cette consommation en prenant du maté lors de sa visite en Bolivie. Mais la consommation de maté ne saurait absorber toute la production de coca : pour faire un kilo de cocaïne, il faut 200 kg de feuilles, et ces 200 kg de feuilles donneraient des milliers de litres de maté ! Il faudrait pour cela que tous les Chinois remplacent le thé par du maté de coca, et cela ne suffirait même pas.

Par ailleurs, il faut relativiser le problème : 27 000 hectares de coca sont cultivés en Bolivie, dont 12 000 légaux. En Colombie, on atteint 80 000 hectares illégaux. Autre différence avec la Colombie ou le Pérou : les syndicats de *cocaleros*, les cultivateurs de coca, sont centralisés, et donc plus maîtrisables. D'autant plus qu'Evo Morales est issu de leurs rangs, il devrait donc jouer de son influence pour que les productions n'augmentent pas..."

sait pas. Une motion a même été déposée en 2003 pour dénoncer les "politiques laxistes" des Européens en matière de lutte contre les drogues (dépénalisation, RdR...). Et elle a été acceptée avec l'appui de nombreux pays africains, arabes et asiatiques...

Si l'Europe se démarque des États-Unis dans sa politique de lutte contre la drogue, elle reste peu active sur le plan international. Par exemple, l'Union avait refusé de participer au Plan Colombie, trop centré sur la répression et les fumigations. Mais elle n'a pas pour autant fait des contre-propositions politiques, alors que les pays d'Amérique latine sont demandeurs d'alternatives aux solutions proposées par les Américains. Mais il est clair que le continent sud-américain est le pré-carré des Américains. L'Europe n'aurait de toute façon pas les moyens d'intervenir à la même hauteur : les États-Unis, par exemple, ont investi 5 milliards de dollars en Colombie entre 2001 et 2005. Et l'Europe moins de 200 millions.

### Selon vous, quelles mesures faudrait-il prendre aujourd'hui pour espérer diminuer le trafic de drogue au niveau international ?

La première mesure serait d'augmenter les crédits. Les budgets en matière de lutte contre la drogue sont largement insuffisants pour avoir un quelconque effet. Prenez par exemple le budget de l'ODC : c'est 100 millions de dollars, dont la moitié pour le fonctionnement de la structure : l'équivalent d'à peine quelques centaines de kilos de drogue ! Certes, les Américains investissent encore plus d'argent. Mais il faut mettre les sommes en perspective avec les 200 à 300 milliards de dollars de chiffre d'affaires du narcotrafic...

Ensuite, il faut investir dans les actions les plus efficaces. Aujourd'hui, la majeure partie de l'argent est consacrée à la répression. Alors que, comme le soulignait une étude prospective de la Rand Corporation, 1 dollar investi dans la prévention a le même impact sur la consommation que 7 dollars mis dans la répression !

PROPOS RECUEILLIS PAR ALAIN SOUSA ET PHILIPPE PÉRIN

## ANNIVERSAIRE

*Réalisera-t-on un jour l'influence du LSD dans les grandes mutations sociales de ces dernières décennies ? Inspiré par le symposium organisé à l'occasion des 100 ans de son inventeur, Albert Hofmann, Swaps se devait de relater l'histoire de cette substance qui a bouleversé la génération du baby-boom, enthousiasmé nombre de scientifiques, donné des sueurs froides à l'establishment, étourdi la jeunesse... et laissé, parfois, les plus fragiles sur le carreau.*

# Voyage DANS

Un symposium quelque peu surprenant a réuni récemment plus de 1 700 personnes à Bâle en Suisse<sup>1</sup>. Il s'agissait de fêter les 100 ans d'Albert Hofmann, l'inventeur du LSD. Trois générations, trois cultures, trois univers s'y sont rencontrés autour d'un point commun : l'intérêt pour les états de conscience modifiés et l'exploration du psychisme. Papy septuagénaires, anciens "soixandizards" socialement bien intégrés et jeunes "psychonautes" imprégnés de culture techno-transe et de néo-chamanisme... tous sont venus rendre hommage à l'inventeur de la "bombe psychique", qui a pris son dernier "trip d'acide" à 97 ans.

### L'ergot de seigle, un peu d'histoire

Depuis le haut moyen âge on connaît le "mal des ardents" ou "Feu de Saint-Antoine", caractérisé par des sensations de brûlure intolérables, des états d'hébétéude et de crises de folie hallucinatoire. La "Peste de feu", entre autres catastrophes, ravagea Paris en l'an 945. Les malheureux, en proie à des convulsions délirantes et pris pour des possédés, finissaient parfois sur le bûcher. Ce n'est qu'au XVII<sup>e</sup> siècle qu'on comprit que ces épidémies étaient dues à de la farine de seigle contaminée par un minuscule champignon : l'ergot de seigle (*claviceps purpurea*). La dernière grande épidémie eut lieu en 1926-1927 dans le sud de la Russie.

En 1918, le célèbre laboratoire pharmaceutique suisse Sandoz isola l'ergotamine, un alcaloïde efficace contre les hémorragies en obstétrique ainsi qu'un remède pour la migraine. Puis, au début des années 1930, des scientifiques américains définirent la structure constitutive fondamentale de l'ergot de seigle : l'acide lysergique.

### Le Moi d'Albert face à l'éternelle infinité du cosmos

<sup>1</sup> [www.lsd.info](http://www.lsd.info)

<sup>2</sup> Albert Hofmann, *LSD, mon enfant terrible*, Ed du Léopard, 1996

<sup>3</sup> LSD est l'acronyme allemand de Lysergsäure-Diäthylamid.

En 1938, Albert Hofmann, chimiste chez Sandoz, synthétise à son tour une série de dérivés de cet acide dans le but d'élaborer des médicaments destinés à réguler la pression sanguine ou favorisant l'irrigation veineuse. Le résultat reste

dans un placard jusqu'au 16 avril 1943. Ce jour-là, Hofmann manipule quelques milligrammes de ce dérivé de l'acide lysergique et note peu après des sensations inhabituelles : vertige, angoisse, associations de pensées fulgurantes... Arrivé chez lui il s'écroule, "submergé par des flots d'images fantasmagoriques extrêmement inspirées" : "dans un état de crépusculaire, je me trouve sous le charme de vagues d'images d'une plasticité extraordinaire sans cesse renouvelées, en un jeu kaléidoscopique inouï!"<sup>2</sup> Les effets s'atténuent au bout de deux heures.

Que s'est-il passé ? Il ne pouvait s'agir que de ce dérivé lysergique, dont il n'avait pourtant manipulé que quelques milligrammes. Pour en avoir le cœur net, trois jours plus tard, il en absorbe 250 microgrammes. Après 40 minutes, il note des vertiges, un sentiment d'angoisse, des troubles de la vision, une hilarité incompressible. La suite ne fut écrite que deux jours plus tard. Zigzaguant dangereusement sur la route, il rentre chez lui à vélo, et, devant la violence des effets, fait appeler un médecin. Celui-ci assiste, impuissant, au premier vrai "trip" de LSD. La substance a totalement raison du pauvre Albert qui, malgré tous ses efforts, ne peut contenir l'éclatement de son Moi, soluble dans le cosmos infini des espaces intérieurs dévoilés par la drogue. Sentiment de possession, visions dantesques, beauté inexprimable... les sons deviennent des fontaines de couleurs jaillissantes. Et cette peur, lancinante, de rester indéfiniment ainsi, fou, perdu, sans plus aucun contrôle sur soi.

Au bout de huit heures, les effets diminuent. Le lendemain il s'éveille, l'esprit clair bien qu'un peu las. "Un sentiment de bien-être m'enveloppait, comme si une vie nouvelle s'ouvrait. Le monde était comme recréé." Hofmann est persuadé que ce produit ouvre un champ d'expérimentation psychique et thérapeutique extraordinaire. À ce moment, jamais il ne soupçonne que le diéthylamide de l'acide lysergique, ou LSD 25<sup>3</sup>, puisse un jour quitter le champ médical et scientifique.



# 1<sup>re</sup> histoire du LSD

## Expérimentations thérapeutiques

Le premier rapport sur les effets du LSD est publié en 1947 dans les Archives suisses de neurologie. En 1951, C. Savage mentionne l'intérêt du LSD pour traiter la dépression. Un peu plus tard, la première LSD Clinic ouvre en Angleterre. R.A. Sandison y expérimente la "thérapie psycholithique"<sup>4</sup> avec de faibles doses de Délysid, du LSD en ampoules généreusement diffusé par Sandoz. Osmond, aux États-Unis, invente la "thérapie psychédélique"<sup>5</sup> en proposant une prise plus forte de LSD, susceptible selon lui de déclencher chez certains angoissés une expérience proche de l'illumination religieuse ou mystique, pour ensuite l'aider à reconstruire sa personnalité. Abramson se sert de LSD pour mener des cures de désintoxication de l'alcool, Bastiaan pour aider les survivants de camps de concentration à surmonter leur traumatisme. À Prague, le fameux psychiatre Stanislas Grof, inventeur de la "psychologie transpersonnelle", mène ses "LSD therapies" qu'il expérimentera auprès de plus de 3 500 personnes, souvent avec succès. Des conférences scientifiques internationales sont consacrées au LSD, et plus de mille études portant sur 40 000 cas sont publiées<sup>6</sup>.

Parallèlement, Hofmann fait découvrir le produit à des écrivains et des philosophes comme Ernst Jünger, Aldous Huxley, Alan Watts ou Rudolph Gelpke, qui reproduisent les expériences hallucinogènes menées avant-guerre avec le peyotl et la mescaline. Il continue ses recherches sur les substances hallucinogènes, découvrant entre autres la psilocybine dans les champignons mexicains que lui envoie son ami Robert Gordon Wasson.

## Quand la CIA s'en mêle

Pendant ce temps, la CIA, qui entrevoit entre

Le souvenir d'Albert Hofmann rentrant chez lui à vélo, lors de son premier "trip", a été commémoré par de nombreux "acid blotters" (feuilles de buvard imbibées de LSD à découper en microdoses) appelés "Hofmann 2000".



autres dans le LSD un sérum de vérité potentiel, se lance dans des expérimentations hasardeuses, faisant prendre à leur insu des doses parfois énormes à divers militaires, fonctionnaires ou collègues<sup>7</sup>. Certains se suicident. D'autres atterrissent définitivement en hôpital psychiatrique. Le maccarthysme et la guerre froide justifient toutes les dérives. À Lexington, fameuse prison/centre de désintoxication pour drogués, le sinistre Dr Isbell, connu pour ses accointances avec la CIA, fait donner durant 60 jours d'affilée du LSD en doses croissantes à des détenus essentiellement blacks.

Les chercheurs, notamment psychiatres et psychologues, continuent eux aussi à explorer les ressources du LSD. A.M. Hubbard, un riche aventurier qui a pris du LSD avec Osmond et Huxley, propage son enthousiasme pour cet incroyable "révélateur des espaces intérieurs", en en distribuant généreusement à la future intelligentsia de la "contre-culture". Poètes, musiciens, écrivains, anthropologues, chercheurs et scientifiques sont nombreux à y goûter. On parle de lucidité infiniment exaltée, d'accès aux mystères de l'univers visible et invisible, d'immersion dans l'infra-mémoire cellulaire de la matière... Des proches de Walt Disney essayent les psilocybes en vacances au Mexique (expérience qui fut à l'origine du film "Fantasia") puis font connaître la drogue à Hollywood. De nombreux artistes découvrent avec intérêt la fabuleuse substance. Cary Grant déclarera en avoir pris des dizaines de fois. À Paris, le Pr Deniker, de l'hôpital Sainte-Anne, expérimente le LSD avec quelques-uns de ses jeunes confrères et étudiants. Quelques-uns auront du mal à s'en remettre. L'un d'entre eux se suicidera. L'usage thérapeutique du produit est controversé. Les effets en sont trop imprévisibles. Étudiants et carabins témoigneront néanmoins quelques années plus tard de l'inégalable effet aphrodisiaque du punch au LSD<sup>8</sup>.

## "Le sacrement de l'acide"

En 1961, Michael Hollingshead<sup>9</sup>, un Anglais vivant à New York, commande un gramme de LSD à Sandoz. Il dilue la drogue dans un pot de mayonnaise et fait 5 000 doses de 200 mcg. Il en consomme et en distribue à qui en veut. Ce sont les fameuses "Loving spoonful". L'expérience le bou-

<sup>4</sup> psycholithique: qui provoque le relâchement des tensions psychiques.

<sup>5</sup> Psychédélique: qui dévoile, révèle l'esprit.

<sup>6</sup> Sidney Cohen, LSD 25, Coll Témoins, Gallimard, 1964

<sup>7</sup> Martin A. Lee & Bruce Shlain, LSD et CIA, quand l'Amérique était sous acide, Ed du Lézard, 1994

<sup>8</sup> Pierre Deniker, Les drogues, trafic et contagion, Plon, 1988 (Le LSD n'était pas encore illégal)

<sup>9</sup> Michael Hollingshead, The Man Who Turned on the World, Blond & Briggs Ltd., Londres 1973





leverse et il organise une rencontre avec Aldous Huxley et Timothy Leary, qui goûte pour la première fois au LSD. C'est la révélation. Le bouillant professeur de psychologie de Harvard, qui expérimente avec succès la psilocybine dans le cadre de psychothérapies avec des détenus, va faire goûter la drogue autour de lui. Leary pense qu'il faut abandonner toute approche comportementaliste, être capable de faire abstraction de toute rationalité pour aborder les possibilités fantastiques de cette substance en matière d'exploration psychique. Le conflit avec les autorités de la prestigieuse université s'aggrave. Leary doit quitter Harvard. Les journaux commencent à parler de la "mind expanding drug"<sup>10</sup>.

**N**ous sommes au début des années 1960. De nombreux intellectuels ont goûté la fameuse drogue. Les frères Kennedy renouvelleront plusieurs fois l'expérience. Leary et quelques adeptes, qui ont tenté de s'établir au Mexique pour y ouvrir un lieu d'expérimentation des hallucinogènes, en sont expulsés. Ils s'établissent à Millbrook, près de New York, où un jeune milliardaire met à leur disposition une gigantesque demeure. L'endroit devient le haut lieu de tous ceux qui veulent "vivre le sacrement de l'acide". Leary, rejoint par le poète Allan Ginsberg, fonde l'IFIF (Fédération interna-

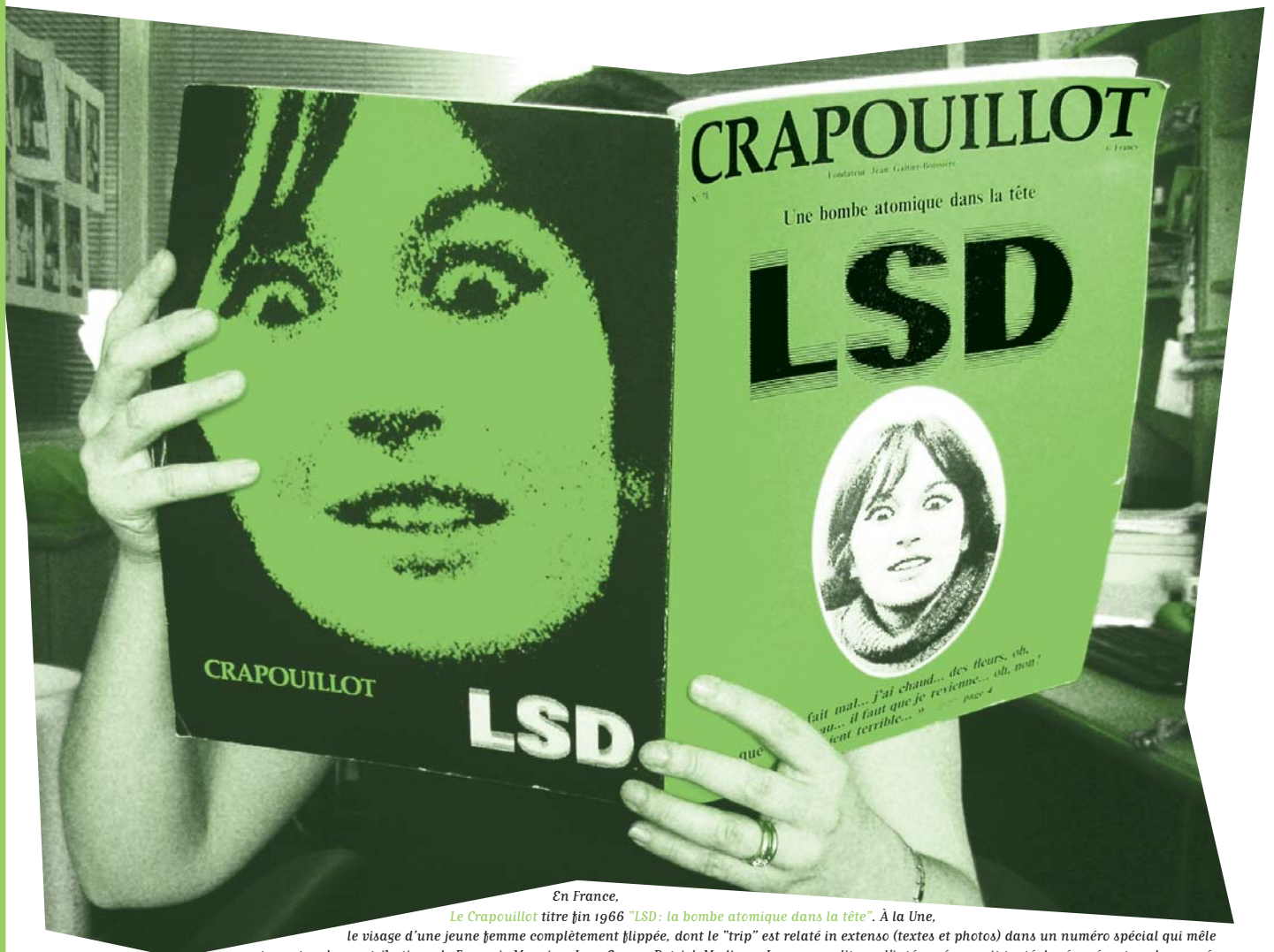
<sup>10</sup> Drogue qui permet l'expansion de la conscience.

<sup>11</sup> Timothy Leary, *La politique de l'extase*, Fayard, 1973

tionale pour la liberté intérieure) et entreprend d'adapter le *Livre des morts tibétains* dans le but d'en faire un guide, *The psychedelic experience*, pour explorer les espaces intérieurs, persuadé que l'acide permettait de se brancher sur son code génétique<sup>11</sup>. Pendant cinq ans, Millbrook devint la Mecque du psychédéisme. De nombreuses stars comme Donovan, les Beatles ou Keith Richards y ont pris leur premier "trip". Ça et là pourtant, des rumeurs commencent à se propager. Quelques-uns parmi les plus fragiles sont balayés par la violence lysergique et se retrouvent en hôpital psychiatrique. Sous la pression des autorités effrayées par le succès du produit, l'accès au Délysid devient contraignante (il faut une autorisation de la Food & Drug Administration). Des petits malins entreprennent alors d'en fabriquer, tel le fameux chimiste Owsley, qui fabrique des millions de doses, vendues 1 à 2 dollars, et peine à répondre à la demande.

## Enfants fleurs et déferlante hippie

Ken Kesey, l'auteur de "Vol au-dessus d'un nid de coucou", décide à son tour de promouvoir la connaissance par l'intermédiaire des hallucinogènes. Avec une furieuse bande de potes, il commence à sillonner les États-Unis et à organiser des "happenings" appelés "Acid Tests". Des



En France,

Le *Crapouillot* titre fin 1966 "LSD: la bombe atomique dans la tête". À la Une,

le visage d'une jeune femme complètement flippée, dont le "trip" est relaté in extenso (textes et photos) dans un numéro spécial qui mêle entre autres les contributions de François Mauriac, Jean Cau ou Patrick Modiano. La rumeur dit que l'intéressée aurait tenté de récupérer tous les numéros.

affiches “Can you pass the Acid Test” invitent les curieux à venir goûter la fameuse substance “*qui fait les yeux émerveillés*”. Au son d’une musique planante, balayé par des lumières multicolores (les premiers *light shows*), des dizaines de milliers de personnes s’élancent dans l’univers lysergique. Tom Wolfe tirera un bouquin mémorable de cette épopée<sup>12</sup>. Peu à peu apparaît toute une iconographie faite d’arabesques colorées, ouvertement inspirée par les visions du LSD. Une nouvelle musique dédiée à l’acide est née. Les Grateful Dead, Jefferson Airplane, Moody Blues et autres donnent le ton : c’est l’ère du psychédéisme. L’ère du LSD.

**E**n 1966, des millions de jeunes Américains auront goûté à l’acide. La consommation de cannabis a explosé. Des dizaines de milliers de jeunes se laissent pousser les cheveux, se parent de fleurs et se dirigent vers San Francisco où règne une effervescence incroyable. C’est l’explosion hippie. Les enfants de l’après-guerre ne veulent pas des valeurs de leurs parents et prônent l’amour libre, une vie hédoniste et la liberté de consommer, persuadés que le vieux monde n’en a plus pour longtemps et qu’un âge d’or, d’amour et de bonté est en route. L’acide a permis d’entrevoir le nirvana, le non-désir, le non-être du Tao. Il faut donc laisser dissoudre l’ego dans la conscience cosmique. Mais le LSD peut aussi dissoudre la raison, voire les neurones, et de plus en plus de jeunes fugeurs sombrent dans la consommation d’amphétamines ou atterrissent en HP. Devant l’ampleur des dégâts, des médecins ouvrent les fameuses “free clinics” et les autorités s’affolent. Condamné à trente ans de prison pour quelques grammes de marijuana, Leary devient un martyr. En quelques mois, le LSD, classé comme drogue au même titre que l’héroïne, est interdit quasiment partout dans le monde. Ce qui n’empêche pas Owsley, depuis la Californie, de continuer à inonder le monde de ses “California Sunshine”, “Window Pane” ou “Purple Haze”.

## La fin d’une illusion

En un an la musique, la mode, la littérature, les drogues “hippies” ont déferlé sur l’Europe. À Paris, quelques intellectuels issus du situationisme fondent l’*Internationale Hallucinex*, éphémère revue dédiée à “*l’arme absolue de l’art, de la philosophie et de la révolution*”. Les premiers freaks sous acide regardent, amusés, mai 68 et le balayage de l’ordre ancien dans un nuage de marijuana. Pourtant, aux États-Unis, le mouvement bat de l’aile. Trop de freaks sombrent dans les drogues dures ou les sectes. Des chimistes inconscients fabriquent des trucs de plus en

plus durs : PCP, STP... L’assassinat de Sharon Tate, femme du cinéaste Roman Polansky, par une bande d’allumés gavés d’acide achèvera de diaboliser le “sacrement chimique”. Altamont, l’île de Wight et Woodstock, où des centaines de milliers de jeunes gobent des millions d’acides resteront les apothéoses d’une de ces époques déchaînées de l’histoire du monde<sup>13</sup>.

Assimilé aux autres drogues, galvaudé par les trafiquants, le LSD perd peu à peu son aura. Et le mouvement continue à s’étioiler tout au long des années 1970. Parfois vers l’Orient, où beaucoup sombreront dans la torpeur d’un quotidien médiocre mais supportable grâce à l’héroïne et autres drogues dures qui, peu à peu, terrassent la fougue des plus allumés. On dira que “*ceux qui ont vraiment vécu les années 70 ne peuvent plus s’en rappeler*”...

## Le renouveau des années 1990

L’acide perd sa notoriété jusqu’au début des années 1990 et l’apparition de la vague techno et des grands teknivals européens où la substance, en phase avec les exigences des jeunes teuffeurs et des sets des DJ, est parfois vendue à la criée. “Hoffmann 2000”, “Panoramix”, “Strawberry”, “Fat Freddy” sont les nouveaux logos gobés par une jeunesse en treillis et capuche qui, grâce à l’acide et à l’ecstasy, peut “entrer dans le son”, vivant une relation physique avec une musique souvent saturée d’infra-basses. Les acides de l’an 2000, généralement moins dosés que ceux des années 1960, sont souvent consommés pour leurs effets euphorisants<sup>14</sup>.

À Bâle en ce mois de janvier 2006, des soixantaines grisonnantes sourient avec indulgence face aux jeunes enthousiastes nostalgiques du psychédéisme. Les survivants aux figures ridées des hérauts de la contre-culture ont gardé l’œil malicieux d’enfants ayant joué un incroyable tour au monde en plantant les graines qui ont engendré la cybernétique, orienté la recherche sur le fonctionnement du cerveau et inspiré des techniques révolutionnaires. Steve Jobs, le fondateur d’Apple, les créateurs d’Open Source<sup>15</sup> et des milliers d’autres ont reconnu l’influence de quelques fulgurances lysergiques dans l’orientation de leur vie.

**L**a génération des “soixandizards” savoure discrètement la victoire qu’elle vient de remporter : l’autorisation de reprendre des recherches, longtemps gelées, sur les potentiels thérapeutiques et scientifiques des hallucinogènes<sup>16</sup>.

Si tous reconnaissent s’être bien amusés durant ces décennies, ils sont en général d’accord pour admettre que le LSD n’aurait jamais dû quitter la sphère expérimentale où des gens formés et responsables en auraient étudié l’incroyable potentiel d’exploration psychique.

<sup>12</sup> Tom Wolfe, *Acid Test. Seuil, 1975*

<sup>13</sup> Jean-Marc Bel, *En route vers Woodstock*, JC Lattès, 1994

<sup>14</sup> Une dose de 40 à 70 mcg (selon le poids de la personne) sera essentiellement euphorisante. La majorité des “trips” vendus dans les milieux festifs contiennent moins de 100 mcg. De nombreux “gobeurs” n’en prennent qu’un quart ou un demi, modulant ainsi les effets souhaités.

<sup>15</sup> Concept communautaire de logiciels libres d’accès, de droits et gratuits, comme Linux.

<sup>16</sup> *The Resonance Project*

<sup>1</sup> Parmi les 78 signataires (74 UMP, 2 UDF et 2 non inscrits) figurent entre autres Bernard Debré et Claude Gossuën. L'auteur de la lettre, Jean-Claude Garraud accuse les responsables de la Mildt de "mettre en œuvre" des "stratégies de banalisation des drogues et d'apprentissage à se droguer "proprement" et certaines associations de "présenter sous un jour favorable les drogues".

<sup>2</sup> Le texte intégral de cette lettre ouverte est consultable sur [www.asud.org](http://www.asud.org)

*Dans une lettre adressée en janvier au Premier ministre, 78 députés de droite<sup>1</sup> demandaient la création d'une commission d'enquête parlementaire sur la Mildt et sur certaines associations de réduction des risques, dont Techno Plus et Asud. Au nom de cette dernière, Fabrice Olivet répond à l'un des députés signataires, Christine Boutin, dans une lettre ouverte dont Swaps publie - ci-dessous quelques extraits<sup>2</sup>. Avec l'envie d'ouvrir un dialogue par-delà les divergences de vue.*

## Lettre ouverte à Christine Boutin

### Asud, enfant illégitime de la droite

(...) Asud, une association animée, dirigée, encadrée, notamment, par des consommateurs ou ex-consommateurs de substances illicites, est un enfant de la droite française. Un enfant bâtard, sans doute, mais les faits sont là : depuis 1992 Asud existe, financé d'abord sous la responsabilité indirecte de Simone Veil et de son secrétaire d'État Philippe Douste-Blazy. Depuis, au fil des alternances, Asud a toujours reçu un soutien implicite ou explicite de la part des anciens démocrates-chrétiens, jusque et y compris lors de la fameuse commission sénatoriale "l'autre cancer" (2002), qui a lancé la croisade contre Asud. À l'époque, le ministre de la Santé, le Dr Mattei, a rappelé spontanément le travail de terrain irremplaçable effectué par Asud-Marseille.

### La drogue : ça n'existe pas !

(...) Les molécules existent, les drogués existent, les prisons existent, les dealers, les escroqués, les braqués, les paumés... mais La drogue point. Ce *deus ex machina* qui arrange tout le monde parce qu'il n'est personne, jamais vu ! (...) Et si la Drogue avait été inventée, Madame Boutin ? Justement par ceux qui depuis trente ans sont comptables de l'échec de la politique de répression menée tout azimuts ?

D'ailleurs, il est paradoxal que ce soit justement vous qui défendiez ce mythe. Ce qui est une façon de se défausser à bon compte d'un geste qui engage, qu'on le veuille ou non, la pleine responsabilité des consommateurs. Je croyais la droite française philosophiquement acquise à la responsabilité individuelle. (...) Très souvent le choix de prendre une drogue ou non est conditionné par l'adage "entre deux maux, choisis le moindre". Ce choix est fait contre la misère, contre la folie – et je parle bien sûr des addictions véritables, pas des expérimentations – et

même contre l'ennui (qui n'est pas le moindre des maux), mais il est fait par des êtres conscients et rationnels.

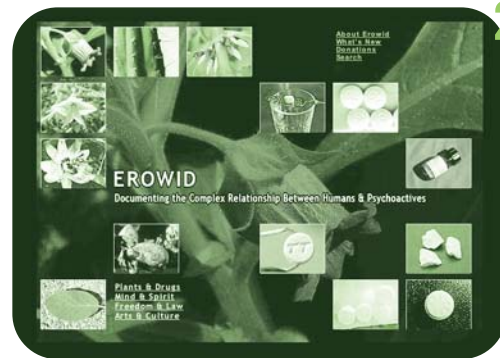
### Le langage du cœur

Dans le même ordre d'idée, il est facile de caricaturer nos propos en faisant de nous des apologues de la Drogue. Non, Madame Boutin, nous n'avons jamais prôné la légalisation des drogues, ni l'héroïne dans les supermarchés. Nous demandons la décriminalisation de l'usage personnel et privé. (...) Nous pensons qu'un simple consommateur, qui ne commet pas d'autre délit que celui de consommer du cannabis plutôt que de l'alcool, ne devrait pas être poursuivi, et cela relève de notre conscience, nous en faire un grief à titre professionnel est pour le moins inquiétant pour l'exercice de la démocratie. (...) Nous sommes responsables de nos actes, à condition de nous accorder tous les attributs de la responsabilité. En connaissance des causes et des effets, nous choisissons le moindre mal en toute conscience. Il s'appelle drogue parfois, c'est pourquoi je vous adresse cette lettre ouverte, car de toutes les injustices que j'ai eu à côtoyer, celle qui concerne les usagers de drogues est celle qui s'apparente le plus au racisme : je te condamne parce que je ne te comprends pas. Tout le travail d'Asud consiste à faire l'inverse. Nous sommes des drogués ou des ex-drogués, et nous prétendons être comme vous, être vous, une part de l'humanité, qui aime, qui souffre et qui s'enivre parfois quand la vie pèse trop lourd. La loi de 1970 qui réprime les gens qui choisissent le chanvre plutôt que la vigne est une loi inhumaine. C'est pour nous empêcher d'exprimer ces opinions, en marge de nos activités professionnelles, qu'on nous intente ce procès. Au nom de l'humanité, Madame Boutin, accordez-nous la présomption d'innocence, avant de signer un texte qui nous condamne sans nous avoir entendu.

FABRICE OLIVET, ASUD

# www.erowid.org

# l'incontournable



## MULTIMÉDIA

*Avec ses quelque 40 000 visiteurs par jour et ses milliers de documents sur plusieurs centaines de substances, le site [www.erowid.org](http://www.erowid.org) constitue, pour les internautes anglophones, une source irremplaçable d'informations. Le tout dans une douce ambiance psychédélique qui n'exclut pas le sérieux.*

Erowid<sup>1</sup> est un site internet américain indépendant, créé et animé par un couple de trentenaires répondant aux pseudonymes Earth et Fire. Il fonctionne sur la base de dons privés et a pour objectif de *“documenter la relation complexe entre l'homme et les produits psychoactifs”*.

Erowid vise à fournir *“une information à jour, fiable et neutre sur les plantes psychoactives, les drogues de synthèse et les questions qui y sont associées afin de permettre à tout individu et société des choix, des comportements et des politiques plus éclairés”*.

Pour ce faire, la coopération avec les experts pour développer et publier de nouvelles sources d'information, l'amélioration et le développement de l'accès à des ressources existantes, ainsi qu'un travail de maintenance et de préservation de ces ressources en tant qu'archives pour le futur sont mis en avant et recherchés.

## Du café au GHB

Ce site fournit une information abondante (4 500 images et 25 000 documents) sur les produits modifiant les perceptions physiques et mentales, du café à l'alcool en passant par l'iboga, l'ayahuasca ou le GHB, répartie en cinq branches : plantes, produits de synthèse, médicaments, herbes médicinales ou culinaires, agents nootropiques (“smart drugs”).

Pour chaque produit, l'utilisateur peut trouver des informations variées et complètes : nom(s), classification, dénomination et composition chimique, description des effets tant positifs que négatifs, risques, prix, dosages, historique, témoignages, images. Sans oublier un rappel à la loi et un point sur les tests de dépistage existants qui ne se limitent pas à la seule vision américaine mais s'ouvrent à une dimension internationale.

La présentation de la prise de produits dans les traditions spirituelles et les rites religieux à travers le monde et des différentes techniques utilisées (la danse, le rêve, les arts martiaux, la méditation, la prière, le yoga...), celle des personnalités ayant influencé et inspiré la littérature, la spiritualité

et la recherche sur les produits psychédéliques, une collection d'œuvres (peintures, dessins, sculptures, photographies...) d'artistes visionnaires replacent l'utilisation de ces produits dans des contextes culturels, artistiques et sociaux.

## Densité et navigabilité

Erowid est doté d'outils permettant une recherche par mots-clés sur le site dans sa globalité pour les utilisateurs recherchant une information précise, ainsi qu'un index par type de produits autorisant une approche plus globale.

Accessible sur un mode similaire (recherche par mots-clés ou accès via des rubriquages prédéfinis), une librairie permet d'élargir l'accès à des sources d'informations extérieures.

L'information est accessible via différents modes : le thème qu'elle recouvre (la famille de produits par exemple) ou le type d'information à laquelle elle correspond (images, témoignages, législations...).

Une large série de FAQs (questions fréquemment posées) est aussi disponible.

Ce site très dense reste néanmoins d'une navigation aisée pour l'utilisateur, grâce à un rubriquage précis des contenus présentés. La diversité des accès à une même information est parfois troublante tout en constituant un atout pour la recherche d'informations.

Coloré et très largement illustré, ce site donne à lire et à regarder, pour le plaisir du lecteur, et surtout pour une compréhension facilitée des contenus.

## Le pari du choix éclairé

La profusion d'informations proposées par Erowid en fait une source d'informations incontournable, appréciée notamment pour sa présentation de l'usage de produits dans un contexte global, historique, social et culturel, pour l'absence de discours moralisateur ainsi que pour la variété des sources. Les mauvaises langues diront que le site est pro-drogues. Les autres, qu'il encourage les prises de décision et les choix éclairés.

<sup>1</sup> *“The vaults of Erowid: documenting the complex relationship between humans and psychoactives”*



### *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*

Hassan Rahioui,  
Michel Reynaud  
Flammarion Médecine-Sciences  
(Formation permanente),  
2006, 114 pages

Destiné aux praticiens, cet ouvrage constitue une synthèse pratique sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC) appliquées aux addictions. Il rappelle les aspects théoriques et conceptuels de l'addiction (mécanismes psychopathologiques et physiopathologiques) puis fait le point sur les modèles cognitivo-comportementaux et leur intérêt dans la prise en charge des addictions. Ces connaissances de base posées, les auteurs abordent les différentes composantes de la pratique des TCC : analyse fonctionnelle, modèle transthéorique du changement, entretien motivationnel, stratégies de prévention de la rechute, restructuration cognitive...

Les chapitres exposent les bases théoriques, les principes, les outils et la mise en application des TCC. Ils sont illustrés d'exemples et d'études de cas concrets et complétés d'une bibliographie détaillée. Enfin l'ouvrage traite de la prise en charge comportementale et cognitive des conduites addictives dans le cas des thérapies familiales, du couple, à l'adolescence ou spécifiques d'un type de dépendance (alcool, tabac, cannabis, jeu pathologique).



### *Baromètre santé 2005 Premiers résultats*

Sous la direction de Philippe Guilbert et Arnaud Gautier  
Inpes, mars 2006, 170 pages  
L'enquête "Baromètre santé" sur les comportements, connaissances et croyances des Français en matière de santé, réalisée périodiquement par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et ses partenaires, a interrogé en 2005 plus de 30 000 personnes. Elle fournit en particulier des données sur l'évolution de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en population générale. Les analyses détaillent l'évolution de la consommation selon le sexe et l'âge, la quantité consommée, le type et les modes de consommation, les tentatives d'arrêt...

Pour le tabac, l'étude montre en 2005 une baisse de la prévalence du tabagisme par rapport à l'année 2000, particulièrement marquée pour les femmes et les jeunes ; cependant, le nombre de gros fumeurs reste stable.

Pour l'alcool, on note une baisse de la consommation quotidienne et des quantités consommées ; en revanche, il n'y a pas de diminution pour l'ivresse alcoolique et la proportion de buveurs à risque. Pour les drogues illicites, le cannabis est la substance la plus consommée et les principaux consommateurs sont les jeunes et, en particulier les hommes jeunes.

L'expérimentation du cannabis n'augmente pas chez les plus jeunes. La consommation des autres drogues illicites est faible, cependant, l'expérimentation et l'usage occasionnel de l'ecstasy et de la cocaïne sont en hausse.



*Les usages de drogues des adolescents parisiens Analyse de l'enquête Escapad Paris 2004*  
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka  
OFDT, décembre 2005,  
101 pages



*Les consommations de drogues à la fin de l'adolescence à Paris Tendances n°46, janvier 2006,*  
4 pages

Réalisé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies et la Mairie de Paris, le volet parisien de l'enquête nationale Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) a interrogé en 2004 plus de 1 700 Parisiens âgés de 17 ans. Le rapport décrit les consommations de drogues des jeunes Parisiens de 17 ans : niveaux d'usage de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes, de cannabis et d'autres drogues illicites – pour les filles et pour les garçons. Pour la première fois, une analyse infracommunale a été réalisée : un découpage géographique de la capitale en 4 quarts (les arrondissements parisiens sont regroupés en zones globalement homogènes du point de vue économique et social) met en évidence de fortes disparités dans les consommations de substances psychoactives suivant la zone de résidence des jeunes.

Les jeunes résidant dans les quartiers les plus favorisés apparaissent plus souvent consommateurs d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes, de poppers, de cocaïne, voire de cannabis que ceux des quartiers populaires. Un constat à nuancer cependant pour ce qui concerne l'expérimentation d'héroïne (plutôt concentrée dans le nord-est parisien) et pour les usages réguliers de cannabis (dont la répartition est plutôt homogène).

Au final, de ces résultats se dégage une photographie des usages de drogues des jeunes Parisiens, affinée, qui revient sur l'idée d'une métropole parisienne surconsommatrice (issue d'enquêtes et statistiques concernant l'ensemble de la population) et qui invite à mener des études complémentaires afin de disposer d'éléments qualitatifs et explicatifs des facteurs environnementaux – favorisant ou protégeant – en œuvre dans la pérennisation des conduites addictives.

CLAUDINE VALLAURI

**Dépendance :** un mécanisme complexe

Les travaux de l'équipe de Jean-Pol Tassin (Inserm 114) publiés fin avril dans les Comptes rendus de l'académie américaine des sciences (PNAS) remettent en cause l'idée généralement admise selon laquelle la dopamine est l'unique neuromédiateur impliqué dans le processus de dépendance, en mettant en évidence le rôle joué dans ce processus par trois des principaux neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline et sérotonine). *"Normalement, chacune de ces trois molécules agit comme les roues d'un engrenage d'horlogerie et elles se contrôlent l'une l'autre, explique le chercheur. La dépendance s'installe lorsque l'engrenage se découple et que chaque roue se met à tourner sans contrainte."*

L'équipe de l'Inserm a mis en évidence chez le rongeur que les systèmes impliquant la noradrénaline et la sérotonine se régulent mutuellement lorsqu'ils sont activés, par exemple à l'occasion de stimulations sensorielles (vision, toucher, audition). Ce couplage entre les deux systèmes disparaît à la suite de quelques injections espacées (quatre suffisent) d'amphétamine, la substance psychoactive testée. Ce découplage dure plusieurs mois après la dernière prise de drogue et explique que la sensibilisation comportementale se maintienne à long terme. La conséquence physiologique de ce découplage est une hyper-réactivité des neurones

à sérotonine et à noradrénaline qui s'exprime particulièrement lors d'événements stressants ou inhabituels. Une des seules façons qu'aurait le toxicomane pour supporter cette hyper-réactivité serait de reprendre du produit. Pour Jean-Pol Tassin *"il reste à trouver le moyen de réassocier l'engrenage"*.

**L'Allemagne teste l'héroïne**

S'appuyant sur les résultats positifs d'une étude pilote, la responsable au sein du gouvernement allemand de la lutte contre la drogue, Sabine Bätzig, a demandé, début mai, qu'une loi autorisant la prescription d'héroïne comme moyen thérapeutique soit votée par le Parlement avant l'été. La thérapie expérimentale mise en place pendant trois ans dans sept villes allemandes, et qui prend fin au mois de juin, s'adressait aux grands dépendants sur lesquels les cures de désintoxication n'ont plus d'effet. Les 1 120 patients inclus ont été divisés en deux groupes, l'un soigné à la méthadone, l'autre à l'héroïne de manière dégressive pendant 24 mois. 69,1% des personnes traitées à l'héroïne contre 55,2% de celles soignées à la méthadone n'ont pas "replongé" dans une consommation non contrôlée de drogue.

**Soutien alcoologique efficace**

Selon une étude américaine menée sur 1 383 personnes, un soutien alcoologique effectué par un médecin généraliste allié

à un traitement médicamenteux donne de bons résultats dans la lutte contre la dépendance alcoolique. Le National Institute on Alcohol Abuse a voulu savoir si les médicaments pour traiter cette dépendance (la Naltrexone et l'Acomprosate) étaient efficaces sans intervention spécialisée et si cette efficacité pouvait être améliorée en les associant entre eux et avec des interventions comportementales effectuées par le généraliste. Les chercheurs se sont rendus compte que ceux qui restent le plus abstinents sont ceux qui prennent ces médicaments et ont reçu un appui psychologique et comportemental. Selon l'étude, les sujets prenant de la Naltrexone avec des conseils renforcés ont été plus longtemps abstinents.

#### Les effets modérés de la modération

Une consommation modérée d'alcool ne réduirait pas les risques cardiovasculaires contrairement à ce que certaines recherches suggèrent, conclut l'étude d'une équipe américano-canadienne de chercheurs publiée fin mars aux États-Unis. S'appuyant sur l'analyse de 54 études, ces chercheurs estiment que le taux de mortalité plus faible observée chez les sujets consommant jusqu'à quatre verres par jour paraît s'expliquer davantage par l'état de santé précaire des non-buveurs que par les effets bénéfiques de l'alcool sur les buveurs. *"Notre recherche indique qu'une faible consommation*

*d'alcool est un signe de bonne santé mais pas nécessairement sa raison"*, a souligné Kaye Fillmore, de l'université de Californie, coauteur de l'étude.

#### Boire ou concevoir...

Les fabricants français d'alcool devront apposer sur leurs bouteilles, à partir de l'été prochain, un pictogramme ou un message sanitaire mettant en garde les femmes enceintes contre les dangers de l'alcool pendant la grossesse, une première en Europe. Il pourra s'agir soit d'un pictogramme représentant la silhouette barrée d'une femme enceinte qui porte un verre d'alcool à la bouche, soit de la phrase: *"la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant"*.

Les entreprises auront un délai d'un an pour se mettre en conformité avec la loi. *"Faire entrer toutes les obligations légales sur une étiquette devient un travail de précision"*, souligne-t-on chez les brasseurs. Selon un rapport remis en novembre 2005 au gouvernement, 700 à 3 000 enfants sur les 750 000 qui naissent chaque année sont susceptibles d'être atteints d'un SAF grave, et donc d'être handicapés.



# Abonnement

Je m'abonne  1 an = 8€  2 ans = 15€

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

Nom.....Prénom.....

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

Adresse.....

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

Tél.....Fax.....



# Édito

Directeur de la publication  
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef  
Gilles PIALOUX

Rédaction  
Philippe Périn  
Alain Sousa

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Mustapha Benslimane  
Lydie Desplanques  
Clotilde Genon  
Isabelle Grémy  
Mélanie Heard  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Vincent Pachabézián  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Olivier Smadja  
Marianne Storogenko  
Agnès Sztal  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Natalia De Oliveira  
Secrétariat  
Anne-Sophie Woreth

Réalisation graphique  
Céline Debrenne  
d'après une conception de  
Sylvain Enguehard  
Impression : 4M Impressions  
Dépôt légal : à parution  
ISSN : 1277-7870  
Commission paritaire : en cours

SWAPS  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 54  
75755 Paris cedex 15

Téléphone : 01 56 80 33 51  
Fax : 01 56 80 33 55  
swaps@pistes.fr  
www.pistes.fr/swaps

Édité par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida)

GILLES PIALOUX

Avec la participation des  
Centres régionaux  
d'information et de prévention  
du sida :



Avec le soutien  
du laboratoire



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

*Swaps* a profité du “stand by” imposé – soit par le contexte politique pré-électoral et/ou post-CPE, soit, plus prosaïquement, par la volonté d’attendre un nouveau décret redéfinissant la délivrance des stupéfiants dans les officines – au projet de classement de la buprénorphine haut dosage (BHD) comme “stupéfiant” pour demander à des médecins, pharmaciens, représentants d’associations, tous engagés dans la réduction des risques (RdR), ainsi qu’à quelques représentants de la société civile, de donner leur point de vue sur ce passage annoncé qui a provoqué, début 2006, un vif débat public, marqué par une levée de boucliers d’une partie des professionnels de la RdR et de la lutte contre le sida.

Où chacun s’exprime “de sa place” avec en filigrane une même volonté de ne pas égratigner l’actuel bénéfice de la politique de réduction des risques en France. Un bénéfice qui reste un enjeu idéologique de taille par ces temps de pré-campagne électorale (lire aussi page 20).

Ce débat coïncide aussi avec la récente réunion du comité *ad hoc* de l’OMS ne recommandant pas, précisément, le reclassement de la BHD comme stupéfiant au niveau international. L’OMS, qui a inclus en mars 2005 cette même buprénorphine sur la liste des “médicaments essentiels”, entend par là ne pas freiner le “scaling up” des traitements de substitution... Une décision internationale qui repose en partie sur l’opinion délivrée par 160 organisations dans quelque 40 pays. De voir la buprénorphine – et de fait la RdR – à ce niveau du débat mondial est en soit une bonne nouvelle. Et comporte un risque, celui que l’enjeu politique prenne le pas sur l’objectif premier de la RdR : la santé.