



SWAPS

de drogues N° 39 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

DOSSIER CRACK

De la **coca** au **crack**
en passant par la **free-base** / 3

Petite histoire
du crack / 5

Ego, une association en première ligne / 9

“L’écoute est primordiale” / 11

Un cadre explicite

issu d’une concertation / 13

“Satisfaits,
mais...” / 14

Marier les approches
sanitaires et sociales / 16

Quel “médecin traitant” ?
pour la substitution ■ / 18

Multimédia / 20

Publications / 21

Brèves... / 23



De la coca au crack en passant par la free-base

Crack, free-base, cocaïne... Quels sont les liens entre ces différentes substances ? Les effets et les risques de dépendance sont-ils équivalents ? Le professeur Gilbert Fournier et le docteur Patrick Beauverie, de la faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry, passent en revue poudres blanches et cailloux...

Le **cocaier** est un arbuste cultivé en Amérique du Sud. On le taille à une hauteur permettant une récolte aisée des feuilles : **la coca**. Localement, cette coca est mastiquée par les habitants des régions andines. Ce qui fait l'intérêt de la coca c'est la cocaïne qu'elle renferme. Il s'agit d'un **alcaloïde** spécifique dont la teneur dans les feuilles varie de 0,5 % à 1 % selon l'espèce, la variété et l'origine géographique.

Une question de solvant

Avant d'évoquer le protocole d'extraction de cette substance, il convient d'en mentionner les propriétés physico-chimiques. Comme tous les alcaloïdes, la cocaïne à l'état de sel (chlorhydrate ou sulfate par exemple) est soluble dans l'eau mais insoluble dans certains solvants organiques (hexane du laboratoire, essence ou kérosène des installations clandestines de brousse). À l'état de base, c'est le contraire : elle est insoluble dans l'eau mais soluble dans les solvants organiques. Ajoutons qu'à l'état de base, la cocaïne est relativement volatile.

Aucune installation sophistiquée n'est nécessaire pour extraire la cocaïne, mais la pureté du produit obtenu est, bien entendu, fonction des différents ingrédients utilisés. Localement, les feuilles sont d'abord mises à macérer dans une solution alcaline (de la potasse par exemple). La cocaïne est alors sous forme de base et extraite par du kérosène. Après filtration et évaporation du solvant, le résidu obtenu est appelé "**pasta**". Sur place, mais

aussi en Amérique centrale et aux Antilles, cette cocaïne base impure est consommée fumée. Signalons que les résidus d'évaporation du kérosène, ou des autres solvants utilisés, apportent leur propre toxicité à la préparation.

Lorsque la cocaïne base (la pasta) est traitée par un acide dilué, elle se transforme en un sel. Ainsi avec l'acide chlorhydrique, on obtient le chlorhydrate de cocaïne : c'est, plus simplement, **la cocaïne**. Cette transformation est en fait aussi un mode de purification car le produit ainsi obtenu contient moins de résidus.

Crack et free-base : même combat ?

Lorsque le chlorhydrate de cocaïne (sel) est dissous dans l'eau, que du bicarbonate de sodium est ajouté dans des proportions identiques et que le mélange est légèrement chauffé, on obtient **le crack**. C'est de **la cocaïne base**.

Mais lorsque ce même chlorhydrate de cocaïne (sel) est mis en présence d'un agent alcalin (ammoniaque par exemple) et d'éther, par évaporation de ce solvant, on obtient la free-base. Comme son nom l'indique, il s'agit ici encore de cocaïne base.

Crack et free-base se différencient en fait uniquement par leur mode de préparation. Étant préparées à partir de chlorhydrate de cocaïne déjà très pur, ces cocaïnes bases se présentent souvent à un degré de pureté très élevé.



La cocaïne base, qu'il s'agisse de crack ou de free-base, étant insoluble dans l'eau, elle ne peut être directement injectée. Mais du fait de sa volatilité à haute température, son mode habituel de consommation est de la fumer. Toutefois, plus rarement, après acidification par des acides alimentaires (acide citrique par exemple) elle peut-être solubilisée dans l'eau puis injectée.

La cocaïne sous forme de sel est principalement sniffée ou, plus rarement, appliquée sur les muqueuses buccales ou génitales. Mais, étant soluble dans l'eau, elle est parfois injectée (en intraveineuse ou en intramusculaire).

Des propriétés distinctes

L'usage de l'une ou de l'autre de ces formes de cocaïne révèle des propriétés bien distinctes. Chacun s'accorde à distinguer les effets des feuilles de coca mâchées en présence d'alcali (usage local traditionnel), de ceux des sels ou des bases, et ce quel que soit le mode de consommation : sniffé, fumé ou injecté. Ainsi, il a été démontré que **le potentiel addictif**, selon les formes de cocaïne et les voies d'administration, décroît de la base injectée ou fumée au sel sniffé. On explique ces spécificités par différentes approches pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

L'injection, comparativement au sniff, se traduit par une forte biodisponibilité du principe actif, c'est-à-dire que toute la cocaïne présente dans la "drogue" passe dans la circulation sanguine, puis vers le cerveau.

L'inhalation, comparativement à l'injection, présente une plus grande variabilité puisqu'elle nécessite un apprentissage. Quoi qu'il en soit, après cette phase d'apprentissage, la biodisponibilité est légèrement inférieure à celle obtenue par injection et nettement supérieure à celle obtenue par sniff. En résumé : la biodisponibilité par voie intraveineuse est supérieure à la biodisponibilité par voie pulmonaire, cette dernière étant supérieure à la biodisponibilité par voie nasale. Car la quantité de principe actif "perdue" lors de la prise est plus importante par voie nasale que par voie pulmonaire ou intraveineuse. De manière pragmatique, il est donc plus "économique" d'utiliser ces deux dernières voies d'administration...

Effet immédiat ou retardé ?

L'injection ou l'inhalation se traduisent par un effet rapide, intense et de courte durée. Comparativement, la prise par voie nasale se traduit par un effet retardé, de moindre intensité, mais prolongé. Or, plus les effets sont immédiats, intenses et de courte durée, plus le pouvoir "addictif" de la substance croît. Cette propriété n'est pas spécifique à la cocaïne, elle est commune à toutes les "drogues" ou médicaments psychotropes.

À ces données il faut ajouter l'impact de l'alcool sur les effets de la cocaïne sel ou base. L'alcool, pris par voie orale avant la prise de cocaïne, majore les effets sur les fonctions vitales ainsi que la stimulation psychique. En effet, l'alcool favorise la production par l'organisme d'un métabolite actif de la cocaïne.

Mais ces éléments pharmacologiques ne peuvent suffire à expliquer les variabilités d'effets entre ces différentes formes et modalités de prise de cocaïne. En particulier, l'approche pharmacologique ne permet pas d'expliquer une éventuelle différence d'effet entre free-base du "teufeur" et "crack des Antilles" ou "crack de Paris". Pour ce faire, il faudrait envisager les aspects culturels, environnementaux et sociaux. Et, plus que tout, s'intéresser aux consommateurs, à leurs trajectoires et à leurs vulnérabilités. Car le produit ne fait pas tout.

GILBERT FOURNIER ET PATRICK BEAUVÉRIE

Oxi, plus dangereux que le crack ?

"Oxi"* (pour "oxidado", oxydé), un nouveau dérivé de la cocaïne, a été décrit récemment par Reard, une association de prévention contre le sida brésilienne. Celle-ci a découvert lors d'une mission menée dans plusieurs villes proches de la frontière entre le Brésil et la Bolivie, dans la province d'Acre, que cette variante du crack (dont l'usage s'est lui aussi répandu à l'ouest et au sud-ouest du Brésil) a remplacé la "mescla", un dérivé plus rudimentaire de la cocaïne. Moins cher, "oxi" serait en revanche encore plus nocif : sur 75 consommateurs enrôlés dans l'étude menée par Reard, 13 sont morts avant la fin de la recherche. Cette nouvelle substance, qui proviendrait d'un processus d'oxydation de la pâte de cocaïne obtenu par adjonction de chaux et de kérosène, rendrait dépendant extrêmement rapidement et causerait d'importants dommages au foie et au système nerveux. P.P.

* à ne pas confondre avec "oxy", diminutif de l'Oxycodone, un médicament antidouleur produit aux États-Unis dont le principe actif, l'oxycodone, est un dérivé synthétique de l'opium.

Petite histoire du crack

Comment est apparu le crack ? Quels événements ont entraîné l'explosion de sa consommation dans les années 1980 aux États-Unis ? La théorie du complot, impliquant la CIA, est-elle sérieuse ? De nombreuses rumeurs plus ou moins fondées entourent les origines de cette drogue. Swaps livre ici une histoire forcément partielle et subjective du crack.

L'histoire du crack commence au début des années 1970. La cocaïne est alors perçue dans l'univers de la contre-culture comme une drogue quasi douce, un truc à part, la "drug of choice" de l'élite du baby-boom. De nombreuses publications underground de l'époque, notamment *Rolling Stone*¹, dénoncent les lois absurdes qui criminalisent un produit perçu comme inoffensif. Sur la côte Ouest, la coke est de toutes les soirées – et elle se propage peu à peu à travers l'Amérique. À ce régime, les narines sont mises à rude épreuve. Comment continuer à consommer avec la paroi nasale trouée, les sinus abîmés, sans pour autant injecter comme un vulgaire junkie ?

Fumer la cocaïne

Certains essayent alors de fumer la cocaïne. Quasiment en pure perte. La température élevée de la combustion détruit 99% de la cocaïne. Un célèbre anthropologue, Terry Williams, affirme pourtant dans *Crack House*² que des cas de personnes "basant la cocaïne" étaient déjà connus à la fin des années 1960. Des consommateurs de cocaïne ayant des notions de chimie, mettent au point un procédé qui, au moyen d'éther, puis plus tard avec de l'ammoniaque, permet de transformer la cocaïne (chlorhydrate), libérée de ses sels de chlore, en un agglomérat solide et fumable : la "free-base" (ou base libre). Une publication underground de 1970, *The Gourmet Cokebook*³, explique déjà le procédé.

¹ Perry C
"the Star spangled Powder. Or, history with coke and nasal spray"
Rolling Stone, 17 août 1972

² Williams T, *Crack House*,
DaSarno, 1994

³ Anonyme
The Gourmet Cokebook: a complete Guide to Cocaine
New York: White Mountain Press, 1972

⁴ Jeri FR, Sanchez CC, Del Pozo T, Fernandez M, Carbajal C
"Further experience with the syndromes produced by coca paste smoking"
Bulletin on Narcotics, 1978, 3, 1-11
Jeri FR
"Coca-paste smoking in some Latin American countries: a severe and unabated form of addiction"
Bulletin on Narcotics, 1984, 2, 15-31

⁵ Anvil MM
Attention Coke Lovers Free Base. The greatest thing since sex.
Flash Post Express, 1979

cocaïne. En 1974, deux psychiatres, le Dr Raul Jeri au Pérou et le Dr Nils Noya en Bolivie, publient justement des communications dans la presse professionnelle locale sur les conséquences d'une "épidémie" de "Pasta basica de cocaïna", partie des beaux quartiers de Lima vers 1966, qui se diffuse à travers les deux pays jusqu'en Équateur. Il s'agit de la consommation d'un produit apparenté à la cocaïne, inconnu six ans plus tôt. "Les patients sont amaigris, hâves, et leurs yeux aux pupilles démesurées sont pleins de suspicion. Ils sont paranoïaques, se sentent persécutés. (...) La rapidité de leur déchéance est spectaculaire quel que soit leur statut social. Certains ont tout vendu, tout perdu au bout de quelques semaines de consommation" soulignent les deux médecins⁴. Il s'agit de pâte base, un produit intermédiaire avant raffinage contenant 40% de cocaïne sous forme base, d'autres alcaloïdes, des solvants et divers résidus.

Sceptique mais intrigué, le Pr Robert Byck, de l'université de Yale, connu pour avoir rassemblé et édité les écrits de Freud sur la cocaïne, envoie au Pérou David Paly, un de ses meilleurs étudiants. Celui-ci, aidé par un médecin-général de l'armée péruvienne qui lui fait rencontrer de nombreux usagers, commence à mesurer l'ampleur du problème. Sur la base de son rapport, Byck s'adresse au Congrès, insistant sur la nécessité d'une vaste action de prévention. Le gouvernement fait la sourde oreille, préférant opter pour une tentative d'éradication des cultures de coca qui, bien sûr, échouera.

Épidémie dans les Andes

Ceux qui avaient voyagé au Pérou ou en Bolivie savaient qu'il existait des formes fumables de

"Save your nose"

Un petit livret⁵ publié quelques années plus tard relate comment, lors d'une soirée hollywoodienne du début des





1 Illustration extraite de la une du magazine "Cocaine Comix", 1982

2 Page de couverture d'une publication parue en 1979 aux éditions Flash Post Express

3 Publicité extraite du magazine "High Times", 1976



3

années 1970, un “professeur” enseigne une méthode élaborée pour transformer la cocaïne en “free-base”, présentée comme considérablement moins nocive. Le produit peut être fumé en joint, dans des pipes à eau, en “chassant le dragon” sur du papier aluminium, dans un simple tube creux, etc. Il en résulte une sensation de plaisir et d’hypervigilance très intense rapidement suivie d’une frustration proportionnelle à l’intensité du “flash” qui entraîne une incontrôlable envie de recommencer encore et encore... jusqu’à la dépression, l’épuisement total.

L’engouement pour cette nouvelle drogue aux effets si violents ne se fait pas attendre : en quelques années, la free-base est connue de toute la “hype” américaine. En 1975, Ronald K. Siegel, chercheur en psychologie et expert en drogues à l’Université de Californie, mène une étude longitudinale sur 99 usagers récréatifs de cocaïne issus des classes moyennes. Au moins 12 % sont familiers de la consommation de free-base. Les *paraphernalia shops*⁶ californiens commencent à vendre des pipes en verre spécialement conçues pour fumer la free-base.

Dans les pages de magazines underground comme *High Times*, *Head* ou *Flash*, entièrement dédiés aux drogues, on trouve de plus en plus de publicités pour des kits et matériels divers pour “baser la coke”. Certaines n’hésitent pas à affirmer que c’est un excellent moyen de réduire les risques de perforation de la cloison nasale : “Be nice to your nose” recommandent des publicités. Le *Paraphernalia Digest*⁷ de juillet 1979 signale fièrement que 300 000 free-base kits et “base pipes” ont été écoulés en une année. Cela donne une idée de l’ampleur de la

⁶ Équivalents des smartshops hollandais, il s’agit de magasins spécialisés où l’on trouve du matériel divers servant à consommer des drogues.

⁷ magazine spécialisé destiné aux détaillants et magasins de matériel servant à consommer des drogues

⁸ Inciardi J “Crack Cocaine in Miami” *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse*, NIDA Research Monograph, at 265, 1991

⁹ Klein MW, Maxson CL “Rock sales in south Los Angeles” *Sociology and Social Research* vol. 561, 1985

¹⁰ Inciardi J “Beyond cocaine: Basuco, crack, and other coca products” *Contemporary Drug Problems*, Fall, 461-494, 1987

¹¹ Les variétés de crack très bon marché dans certaines villes sont souvent faites avec le basuco, voire la pasta, mélangé avec de la levure, de la farine, du soda... et préparées au micro-ondes dans des moules à gâteau. (Source : *Bulletins on Narcotics*, D.I.BIBLE)

¹² “La Ferme des animaux” Aldous Huxley

consommation. Début 1980, le *L.A. Times* met en garde contre les dangers de la free-base et publie des témoignages accablants sur les conséquences de son usage : problèmes cardiaques, paranoïa, troubles graves, pertes de contrôle, dépressions importantes...

Pendant ce temps-là, la production de cocaïne continue d’augmenter en Amérique du Sud, tandis qu’en France et en Europe, quelques personnes apprennent elles aussi à préparer la free-base.

Haro sur l’éther

Les États-Unis, peu à peu, mesurent l’abondance des quantités de cocaïne qui arrivent dans le pays. Les fonds pour lutter contre le trafic ne cessent d’augmenter. En 1982, la police signale pour la première fois une “rock house” à Miami dans un quartier très “middle class”⁸. Les Américains contrôlent toutes les importations en Colombie de solvants servant

au processus de fabrication de la drogue. Les trafiquants, qui ont de plus en plus de mal à s’en procurer, s’adaptent et envoient la pâte base directement aux États-Unis, où l’éther ne manque pas.

À Los Angeles⁹ en 1985, il est parfois difficile de trouver de la marijuana. Par contre, quelques dealers proposent des doses d’une espèce de cocaïne fumable à l’effet bref mais intense. C’est un produit brun clair qui crépite quand on le fume et qu’on appelle “crack”. Dans la banlieue noire de Los Angeles, la drogue de prédilection est le PCP, un puissant anesthésiant vétérinaire aux effets redoutables. Les usagers aiment donc les drogues aux effets “intenses”. Les dealers en concluent qu’ils apprécieront le crack.

Les ghettos “inondés”

À New York, les Dominicains, qui connaissent bien la free-base, ont récupéré des quantités de pâte base dont ils augmentent le volume avec de la levure, de la farine ou du bicarbonate avant de la transformer en “doses” vendues entre 3 et 5 dollars ou en “rocks” de 10 ou 20 dollars qui inondent Manhattan. Dans les ghettos, les exclus en redemandent. Enfin ils ont accès, pour quelques dollars, à la drogue de l’élite. En plus elle se fume, ce qui correspond à leur culture. Dans les grandes villes, les gangs tels les “Crips” ou les “Bloods” commencent à se dispu-

La surproduction de cocaïne à l’origine du crack ?

Dans les années 1980, en Colombie, Pablo Escobar, Carlos Lehder et quelques autres sont les rois de la cocaïne. Celle-ci est fabriquée dans le pays avec de la pâte base venant de toute la zone andine. La production, énorme, dépasse la capacité de consommation des États-Unis, où les prix chutent. Carlos Lehder habite aux Caraïbes. La cocaïne y transite par dizaines de tonnes et y est parfois stockée. Peu à peu, cette cocaïne se diffuse aux Caraïbes et aux Bahamas, vendue au détail à prix très bas. Quelques malins se mettent à fabriquer de la free-base et s’aperçoivent que les clients reviennent beaucoup plus souvent. La nouvelle se répand dans toute la région et on en trouve rapidement dans de nombreuses îles jusqu’aux Antilles françaises. Certains dealers la préparent avec de l’éther mais d’autres utilisent le bicarbonate ou l’ammoniaque avec du rhum local, ce qui lui confère une touche exotique. Les “rocks” sont fumés dans des joints appelés “bazooka”.



Bibliographie sélective (par ordre d'importance)

The Sociology of American Drug Use
Faupel, Horowitz & Weaver
Ed. Erich Good & McGraw Hill, 2004

Cocaine Handbook, An Essential Reference
David Lee
What If, USA, 1983

*Hep-Cats, nares and pipes, A history
of America's romance with illegal drugs*
Jill Jones
Scribner, 1996

Crack House
Williams T.
Dagorno, 1994

Coca Exotica, illustrated story of cocaine
Fairleigh Dickinson University Press New York,
1985

*Dark Alliance, the CIA, the Contras
and the Crack explosion*
Gary Webb
Seven Stories Press, 1998

Drug identification Bible
Amera-Chem, 2004

La légende de la coca
Jorge Hurtado
éd. du Léopard, 1997

The Pleasure of cocaine
Adam Gottlieb
20th century Alchemist, Manhattan Beach, 1986

*Pipe Dreams, an inside look
at free-base cocaine*
Don Raye
The Family Publishing Company,
California, 1980

White Out, the CIA, Drugs and the Press
Cokburn St Clair
Verso, 1998

Mainline, Bunjee Jumping on Base
special edition 8th IHRA conference, 1997

*Coca und kokain, ethnobotanik,
kunst und chemie*
Rätsch C, Ott J
AT Verlag 2003

Freud, la cocaïne et le cerveau
Nahas G. F.-X. de Guibert, 1993

Cocaïne, une drogue et son évolution sociale
Grinspoon L, Bakalar JB
L'éthéelle, 1976

Le Crack de l'Amérique à l'Europe
Actes 21^e rencontre du Crips, 1995

*Cocaine politics, drugs, armies
and the CIA in Central America*
Peter Dale Scott
University of California Press, 1991

Crack et cannabis dans la Caraïbe
Aimé Charles Nicolas
L'Harmattan, 1997

Cocaine kids
Terry Williams
Gallimard, 1989

"Crack et VIH, il est encore temps d'agir"
Abdallah Toufik
Le Journal du Sida n° 75-76, juillet-août 1995

ter les territoires pour vendre leurs spécialités¹⁰: "rock", "crack", "wash", "base", "free-base", etc. selon le procédé de fabrication¹¹.

"L'engrenage vers la déchéance inéluctable"

Dans les grandes villes américaines, le nombre de consommateurs augmente rapidement et avec eux les délits, les accès de folie, les passages à l'acte et les demandes de soins. Les journaux commencent à parler d'"épidémie". À partir de l'été 1986, les titres sont de plus en plus alarmistes. Le crack est "la drogue la plus addictive jamais connue de l'homme"; "dès la première bouffée, c'est l'engrenage vers la déchéance inéluctable". D'aucuns affirment qu'ils avaient déjà entendu cela à propos du cannabis. Ce qui ne fait que les conforter dans leur désir d'essayer.

Dans de nombreux ghettos, le crack se vend partout, détruisant la cohésion sociale. La communauté noire paie le prix fort. Plus de 85% des dealers condamnés sont noirs. Des lois anti-crack sont promulguées. La détention de 50 g de crack entraîne une condamnation plus sévère que pour 500 g de cocaïne. Des brigades spéciales anti-crack sont créées dans les grandes villes où les *crack houses* fleurissent. À New York, le nombre de dealers de crack et/ou de cocaïne est estimé à la fin des années 1980 à 150 000².

Pas tous égaux devant les drogues

L'épidémie est attendue en Europe, mais elle n'y atteindra pas la même ampleur. En mai 1995, *Impact Médecin* titre: "La France au bord du crack". Si les plus grandes villes de Grande-Bretagne, de Suisse, des Pays-Bas et d'Allemagne connaissent des problèmes de crack, en France la drogue se limite longtemps essentiellement à la Guyane, aux Antilles et à la communauté afro-antillaise du 18^e arrondissement de Paris. Mais le profil des consommateurs commence à s'élargir. La même drogue se diffuse sous l'appellation "free-base" dans des milieux festifs et apparaît ça et là en province. La perception et le rapport au produit diffèrent totalement entre le crackier violemment stigmatisé du 18^e et le jeune qui "tape la base" dans sa voiture sur le parking d'une "teuf".

Pour le premier, le crack correspond parfois à une forme de spirale vers une déchéance qui semble le happer irrésistiblement alors que l'autre s'en sortira généralement avec une gueule de bois. Nous ne sommes pas tous égaux devant les drogues. Certains sont plus égaux que d'autres, comme l'ont dit Aldous Huxley¹² ou Coluche...

JIMMY KEMPFER

La "théorie du complot"

Et si derrière l'"épidémie" de crack aux États-Unis, il y avait une volonté concertée? L'Amérique est mûre pour une de ces théories du complot dont elle a le secret. Fin août 1996, un journal de la côte Ouest, le *San Jose Mercury News*, publie une série d'articles intitulée "The Dark Alliance". L'auteur, Gary Webb, établit un lien direct entre l'entrée du crack sur le marché de San Francisco et une opération de financement des contras anticommunistes nicaraguayens. Selon lui, la drogue pénétrait aux États-Unis avec la complicité de la CIA qui, avec les produits de la vente, procédait à l'achat d'armes destinées à renverser le gouvernement sandiniste. Deux dealers (dont le fameux "Freeway Rick" qui pouvait vendre 500 000 doses de crack par jour), en cheville avec des trafiquants travaillant eux-mêmes pour la CIA, auraient ainsi écoulé entre 1984 et 1986 plus de 3 000 kilos de cocaïne et gagné des centaines de millions de dollars. Les arguments sont solides, les preuves semblent irréfutables... il n'en faut pas plus pour que des leaders de la collectivité noire (dont Jesse Jackson), durement frappée par les proportions endémiques du problème du crack, demandent une enquête officielle.

De nombreuses enquêtes ont depuis démontré les multiples paramètres et leur enchevêtrement complexe qui ont permis l'émergence du crack et sa propagation dans la société américaine. Mais certains restent persuadés que Freeway Rick et ses acolytes ont été manipulés puis éliminés par la CIA dans le but de détruire dans l'œuf l'émergence d'une classe moyenne noire-américaine. Dernier rebondissement: le journaliste Gary Webb a été retrouvé à son domicile le 10 décembre 2004, tué d'une balle dans la tête. La police a conclu à un suicide.

Ego, une association en première ligne

Été 2004, les crackers sont expulsés du Squat de la Porte de la Chapelle, et les médias (re)découvrent ces consommateurs de "cailloux"¹. L'association Espoir Goutte d'Or² n'a pas attendu cet événement pour s'occuper des crackers et chasser les idées reçues. Depuis 20 ans, Ego les soutient, les conseille, les accueille et les aide à améliorer leurs conditions de vie et réduire les risques.

Espoir Goutte d'Or est née un soir de 1985, lors d'une fête de quartier dans le 18^e arrondissement de Paris. Plusieurs habitants se sont demandés comment résoudre les problèmes de crack dans le quartier de la Goutte d'Or. Ils décident alors de créer Ego. L'association réunit alors des professionnels de la santé ou du milieu social, des habitants de la Goutte d'Or et des usagers. Le lieu : plusieurs pièces au 13 rue Saint-Luc, à quelques pas de l'église Saint-Bernard.

Une famille exceptionnelle

Le but d'Ego ? Améliorer les conditions de vie des crackers, réduire les risques liés à la consommation de crack, et essayer de faire cohabiter en bonne harmonie usagers et habitants du quartier. Tous se rencontrent au sein de l'association, lors de visites spontanées ou de réunions programmées. Pour Lia Cavalcanti, directrice générale d'Ego, c'est le premier pas pour sortir de la routine liée au crack. On discute, on prend un café, on s'investit... autant de premiers pas vers une réinsertion. Et le personnel de l'association n'y est certainement pas étranger : ouverture et disponibilité semblent être les qualités les mieux partagées au sein d'Ego ! "Il faut établir un lien social positif et durable", souligne Lia. Et l'alchimie semble se produire, car les usagers sont nombreux à revenir.

Pourtant au début de l'aventure, personne ne voulait y croire. "La première année, nous avons eu la visite d'un groupe de professionnels de santé espagnols. Ils nous ont dit : "ça ne va pas tenir plus d'un an". L'année d'après, ils sont revenus, et ils ont dit : "un an peut-être, mais pas deux". La troisième année, ils se sont rendus à l'évidence, et aujourd'hui, ils nous citent en exemple." D'ailleurs, certains observateurs extérieurs n'hésitent pas à com-

parer Ego à une grande famille. Ce à quoi Lia répond régulièrement de manière assez désarçonnante qu'elle connaît "de nombreuses familles où les choses ne se passent pas aussi bien qu'à Ego!".

Trois fois plus d'usagers

Point central dans l'action d'Ego, la réunion hebdomadaire permet de confronter les points de vue et de faire le bilan des progrès passés et des orientations futures. Pour la directrice, cette réunion est un "espace de rencontres impossibles". En effet, on y rencontre à la fois des usagers, des représentants des associations du quartier, des riverains, des bénévoles (dont une dame de 82 ans !), des commerçants, etc. Et tous échangent et débattent des meilleurs moyens d'avancer et de cohabiter (lire l'encadré). Outre ces réunions, Ego propose de plus en plus d'initiatives en matière de réduction des risques. Récemment, l'association a mis au point un kit-base (voir *Swaps* n°37) destiné à réduire les risques liés au crack. Depuis qu'il est proposé, l'association a multiplié par trois la file active de personnes qui passent chaque semaine ! "Cela nous a permis de toucher des gens que nous n'aurions jamais vu sinon", souligne Lia Cavalcanti. Ainsi, plus de 2 500 personnes différentes sont passées à Ego en 2004. Mais il est difficile pour l'association de trouver les financements nécessaires aux nombreuses actions qu'elle mène : alors que le nombre d'usagers suivis a triplé, le budget, lui, n'a pas évolué.

Ego, c'est aussi une formidable source d'informations et de documents sur le crack et la réduction des risques : rapports sur les usages de drogues en milieu festif, sur les pathologies associées au crack, etc. L'association est très prolifique. Elle édite également depuis 1990 un magazine trimestriel, *Alter-Ego*, qui aborde sujets de fond et conseils pratiques.

¹ Le "caillou" est un morceau de crack qui est fumé dans une pipe.

² Ego / 13, rue Saint-Luc, 75018 Paris / tél. : 01 53 09 99 40 / fax : 01 53 09 99 44 / mail : ego@club-internet.fr



Step: un grand pas pour la Goutte d'Or

Step³, c'est le nom du programme d'échange de seringues mis en place par Ego en 1995. Placé en périphérie de la Goutte d'Or, ses grandes vitrines donnent sur la rue et en font un lieu totalement ouvert. C'est certainement l'une des raisons qui ont permis de faire accepter la structure dans le quartier: il ne s'agit pas d'une arrière-cour sombre, où seraient distribuées en cachette des seringues. Ici la volonté est clairement la transparence. À tel point que Step est aussi devenu une galerie d'art, où sont exposés tableaux et dessins d'usagers. Un pari qui semble fonctionner, attirant des gens de divers horizons qui repartent avec un nouveau regard sur les "toxicos", loin des images diffusées d'ordinaire par les médias.

Ouvert de 17 h 30 à 22 h 30, Step propose bien sûr un échange de seringues, des kits-base et des préservatifs. Mais pas seulement. Autour d'un café et d'un peu de musique, des informations et des brochures sont échangées. Les animateurs (ils sont six à se relayer) distribuent ainsi des plaquettes sur la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles ou des informations spécifiquement destinées aux femmes. Une assistance juridique est proposée, ainsi qu'un atelier d'informatique. Mais l'initiative qui a le plus de succès est la "bobologie". Les soins des pieds (et des mains souvent) sont ainsi incontournables. *"Pour ceux qui sont dans la rue, marcher, c'est à peu près tout ce qu'il leur reste"* souligne Alberto Torres, responsable de Step et "bobologue" officiel dans un petit cabinet vitré sous l'escalier. *"Coupures, brûlures, abcès, mycoses, plaies, etc. Nombreux sont les problèmes qui peuvent devenir handicapants et même graves s'ils ne sont pas soignés."*

Cette "bobologie" est aussi un moyen de montrer aux usagers que l'on s'intéresse à eux, que l'on s'occupe d'eux. Un contact essentiel lorsque l'on est totalement rejeté. Car s'occuper des maux du corps est le premier pas à faire avant de s'occuper des maux de la tête.

La prochaine étape pour Ego? L'ouverture en 2006 d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) qui associera médecins généralistes, psychiatres, psychologues et infirmiers, pour soigner les crackers et les aider à décrocher (lire page 12 l'encadré "états généraux du crack"). Cela passera notamment par des approches innovantes, telles que des thérapies comportementales et cognitives, des entretiens de motivation ou des techniques de relaxation. Face aux oppositions que génère ce projet, Ego devrait pouvoir s'appuyer sur son implication locale, qui constitue sa force et sa légitimité.

ALAIN SOUSA

Une soirée avec Ego et ses voisins

Il est 18 h, mercredi soir, une vingtaine de personnes sont présentes pour la réunion hebdomadaire. Un petit tour de table permet de connaître chacun: usagers, membres de l'association, etc. Deux jeunes sont là en observation pour monter une structure d'accueil à Étampes, dans l'Essonne. D'habitude, il y a plus de monde, mais c'est la veille d'un jour férié... et le RMI vient tout juste de tomber!

Les débats s'ouvrent sur l'incident majeur de la semaine passée: un des usagers a tenté de s'entailler les veines avec un cutter dans les locaux même de l'association. Résultat: beaucoup de sang, une soirée aux urgences pour l'intéressé et les membres d'Ego qui l'accompagnent, mais plus de peur que de mal. Usagers et membres, chacun essaie alors d'expliquer ce geste. Tous arrivent à un constat: il ne s'agissait pas d'un suicide mais d'un appel au secours.

Alors que chacun parle de l'incident, une petite fille d'une dizaine d'années entre: elle a perdu sa maman alors qu'elles faisaient ensemble les courses dans le quartier. Heureusement, une des accompagnatrices d'Ego est la voisine de la mère distraite. Un coup de fil et la famille est de nouveau réunie!

Fin de l'intermède, la réunion aborde les problèmes de voisinage: des usagers squattent régulièrement le porche de l'un des immeubles mitoyens du siège de l'association, au grand dam des habitants. Ces derniers commencent d'ailleurs à mettre en cause Ego, jugée responsable d'attirer les usagers. Malgré les interventions répétées des membres de l'association, tant auprès des crackers que des habitants, la situation semble dans l'impasse. Pour confirmer les problèmes de cohabitation, un usager signale une nouvelle pratique de certains commerçants du quartier: pour éviter les réunions sur le trottoir devant leurs boutiques, ceux-ci n'hésitent pas à graisser les poteaux, barrières et autres éléments du mobilier urbain. Difficile de proposer des solutions qui satisfassent tout le monde. Lia souligne alors qu'*"il n'y a pas de réponse simple à des problèmes complexes"*. Mais on prévoit de nouvelles réunions avec les habitants. Et on demande aux usagers de faire passer la consigne: éviter le porche coûte que coûte!

La réunion se termine avec des nouvelles d'anciens habitués, dont Moussa, qui a enfin accepté une opération du dos. Il vivait plié en deux depuis un accident de la circulation. Aujourd'hui, il peut enfin se tenir debout, mais cela n'a pas été sans mal. En effet, la maison de repos censée l'accueillir après l'opération ne voulait pas d'usagers de drogues: pas question de risquer la présence d'un "toxico" ou de délivrer des médicaments de substitution. L'intervention d'Ego a permis de faire rentrer les choses dans l'ordre.

³ Step / 56, boulevard de la Chapelle, 75018 Paris / tél. : 01 42 26 03 12

“ L’écoute est primordiale ”

Les mains brûlées, coupées par la préparation du kiff pour fumer le crack, les pieds abîmés par les heures de marche et le mode de vie d’un sdf... Outre les pathologies lourdes, les crackers connaissent de nombreux problèmes liés l’usage même du crack. Alberto Torres, coordinateur du programme d’échange de seringues Step¹ de l’association Ego, nous expose sa démarche de soins.

Swaps : Quelles sont les pathologies spécifiques à l’usage du crack ?

Alberto Torres : Il existe de nombreux problèmes liés à la consommation de crack : troubles psychiatriques, perte de poids, problèmes pulmonaires et dentaires... Cependant, la peau, les pieds et les mains sont touchées de manière spécifique.

Pour les mains, on constate généralement des coupures, des brûlures, des crevasses, des callosités ou des dessèchements. Pour préparer le “kiff”, les usagers utilisent un doseur à pastis en guise de pipe. Ils fabriquent d’abord un filtre avec un fil électrique dénudé qui est roulé puis chauffé. Coupures et brûlures sont alors courantes. Il faut ensuite découper au cutter un morceau de “galette” (dose de crack) pour obtenir un “caillou”, nouvelle source potentielle de blessures. Pour chauffer ce morceau, il faut frotter la molette du briquet de nombreuses fois, ce qui entraîne à nouveau des brûlures et des inflammations allant jusqu’à l’ampoule. Sans parler du “syndrome de la poule”².

Pour les pieds, on constate des durillons, des dessèchements et des mycoses. Ces troubles sont directement liés au mode de vie des crackers : ils marchent beaucoup et n’ont pas souvent accès aux commodités de base : difficile de se laver et de se changer régulièrement. Le mal

aux pieds et le mal de dos qui l’accompagne parfois peuvent devenir de véritables handicaps.

heure pour qu’on prenne soin d’eux et en profiter pour parler. Il n’y a jamais de violence ni d’insultes. S’occuper des pieds permet à l’usager de se recentrer sur lui-même, de reprendre conscience de son corps. Le but, c’est de donner à ces personnes, qui souffrent d’une exclusion très forte, des conditions de vie décentes. J’entends souvent “ça va être ingérable”. Mais l’expérience démontre le contraire. Je condamne les systèmes qui excluent les gens : on exclut la violence, pas les usagers. Et l’écoute est primordiale.

Quelles sont vos autres activités ?

Nous proposons plusieurs ateliers (aide juridique, soins de peau) pour favoriser le dialogue et la réinsertion. L’atelier informatique peut servir à écrire un CV, à rechercher un emploi. Surtout, il encourage l’expression. Chacun a un talent à mettre en valeur. Certains écrivent des sketches ou de la poésie, d’autres dessinent ; un film sur le crack tiré d’un scénario écrit à l’atelier est en projet. Nous tenons aussi un recueil de “phrases du jour” saisies au fil des permanences. C’est une autre manière d’alimenter les relations, comme les réunions d’usagers, espaces de parole sur la vie quotidienne ou sur des thèmes liés à la prévention.

Où en est le “kit-base”³ ?

Le kit-base est né de discussions avec les usagers, et il évolue encore en fonction des retours. Nous souhaitons d’ailleurs y intégrer en septembre un nouveau filtre constitué d’un fil électrique en cuivre roulé en boule, qui permettra de réduire les blessures des mains et d’éviter l’utilisation de cendres associée aux filtres en papier alu. C’est aussi un outil de contact privilégié, qui nous a permis de rentrer en contact avec des gens totalement désocialisés et dans un état de santé très mauvais. Le kit est maintenant distribué par d’autres associations, et demandé dans plusieurs pays. Pourtant, à ce jour, il n’est toujours pas validé et nous avons de grandes difficultés à le faire financer.

D’où l’idée d’un atelier de soins des pieds et des mains.

Il s’est révélé encore plus riche que je ne l’imaginai. Au-delà d’apporter une réponse très concrète à ces pathologies auxquelles personne ne prêtait attention, il permet de renouer des liens. Il est extraordinaire de voir certains usagers, vivant dans un grand isolement et dont la vie ne tourne qu’autour du produit, s’arrêter une

¹ Step
56, boulevard de la Chapelle, 75018 Paris
Tél. : 01 42 64 23 21

² Après avoir fumé, un usager peut être persuadé de voir des miettes de crack sur le sol, et passer des heures, penché par terre, à scruter puis ramasser le moindre caillou blanchâtre avec des doigts déjà abîmés, ce qui augmente les risques infectieux.

³ Le kit-base contient le nécessaire à la consommation du crack : un doseur à pastis servant de pipe, des embouts en plastique pour ne pas se brûler les lèvres et éviter les risques liés aux échanges (en cas de partage du doseur), des tampons alcoolisés pour se désinfecter les mains, des crèmes cicatrisantes, un préservatif...
(lire Swaps n° 37)

Les “États généraux du crack” à la recherche de réponses concrètes

Mardi 14 juin se sont tenus à la mairie du 18^e arrondissement de Paris des “états généraux” sur le crack, l'errance et la polytoxicomanie en présence de tous les responsables politiques, administratifs et associatifs concernés. Une manifestation avait été organisée devant la mairie par un collectif de riverains en colère en guise de préambule à ce débat qui a vu s'affronter dans une salle comble partisans et adversaires de l'ouverture de lieux d'accueil pour crackers.

Un CSST dédié au crack

En ouverture, Didier Jayle, le président de la Mildt, a tout d'abord pointé les trois priorités du gouvernement : répression, amélioration de l'offre de soins, hébergement. Puis il a annoncé d'une part l'ouverture en 2006 d'un “CSST* à orientation crack” en aménageant un centre médical animé par une équipe de médecins, d'infirmières et de psychiatres dans les locaux rénovés de l'association Espoir Goutte-d'Or, d'autre part la prochaine création d'une structure d'hébergement pour les femmes seules ou avec des enfants “dans un département de la petite couronne”.

Jean-Michel Costes, le directeur de l'OFDT, a ensuite présenté un état des lieux de la consommation de crack en France, évaluant entre 6 000 et 10 000 le nombre total d'usagers, ceux-ci étant essentiellement répartis entre les Antilles, la Guyane et l'Île-de-France. Ces usagers appartiennent à deux populations bien distinctes. La plus ancienne est celle des fumeurs de crack, qui vivent dans une grande précarité et souffrent d'une désinsertion sociale forte et d'une image négative, souvent même chez les consommateurs eux-mêmes. À cette population dont le nombre est relativement stable s'oppose celle des usagers de “free-base” issus du milieu festif, qui, elle, est en forte augmentation. Ce produit, qui n'est pas chimiquement différent, véhicule pourtant une image nettement plus positive.

Le directeur de l'OFDT a par ailleurs pointé le lien entre la nature compulsive de la consommation de crack et la proximité qu'elle entraîne entre les lieux de vente, de consommation et de prostitution.

*CSST : centre de soins spécialisés en toxicomanie

Deux visions

Deux visions se sont ensuite affrontées au fil des interventions. Affirmant que la concentration d'usagers de drogue dans l'arrondissement est directement liée au nombre de structures d'accueil, certains habitants des quartiers concernés (la Goutte-d'Or, Château-Rouge, et plus généralement le nord-est de Paris et les banlieues limitrophes) refusent toute ouverture supplémentaire. Face à eux, l'autre partie de l'assemblée a au contraire plaidé pour ce type de structure, à l'image d'Éric Labbé, président de l'association Stalingrad quartier libre, très applaudi après avoir lancé : “Si les usagers de drogue ne peuvent être nulle part, ils continueront à être dans nos immeubles et nos cages d'escalier.”

Le cas Rotterdam

Dans cette ambiance polémique, l'intervention de Cas Barendrogt, qui présentait le programme mené à Rotterdam, aux Pays-Bas, laissait un tant soit peu rêveur. Côté répression : interdiction d'attroupements, de boire de la bière dans la rue, mise en place de caméras de surveillance et d'une permanence de signalisation des nuisances, etc. Côté prévention : 150 places d'accueil de nuit (pour une ville de 600 000 habitants) proposées aux crackers, ainsi que des emplois à la journée (nettoyage du métro...), sans parler de 8 salles de consommation réparties dans différents quartiers. L'une d'entre elles se tient dans une église, et on peut même y acheter du crack...

PHILIPPE PÉRIN



Photo A. Ligot

DÉCRET SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques (RdR) est enfin officiellement reconnue par la loi. Le décret du 14 avril 2005 approuve le référentiel national des actions de RdR en direction des usagers de drogue. Nous avons demandé à Dider Jayle, président de la Mildt, de revenir sur les motivations et les engagements de ce texte, et à Valère Rogissart, président de l'Association française pour la réduction des risques (AFR) et responsable de la mission rave de Médecins du monde, de réagir à cette "légalisation", mais aussi à l'interdiction du "testing".

Un cadre explicite issu d'une concertation



Décret n° 2005-347
du 14 avril 2005
approuvant le référentiel
national des actions
de réduction des risques
des usagers de drogue
et complétant le code
de la santé publique
Journal Officiel n° 0088
du 15 avril 2005
www.journal-officiel.gouv.fr

L'ajout dans le code de santé publique d'un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soins entérine l'expérience et les résultats sanitaires acquis depuis une quinzaine d'années dans la prévention des risques graves associés à la consommation des drogues : décès par surdose, accidents, infections par le VIH principalement. La réduction des risques est donc un champ supplémentaire et non le paradigme unique de la politique sanitaire en matière de toxicomanie.

Si les acquis de la réduction des risques sont incontestables, il restait un flou dans la définition des activités correspondant à cet axe de la politique sanitaire dans lequel pouvaient s'engouffrer aussi bien des actions n'ayant aucune finalité préventive qu'une mise en cause de pratiques qui, pour être efficaces, doivent aller au plus près des usagers dans les situations où ils consomment des drogues. Le public peut en effet légitimement s'interroger sur des actions qui au premier abord paraissent faciliter ou encourager l'usage de substances interdites et dangereuses et à ce titre interpellent leurs représentants ou les administrations en charge de l'ordre public. Actions et acteurs devaient donc être protégés par un cadre explicite énumérant les différents actes dont l'efficacité préventive est avérée et les conditions dans lesquelles leur promotion peut être réalisée. La force réglementaire donnée à ce référentiel l'impose ainsi à tous les

acteurs du champ de la lutte contre la toxicomanie : professionnels et bénévoles du champ sanitaire et social, associations, policiers, juges, élus, administrations. Par définition un texte réglementaire n'est pas un énoncé de principes généraux mais un cadre normatif d'où la rédaction simple, précise et brève du texte. Celui-ci a été élaboré par la Mildt en lien avec la DGS sur la base de l'expérience accumulée par les acteurs de terrain, de la littérature scientifique et des problèmes rencontrés en France ces dernières années dans la mise en œuvre de la réduction des risques : actions judiciaires, opposition de résidents dans les quartiers concernés, contestation de certaines pratiques.

Une première version a été discutée au cours d'une réunion rassemblant des professionnels de santé, des associations réalisant des actions de réduction des risques, des représentants d'usagers et des élus locaux. Le texte issu de cette concertation a ensuite été soumis à l'ensemble des ministères (Santé, Intérieur, Justice, Défense) et la version finale adressée au Conseil d'État. Les promoteurs des programmes de réduction des risques doivent s'y référer dans la définition de leurs actions. Il est opposable quand il y a un conflit quant à l'interprétation des activités menées auprès des usagers, en particulier pour toutes celles qui sont menées dans l'espace public. D'où l'absence de formules vagues sur les questions controversées ; celle sur l'interdiction des méthodes actuelles de testing notam-



ment qui soulève des critiques de certains acteurs du secteur festif. En l'état actuel des techniques, l'information donnée aux consommateurs n'a aucune valeur préventive puisqu'elle ne comporte aucune information sur les produits potentiellement dangereux autres que le MDMA contenus dans les produits. Elle ne renseigne pas non plus sur la dose de MDMA contenue dans un comprimé. À ce titre, cette technique n'a donc pas d'intérêt préventif malgré la valeur attractive du testing mise en avant par les acteurs de terrain qui devront utiliser d'autres stratégies pour entrer en contact avec les consommateurs. D'ailleurs aujourd'hui la pratique sur site des techniques de test par coloration a été abandonnée dans tous les pays qui l'admettaient. Un autre point critique concerne le contenu de l'information et les formes de la communication qui ne doivent pas donner prise à l'incrimination d'incitation à l'usage réprimée par la législation actuelle; pour cela,

contenus et formes doivent être clairement orientés par l'objectif de prévention des risques pour la santé à l'exclusion de toute information visant à optimiser les sensations attendues de la consommation.

Les actions de réduction des risques évoluent avec les usages, les produits en circulation, les contextes de consommation. Le texte correspond à la situation actuelle, son article final permet l'expérimentation d'approches nouvelles adaptées à ces évolutions futures.

Classiquement, la réduction des risques marche sur une ligne de crête où se rencontrent la santé publique et l'application de la loi dans un objectif d'intérêt général au sein duquel s'inscrit la santé des usagers de drogue. C'est un exercice difficile auquel le référentiel vient apporter un appui.

DIDIER JAYLE

“Satisfaits, mais...”

Swaps : Globalement, êtes-vous satisfait de ce texte de loi ?

Valère Rogissart : Nous sommes contents que ce texte existe, même s'il a quelques défauts. Il va permettre de donner un cadre à la réduction des risques. Nous aurons maintenant quelque chose de concret sur lequel s'appuyer envers certains interlocuteurs. Car on constate que peu de gens savent réellement ce qu'est la réduction des risques, quels sont ses fondements, ses acteurs, etc. Une fois que le décret Caarrud¹ sera sorti, il y aura deux décrets qui décrivent ce que fait la réduction des risques et qui la fait. Cela inscrit dans la loi la réduction des risques de manière symbolique et réelle, et nous sommes

d'autant plus satisfaits que la majorité du texte correspond, soit à ce qui se passe dans le réel, soit à des problèmes que nous avons pu soulever.

On se retrouve par exemple tout à fait dans les objectifs de la réduction des risques : c'est bien le travail avec les usagers sur les problèmes d'usages et non pas sur de la prévention primaire.

Quant aux modalités d'intervention, c'est pareil : c'est assez complet et pour autant pas complètement fermé.

Ce texte répond à un certain nombre de problèmes que l'on pouvait avoir, notamment la phrase *“les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions”*. **Pour nous, c'est un élément très important. D'une certaine façon, c'est l'amendement Priez². D'emblée il y a là quelque chose qui protège les usagers et les acteurs.**

Que vous inspire la forme adoptée ?

Nous avons été surpris par la longueur du texte : il est assez précis. Espérons que ça ne va pas fermer les choses car on peut s'attendre à des évolutions tant dans les méthodes que dans les problématiques.

Le référentiel est assez fidèle à ce que nous avons déjà entendu dans une réunion organisée à la Mission intermi-

¹ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

² Voir “La réduction relaxée”, Swaps n° 38.

³ “L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction colorimétrique de type Marquis), n'est pas autorisée.”

nistériel de lutte contre les drogues et toxicomanies (Mildt) qui nous avait permis d'avoir une première lecture et de faire savoir nos impressions. Une grande partie de ce qu'on avait souligné est présent dans le texte. C'est déjà pas mal !

En revanche, il y a deux passages problématiques : celui qui interdit l'analyse des produits sur site au réactif de Marquis (le "testing")³ et cette petite phrase à propos des usagers de drogue qui participent aux interventions : *"Lorsque des usagers de drogue participent aux interventions de réduction des risques comme animateurs de prévention, ils s'interdisent de consommer des stupéfiants illicites pendant ces activités."* Pour nous, cette question ne relève pas du cadre d'un décret mais d'un cadre comme le règlement intérieur ou tout simplement du code du travail quand les personnes sont salariées. Ce pointage des usagers de drogue était-il utile dans ce texte ? Je n'en suis pas sûr.

En quoi l'interdiction du "testing" est-elle problématique ?

C'est un peu fort de café que cette interdiction déboule dans un décret "référentiel réduction des risques" sans qu'il y ait eu de réelles discussions sur ce point. Médecins du monde a envoyé un certain nombre de dossiers argumentant sur le testing, et n'a pas du tout été convié à discuter de ce point. On a l'impression d'une décision prise sans concertation et de façon unilatérale, sans argument très sérieux.

Le "réactif de Marquis", utilisé pour tester les produits, n'a pas la prétention d'identifier la totalité des substances, c'est surtout un outil de contact assez irremplaçable. L'argument scientifique ne tient qu'à moitié dans la mesure où ce n'est pas la raison prioritaire pour l'utilisation du réactif de Marquis. Nous avons toujours été clairs sur ce que cela signifiait. Cela nous permettait d'appuyer un premier niveau de perception du risque liée à la nature connue ou inconnue du produit.

Comment interprétez-vous cette interdiction ?

La question du testing a été tranchée par des personnes qui n'ont probablement pas totalement soupesé les tenants et les aboutissants. Peut-être aussi y a-t-il eu des pressions puisque le testing a très mauvaise presse, comme l'échange de seringues il y a quinze ans. À cette époque, l'outil de contact privilégié avec les usagers c'était la seringue. Aujourd'hui, l'outil de contact privilégié avec les usagers de drogues de synthèse c'est le réactif de Marquis. Évidemment, on n'est pas dans la même pression de l'épidémie. À l'époque il y avait le sida qui a obligé à dépasser les considérations morales et un cer-

tain nombre de résistances. Là, heureusement pour eux, les teufeurs ne meurent pas en masse avec les drogues de synthèse. Du coup les outils qui permettent de réduire les risques sont moins vécus comme urgentissimes. On pourrait se demander pourquoi il faut attendre qu'il y ait urgence pour trouver des mesures intelligentes en matière de drogue. On peut aussi travailler en dehors des contextes d'urgence, en dehors des contextes d'épidémie.

On a besoin d'utiliser des outils qui permettent d'avoir un vrai dialogue avec les usagers. C'est le point principal et on a pu montrer que le testing avait un vrai impact à plusieurs reprises.

La question est discutable, mais encore faut-il en discuter et non botter en touche. Mais on y reviendra. Nous allons favoriser l'organisation prochaine d'une rencontre de toutes les associations concernées par cette question pour prendre position et demander un amendement pour cette partie du texte, qui nous paraît complètement *has been*. C'est finalement la trace qu'il y a quelque chose qui n'a pas été compris sur ce qu'est la réduction des risques et sur ce qu'était la pratique du contrôle des produits.

D'autres regrets ?

Il y a des petites contradictions en ce qui concerne la question de l'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention. Il est dit au chapitre IV que les codes culturels des usagers peuvent être utilisés, par exemple dans les flyers, mais uniquement *"pour décrire les comportements, gestes et procédures de prévention, les risques des produits ou de leurs associations"*, et non pas les effets recherchés. Or la suite du texte montre qu'il est impossible de ne pas évoquer les effets recherchés. Par exemple, un certain nombre de modes d'administration correspondent à des effets recherchés ; difficile donc de ne pas en parler ! Il est aussi écrit que l'information peut porter sur *"les délais d'apparition des signes après la consommation"*. Comment parler des délais d'apparition sans parler de l'effet des drogues ?

Pour nous, il n'a jamais été question de faire l'apologie des drogues. Simplement, il nous a toujours paru utile de pouvoir parler à la fois des effets recherchés et des risques, puisque les deux sont liées. On ne peut pas nier la notion de plaisir recherché par les personnes qui prennent des produits.

PROPOS RECUEILLIS PAR LYDIE DESPLANQUES

Marier les approches sanitaires et sociales

Le 18 février, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue (Mildt) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) organisaient ensemble une journée de présentation des résultats des recherches cofinancées suite aux appels d'offres de l'an 2000. Retour sur les principales études présentées...

La journée organisée en février par la Mildt et l'Inserm s'est caractérisée par sa pluralité, sa convivialité et surtout par des exposés qui tendaient à aborder de façon globale la toxicomanie, réunissant ses aspects sanitaires et sociaux, ce qui est suffisamment rare pour être souligné. Certains regretteront l'inégalité des interventions et leur hétérogénéité. Celle-ci a pourtant contribué à l'intérêt de la présentation : à problématique multidimensionnelle, approches, recherches et réponses multidimensionnelles. Si vous avez manqué cette journée, petite séance de rattrapage, grâce au résumé de quelques interventions.

La nicotine et ses récepteurs

Bernard Le Foll (Inserm U573 Paris) a présenté le rôle du récepteur D3 de la dopamine dans la dépendance à la nicotine. Ces récepteurs seraient-ils impliqués dans la rechute des sujets ayant arrêté de fumer ? La dépendance au tabac résulte d'une part d'une sensibilisation à la nicotine elle-même et d'autre part d'un conditionnement environnemental associé à la nicotine. Sur des rats rendus dépendants (sensibilisés et conditionnés), l'expression du récepteur D3 de la dopamine est augmentée tant lors de l'administration de nicotine (sensibilisation) que lors de la mise en condition environnementale (conditionnement). Chez l'homme, cette augmentation est retrouvée mais de façon non significative chez des sujets fortement dépendants. L'étude d'un plus large échantillon est néanmoins nécessaire pour conclure sur l'importance de ce récepteur.

Addiction au GHB

Michel Maître (Inserm U575, Strasbourg) a présenté la définition et la caractérisation des cibles d'intérêt pour le gamma-hydroxybutyrate (GHB) dans le cerveau humain et de rat et les mécanismes de l'addiction au GHB. Cette drogue est plus connue, de par ses actions sédatrice et

anesthésiante, sous le nom de la "drogue du viol". C'est à la fois un médicament utilisé en anesthésie, narcolepsie, sevrage alcoolique et une substance récréative utilisée dans les "rave" pour ses propriétés sédatives, anxiolytiques socialisantes et légèrement euphorisantes.

Les recherches entreprises tant sur le rat que sur l'homme ont montré que le GHB est également une substance endogène du système nerveux produite à partir du GABA (acide gamma amino-butyrique) par des neurones GABAergiques. La mise au point d'analogues de synthèse du GHB permettrait le développement de nouveaux médicaments pour traiter notamment les troubles du sommeil et de l'anxiété.

Quid des médicaments psychotropes ?

Philippe le Moigne (Inserm U611, Paris) a présenté la dépendance aux médicaments psychotropes (approches, données, expériences). À ce jour, la dépendance à un médicament peut être abordée suivant quatre angles : approche clinique (nécessité thérapeutique), lecture pharmacologique (syndrome de sevrage), perspective psychologique (représentation), approche anthropologique (stéréotype). Aucune de ces approches ne rend compte de la dynamique ou des spécificités de la dépendance.

L'analyse des données d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ainsi que l'interview de médecins prescripteurs et de patients consommateurs permettent de préciser plusieurs points. Ainsi, l'usage au long cours concerne les personnes âgées et les femmes des milieux populaires et s'applique aux hypnotiques. Alors que l'usage ponctuel concerne davantage les jeunes et les cadres et s'applique aux associations thérapeutiques : antidépresseur, anxiolytique et hypnotique.

Trois types d'usages sont identifiés. D'abord, le recours ponctuel ou circonstancié qui est le plus fréquent.

Cependant cet usage peut devenir régulier. Ensuite, la prise en charge d'une maladie invalidante et chronique. Ce recours est le plus durable. Enfin, le surinvestissement médicinal. Ce type de recours est peu fréquent et se caractérise par un investissement massif dans le produit, qui est sans cesse dénigré.

Génétique et dépendance

Cynthia Marie-Claire (Inserm U705, Paris) a présenté les recherches sur l'identification de gènes dont l'expression est régulée dans la dépendance psychique aux opiacés. Les effets addictifs des opiacés résulteraient des modifications de plasticité neuronale et des effets d'hypersensibilité dopaminergique induits par ces drogues. Ces adaptations reposent sur des modifications d'expression des gènes.

Sur des neurones de l'hippocampe (zone du cerveau impliquée dans la mémorisation à long terme) de rats traités durant 26 jours à la morphine, il a été montré des modifications d'expression de 13 gènes (11 connus et 2 inconnus), signe de modifications fonctionnelles des neurones de cette zone et de mise en place de mécanismes de compensation. Ces mises en évidence ouvrent de nouvelles perspectives de recherche dans la dépendance aux opiacés.

Adolescents et psychotropes

Qu'est ce qui pousse les adolescents à consommer ou non du cannabis, de l'alcool ou du tabac ? Pour Louis Lévy-Garboua (Université Paris I), le prix est un facteur de diminution de la consommation des produits, notamment à long terme. La variable "d'insatisfaction scolaire" exerce en revanche un effet positif et significatif sur la consommation, sauf dans le cas de l'alcool, pour lequel cet effet n'est pas significatif. L'effet de groupe est également positif et significatif. L'influence sociale présente un effet multiplicateur : les initiés influencent grandement les adolescents non initiés.

Ceci présente d'importantes conséquences en matière de prévention menée auprès des jeunes. Au sein d'un groupe, une petite baisse de la consommation de tabac, induite par une augmentation des prix, pourrait être amplifiée tant par l'effet de groupe que par l'influence sociale.

Toxicomanie et troubles comportementaux

Selon Jack Doron (Université Victor Segalen, Bordeaux), il existe des associations significatives entre consommation quotidienne d'alcool et humeur dépressive ou sentiment d'être heureux. La consommation de cannabis s'as-

socie, elle, exclusivement à l'humeur dépressive. Enfin l'humeur anxieuse s'associe de façon significative à la consommation d'autres substances psychoactives. Ces variations d'humeur précèdent toujours la consommation du produit.

Tests de dépistage, entre prévention et répression

Les tests de dépistage de drogues ont été développés aux États-Unis pendant la guerre du Vietnam, afin de remédier aux dysfonctionnements de certaines unités de l'armée. Ils se sont développés à des fins préventives et exploratoires suite au crash d'un avion en 1981. Pierre Lascoumes (Centre national de la recherche scientifique – CNRS, Paris) précise que depuis les années 1990, l'usage de ces tests tend à diminuer aux États-Unis (trop onéreux, discriminants et mettant en péril la vie privée). Mais il tend à augmenter en France notamment à des fins sécuritaires (sécurité routière) et économiques (accidents du travail). Cependant, de nombreuses difficultés techniques limitent à ce jour l'utilisation de ces tests à des situations très particulières.

Substitution à la marseillaise

Quels sont les déterminants et caractéristiques de la prescription médicale en toxicomanie ? Pour le savoir, Isabelle Feroni (Inserm U379, Marseille) a étudié la prescription de buprénorphine haut dosage par les médecins généralistes dans le département des Bouches-du-Rhône.

Dans ce département, 38 % des médecins généralistes libéraux ont prescrit au moins une fois de la buprénorphine en 2002, contre 30 % en 2000. Cependant, 20 % de ces prescripteurs prennent en charge 65 % des patients et seuls 60 % des prescripteurs induisent le traitement, les autres prescrivant de la buprénorphine en relais d'un autre praticien.

En cas d'injection du produit ou d'expression de manque, certains praticiens modifient les posologies ou changent le mode de délivrance en relation avec le pharmacien. Ce sont essentiellement ceux qui ont une file active importante de patients sous buprénorphine, qui ont une expérience ou une formation dans la prise en charge des patients toxicomanes et qui travaillent en réseau. Les autres déclarent, face à ces situations, cesser la prise en charge du patient.

Seul un médecin sur cinq est en relation avec un réseau et 30 % sont formés en toxicomanie. Enfin, la prescription de buprénorphine apparaît fortement associée au niveau de précarité socio-économique des patients.

Quel “médecin traitant” ?

pour la substitution

La réforme de l'assurance maladie est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Quel impact a-t-elle sur les personnes sous traitement de substitution aux opiacés ? Les médecins des centres de soins spécialisés pour toxicomanes ou de centres de cure ambulatoire en alcoologie peuvent-ils être désignés comme “médecin traitant” ? Revue de détail des principaux changements avec le docteur Pierre Poloméni, directeur médical de SOS Drogue International à Marseille.

Prévu par la loi du 13 août 2004, et mis en application depuis le 1^{er} janvier 2005, le choix d'un médecin traitant est obligatoire pour tous les assurés sociaux de plus de 16 ans. Cette orientation fait partie d'une grande réforme de l'assurance maladie. Elle est le fruit d'un nouveau texte conventionnel entre syndicats et assurance maladie.

Le choix du médecin traitant

Les assurés ont jusqu'au 1^{er} juillet 2005 pour adresser à leur caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) un imprimé “Déclaration du choix du médecin traitant” rempli avec le médecin désigné comme tel. La consultation de ce médecin sera alors obligatoire avant d'aller en consulter un autre, qui sera un “médecin correspondant”. C'est à l'assuré d'informer la caisse du médecin choisi.

Tout médecin peut être médecin traitant

Selon l'article L. 162-5-3, “le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier. Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles”. Donc les médecins des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) peuvent recevoir cette demande de la part des consultants.

À noter : dans un cabinet de groupe (et, par extension probable, dans un CSST ou un CCAA), en cas d'absence du médecin traitant, il est possible de consulter un autre membre du cabinet sans pénalité.

Dépassements d'honoraires

Lorsqu'une personne consulte un médecin sans passer par son médecin traitant, le médecin peut pratiquer un dépassement d'honoraires (de 17,5 % maximum) et par ailleurs, le taux de remboursement est plus faible (appliqué à partir du 1^{er} juillet) : moins de 70 % sur la base de 23 euros la consultation.

Selon l'article L. 162-26, “un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence”. La façon dont les personnes bénéficiant du “100 %” vont payer le dépassement n'est pas clairement explicitée.

Ce dispositif est lié à celui de la participation des usagers de 1 euro par consultation (décret du 23 décembre 2004) en sachant que :

- “un décret [...] peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés [...] aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins” ;
- le montant de cette participation est plafonné (article 20 de la loi), pour toutes les consultations effectuées le même jour auprès du même médecin ou établissement, pour une année donnée, à 50 euros ;
- le tiers-payant devra quand même permettre le paiement de la participation forfaitaire ;
- par contre, les bénéficiaires de la CMU en sont dispensés. Ici aussi, quelle va être la participation des patients bénéficiant de 100 % (ALD) ?

Une orientation préalable

Le dispositif du médecin traitant prévoit donc une orientation préalable du patient par celui-ci pour toute consultation de médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes – y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers. L'orientation par le médecin traitant se fera avec l'accord du patient, dans le cadre du dialogue indispensable entre tout patient et son médecin. Ne nécessiteront pas cette orientation préalable :

- les consultations de suivi et de contrôle (maladie chronique...);
- les consultations prévues dans un protocole de soins (bilan préopératoire...);
- les consultations chez le pédiatre, le gynécologue et l'ophtalmologiste;
- les consultations d'un autre praticien en urgence, ou lorsque la consultation se fait loin de chez soi, en vacances notamment.

Pour une maladie chronique (VIH, hépatite C par exemple), il est donc possible de voir régulièrement un médecin généraliste ou spécialiste sans passer par son médecin traitant (sauf pour la première orientation) : le médecin effectue le suivi dans le cadre de consultations régulières, et alors sans majoration.

Vers un spécialiste correspondant

En pratique, un médecin de CSST peut donc être médecin traitant, et ceci n'implique pas qu'il assure l'ensemble des soins liés à une pratique de médecine générale (même si certains, dans le cadre d'une relation structurante pour l'usager, pourront assurer ce rôle pendant quelque temps au moins). L'orientation pourra être faite vers un médecin généraliste correspondant pour certains soins.

La logique à moyen terme serait cependant que le médecin de CSST/CCAA soit un spécialiste correspondant, qui de toute façon, ne ferait jamais payer de dépassement ! En évaluant la situation en regard des patients suivis dans les CSST/CCAA, il n'y a en effet aucun avantage pour eux à choisir le médecin de CSST comme médecin traitant, sauf à vouloir rester dans l'anonymat (à condition que cette mesure soit encore appliquée !) et bénéficier de la gratuité, ou à moins de n'avoir confiance que dans un médecin donné (grande précarité, relation d'étayage fort...), ou enfin... s'ils ne sont pas assurés sociaux.

Attention aussi au fait que le médecin traitant aura pour mission la tenue du dossier médical patient (DMP) informatisé hébergé par un serveur distant, et que ce rôle n'est pas simple. En dehors des aspects techniques, les médecins de CSST/CCAA n'ont pas nécessairement les liens informatiques avec les caisses primaires d'assurance maladie et les serveurs adéquats. Or leur respon-

sabilité de tout intégrer dans le dossier sera engagée (pas avant 2007 néanmoins).

Exemples concrets

Si le patient prend un traitement de substitution, prescription et délivrance en centre seront semblables (que le médecin du centre soit traitant ou non). Si le patient se fait prescrire habituellement ce traitement en ville, il devra choisir, pour son médecin référent, entre deux cas de figure :

- Prendre comme médecin traitant celui du CSST, qui l'oriente vers un généraliste correspondant. Ce dernier voit ensuite le patient de façon autonome dans le cadre d'un protocole de soins;
- Proposer au généraliste prescripteur d'être son médecin traitant, le centre spécialisé étant alors un spécialiste correspondant gratuit.

Pour ce qui est du traitement du VHC ou du VIH, les choses sont plus simples, car le spécialiste (ou généraliste en relais) consultant travaillera à honoraires conventionnels dans le cadre d'un protocole pour maladie chronique (ALD).

Enfin, les médecins coordinateurs (dans le cadre des appartements de coordination thérapeutique ou des réseaux par exemple) peuvent "dans le texte" être médecins traitants, mais cela ne présente aucun intérêt pour le patient.

D'une façon générale, d'ailleurs, tous les malades bénéficiant de suivis longs (ALD, protocoles, consultations régulières, etc.) choisiront un médecin traitant (c'est obligatoire), mais pourront continuer leurs suivis (par les différents médecins ou services) dans les mêmes conditions qu'avant.

Un important travail d'explication est donc nécessaire, et la mise en place de cette réforme est peut-être une opportunité supplémentaire d'accompagner les usagers vers une socialisation dans le "droit commun".

L'objectif est clairement la mise en place d'un parcours de soins coordonné avec participation du patient, d'un réseau, d'une filière, un système longtemps dénoncé, aujourd'hui plébiscité car accompagné de bénéfices financiers.

Les militants des réseaux ville hôpital des années 1990 pourront soit se réjouir de ces liens organisés, soit s'attrister du contrôle par l'argent de l'itinéraire des patients. Il faudra suivre les différents arrêtés et évolutions, les jurisprudences, et les effets pervers, qui ne manqueront pas d'émailler les années à venir.

Il est aussi opportun de s'interroger sur la capacité de contrôle de l'assurance maladie de ces circuits, et du coût généré par ces contrôles en regard du bénéfice attendu.

Un coach en ligne pour arrêter de fumer

Pour écraser sa dernière cigarette, pourquoi ne pas allumer son ordinateur ? L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) vient de lancer un nouveau site Internet, www.tabac-info-service.fr. Très ludique, ce nouvel espace propose une aide pour décrocher de la cigarette, ne pas replonger, ou même aider un proche.

Pas facile d'arrêter de fumer ? Le site tabac-info-service cherche à apporter un véritable soutien en ligne. Lancé le 31 mai, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, ce site propose différentes entrées, en fonction du profil de chaque internaute :

- J'hésite à arrêter ;
- J'arrête ;
- Je tiens bon ;
- Je veux aider un proche.

L'objectif est ainsi d'aider les fumeurs ou ex-fumeurs à tous les stades de leur démarche de sevrage. Ainsi, pour celui qui hésite à arrêter, un bilan motivationnel est proposé. Les principales solutions sont évoquées : des substituts nicotiques aux thérapies comportementales et cognitives. Pour celui qui a décidé de franchir le pas, les difficultés (irritabilité, troubles du sommeil, prise de poids...) sont évoquées sans tabou et des conseils pratiques sont proposés. Car l'Inpes a décidé de jouer cartes sur table : pas question de mentir par omission, le futur ex-fumeur connaît les épreuves qui l'attendent. Mais il sait aussi qu'il a tout à y gagner. Enfin pour celui qui vient d'arrêter, on appréciera la partie pour aider à "tenir bon". Celle-ci inclut notamment des conseils si jamais l'on a craqué et fumé quelques cigarettes...

Le fumeur et son "avatar"

Dans tout l'environnement du site, l'Inpes a misé sur une approche dynamique. Les couleurs gaies sont omniprésentes : pas question de broyer du noir parce que l'on arrête de fumer ! Surtout, un personnage animé accompagne l'internaute à chaque page. Il représente le fumeur tantôt

interrogatif, tantôt déterminé. Un "avatar" qui vise à aider l'internaute à trouver la force d'écraser sa cigarette.

Mais la principale innovation de ce site, c'est le "coaching". L'internaute remplit un formulaire sur le site, en répondant à des questions sur son état civil et son rapport au tabac. Le futur ex-fumeur reçoit alors régulièrement par mail des courriers électroniques d'encouragement, des astuces, des exercices... Un soutien au rythme choisi par l'internaute, qui permet d'entretenir la motivation. L'Inpes a aussi prévu un volet d'évaluation, afin de vérifier l'efficacité de ce coaching virtuel.

"Je tiens bon"

Le site utilise plusieurs autres fonctionnalités d'Internet : e-cards, fonds d'écran... On appréciera tout particulièrement le fond d'écran qui reproduit des centaines de fois la phrase "Je tiens bon". Un message subliminal efficace pour renforcer sa motivation. Les cartes postales virtuelles sont un moyen très convivial pour aider ses amis à décrocher. À ce propos, toute une partie du site propose des conseils pour soutenir un proche ayant décidé d'en finir avec la clope. Une autre est spécifiquement destinée aux professionnels de santé, et propose des conseils pour aborder le sujet du sevrage, et des outils pour évaluer dépendance et motivation. Les conditions pour devenir tabacologue sont également expliquées.

Petit rappel : les fumeurs qui n'ont pas Internet ou ceux qui préfèrent le contact humain peuvent utiliser la ligne téléphonique Tabac info service : 0 825 309 310 (0,15 euros/min).

PUBLICATIONS / NOUVELLES PARUTIONS

De nombreux ouvrages sont parus depuis le début 2005 dans le domaine des addictions. Voici quelques parutions incontournables, dont une sélection spéciale sur le tabac et l'aide au sevrage tabagique.



Ces dépendances qui nous gouvernent : comment s'en libérer ?

W. Lowenstein

Calmann-Lévy (2005), 297 p., 20 euros

Destiné au grand public et aux parents, écrit dans un langage clair et accessible à tous, cet ouvrage explique le processus commun aux divers types d'addiction et fournit des repères pour les comprendre. Le Dr Lowenstein commence par rappeler les mécanismes de la dépendance : la consommation d'une substance ou la mise en place d'un comportement pour trouver une forme de plaisir ou l'apaisement d'une tension ; la répétition de cette conduite et le passage, dans un temps plus ou moins long, d'un usage occasionnel, parfois bien admis par la société, à l'abus puis à la dépendance. La voie d'action commune à celle-ci est l'augmentation de la quantité de dopamine dans le cerveau reptilien, le cerveau des émotions, et un effet stimulant sur la sécrétion d'endorphines, génératrices de bien-être et de sérénité. Mais les effets sur la santé physique et psychique ainsi que les difficultés pour s'en sortir se révèlent bien différents d'une addiction à l'autre. L'auteur analyse ensuite les principales dépendances en les répartissant en trois classes. La première concerne les dépendances à un produit : alcool – la drogue "made in France" –, cannabis, tabac, médicaments, cocaïne, héroïne,

ecstasy. La deuxième est consacrée aux addictions sans drogue : cyberdépendance, sport intensif, jeu pathologique, "workaholisme" ou addiction au travail, hyperactivité sexuelle et dépendance affective. La troisième s'intéresse aux comportements aux frontières de l'addiction : trichotillomanie et onychophagie, kleptomanie, achats excessifs, addiction aux bases xanthiques (thé, café, chocolat), chirurgie esthétique et portable.

Les propos sont illustrés par de nombreux exemples empruntés à l'expérience d'addictologue de l'auteur, qui se définit lui-même comme un "médecin des émotions".



Drogues et dépendances, données essentielles
OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)
J.-M. Costes (dir.),
A. Cadet-Taïrou, D. Lopez,
H. Martineau, I. Obradovic,
C. Palle, L. Vaissade
La Découverte (2005), 202 p., 14,50 euros

Cet ouvrage présente un état des connaissances sur la consommation de drogues en France dans les années 2000-2004, son évolution et ses conséquences. Il aborde les consommations et les opinions des Français, les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, les problèmes judiciaires et l'offre de produits licites ou illicites. Il détaille, produit par produit, l'évolution

de la consommation et ses conséquences. Il évoque également le cadre légal français et les orientations des politiques publiques. En annexe, on trouve un lexique ; une chronologie, essentiellement nationale, de 1953 à mars 2005, des principales dates relatives à la politique publique sur les drogues ; une liste des sigles ainsi que des repères méthodologiques sur les sources de données utilisées.



Toxicomanies et conduites addictives
D. Vélé
Heures de France (2005), collection Guides professionnels de santé mentale, 379 p., 36 euros

Cet ouvrage est divisé en quatre parties. La première rassemble des données de base : concepts, épidémiologie, trafic, cadre législatif, neurobiologie, facteurs de vulnérabilité et de protection, pathologies somatiques et psychiatriques. La deuxième partie, la plus riche et détaillée, propose une classification des substances psychoactives précise (historique, présentation, usage, effets, surdosage, dépendance). La troisième partie présente les addictions comportementales. La dernière partie propose des données sur le stress et l'usage de drogue ainsi qu'un ensemble de ressources disponibles (bases de données, sites Internet, etc.).

Sélection spéciale tabac

Numéro thématique : Journée mondiale sans tabac, 2005

C. Hill, G. Brucker, A. Laplanche, P. Guilbert, A. Gautier, F. Beck, P. Peretti-Watel, J.-L. Wilquin, C. Léon, S. Legleye, P. Arwidson, S. Spilka, A. Stoeber-Delbarre, F. Letourmy, H. Sancho-Garnier, H. Martineau
BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 21-22 (31 mai 2005), p. 93-109.

Ce numéro spécial aborde l'évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, de 1900 à 2003, l'estimation de la prévalence du tabagisme déclaré, la baisse du tabagisme parmi les adolescents, le rôle et les actions des professionnels de la santé dans l'aide à l'arrêt, les indicateurs du tabagisme et l'outil "Tableau de bord mensuel tabac".

Disponible sur Internet : www.invs.sante.fr/beh/2005/21_22/beh_21_22_2005.pdf

Le tabagisme : de la prévention au sevrage

Y. Martinet (dir.),
A. Bohadana (dir.)
Masson (2005), collection Abrégés, 340 p., 39 euros
Ce livre, destiné aux professionnels de santé, aborde successivement tous les aspects du tabagisme, de ses conséquences à sa prise en charge en passant par la prévention. Il est divisé en sept parties. La première est consacrée à l'économie du tabac et à son coût social. La deuxième fournit des informations sur le produit lui-même : sa fabrication, sa composition, ses marqueurs, sa biologie, ses conséquences sur la santé et évoque le



problème du tabagisme passif. La troisième et la quatrième s'intéressent à deux publics particuliers : les adolescents, d'une part; les femmes, d'autre part (dont le tabagisme de la femme enceinte et le tabagisme passif du nouveau-né). La cinquième partie détaille le sevrage tabagique. La sixième partie décrit l'enjeu social que représente la lutte contre le tabagisme : législation, politique, associations. La dernière partie montre le rôle des professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme.

**La cigarette :
c'est décidé, j'arrête**

A.-M. Thomazeau
De La Martinière Jeunesse (2005), collection Hydrogène, 107 p., 11 euros
Spécifiquement destiné aux adolescents fumeurs désireux d'arrêter, ce livre tente de les aider dans leur démarche en les faisant réfléchir sur leurs comportements de consommation. Il s'articule en trois parties : pourquoi j'ai envie d'arrêter, comment j'arrête et tenir bon.

**La prévention du tabagisme
chez les jeunes**

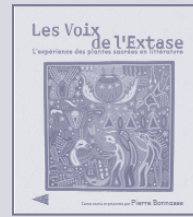
Institut national de Santé publique du Québec
J. Lague (dir.), M. Lalonde, B. Heneman, M. Tremblay, N. Auger
Institut national de santé publique du Québec (2004), 187 p.
Ce rapport, basé sur l'analyse des publications de journaux scientifiques et des grands organismes de santé publique, fait le point sur l'efficacité des divers programmes et mesures contribuant à prévenir ou à réduire le tabagisme chez les jeunes de 6 à 19 ans. Après avoir posé la problématique de la consommation de tabac chez les jeunes au Québec, il présente et discute les quatre grandes stratégies de lutte contre le tabagisme

pouvant avoir un impact sur les comportements de consommation des adolescents : les programmes de prévention en milieu scolaire, les lois et les taxes; le marketing et le contre-marketing des produits du tabac, les interventions communautaires. Les caractéristiques et l'efficacité des programmes qui combinent ces stratégies dans une démarche intégrée sont ensuite examinées. Les principaux constats découlant de cette analyse sont enfin dégagés et des recommandations émises. Disponible sur Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf

**Tabac : agir
avec le protocole Bravo®**

SIMPSS
(Service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé) Toulouse 1
J.-M. Soulat, C. Vialas, N. Gomez, SIMPPS (2004)
Cédérom pour PC
Destiné aux équipes médico-sociales des universités, ce cédérom présente le protocole Bravo®, protocole de sevrage tabagique pour des étudiants, et propose une aide au montage de programmes semblables. Il comporte neuf modules : l'importance du sevrage tabagique en termes de prévention et de santé publique, des données de base sur la communication, divers outils de communications (affiches, expositions...); le protocole Bravo® en lui-même (objectifs, déroulement...), le rôle de l'équipe médico-sociale de l'université dans ce protocole, différents témoignages (tabacologues, assistante sociale, fumeurs...), l'organisation et la chronologie des consultations médicales durant le protocole; les aspects juridiques de la consommation de tabac en milieu universitaire et la loi Évin.

Plongée dans le monde des "enthéogènes"



**Les voix de l'extase
L'expérience des plantes
sacrées en littérature**

Textes réunis et présentés
par Pierre Bonnasse
Ed. Trouble-Fête
272 p., 30 euros

Les voix de l'extase est une œuvre référence dans le singulier paysage des ouvrages sur les drogues communément appelées "hallucinogènes" ou "lucidogènes". Chamanisme, sorcellerie, expérience religieuse ou mystique, philosophie, pharmacologie, ésotérisme, exploration de l'âme et de la psyché... l'expérience des "enthéogènes" (ce qui révèle la présence divine) est restituée ici par des grands noms de l'art, de la littérature ou de la contre-culture comme Antonin Artaud, Ernst Jünger, Burroughs, Ginsberg, Huxley, Castaneda ou Ravalec. Trente-deux textes majeurs de seize psychonautes, et pas des moindres, ayant exploré les voies de l'extase chamanique en quête des fruits de l'arbre de la connaissance ultime et qui partagent leurs découvertes avec une inspiration surprenante : "Des fous se précipitant là où les anges craignent de pénétrer." Pierre Bonnasse est chercheur en sciences humaines, spécialisé dans les états modifiés de conscience et son livre, fruit de longues années de recherches infiniment sérieuses, fourmille d'anecdotes surprenantes, parfois inouïes. De Gurdjieff à Saint Jean l'apôtre en passant par Charles Dauterive ou Aleister Crowley, qui distribue du peyotl à tous les spectateurs assistant

à une représentation des *Mystères d'Eleusis*. Les hallucinogènes ne sont pas des "drogues récréatives" et leur usage implique une responsabilisation et un sérieux que les auteurs ne manquent pas de souligner. Il était temps qu'en France, une œuvre transdisciplinaire pose les fondements de ce qui sera peut-être "l'enthéologie". Il ne s'agit pas d'une simple compilation, mais d'un ouvrage de fond. Les textes choisis par Pierre Bonnasse, dont l'introduction est déjà une œuvre en soi, ont tous un caractère poétique affirmé et rassemblent récits de voyage, poèmes, prose ou correspondances. La frise d'inspiration chipibo¹ qui encadre chaque page ainsi que les dizaines d'illustrations "hallucinantes" sur "l'art visionnaire" – broderies huichols, dessins, tableaux, poteries – achèvent de donner un cachet unique à ce livre en témoignant de la puissance des "enthéogènes". - J. K.

¹ tribu indienne d'Amérique centrale

Brèves...

Drogues :

les prix baissent à Paris

La cocaïne et l'héroïne coûtent de moins en moins cher en région parisienne. C'est ce que souligne l'Observatoire régional de la santé en Île-de-France (ORS), en se basant sur une étude du Dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues). Ces deux drogues seraient de plus en plus disponibles sur le marché, ce qui a mathématiquement fait baisser les prix. Autre tendance : les pratiques d'injection sont globalement en baisse dans la capitale, et les polyconsommations restent fréquentes. L'ORS souligne que si la région Île-de-France est très touchée par la toxicomanie, la politique de réduction des risques a entraîné une forte diminution de la mortalité par surdose ainsi qu'une baisse très notable des contaminations liées au VIH. Elle a aussi permis d'améliorer l'état de santé des usagers, en facilitant leur accès aux soins.

Le cannabis moins fort que prévu

Le cannabis n'est pas franchement plus fort aujourd'hui qu'il y a 30 ans ! C'est la conclusion

d'une collecte menée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Plus de 240 échantillons ont été recueillis auprès d'usagers de Dijon, Bordeaux, Lille et en Martinique. Dans le détail, le taux moyen de tétrahydrocannabinol (THC) était de 10,6 %, avec un minimum de 1,1 % et un maximum de 26,1 %.

Des chiffres qui semblent donc indiquer une hausse de la teneur en principe actif assez limitée, puisque les taux étaient de 7 % à 8 % auparavant. Néanmoins, la disparité semble assez importante selon la provenance des échantillons et fluctue selon les années.

Source : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 20, mai 2005

Les étudiants accros et à cran

Selon une étude menée par la Mutuelle des étudiants auprès de 50 000 jeunes, le recours aux drogues "douces" est devenu banal. Ainsi, ceux qui entament des études supérieures sont de plus en plus adeptes du cannabis. Pratiquement la moitié des garçons (47 %) et 39 % des filles ont expérimenté le joint. Ils étaient moitié moins en 2002 ! L'image de cette drogue

est plutôt positive : ils la trouvent festive, conviviale et déstressante. Autre drogue, licite cette fois, l'alcool : seuls 15 % des garçons et 19 % des filles disent ne jamais y toucher. La cigarette, en revanche, recueille moins de suffrages : plus des deux tiers des étudiants déclarent ne pas consommer de tabac.

Cannabis : le fœtus en danger

Fumer du cannabis pendant la grossesse diminue fortement l'activité cérébrale du fœtus, du moins chez le rat. C'est ce que vient de montrer l'équipe de Henri Gozlan, de l'unité 29 de l'Inserm basée à Marseille. En étudiant l'effet du cannabis chez le rat, les scientifiques ont montré qu'il activait certains récepteurs dans le cerveau, les CB1. Ceux-ci sont normalement activés par les cannabinoïdes endogènes produits ponctuellement par l'organisme. Chez le fœtus, une activation exogène perturberait la mise en place de réseaux neuronaux. À terme, le cannabis consommé par la mère serait ainsi à l'origine de retard mental chez le nouveau-né. D'autres travaux soulignaient déjà les effets délétères du fœtus durant la grossesse

(voir *Swaps* n° 38). Cette étude vient souligner s'il en est besoin la nécessité de ne pas consommer de psychotropes durant la grossesse, même à faible dose.

Source : Communiqué de l'Inserm et de la Fondation pour la recherche sur le cerveau (FRC), à paraître dans *PNAS*



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 Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Aude Segond
Marianne Storogenko
Agnès Sztal

Gestion
Amanda Baptista
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Anne-Sophie Woreth

Conception graphique
Sylvain Enguehard
Réalisation
Céline Debrenne
Impression : 4M Impressions
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Tour Maine-Montparnasse
BP 54
75755 Paris cedex 15

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

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

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


CRIPS

Ile-de-France

CRIPS

Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire

 Schering-Plough

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

Nous revenons, dans cette livraison de *Swaps*, sur le décret du 14 avril 2005 qui installe le référentiel national des actions de réduction des risques (RdR) en direction des usagers de drogue. L'événement, législatif puis exécutif, le mérite ; tant la RdR reste un enjeu politique controversé. L'occasion par là-même de demander à Didier Jayle, fondateur de *Swaps* et actuel président de la Mildt, d'explicitier les mécanismes et les choix qui ont présidé à la rédaction de ce texte, et à Valère Rogissart, président de l'AFR*, sa vision des aspects positifs et négatifs de ce nouveau cadre normatif (pages 13 à 15).

Nous revenons aussi, et nous y reviendrons encore, sur la façon dont l'image des drogues dans l'espace public modifie les pratiques, les croyances et les discours de prévention. C'est ainsi que nous consacrons un dossier au crack – et à son "vrai-faux" jumeau, la free-base, deux dérivés fumables de la cocaïne similaires quant à leur composition mais qui concernent des populations très différentes et qui véhiculent des représentations sociales opposées (pages 3 à 12).

Nous reviendrons enfin, dans notre prochaine livraison, sur la 3^e conférence latine de réduction des risques (CLAT) sise à Barcelone début juillet. Au programme, des thèmes qui éclairent le contenu éditorial de *Swaps* : prévention et réduction des risques en milieu festif, consommation de drogues chez les prostitué(e)s, réduction des risques et milieu pénitentiaire, autosupport... Autant de dossiers que nous souhaitons partager avec les lecteurs de *Swaps*.

GILLES PIALOUX

* Association Française pour la réduction des risques