



# SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues **Numéro double 40-41** Trimestriel / 4 €

Édito / 40

**CLAT 3** / 2

La RdR à l'heure de  
l'institutionnalisation / 3

De la politique des drogues en général  
et de la politique en particulier / 6

“Démocratie, villes & drogues”  
un projet global pour  
des réponses locales / 8

Les associations d'usagers  
se cherchent un avenir / 11

Prescription d'héroïne  
la voie orale fait ses preuves / 13

Instantané d'une salle de  
consommation barcelonaise / 15

La réduction des risques  
a aussi ses exclus / 18

US La parole aux substitués ? / 21

La substitution  
**Made in USA** / 24

**Repenser** les messages  
de prévention / 26

La **difficile** prise en charge  
des usagers **précaires** / 28

**L'influence de l'école**  
sur la consommation des élèves / 31

Irlande  
**sans tabac :**  
une bouffée d'Eire / 34

Multimédia / 36

Publications / 37

Brèves... / 39

# CLAT 3

La 3<sup>e</sup> Conférence latine de réduction des risques (Clat) s'est tenue du 30 juin au 1<sup>er</sup> juillet à Hospitalet de Llobregat, dans la banlieue de Barcelone. Trois journées au cours desquelles les participants ont pu échanger informations, expériences et réflexions à un moment charnière de l'évolution vers une institutionnalisation de la réduction des risques (lire page 3). Une évolution reflétée par la sensibilisation progressive des médias (page 4) au thème de la RdR. Présenté lors de la Clat, le projet européen "Démocratie, villes et drogues", qui privilégie les démarches participatives, s'inscrit dans la réflexion générée par cette évolution (lire page 7), réflexion qui touche aussi la place des associations d'usagers (page 10). La prescription médicalisée d'héroïne par voie orale (page 12) ainsi que l'expérience des salles de consommation sont exemplaires de ces questionnements. *Swaps* a profité de la tenue de la Clat à Barcelone pour se rendre dans une de ces structures, qui n'ont pas d'équivalent en France (page 14). Mais, au moment où se pose avec acuité la question des étapes à venir de l'histoire de la RdR, une réflexion sur les nombreux exclus, ici et maintenant, de cette démarche paraît s'imposer (page 17).

# La RdR à l'heure de l'institutionnalisation

*Passés du militantisme au professionnalisme, les acteurs de la réduction des risques tentent de surmonter les affres de l'institutionnalisation. Simple changement de statut ou question existentielle, cette évolution était au cœur des débats à Barcelone. Un contraste certain avec la précédente édition de la Clat.*

Qui eût cru, se souvenant des tensions de la Clat précédente à Perpignan, il y a deux ans, que l'inquiétude des acteurs de la RdR, cette année, à Barcelone, prendrait la forme de ce mot : institutionnalisation ? À l'époque, Didier Jayle, fraîchement nommé président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (Mildt), essayait les craintes de militants inquiets de voir leur légitimité aussi peu reconnue que leurs budgets approvisionnés.

Cette année, comme l'a souligné Lia Cavalcanti, présidente de l'association Espoir Goutte d'Or, ce ne sont pas des militants mais des "pros" qui méditent sur les difficultés qui les attendent à l'heure où la légitimité de la RdR est reconnue et institutionnalisée.

"La réduction des risques perd son statut d'exception, son caractère expérimental", estime Anne Coppel, de l'Association française de réduction des risques (AFR). Est-ce une bonne chose ? Dans les allées de la conférence, ce sont les mérites comparés du "bricolage" passé et de la respectabilité nouvelle qui sont débattus. On se félicite de la reconnaissance tant attendue, mais l'on s'inquiète aussi

<sup>1</sup> Rapport AFR/Saje 2005. "Les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France", session 12 (S12)

<sup>2</sup> *ibid* du prix à payer pour ce confort inédit.

## Question de statut

La première question, comme souvent, est financière. Une enquête sur "les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France"<sup>1</sup>, coordonnée par l'AFR et par Safe et présentée par Anne Coppel et Catherine Duplessy, montre que les deux tiers des structures qui s'occupent de RdR sont polyvalentes. C'est même le grand mérite de la RdR que cette transdisciplinarité : "La grande force de la réduction des risques a été de sortir du ghetto de la spécialisation en toxicomanie, avec des acteurs diversifiés, du médecin à l'élu local en passant par les acteurs de la lutte contre le sida ou contre l'exclusion"<sup>2</sup>. Ce qui inquiète, c'est que l'institutionnalisation, en l'occurrence la mise en place des Caarrud, "loin de conforter le dispositif, risque de l'appauvrir".

Ces Caarrud (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), prévus par la loi de santé publique du 9 août 2004, ont pour objectif de sécuriser, de professionnaliser et d'institutionnaliser le dispositif de RdR. Aspect crucial, le financement des Caarrud, en tant qu'établissements médico-sociaux, est confié à l'Assurance maladie.



*“Subventionnée en tant que telle et non plus sur les budgets sida, la RdR entre dans le droit commun”*, note Anne Coppel. Certes, on ne peut que se féliciter de la pérennisation des budgets qui devrait en résulter.

Oui, mais... la question est de savoir quelles structures pourront prétendre au statut de Caarrud. La loi définit sept missions que devra remplir chaque établissement : l'accueil, l'accès aux soins, l'accès aux droits sociaux, le contact avec l'usager, la médiation, l'accès aux outils de prévention, et l'alerte sur les phénomènes émergents. Il est clair que certaines structures non-spécialistes de la RdR ne pourront satisfaire à toutes ces exigences. Sur quelle ligne budgétaire seront-elles alors financées ? Ruth Gozlan, représentante de la Mildt, affirme avoir pris note des inquiétudes récurrentes soulevées par ce dossier, tout en précisant qu'il est plutôt du ressort de la Direction générale de la santé. Gageons que des précisions devront être rapidement apportées, en réponse à la demande de création d'une Commission nationale pour la mise en place des Caarrud, portée notamment par l'AFR et Safe.

## Question existentielle

Au-delà de la question budgétaire, c'est une question de philosophie de l'engagement qui hante les discussions. S'agit-il d'un “embourgeoisement” dans la légalité, d'une déperdition de l'esprit historique de la lutte pour la reconnaissance des droits des usagers de drogues ? Pour Fabrice Olivet, de l'association d'usagers Asud, *“l'institutionnalisation, c'est celle de la gestion des drogues. Le contenu humaniste de la RdR est zappé”*<sup>3</sup>. Il semble que la respectabilité ainsi acquise soit crainte pour son aspect administratif, éloigné de la richesse et de la diversité historique des acteurs de la RdR.

C'est pourquoi se pose avec tant d'acuité la question des prochaines étapes de l'histoire de la RdR. L'idée que l'on arrive *“au bout du chemin”* et qu'il est nécessaire de se mobiliser autour de nouveaux enjeux pour la RdR était récurrente à Barcelone. L'interrogation concerne notamment la portée à donner à cette légalisation des actions de RdR que figure le décret du 14 avril 2005 (voir *Swaps* 39). Prendra-t-elle le chemin de la mise en place de salles d'injection (lire article p. 15) ? Annie Mino a rap-

<sup>3</sup> “Repensar el marco legal”, S11

<sup>4</sup> A Mino, “Naissance de la réduction des risques en Europe, perspectives de santé publique : un témoignage”, plénière 1 (P1)

<sup>5</sup> M Trace, “Future directions for national and international drug policy”, P2

<sup>6</sup> J-M Costes, “Évolutions récentes du cadre légal de la réduction des risques en France”, S11

pelé tout le paradoxe de ces dispositifs, qui se distinguent de manière essentielle des dispositifs d'échanges de seringues et de traitements de substitution : *“Avec la méthadone, on restait dans le domaine thérapeutique strict. Avec les salles d'injection, il s'agit de donner des produits illicites. À ce stade, les limites des politiques de réduction des risques sont atteintes*

*si on n'a pas le courage d'une stratégie “anti-prohibitionniste”. La réflexion sur les dimensions légales est inévitable aujourd'hui, sans quoi il y a beaucoup à craindre pour la réduction des risques.”*<sup>4</sup> Au fond, si l'histoire de la RdR consiste à flirter avec la loi, il semble qu'avec l'institutionnalisation on passe aux choses sérieuses : *“On arrive au bout du chemin si on ne se pose pas la question du lien entre réduction des risques et prohibition”*, estime Fabrice Olivet.

D'ailleurs, reconnaître l'efficacité de la RdR, n'est-ce pas au fond admettre l'inefficacité de la répression de l'usage – et, du même coup, que son maintien n'a d'autre finalité que morale ? *“En termes de prévention, rappelle Annie Mino, la loi n'a pas apporté les résultats attendus. La loi pénale redevient à présent purement morale : ce qui compte, c'est de dire l'interdit, quel que soit le résultat.”* Mike Trace, de la Beckley Foundation, note lui aussi ce tournant majeur : *“Le prétexte des gouvernants pour maintenir le statu quo de la répression, c'est de dire qu'on ne sait pas ce qui marche. Aujourd'hui ce n'est plus possible, il y a des évidences claires.”*<sup>5</sup>

## Expertise

Pour autant, les données scientifiques sont-elles la clé pour faire avancer les politiques ? Non, à l'évidence, insiste Mike Trace, et il faut relever là une spécificité des politiques des drogues : *“Dans toutes les sphères de la politique, si l'objectif n'est pas atteint, la politique est abandonnée et on revoit ses stratégies. Pour les drogues, ça ne se passe pas comme ça.”* Un scepticisme à l'égard des processus décisionnels que partage Annie Mino : *“Quelle que soit la qualité des données, si le moment politique n'est pas venu, rien ne se passera.”* Jean-Michel Costes, directeur de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), confirme cette ambiguïté de la place de l'expertise dans les processus décisionnels. Il confie ne pas croire au *“modèle idéal d'une décision rationnelle éclairée par l'expertise”*, en vertu de la complexité des préférences qui entrent en jeu dans la décision, mais aussi en vertu de la complexité même des données<sup>6</sup>.

Comment faire avancer la politique française des drogues ? Une piste est de rechercher une plus grande transparence à l'égard de la société civile. Pour Jean-Michel Costes, qui citait les données des enquêtes Eropp (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) de l'OFDT, *“les données ne s'adressent pas seulement aux décideurs, elles doivent aussi être vulgarisées pour être accessibles à la population”*. Car l'opinion publique à l'égard de l'usage de drogues est déterminante pour favoriser les évolutions politiques.

Ainsi, en Suisse, c'est l'ensemble des citoyens qui ont validé par référendum les avancées de la RdR.

Mais c'est aussi sur la façon dont les données de la recherche sont produites que des pistes intéressantes ont été avancées. À l'heure de l'institutionnalisation, c'est la question de la professionnalisation des acteurs de la RdR qui se pose avec acuité – la force du plaidoyer de Lia Cavalcanti en faveur de la recherche-action en témoigne<sup>7</sup>. *“Les mains sales de l'urgence ne sont rien si on n'a pas les idées propres ! Penser n'est pas un luxe !”* a-t-elle martelé, exhortant chaque acteur de terrain à se faire chercheur, et à s'efforcer, malgré la pression du quotidien, de recueillir des données sur sa pratique : *“Nous ne sommes pas des militants, mais des pros, qui produisons des résultats !”*.

## Construire le réel

L'enjeu de cette professionnalisation est au cœur des inquiétudes liées à l'institutionnalisation de la RdR, car l'exigence est de taille. Comme le souligne Lia Cavalcanti, *“aujourd'hui, nous disons qu'il faut diversifier les actions. On ne va certes pas indéfiniment distribuer des seringues et des traitements de substitution ! Mais qui va dire quels sont les nouveaux enjeux et besoins, si ce n'est pas nous ? C'est à nous de continuer à nourrir les politiques publiques”*.

Selon le vœu de Serge Escots, chargé de recherches à l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées, la professionnalisation de la RdR, ce devrait être aussi la fin du *“soupçon toujours plus ou moins sous-jacent sur le terrain selon lequel l'observation des chercheurs sert à renseigner le pouvoir”*<sup>8</sup>.

Au contraire, seule la mutualisation des capacités permettra de définir de nouveaux enjeux. *“Une nouvelle pratique d'usage est un phénomène émergent, et un problème politique appelant une réponse de prévention, uniquement grâce à l'interaction des acteurs de terrain et des systèmes d'observation”*, rappelle ainsi Serge Escots. La professionnalisation de la RdR, ce sera donc aussi sa capacité à faire le lien entre les réalités du terrain et l'agenda politique. *“Construisons ensemble le réel !”*, concluait-il, rappelant qu'en politique un problème n'existe jamais en soi, mais seulement lorsque des experts le construisent en tant qu'enjeu politique, et qu'une action collective s'en saisit.

MÉLANIE HEARD

<sup>7</sup> L. Cavalcanti, “La relation entre les pratiques d'attention et les informations produites par l'observation et l'évaluation”, P3

<sup>8</sup> S. Escots, “Réduction des dommages et observations des phénomènes émergents : une interdépendance”, S36

## La sensibilisation progressive des médias

Sandrine Fortunée, de l'association Coordination Toxicomanies<sup>1</sup>, a présenté à Barcelone une étude sur la représentation des drogues et des usagers de drogues du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris à travers la presse<sup>2</sup> qui met en évidence la sensibilisation progressive des médias grand public français à la réduction des risques. Petit résumé.

À partir de l'étude de 422 articles de presse parus de janvier 1995 au premier semestre 2005, Sandrine Fortunée a recherché les éléments qui déterminent la construction du discours médiatique sur les drogues – discours dominé par la question de la sécurité –, ainsi que la manière dont ce traitement médiatique va interagir avec les représentations des acteurs sociaux.

Elle fait d'abord le constat de la faible appropriation de ce thème par la presse grand public en dehors des mouvements populaires. Selon elle, *“les médias ne sont pas constructeurs d'une représentation mais suivent des représentations telles qu'elles sont données par le sens commun. Le thème de la toxicomanie est mis à l'agenda journalistique au gré des événements et sans grande continuité de traitement”*. Néanmoins, la presse s'efforce souvent de produire une analyse explicative à partir de faits de terrain, notamment en invitant des acteurs à s'exprimer<sup>3</sup>. Or, le choix de ceux-ci servant la mobilisation de l'opinion publique, les médias deviennent aussi *“un enjeu entre des groupes d'intérêts particuliers”*.

Après s'être penchée sur la médiatisation des mouvements d'habitants de 1995 à 2002 pour montrer comment les médias répercutent le discours dominant, Sandrine Fortunée note ensuite *“l'apparition progressive d'une autre manière d'appréhender les drogues, plus centrée sur la détresse des situations individuelles confrontées aux impasses de la gestion publique des drogues”*.

L'évolution des caractéristiques des personnes interviewées – spécialistes du champ de la toxicomanie, habitants, représentants de l'État, et enfin usagers eux-mêmes – en est un symptôme. Le registre lexical employé est un autre indicateur de cette évolution. Comme le note Sandrine Fortunée, *“on est passé d'un vocabulaire associé à la guerre et à la contamination (on parle de “pacification” et de “reconquête” des quartiers “gangrenés” par la drogue) à des descriptions plus nombreuses et plus fines du toxicomane. Au fur et à mesure que l'on avance dans la période, la presse reprend les grandes problématiques des acteurs socio-sanitaires dont elle intègre pro-*



*gressivement la phraséologie : on parle de “populations marginalisées”, les termes “usagers de drogues”, “usagers de drogues en errance” apparaissent aux côtés de “drogués” et des “SDF toxicomanes”.*

À partir de l'examen des courbes décrivant les thématiques développées par la presse, l'auteur décrit ensuite *“les moments-clés de la “désidéologisation” du discours sur les drogues, au sens de l'abandon des représentations abstraites et fantasmées”, et estime que “la complexification de l'analyse médiatique est une illustration concrète de la richesse qu'a apporté le traitement inédit du problème des drogues au moyen de la médiation sociale en toxicomanie”, celle-ci rendant possible, à travers l'objectivation du phénomène, la perception de sa multiplicité.*

L'émergence d'une réflexion sur la précarité et l'exclusion de l'utilisateur de drogues en errance à côté des représentations traditionnelles de la drogue en tant que phénomène insécurisant recueille un écho d'autant plus favorable, comme l'explique Sandrine Fortunée, *“qu'elle s'accompagne d'une plus grande attention au basculement de pans entiers de la société dans la précarisation”.*

En conclusion de cette riche étude, l'auteur pointe le glissement qui s'est opéré en l'espace d'une décennie dans le regard que porte la presse sur les usagers de drogues : *“Désormais, ces derniers ne sont plus uniquement désignés comme un danger qui menacerait la cohésion du corps social, ils incarnent aussi un des visages de la précarité et de la marginalité que produit la société. Parallèlement, la recomposition des représentations sociales sur les drogues devient de plus en plus marquée autour de la jeunesse, nouvelle figure de l'insécurité parce qu'elle serait davantage exposée à la marginalité.”*

PHILIPPE PÉRIN

<sup>1</sup> Coordination Toxicomanies,

87 rue Marcadet 75018 Paris, 01 53 28 08 89

<sup>2</sup> S Fortunée, *“Traitement médiatique des drogues et des usagers de drogues dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris de 1995 à 2005”*, S2o

<sup>3</sup> Sur l'ensemble de la période, les habitants représentent 35 % des acteurs interrogés, devant les acteurs socio-sanitaires (22 %), les élus locaux et la police (respectivement 11 %), l'État (10 %) et enfin les usagers de drogues (7 %).

## De la politique des drogues en général et de la politique en particulier

C'était en 1997 ou 1998, dans le cadre du séminaire “Ehrenberg” animé par le groupement de recherche du CNRS “psychotropes, politique et société”. L'un des orateurs, Hans-Jörg Albrecht, du Max Planck Institut, soutint un matin que la RdR ne pouvait provoquer ou même accélérer une stratégie globale de changement. Elle pouvait, ce qui n'était déjà pas si mal, créer du lien avec des toxicomanes très marginalisés, développer la prévention, l'accès aux soins (en particulier du sida), voire le soutien social. Mais la RdR ne changerait ni les lois nationales ni les traités internationaux. Aide à la survie oui, politique : non. Cette thèse, bien qu'énoncée par un juriste compétent et “RdR friendly”, fut plutôt mal accueillie !

Nous fîmes alors quelques-un(e)s à développer ou reprendre une argumentation contraire. Anne Coppel le fit dans son livre *Peut-on civiliser les drogues?*<sup>1</sup>, dont cette question est un des fils rouges. J'avais plus modestement et avec le soutien de Christian Sueur proposé à la revue *Psychotropes* un article intitulé “La RdR et l'esprit des lois”<sup>2</sup> dans lequel étaient développées quelques idées qui faisaient partie de notre “vulgate” : on peut donner trois définitions de la RdR, de la plus étroite à la plus large : la première dans laquelle on tente de nous enfermer : prévention du VIH chez les injecteurs + polytoxicomanes marginalisés. Nous devons pourtant faire ce travail crucial : *“Alors que les usages les plus destructeurs et les plus violents sont ceux qui sont le plus directement associés à la drogue dans la conscience publique, le travail en direction des toxicomanes les plus marginalisés est un préalable à tout changement.”*<sup>2</sup>

Dans la deuxième conception, la RdR devient nouveau paradigme, principe régulateur, nouvelle manière de faire, de dire et de travailler. La philosophie RdR doit irriguer tout le secteur médico-psycho-social. Enfin, troisième position, la plus radicale : la RdR doit limiter les

risques et les dommages y compris provoqués par les politiques de drogues elles-mêmes. La prohibition doit être frontalement combattue.

Certains soutenaient même, inversant la perspective habituelle, que la légalisation des drogues est l'un des nombreux outils de la RdR. Celle-ci deviendrait sinon la "rustine" de la prohibition, selon l'expression d'Erich Fromberg. La théorie des trois cercles permettait aux anti-prohibitionnistes engagés dans la RdR d'avoir une forte position médiane, politiquement vendable, tout en n'étant pas mécontents que des radicaux poussent à la roue.

J'avais pour ma part été très impressionné par l'idée de Ethan Nadelman selon laquelle il n'y a pas deux mais deux fois deux positions : la prohibition punitive, sorte de maccarthisme pharmacologique réticent à l'égard des échanges de seringues et des traitements de substitution, ensuite la prohibition progressiste, plus en faveur d'une prévention qui dit la vérité sur les produits, favorable à la RdR et souvent d'accord pour décriminaliser la consommation et la possession de petites quantités de drogues s'il n'y a pas danger pour autrui, mais qui s'arrête au seuil de la légalisation. Du côté de la légalisation, il y a aussi deux types de position : les "légalisateurs pragmatiques" qui veulent lentement légaliser le cannabis, la feuille de coca, l'opium et en évaluer en permanence les différentes conséquences. Enfin les libertariens purs et durs type Milton Friedman qui sont pour la libre production, distribution et consommation des drogues pour les personnes majeures.

Notre rêve, c'était que débattent prohibitionnistes progressistes et légalisateurs pragmatiques pour construire une politique moins contre-productive et plus humaine. Mais l'histoire a pris un tout autre chemin. Les groupes criminels sont devenus "multicartes" dans le domaine des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, speed ou XTC...) mais aussi dans les filières d'immigration clandestine, de prostitution ou de vente d'armes, suivant l'adage "ce qui compte, c'est le réseau, tout y circule". Les opinions publiques ont vu lentement s'éloigner la menace du sida par le contrôle de l'épidémie et les progrès dans les traitements. La prise en charge de populations volontiers vécues comme des "nuisances" a joué contre la RdR comme stratégie globale de changement.

Le désir de sécurité a augmenté après le 11 septembre 2001 et la longue liste des attentats survenus depuis autour du monde. Les Européens demandent plus de contrôle de l'immigration. Cela n'est pas sans conséquences sur la politique des drogues. La population s'est mise à approuver en Autriche des slogans comme "dehors les dealers africains !" ou, aux Pays-Bas, le "la Hollande est pleine !" de Pym Fortuyn, assassiné par un éco-

logiste extrémiste plus ou moins fou. Moins fou était celui qui a récemment tué Théo van Gogh et menacé de mort la courageuse députée néerlandaise d'origine somalienne Ayaan Hirsi Ali<sup>3</sup>. Pourtant, la politique néerlandaise des drogues n'a pas changé, du moins en apparence : mais les possibles connections entre trafic et financement d'organisations créent des tensions de même que la présence de nombreux jeunes issus de l'immigration africaine ou du Surinam dans le deal de rue. En fait, le modèle hollandais est en cale sèche.

Le modèle suisse, lui, s'est brisé en même temps qu'un projet de loi qui contenait des avancées notables (consommation et production personnelle de cannabis dépénalisées, la santé publique réaffirmée comme l'axe fondamental de la politique, programmes de prescription d'héroïne et salles de consommation acceptés). Tout cela a volé en éclats avec le basculement de l'électorat suisse à droite, vers l'UDC de Christoph Blocher, principalement pour des questions d'insécurité, d'immigration et... de drogue. Depuis, la nouvelle loi est enterrée. La politique des drogues dépend d'abord de la politique tout court.

Les modèles hollandais et suisse, c'est du passé. À la Clat, l'Europe du Sud a montré qu'elle progressait dans les présentations académiques et que le mouvement restait vivace. Mais il nous faut remiser au magazine des accessoires nos incantations de rupture radicale avec la prohibition ou cesser, ce que nous avons trop souvent fait, de nous cacher la réalité. Il faut aborder les questions qui fâchent, celle de l'accès massif aux psychotropes avec les CMU ou les AME. La question de la violence, comme l'a vécue récemment la salle de consommation de Genève. Ou celle des squats en tenant compte aussi du point de vue des habitants...

L'Europe du Sud existe : c'est la contestation latine, sous le drapeau espagnol principalement, d'un refus du modèle anglo-saxon que l'on envie pourtant parfois – tout comme les Hispaniques américains éprouvent pour l'Amérique *wasp* une fascination mêlée de rejet. Mais le ping-pong catalan entre Barcelone et Perpignan ne peut plus durer. Miguel de Andrès doit pouvoir s'appuyer sur d'autres forces et ouvrir la conférence aux sujets gênants par exemple en invitant Sébastien Roché ou même Xavier Raufer pour que naisse une contestation de notre vulgate qui tourne un peu en rond. Il faut maintenant que les Italiens ou les Portugais organisent la prochaine Clat, car on voit mal la Suisse l'accueillir dans les circonstances actuelles (mais sait-on jamais !). À moins qu'il faille se rendre à Gibraltar, Malte, Chypre ou dans une autre île grecque. Après tout, le monde latin de la réduction des risques est très orthodoxe.

<sup>1</sup> Paru aux éditions de La Découverte en 2002, le livre – avec lequel j'ai par ailleurs certains désaccords – n'a pas reçu l'accueil qu'il méritait et devrait être relu aujourd'hui.

<sup>2</sup> Psychotropes, Vol 3, n° 4, décembre 1997

<sup>3</sup> *Insoumise*, de Ayaan Hirsi Ali, Robert Lafont, 2005

# “Démocratie, villes & drogues”

## un projet global pour des réponses locales

*Le projet européen “Démocratie, villes & drogues” était l’un des fils rouges de la 3<sup>e</sup> Clat. Il vise à promouvoir des réponses locales face au phénomène de la consommation de drogues, en privilégiant les démarches participatives. Retour sur quelques initiatives intéressantes.*

Pour en savoir plus :  
[www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org) et  
[www.urbansecurity.org](http://www.urbansecurity.org)

Ici et là, en Europe, des expériences utilisant les méthodes de la démocratie participative ont démontré leur efficacité face aux phénomènes des usages de drogues. Le projet “Démocratie, villes & drogues”<sup>1</sup> se propose de réfléchir aux conditions nécessaires pour systématiser ce type d’expériences puis de les diffuser.

Le projet, subventionné à 50 % par la Commission européenne, repose sur l’alliance d’un réseau de 300 villes avec des organisations issues de sept réseaux européens de la société civile : Irefrea Italie, Itaca, T3E, Euro-TC, Alia, Basics Network, Integration Projects<sup>2</sup>. Débuté le 1<sup>er</sup> février 2005, il s’étale sur trois ans. Une première phase de diagnostic, jusqu’au printemps 2006, doit déterminer quelles expériences sont transférables et quelles sont les conditions de réussite. La seconde phase sera consacrée à la diffusion des pratiques par des formations, des jumelages entre villes, etc.

<sup>1</sup> Le coordinateur du projet est Thierry Charlois ([charlois@urbansecurity.org](mailto:charlois@urbansecurity.org))

<sup>2</sup> **Irefrea Italie** : réseau européen de professionnels pour la promotion et la recherche concernant la prévention de l’abus des drogues auprès des jeunes

**Itaca** : association européenne de professionnels travaillant dans le domaine des drogues

**T3E** : réseau européen développant des études et recherches dans 13 pays

**Euro-TC** : fédération européenne des centres de traitement des addictions

**Alia** : réseau latin de réduction des risques

**Basics Network** : réseau européen des associations de santé communautaire du milieu festif

**Integration Projects** : réseau européen pour l’intégration des ONG des nouveaux États membres dans la mobilisation européenne contre le sida

### Un réseau d’échanges de savoir-faire

L’objectif est de créer un réseau de transfert de savoir-faire et de favoriser au niveau local l’implication de l’ensemble des acteurs concernés (élus, acteurs de la prévention, de la réduction des risques et du soin, autosupport, forces de police, justice, associations de résidents, gérants de discothèque, etc.).

Trois groupes de travail thématiques ont été créés : un groupe pour l’intégration des services accueillant les consommateurs de drogues dans les quartiers, un autre pour la création de projets locaux de *safer dance* et un troisième pour réduire les distances entre professionnels du soin, universitaires et élus. À chaque fois, c’est la même démarche expérimentale : confronter des expériences exemplaires européennes, essayer d’en déduire des éléments de réussite afin de les transposer ailleurs, puis évaluer les nouvelles actions ainsi élaborées. Par ailleurs, quatre groupes transversaux se penchent sur l’adaptation de ces expériences aux nouveaux États membres de l’Union européenne, sur l’intégration des minorités, sur la méthodologie et sur l’élaboration d’un consensus.

### L’intégration dans les quartiers

Les transformations urbaines des vingt dernières années ont eu une répercussion directe sur les structures d’accueil ou de prise en charge des usagers de drogue. Les couches moyennes devenues propriétaires, souvent dans des quartiers populaires, tendent à se désolidariser des exclus : “Je ne suis pas contre les sans-abri, les prostitué(e)s, les toxicomanes, mais pas en bas de chez moi ! Notre quartier connaît déjà trop de problèmes”. Les sociologues ont baptisé ce phénomène “Nimby” (*Not In My Back Yard*). Huit projets pilotes (portugais, espagnol, anglais, finlandais, allemand, néerlandais et français) ont été retenus

afin d'élaborer d'éventuelles "recettes" permettant de résoudre les conflits entre élus, populations et techniciens. Certaines conditions *sine qua non* ont d'ores et déjà pu être établies à partir de ces huit expériences:

- **Des principes éthiques:** notamment que les usagers de drogue disposent des mêmes droits citoyens que le reste de la population et que la structure soit elle-même dans son fonctionnement un modèle de démocratie;
- Quelques **principes pragmatiques:** comme la nécessité de répondre aux besoins fondamentaux des usagers de drogue ou de trouver une localisation pertinente pour la structure;
- La nécessité d'**associer toutes les personnes concernées** par la vie de quartier, de mélanger les usagers de drogue avec d'autres populations. Puis mettre en

place des plates-formes de confrontation régulières et pérennes, afin de "théâtraliser les conflits". C'est en fait promouvoir une véritable démocratie participative.

- **Que le processus d'implantation soit un processus de négociation:** "Cela peut prendre du temps!" s'exclame Jaume Serrano, qui explique que la négociation autour de l'implantation à Barcelone de la structure dont il est le directeur a duré 2 ans. Les voisins ont été informés et impliqués lors de réunions festives, les enfants par des concours de rédaction à l'école. "Il faut expliquer ce que l'on va faire, comment, pourquoi, les conséquences, même si elles sont désagréables" souligne-t-il.
- **Le principe de transparence est fondamental.** Les politiques ont la tentation d'ouvrir ces structures en catimini. Or le public se montre beaucoup moins réticent

## La prévention entre dans les boîtes de nuit par la petite porte

Dans de nombreux pays européens des programmes de prévention sont réalisés depuis des années dans les boîtes de nuit. En France en revanche, la réduction des risques en milieu festif reste essentiellement cantonnée aux raves parties et aux milieux "underground".

La faute à qui? On dénonce souvent la frilosité des responsables d'établissements depuis la fermeture de cinq clubs en 1997 pour trafic de drogue. Il faudrait également évoquer le manque de volonté politique et les difficultés à mener une action locale originale dans notre pays centralisé. Ailleurs, ce sont souvent les gouvernements régionaux ou les villes qui prennent en charge ou se font les promoteurs de telles actions.

Mais la situation pourrait changer. Une expérience pilote est menée actuellement dans six discothèques parisiennes (trois clubs hétéros et trois clubs gais) en collaboration avec des projets similaires à Edimbourg et en Catalogne. Cette expérience est pilotée par la mission toxicomanie de

la préfecture de Paris et la mission de prévention des toxicomanies de la mairie de Paris.

Des formations sont proposées aux équipes des clubs afin de les sensibiliser sur leur rôle par rapport aux consommations de drogue et de créer une dynamique de groupe autour de cette thématique. Chacun est

informé et responsabilisé: le barman sert l'alcool, le service de sécurité gère les sorties, le DJ influence les consommations par le rythme de la musique, le patron est responsable des infrastructures (ventilation, chill out, eau fraîche disponible) et a un devoir d'assistance à personne en danger. Les formations sont dispensées par Techno+, Médecins du monde, l'Anpaa (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) et la Brigade des stupéfiants, la présence de cette dernière ayant un effet rassurant pour les patrons.

Le bilan des formations est positif, mais il faut dire que les clubs participants étaient déjà sensibilisés. "Ils faisaient déjà tout bien!", s'exclame Thierry Charlois, le responsable du projet, constatant la mise à disposition d'eau fraîche, la possibilité de s'aérer ou de se reposer dans un endroit calme, l'attention portée aux quantités d'alcool consommées, etc. Il se réjouit qu'un club ait, depuis la formation, rétabli la vente de snacks. La difficulté sera maintenant de généraliser le projet et d'impliquer des établissements moins sensibilisés.

À côté des formations dispensées au personnel, il manquait un support d'information pour les usagers de ces lieux, les dépliants réalisés par des associations comme Techno+ étant adaptés à un public très spécifique. Le manque semble réparé avec la réédition toute récente de la brochure "et toi, les drogues tu en sais quoi?", initiée par le Sneg (syndicat national des entreprises gais) en 2002. La nouvelle version vise également le public hétérosexuel et pourra donc être diffusée plus largement.

- L.D.



quand on fait la démarche d'aller vers lui. Toujours communiquer avec l'extérieur, donner à voir ce que l'on fait est essentiel. Ceci vis-à-vis des populations comme des médias. *"C'est en allant au-devant des médias qu'on peut les utiliser. Il faut avoir une stratégie médiatique offensive"*, juge Éric Labbé (président de l'association Stalingrad quartier libre) qui a interpellé les médias sur le problème humanitaire posé par la fermeture des squats du 18<sup>e</sup> arrondissement pour bénéficier d'une couverture plus positive.

## Les programmes *safer dance*

Le travail en milieu festif est un champ encore expérimental, qui a débuté au début des années 1990. Stéphane Leclercq, responsable du groupe de travail, estime que ce champ a aidé à renouveler le concept de réduction des risques en l'élargissant à la notion de gestion des risques. *"On ne pouvait pas toujours aborder les drogues du côté "problématique" car on n'aurait pas pu rentrer en contact avec les usagers."* Pour Joan Colom, responsable du programme "Nit segura" (nuit sûre) en Catalogne, cette période marque un changement radical dans la façon de faire de la prévention. Est apparue l'idée que l'information pouvait sauver des vies (par exemple sur les risques d'hyperthermie). L'environnement lui-même devenait vecteur de prévention (aération, etc.).

Les programmes *safer dance* favorisent l'intervention en milieu festif par la mise en place de plates-formes locales impliquant les administrations (transports, services d'urgence, sécurité), le secteur privé (propriétaires, organisateurs) et la société civile (ONG, associations de pairs, et si possible le public des lieux festifs). Les acteurs de santé n'ont pas l'habitude d'impliquer le secteur commercial mais celui-ci se laisse séduire par la nécessité d'offrir un service de qualité aux clients.

Une expérience pilote est menée actuellement dans six discothèques parisiennes (lire encadré p.9).

## Santé publique *versus* sécurité

La question de la paix sociale et des nuisances publiques a longtemps été évacuée de la réduction des risques. À côté des nuisances fantasmagiques, il existe pourtant des nuisances réelles. Pour Anne Coppel, *"en France, on dissocie souvent l'aide aux usagers de drogue et le public. On pense qu'il faut choisir entre solidarité et sécurité. Cela tient au fait que la réduction des risques a été amenée par le sida, alors qu'en Europe du Nord et en Suisse elle a été amenée pas les scènes ouvertes. Les deux logiques, sécurité et santé publique, ont des objectifs différents mais ne sont pas contradictoires. Il faut sortir de cette construction du débat public"*. Elle propose par

conséquent de répondre à la demande sécuritaire par une démarche plus démocratique: *"Quand on négocie, on prend des risques, mais à partir du moment où c'est décidé, cela fonctionne sur des bases solides. Il faut accepter de négocier avec les gens quand on n'est pas d'accord."*

## La ville, échelon-clé des politiques des drogues?

Pour Michel Marcus, délégué général du Forum européen pour la sécurité urbaine, les villes représentent le niveau stratégique pour agir sur les phénomènes des drogues. D'une part, elles sont le lieu de gestion de l'espace public et de cohabitation entre des catégories différentes de population, le lieu de confrontation entre les besoins de la population locale et ceux des usagers de drogue. D'autre part, elles sont un échelon approprié pour mettre en place des actions expérimentales. Les villes font ainsi figure d'élément moteur dans un paysage politique miné par la crise des États. *"Aujourd'hui les États européens n'ont plus rien à dire sur un certain nombre de problèmes et ils n'existent plus d'une certaine façon"*, souligne Michel Marcus.

Pour autant, leur action ne peut se passer d'une volonté politique plus globale, nationale ou internationale. L'Europe est à ce titre porteuse de beaucoup d'espoirs, bien que le plan d'action 2005-2008 de la Commission suscite une grande déception par rapport aux positions prises par le Parlement. Il semble que les solutions d'avenir pour les phénomènes des drogues doivent passer soit par les assemblées de quartier, soit par Bruxelles.

Jusqu'alors, y compris dans les débats de la précédente Clat, prévalait l'idée que les réponses aux phénomènes des drogues devaient être transdisciplinaires: médecins, psy, anthropologues, juristes, géopoliticiens, usagers de drogues avaient tous leur mot à dire, mais cela restait, malgré tout, une question de spécialistes. En 2005, la question des drogues devient l'affaire de chacun, y compris du citoyen lambda.

D'où la conclusion de Miguel de Andrés (groupe Igia, responsable de l'organisation de la conférence), lors de la séance de clôture: *"à l'heure actuelle, il est plus important de produire des processus que des idées"*.

Comme le souligne un acteur du projet Démocratie, villes & drogues, *"Tout a été inventé, mais tout reste à faire."*

LYDIE DESPLANQUES

# Les associations d'usagers se cherchent un avenir

*L'autosupport traverse une crise existentielle. Les associations d'usagers de plusieurs pays ont débattu à la Clat de leurs difficultés à s'organiser et parfois à s'intégrer dans les programmes de réduction des risques. Manque de reconnaissance, avenir incertain, problèmes de collaboration entre les structures... Tour d'horizon des maux d'usagers.*

L'existence des associations d'usagers de drogue n'a jamais été facile. Certes, elles sont devenues incontournables dans le paysage de la réduction des risques, mais elles n'en connaissent pas moins de nombreuses difficultés. L'un des problèmes, c'est la mobilisation, la plupart des usagers cherchant avant tout à ne pas être repérés en tant que tels. C'est d'autant plus vrai pour ceux qui se trouvent en situation de grande précarité. Quant à ceux qui ont décroché, ils ne souhaitent souvent qu'une chose, tourner la page. Difficile pour eux de s'investir dans les associations.

D'autant plus en France, dans un contexte défavorable aux usagers de drogue (UD). Pour Jeff Favatier, d'Asud Nîmes, la stigmatisation des UD semble faire un retour en force dans l'hexagone: *"Depuis deux ans, il y a une évolution en France, liée aux préoccupations croissantes en matière d'insécurité. Il y a un contrôle social accru et une stigmatisation des usagers. Ainsi, on a de nouveau des incarcérations de personnes avec moins de 10 g de haschich sur elles."*

## Associations en danger

Mais si les associations d'usagers françaises traversent une crise, c'est peut-être aussi parce qu'elles n'ont pas su évoluer et se fédé-

rer: *"En ce qui concerne les groupes locaux d'Asud, nous n'avons pas su former une dynamique d'échange, explique Jeff Favatier<sup>1</sup>. Il aurait fallu trouver un mode de fonctionnement proche de celui d'un syndicat. Du coup, de 16 groupes dans 16 villes différentes il y a quelques années, nous sommes passés à 6 aujourd'hui. On a peut-être trop axé notre approche sur la première ligne, en négligeant l'aspect politique."* D'ailleurs, Asud Nîmes est en train d'évoluer vers cette nouvelle orientation. À sa création en 1994 (deux ans après la création d'Asud), l'association était essentiellement un lieu d'accueil avec un programme d'échange de seringues. Aujourd'hui, Asud Nîmes élargit son objectif, et s'attèle à défendre l'accès à la prévention, aux soins et aux droits sociaux. En Espagne en revanche, les associations d'autosupport semblent réussir à se fédérer. Là-bas, la première association d'usagers est apparue en 1992 en Catalogne. Elle avait pour but la réinsertion sociale des ex-consommateurs d'héroïne. Puis elle a proposé un programme d'échange de seringues, un bus méthadone, des interventions dans les lycées... D'autres associations ont suivi. Aujourd'hui, elles se sont regroupées au sein d'une fédération nationale des associations d'usagers de drogue, Fauna. Mais, comme le précise Julian Montalvo<sup>2</sup>, éducateur à Barcelone, ce fonctionnement "exemplaire"

<sup>1</sup> J Favatier, "Autosupport et première ligne: l'exemple de Nîmes", S23

<sup>2</sup> J Montalvo, "Autoapoyo entre usuarios de drogas en España?", S23



cache des difficultés. *“À Barcelone, les associations d’usagers suivent les exigences de la société et s’institutionnalisent pour survivre. Du coup, on assiste à une dérive, avec des associations qui initient des projets uniquement pour plaire aux élus locaux. Le risque est réel de perdre le côté activiste, pourtant essentiel.”* Un problème récurrent évoqué lors de plusieurs sessions de la Clat (lire aussi page 3).

## Manque de relais

Toutes les associations s’accordent sur une difficulté majeure : le manque de place accordée aux usagers dans les structures de réduction des risques. Comme le souligne Fabrice Olivet, d’Asud, *“il suffit d’observer ce qui se passe à la Clat : on n’a vu aucun usager intervenir en séance plénière, la seule session consacrée à l’autosupport est rejetée à la fin des débats... Au départ, l’un des objectifs de la Clat était pourtant de proposer des rencontres moins élitistes que celles organisées par les Anglo-Saxons, en donnant la parole à tous les acteurs. Aujourd’hui, elle a perdu cet objectif. C’est très bien de dire qu’il faut mettre l’usager au centre du dispositif. Mais maintenant, il faut vraiment le faire !”*

Jeff Favatier enfonce le clou : *“Si les intervenants en matière de RdR ne font pas un effort, alors qu’ils sont les plus proches des usagers, comment espérer que la société nous accorde plus de place ?”*

Pour Christine Caldéron, consultante en actions sociales, il est en tout cas essentiel que les groupes d’autosupport parviennent à faire entendre leur voix. Elle a ainsi souligné dans son intervention<sup>3</sup> la nécessité de *“la construction d’un véritable espace de confrontation”* permettant *“l’élaboration d’un modèle de valorisation et de prise en compte de la parole des usagers sur les questions liées à la drogue”*. Mais elle pointe deux écueils à éviter. D’une part, elle évoque le risque d’enfermement dans une *“posture d’usager”* que peut entraîner cette reconnaissance. D’autre part, elle insiste sur la nécessité d’inscrire dans le temps ce mouvement. Car *“rien ne garantit aujourd’hui la pérennité d’une réelle prise en compte du savoir des usagers”*.

## Mariage mixte

Cette intégration des usagers au sein des programmes de RdR s’accompagne de plusieurs problèmes et interrogations, comme l’ont d’ailleurs souligné plusieurs interventions. Un exemple est celui du projet Paritox mené à Milan par Susanna Ronconi<sup>4</sup>. Cette étude a recueilli l’expérience et le degré de satisfaction de personnes travaillant au sein d’un programme d’autosupport

dans six régions italiennes. Globalement, les usagers enrôlés portent un jugement positif sur leur travail, qui a influencé leur vie personnelle en modifiant leur usage, en améliorant leurs contacts sociaux et en les rendant plus stables et plus actifs. La moitié déclarent n’avoir pas de difficulté à concilier travail et usage de drogues. Mais, même si la majorité d’entre eux estiment entretenir des relations égalitaires avec leurs collègues, ils font part d’un certain manque de reconnaissance de leur rôle par les autres professionnels et demandent plus de formations et, pour deux tiers d’entre eux, un statut spécifique. Dans le même ordre d’idée, la présentation d’une étude belge de Maryse Degraen a lancé le débat sur la question de la rémunération des UD dans le cadre de collectes de données, d’études ou de questionnaires<sup>5</sup>. À contre-courant des représentants d’associations de RdR présents, Fabrice Olivet a plaidé contre une telle rémunération, incompatible selon lui avec une prise de position citoyenne des usagers. Le débat reste ouvert...

Les associations françaises d’usagers réussiront-elles à se fédérer et à surmonter la crise ? L’autosupport espagnol pourra-t-il évoluer sans “vendre son âme” ? Les usagers italiens continueront-ils à faire de la réduction des risques malgré le manque de reconnaissance ? Les UD belges seront-ils payés ? Les réponses à toutes ces questions seront peut-être à l’ordre du jour de la Clat n°4...

ALAIN SOUSA ET PHILIPPE PÉRIN

<sup>3</sup> C Caldéron et O Maquet, *“Le point de vue des usagers”*, S16

<sup>4</sup> S Ronconi, *“Ricerca “operatori pari e consumatori esperti: autoritratto di gruppo”*”, S25

<sup>5</sup> M Degraen, *“Des outils de réduction des risques : processus d’élaboration et méthodologie participative”*, S17

# Prescription d'héroïne

# la voie orale

## fait ses preuves

*Dans les rares pays où ils existent, les programmes de prescription d'héroïne consistent en des traitements individualisés dans le cadre d'une approche médico-psychosociale. Dans cette optique, une nouvelle avancée est aujourd'hui expérimentée: la diacétylmorphine (DAM) par voie orale, pour les usagers dépendants. Le point sur ce dispositif, et notamment les protocoles menés en Suisse.*

La prescription d'héroïne sous forme de diacétylmorphine orale est un traitement destiné aux usagers non injecteurs, à ceux dont le système veineux est très dégradé ainsi qu'à tout ceux qui ont abandonné la voie parentérale. Cette approche est encore en cours d'expérimentation: en Suisse, un essai clinique évalue sa tolérabilité et à Barcelone, une étude randomisée essaie d'en déterminer l'efficacité par rapport à la méthadone et à la morphine orale.

La diacétylmorphine, la méthadone et le sulfate de morphine sont utilisés comme des agonistes complémentaires. Ils ont en effet des propriétés pharmacodynamiques similaires (ils sont tous agonistes sur les récepteurs opioïde  $\mu$ ) et des propriétés pharmacocinétiques différentes notamment en ce qui concerne la demi-vie, la liposolubilité et les voies de métabolisation. De plus, avec la diacétylmorphine, l'intérêt est d'obtenir l'effet subjectif souhaité par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine qui ont eux un effet opioïde soutenu.

### De nombreux précédents

La prescription d'héroïne par voie orale a des précédents en Grande-Bretagne, pour le traitement de la douleur et du cancer en phase terminale. Les avantages potentiels de l'utilisation de l'héroïne orale par rapport à la morphine ont été observés: les délais d'action sont plus courts, il y a moins d'effets indésirables et une sédation accrue. Cependant, l'efficacité de la diacétylmorphine

orale par rapport à la morphine n'a pas été démontrée par des études.

Dans l'analgésie post-opératoire, une étude comparative entre la morphine et l'héroïne a été réalisée par Robinson en 1991<sup>1</sup>. Il n'est pas apparu de différence notable: les effets analgésiques, euphorisants et indésirables tels que les nausées ou les vomissements étaient comparables. Il est à noter que la dose d'analgésique nécessaire pour une période de 24 heures pour la morphine est de 44 mg alors qu'elle n'est que de 20 mg pour l'héroïne orale.

Dans le cadre des traitements de substitution, une étude a été réalisée par Ghodse et coll. en 1990<sup>2</sup>. Les résultats montrent que la stabilisation des patients était similaire avec l'héroïne orale et la méthadone. D'ailleurs les patients n'arrivaient pas à faire la distinction entre les deux. L'héroïne était administrée lorsque les symptômes de manque apparaissaient avec une dose moyenne de 55 mg. Il n'y a pas de données sur les effets à long terme, ni à des doses plus élevées.

### Pharmacologie de l'héroïne orale

Aujourd'hui, il existe deux formes galéniques de diacétylmorphine, une à libération immédiate avec un pic plasmatique de 1 heure et une demi-vie de 6 à 8 heures, et une forme retard avec un pic plasmatique allant de 1 à 4 heures avec une demi-vie de 8 à 12 heures. Leur administration combinée permet un effet initial de meilleure

<sup>1</sup> Robinson SL et al., "Morphine compared with diamorphine. A comparison of dose requirements and side-effects after hip surgery", *Anaesthesia*, 1991, 46 (7), 538-40

<sup>2</sup> Ghodse AH et al., "Comparison of oral preparations of heroin and methadone to stabilise opiate misusers as inpatients", *BMJ*, 1990, 300 (6726), 719-20



qualité avec un effet soutenu. La biodisponibilité de l'héroïne orale est d'environ 62-72%. Entre 1/2 et 3/4 de la dose administrée est absorbée. Il n'y a pas d'euphorie marquée, ni de flash mais une légère montée avec une sensation de plénitude et d'apaisement 20 à 30 minutes après la prise des comprimés, une tranquillité subjective plus importante qu'avec le sulfate de morphine ou la méthadone.

Une étude réalisée par Girardin à Zurich a démontré l'intérêt de l'utilisation de la diacétylmorphine orale par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine. L'absorption de l'héroïne est rapide et étendue par rapport à celle de la morphine, la biodisponibilité de la morphine après ingestion de l'héroïne orale est plus élevée (62-72%) que celle du sulfate de morphine retard (20-40%).

Ce phénomène provoque des concentrations plasmatiques de morphine stables et soutenues. En outre, dans la cinétique de l'héroïne orale, il existe un pic d'absorption rapide qui expliquerait la sensation subjective de légère montée et d'apaisement que les patients rapportent. Les résultats de cette étude corroborent donc les dires des patients. Enfin, l'étude conclut que les voies orale et intramusculaire sont des alternatives faisables et sûres par rapport à la voie intraveineuse pour la prescription médicale de diacétylmorphine.

## Minimiser les symptômes d'abstinence

Le docteur Miguel Maset, responsable du Programme expérimental de prescription de stupéfiants (PEPS) à Genève, a présenté lors de la Clat l'intérêt de diversifier les prescriptions d'opiacés et a précisé les spécificités de la prescription d'héroïne par rapport à la méthadone et au sulfate de morphine<sup>3</sup>.

Les objectifs de la diversification de ces prescriptions sont d'obtenir une stabilité physique et émotionnelle, de minimiser les symptômes de l'abstinence, d'adapter les traitements de substitution aux caractéristiques bio-psycho-sociales des individus et enfin d'être une alternative vers une voie thérapeutique normalisée.

<sup>3</sup> M. Maset, "La diacétylmorphine orale comme alternative pour les dépendants non injecteurs à l'héroïne", S2

Sur l'ensemble des patients du PEPS, 52% ont une prescription d'héroïne, 8% de méthadone et 40% ont une prescription combinée d'héroïne avec un autre traitement de substitution.

Ces combinaisons se décomposent ainsi :

héroïne IV + méthadone	15%
héroïne IM + sulfate de morphine	25%
héroïne IV + héroïne orale	4%

Pour l'ensemble de la Suisse, 1275 patients bénéficient d'une prescription d'héroïne, ce qui représente 91% du total des places autorisées. Sur ce total, 191 (15%) reçoivent un traitement combiné héroïne IV et oral, 108 (8,5%) uniquement oral et 976 (76,5%) uniquement IV.

## Une initiative critiquée

La prescription d'héroïne par voie orale en Suisse s'adresse aux patients pour lesquels la détérioration veineuse est importante et qui n'ont plus la possibilité de s'injecter ni en IV ni en IM. Elle doit s'inscrire dans un processus thérapeutique vers l'abandon de l'injection et/ou vers l'abstinence. Elle apparaît aussi comme alternative pour les inhaleurs et les fumeurs.

Pourtant, l'initiative est controversée. Ses détracteurs s'appuient sur des arguments d'ordre pharmacologique: la dégradation de la diacétylmorphine en monoacétylmorphine puis en morphine avant le passage de la barrière hémato-encéphalique élimine l'effet euphorique; le premier passage hépatique induit une faible biodisponibilité qui nécessite des doses élevées et qui rend donc le traitement coûteux, alors que la cinétique est finalement la même que celle de la morphine.

L'avis des patients est différent. Ils perçoivent une sensation subjective nettement meilleure qu'avec la méthadone ou le sulfate de morphine. Ils rapportent une baisse de l'anxiété, un meilleur sommeil, une légère montée et une sensation de chaleur une demi-heure après la prise du comprimé.

Pour le docteur Maset, la diacétylmorphine orale constitue une alternative thérapeutique intéressante pour une population cible. Il juge l'expérience satisfaisante sur le plan clinique, tout en soulignant que la tolérabilité, la faisabilité et l'efficacité sont en cours d'expérimentation. Enfin, il souligne une donnée à prendre en compte dans l'évaluation de ce traitement: "Très souvent, les patients ont raison!".

## Évolution des prescriptions au PEPS

héroïne (diacétylmorphine)	en 2000	en 2005
en intraveineuse (IV)	43	31
en intramusculaire (IM)	5	1
orale	0	7

# Instantané d'une salle de consommation barcelonaise

*Au cœur de Barcelone, se trouve une salle de consommation à moindre risque de drogues : la Sala Baluard. Encore récente, celle-ci attire pourtant plusieurs centaines d'usagers jour et nuit. Visite nocturne, à l'heure où, en France, plusieurs associations tentent de relancer le débat sur l'ouverture de telles structures.*

Une petite place de la vieille ville de Barcelone, vers 5 heures du matin, une nuit de juillet. Tandis qu'on finit de remballer dans les camionnettes d'un traiteur les restes d'une soirée culturelle dans les jardins du Musée maritime, un jeune couple à l'apparence banale s'assoit sur un banc pour ranger les seringues qu'il vient d'échanger à la Sala Baluard.

Adossée au prestigieux musée, à quelques dizaines de mètres de la grande place surmontée de la statue de Christophe Colomb où la Rambla vient déverser son flot de touristes, la plus grande structure d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues de Barcelone est ouverte 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

La fermeture en juillet 2004 de Can Tunis, la grande scène barcelonaise de consommation de drogues<sup>1</sup>, a entraîné la dispersion des usagers dans plusieurs quartiers de la capitale catalane et de sa périphérie, une bonne partie d'entre eux investissant la vieille ville. Confrontée à cet afflux dans un de ses sites les plus touristiques, la municipalité a ouvert en décembre 2004 la Sala Baluard, un centre de réduction des risques doté

d'une salle de consommation. L'établissement accueille en moyenne 430 usagers de drogues

par jour, avec un nombre de consommations sur place qui tourne autour de 160, réparties entre héroïne, cocaïne et "speedball" (un mélange des deux produits).

## Aménagement minimaliste

Une fois la porte franchie, le contraste entre la beauté du mur de façade aux pierres plusieurs fois centenaires et l'atmosphère confinée du local est frappant : 60 m<sup>2</sup> sans fenêtre où se concentrent tant bien que mal un espace d'accueil, une infirmerie, un local administratif, une salle de douche, une pièce "chaleur et café" et l'espace de consommation proprement-dit, la salle EVA pour "espacio de venopuncion asistida". Comme l'explique Jordi, un des membres de l'équipe, l'exiguïté des lieux empêche un minimum d'intimité et de calme, et "cela génère des problèmes de violence".

L'infirmerie est utilisée pour les consultations médicales, pour les petits soins ainsi que pour la délivrance de méthadone. De l'héroïne par voie orale y est aussi dispensée, mais uniquement lors de cures de sevrage, donc hors du cadre de la substitution.

Dans l'espace "chaleur et café", des dépliants informant sur le sida, les hépatites ou les surdoses sont à la disposition des visiteurs. Aux murs, dessins, recommandations et affiches peinent à égayer l'aménagement minimaliste

<sup>1</sup> lire Swaps n° 28, p 2 et 3, "Can Tunis", scène ouverte espagnole", Isabelle Célérier



du local. Une carte du monde permet d'engager la conversation sur le pays d'origine ou ceux traversés au gré des voyages. Des photos appuient les explications sur les risques liés à la consommation de rue. Une campagne du ministère de la santé met en garde contre le risque d'emprisonnement à l'étranger en cas d'usage ou de trafic de drogues.

On pénètre ensuite dans la salle de consommation. Le lieu aux allures de cybercafé bas de gamme est pourvu de six box (les deux autres salles de Barcelone ne disposent que de deux places chacune), d'une table pour un membre de l'équipe d'accueil et d'un lavabo.

## Les règles du jeu

Constituée de médecins, d'infirmier(e)s, d'éducateur(rice)s sociaux, d'auxiliaires cliniques et d'agent(e)s de santé, l'équipe se démène pour compenser par un accueil chaleureux l'aspect rébarbatif de l'endroit. À l'entrée, une infirmière enregistre les coordonnées d'un arrivant (les usagers sont tous répertoriés anonymement) et lui distribue du matériel : seringues bien sûr, mais aussi papier alu pour "chasser le dragon", bicarbonate et tampons alcoolisés, sans oublier des préservatifs. Un tiers des seringues distribuées sont utilisées sur place, les autres sont emportées. L'équipe a noté une augmentation très nette de la consommation de cocaïne.

Le teint un tantinet blafard (dû à l'éclairage au néon ou à une nuit déjà longue?) mais l'œil vif et le sourire accueillant, Jordi explique les "règles du jeu" : *"Quand quelqu'un paraît trop 'clair", on lui fait passer un test, car certains font semblant d'être usagers de drogues pour obtenir de l'aide. Et on ne peut pas accueillir tout le monde.*" L'espace offre en effet vêtements et alimentation de base (lait, gâteaux...) et propose un soutien socio-sanitaire. Avant de consommer, les usagers doivent prendre connaissance des règles d'utilisation de la salle d'injection, par exemple ne pas se shooter les uns les autres. Ils doivent aussi se laver les mains. Après usage, le nettoyage de l'espace utilisé est de règle.

L'équipe dispose d'un matériel de réanimation et tient un registre précis des surdoses. En six mois d'existence, elle en a répertorié 70, la plupart liées à une polyconsommation. Points positifs, leur nombre est en régression et aucune à ce jour n'a été fatale.

## "Où sont passés les autres?"

Si la Sala Baluard n'a que quelques mois d'existence, l'équipe d'EVA a commencé à intervenir dans la réduction des risques il y a

12 ans auprès des usagers de drogues de Can Tunis, tout d'abord sous une simple tente démontable.

Présentant la Sala Baluard à la 3<sup>e</sup> Clat<sup>2</sup>, le docteur Manel Anoro a d'ailleurs tenu avec un humour ravageur et grinçant un discours rejetant toute autosatisfaction. N'hésitant pas à appeler Primo Levi à la rescousse pour stigmatiser la déshumanisation et la dépersonnalisation dont sont frappés les usagers de drogues, il a mis en avant les difficultés rencontrées par son équipe, insistant sur le caractère indispensable d'une motivation totale. Après avoir rendu hommage au courage de la municipalité pour l'ouverture d'un lieu de consommation au cœur de la ville, Manel Anoro s'est inquiété de la forte baisse du nombre de seringues échangées à Barcelone depuis un an, terminant son intervention sur une question : *"Où sont passés les autres de Can Tunis?"*. Il soulignait ainsi une des principales limites de ce type de dispositifs qui, s'ils ont réussi à éviter certains aspects caricaturaux de la première expérience madrilène<sup>3</sup>, ne touchent qu'une faible minorité d'usagers. Une équipe de la Sala Baluard est pourtant spécifiquement chargée de parcourir les rues et de tenter de convaincre les usagers de l'intérêt d'utiliser la salle de consommation.

La Sala Baluard ne serait-elle qu'un exemple supplémentaire de structures faites *"pour le peuple, mais sans le peuple"*, comme l'a exprimé Soraya Donoso lors d'une autre session de la Clat<sup>4</sup>? *"Comme rêver ne coûte rien"*, elle a tenté de *"donner la parole aux sans-voix"* à travers ateliers, dessins et enquêtes, *"comme si les UD créaient une nouvelle salle Baluard à partir de leurs idées, de leurs besoins et de leurs inquiétudes"*...

## Des expériences contrastées

Un rapide tour des autres expériences de salle de consommation présentées à la Clat est plutôt contrasté: si l'équipe de Médecins du monde de Bilbao s'est félicitée de l'ouverture d'une salle d'injection et d'inhalation<sup>5</sup>, une équipe italienne est revenue sur la tentative avortée d'une "narcosala naturelle" – une salle de consommation autogérée – dans la banlieue de Turin, prématurément fermée par les autorités<sup>6</sup>. Quant à l'équipe de Quai 9, à Genève, elle a fait le bilan d'un essai de mise en place d'un atelier d'injection n'ayant guère attiré les UD<sup>7</sup> et s'est inquiétée d'une montée des pressions politiques visant à sa fermeture.

Il est presque 6 heures Sala Baluard. La nouvelle équipe vient prendre la relève. Fermeture une demi-heure, le temps de faire un peu de rangement et de nettoyage. Le dernier visiteur quitte les lieux, la démarche incertaine, à l'image du nouveau jour qui pointe.

PHILIPPE PÉRIN

<sup>2</sup> M Anoro, "Una sala de consumo en Barcelona: mucho ruido y pocas nueces?", S4

<sup>3</sup> lire Swaps n° 23, p. 11-12, "Narcosala: 'succès' ou bonne conscience?", Isabelle Célérier

<sup>4</sup> S Donoso, "Otra Sala Baluard es posible", S17

<sup>5</sup> José Julio Pardo, "Una sala de consumo supervisado en el corazón de Bilbao", S4

<sup>6</sup> Paolo Jarre, "Una narcosala naturale in Italia", S4

<sup>7</sup> Laetitia Aeschbach, "Les ateliers d'injection 'incitation à la consommation de drogues ou réduction des risques'?", S7

## Quid de la France ?

*“La France, avec l’Italie, reste le pays le plus réactionnaire en Europe dans son refus idéologique de toute expérimentation de lieux d’accueil pour usagers de drogues.”*

C’est en ces termes que l’association Act Up-Paris juge l’absence de salles d’injection dans l’hexagone, alors que le Luxembourg a annoncé cet été l’ouverture d’un tel lieu d’accueil pour usagers. Comme le souligne l’association dans un communiqué publié le 14 septembre, sept pays européens proposent aujourd’hui des salles de consommation de drogue : l’Allemagne, l’Espagne, les Pays-Bas, la Belgique, la Norvège, la Suisse et le Luxembourg. La France est donc pratiquement encerclée par des pays ayant adopté ces structures. L’association conclut son communiqué par un appel : *“Dans les sept pays européens sus cités, ainsi qu’au Canada et en Australie, les études et réflexions menées ont abouti à la création d’espaces de ce type. Combien de temps la France pourra-t-elle éviter de se poser sérieusement la question ?”*

Mais la mobilisation associative n’est pas réservée aux partisans de l’ouverture de telles structures. Un groupe issu du Collectif anti-crack vient de se constituer autour de François Nicolas pour s’opposer à la création de *“droguatoriums”*. Dénonçant *“un plan de longue haleine”* orchestré par la mairie de Paris avec la Mildt et Ego, le collectif *“Stalingrad contre les salles de shoot”* s’insurge contre ce *“développement prévisible de la désastreuse politique de “réduction des risques” menée depuis 1995”*. Une vaste étude menée par Bernard Bertrand de l’association Ludic, à Mulhouse, vient justement d’enrichir la réflexion sur l’ouverture de tels espaces. Elle présente un état des lieux de 87 structures de ce type en service autour du monde. Titrée *On peut franchir le pas, faire un essai*, l’étude est accessible sur le site [www.ludic-mulhouse.org](http://www.ludic-mulhouse.org). Parmi ses mérites, celui de se pencher sur la jungle des appellations utilisées en la matière – signe du caractère expérimental de l’entreprise. Car du large mais éluif *“salle de consommation”* au *“droguatorium”* cité plus haut, avec ses résonances nauséabondes, il y a un monde, où la concision québécoise (pîquerie) croise la précision anatomique catalane (espacio de venopuncion asistida), mais aussi l’utopie italienne (narcosala naturale) ou la rigueur allemande (fixpunkt)... sans compter une demi-douzaine de déclinaisons anglo-saxonnes.

La plus précise – mais non la moins longue – restant celle proposée par l’auteur de l’étude : *“structures d’accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues”*. - P.P. et A.S.

# La réduction des risques a aussi ses exclus

*La réduction des risques a ses oubliés: sans domicile fixe, détenus, clandestins, femmes enceintes, etc. Plusieurs intervenants de la Clat sont revenus sur ce constat et les initiatives qui peuvent améliorer la situation.*

Comment s'occuper de réduction des risques (RdR) sans aborder la question de l'exclusion? Alberto Torres, de l'association Espoir Goutte d'Or (Paris) a ainsi souligné le manque de réponses sanitaires et sociales pour les exclus<sup>1</sup>: *"Même lorsqu'il existe une prise en charge, il existe des formes d'exclusion! Le cadre médical ne veut pas voir les dommages collatéraux de la toxicomanie. Son seul but est de traiter la dépendance."* Une opinion partagée par Artur Sarda, psychologue à Barcelone<sup>2</sup>: *"Lorsque les programmes de réduction des risques échouent, c'est souvent parce que l'on n'a pas pris en compte les problèmes concomitants. Il y a de nombreux exclus sociaux parmi les toxicomanes. Et il est impératif d'améliorer la situation de ces personnes si l'on veut voir baisser l'usage de drogues."*

En Italie, Ombretta Turello, du service de toxicodépendance d'Alessandria (Piémont), a insisté sur cette nécessité de dépasser le cadre de la RdR dans les cas de précarité<sup>3</sup>. L'équipe du Drop-In dont elle fait partie attire

régulièrement l'attention des autorités locales sur les problématiques sociales liées à la toxicomanie, indispensables à prendre en charge: clandestins en situation irrégulière, adultes de plus de 40 ans qui ne parviennent pas à retrouver un travail, femmes qui ne peuvent pas accéder à des solutions d'hébergement. En attendant, l'équipe italienne commence déjà à s'occuper de ces questions, flirtant souvent avec l'illégalité pour mener à bien sa mission: soutien de squats d'immeubles par les sans-

logis, accès au soin pour les personnes en situation irrégulière.

Cristina Sanclemente, psychologue de l'association barcelonaise *Ambitprevencio*, estime que le premier pas est d'aider la réinsertion des usagers de drogues (UD) sans domicile fixe. Elle a mené une étude auprès de cette population à Barcelone<sup>4</sup>. Il s'agit d'hommes jeunes (33 ans en moyenne), dont près de la moitié sont porteurs du VHC ou du VIH. 59% ont déjà été traités à la méthadone, et 43% le sont toujours actuellement. Quelles sont les difficultés rencontrées? D'abord, il leur est beaucoup plus difficile d'accéder aux centres d'hébergement (d'autant plus s'ils sont étrangers). De plus, les services sociaux ne leur proposent que rarement des projets de réinsertion.

Pour Cristina Sanclemente, il est essentiel de traiter ces problèmes d'exclusion et de précarité, préalable indispensable pour garantir le succès d'une démarche de RdR. Mais lorsque l'on voit que la municipalité de Barcelone a rasé Can Tunis, lieu squatté par les UD<sup>5</sup>, pour laisser la place à un projet immobilier... on s'aperçoit que les UD ne sont pas la priorité des autorités locales.

## Les clandestins à la porte

Il existe une autre catégorie de personnes qui n'ont pas accès à la réduction des risques: les étrangers en situation irrégulière.

La présentation de André-Jean Rémy, médecin au centre de rétention administrative de Perpignan, était particulièrement éloquent<sup>6</sup>. Un centre de rétention, c'est l'en-

<sup>1</sup> A Torres, "L'atelier "pieds et mains" d'Espoir Goutte d'Or", S42

<sup>2</sup> A Sarda, "Terapia o control", S8

<sup>3</sup> O Turello, "Adulti in poverta estrema: la sfida di un piccolo drop in", S42

<sup>4</sup> C Sanclemente, "Usuarios de drogas "sin techo": una realidad", S42

<sup>5</sup> lire *Swaps* n°28 et page 16 de ce numéro

<sup>6</sup> AJ Rémy, "Étude nationale sur le dépistage et la prise en charge des addictions, du VIH et des hépatites virales en centre de rétention administrative en France", S14

droit où sont logés les “sans-papiers”, en attendant leur expulsion. Il y a 22 centres de rétention en France, mais la prise en charge médicale y est assez récente. Elle est arrivée depuis que, fin 2003, le délai maximum en centre est passé d’une semaine à 32 jours. En matière de santé, il n’y a pas de consultations médicales spécialisées sur le site, et les consultations systématiques d’entrée portent mal leur nom : elles ne sont pas toujours réalisées. Comme le précise le Dr Rémy, *“les moyens sont insuffisants pour aller au-delà des soins primaires, malgré la volonté de faire de la prévention”*.

En ce qui concerne l’usage de drogue, une enquête menée récemment dans 12 des 22 centres a montré que 8 d’entre eux proposaient une prise en charge de consommation de produits illicites. Au moment de l’étude, on recensait ainsi dans ces centres 19 personnes sous méthadone et 120 sous buprénorphine. Les personnes substituées n’étant pas considérées comme souffrant de maladie grave, elles sont systématiquement expulsées, et ce, même s’il n’existe pas de programme de substitution dans leur pays d’origine. Dans la plupart des cas, elles sont tout simplement renvoyées chez elles avec deux jours de traitement, dans le simple but d’éviter les crises durant le trajet.

## La parentalité en question

Autres oubliés de la RdR, les parents usagers de drogues, mais aussi leurs enfants. Diana Canovas a exposé un programme créé en 1992 au sein du service des abus de substances de l’hôpital de Genève : “Parentalité addiction”, pour venir en aide aux femmes enceintes dépendantes aux drogues<sup>7</sup>. Le but est de prévenir les risques pour la santé du fœtus durant la grossesse, mais aussi d’agir après la naissance, pour contrôler les risques de carences affectives, d’abandon, de négligences voire de maltraitance. Comme le souligne Diana Canovas, *“il y a de plus en plus de mères cocaïnomanes en Suisse. Celles suivies à Genève sont souvent polytoxicomanes et totalement désocialisées. Mais paradoxalement, la grossesse est un événement positif dans leur vie. C’est un véritable levier qui peut faire sortir de la toxicomanie. C’est la possibilité de retrouver un statut social, de sortir de l’isolement et de se projeter de nouveau dans le futur”*.

Certes, de nombreux usagers sont réticents à entrer dans le programme : ils appréhendent la stigmatisation et surtout ont peur de se voir enlever l’enfant. Le protocole de suivi proposé à Genève prévoit à la fois des soins médicaux et relationnels, avec un suivi psychologique du couple, une évaluation des addictions et de la parentalité (investissement des deux parents, écoute de l’enfant...). Et

cela semble fonctionner pour réduire les comportements à risque et protéger la mère et l’enfant. Le centre a lancé plus récemment le programme “Trait d’union”, lieu d’accueil et d’écoute des parents UD et de leurs enfants.

## La RdR entre quatre murs

Pour la majorité des pays représentés à la Clat, le constat est le même : difficile de faire de la réduction des risques en prison, où le simple usage n’est même pas reconnu.

La situation est loin d’être aisée en Italie par exemple, comme le soulignait Tamara Izzi, du service de réduction des risques de la communauté de Venise<sup>8</sup>. Sur 59 000 détenus en 2005, 30 % sont des toxicomanes ou sont substitués, 38 % sont séropositifs au VHC et 7,5 % au VIH. Or la RdR a encore du mal à se développer, et se limite principalement à la distribution de méthadone. Mais les professionnels vénitiens font preuve d’initiatives originales en matière de prévention. Ils ont ainsi mis en place un atelier de tatouage au henné !

Le tatouage est une véritable institution dans les prisons italiennes, à tel point qu’il a été interdit par les autorités carcérales. Proposer ainsi un atelier de tatouage non permanent offre l’avantage de satisfaire les autorités et d’attirer les détenus. *“Cela a permis notamment de faire diminuer le nombre de tatouages artisanaux, souligne Tamara Izzi. Et surtout d’aborder les questions de santé : hygiène, promiscuité, risques d’infections VIH et VHC.”* Difficile toutefois de dire si ce genre d’initiative pourrait être exporté dans d’autres pays latins...

En Catalogne, la réduction des risques en prison est tout aussi difficile à mettre en place, comme le souligne Xavier Majo, responsable des questions de toxicomanie au sein du ministère de la santé de la région. Certes, des programmes de RdR ont débuté en 1997 dans certaines prisons catalanes. Et en 2000, le gouvernement de la province espagnole a fait passer une loi obligeant les prisons à mettre en place un programme d’échange de seringues. Mais dans les faits, rien n’a réellement bougé jusqu’en 2002.

Si le programme a en effet du mal à décoller, il faut en chercher la raison du côté des autorités pénitentiaires. Malgré le feu vert du gouvernement, celles-ci sont plus que réticentes. À Tarragona par exemple, dès qu’un détenu participe au programme d’échange, il est aussitôt soupçonné de dealer et transféré dans une autre prison. Difficile dans ce cas de mettre en place des programmes de prévention. Mais il faut noter que la situation est plutôt hétérogène en Espagne. Dans d’autres régions, certaines prisons planifient ainsi de mettre en place des projets expérimentaux de distribution d’héroïne !

<sup>7</sup> D Canovas, “Programme parentalité-addiction : le modèle genevois”, S9

<sup>8</sup> T Izzi, ““Questione di pelle” — interventi di riduzione del danno in carcere. Laboratorio di tatuaggio all’ henné nel carcere maschile di venezia”, S14



*Merci  
de me donner la parole  
...*

# La parole aux substitués ?

*Début juin s'est tenue à Saint-Denis la deuxième édition des États généraux des usagers de la substitution (EGUS). Il s'agissait cette année encore de faire remonter le point de vue des usagers sur les traitements de substitution aux opiacés en accordant une place plus importante aux témoignages professionnels et politiques sur la question.*

Symbole politique fort, l'ouverture des EGUS a été proposée à Didier Jayle, président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) qui a rappelé les bénéfices de la réduction des risques (RdR) : la baisse importante du nombre d'overdoses mortelles et la diminution de la part des usagers de drogues par voie intraveineuse dans les nouveaux cas de sida. Cette entrée en matière a été interprétée comme le signe de l'attachement de la Mildt à la politique de RdR, discours apprécié en période d'attaques de cette politique tant au Sénat qu'à l'Assemblée nationale.

Le représentant de la Mildt a tenu toutefois à signaler les "impasses" de cette politique : son impact limité sur la prévalence du VHC, les pratiques de détournement de la buprénorphine, et la consommation persistante de crack dans le Nord-est parisien. Les solutions proposées par la Mildt étaient de repenser la prévention du VHC en prenant mieux en compte le discours des associations d'autosupport ; de limiter le mésusage de la buprénorphine par la mise en œuvre du plan de la Caisse nationale d'assurance maladie (la Cnam se donne pour objectif de pénaliser le trafic mis en place par une minorité d'usagers et les prescriptions abusives de quelques médecins) et de travailler collectivement autour de la question du crack en associant élus, riverains et groupes d'autosupport.

## Usagers : des citoyens à part entière

Dans la salle, des voix se sont fait entendre afin de signaler les inquiétudes suscitées par le plan de la Cnam et ses possibles effets pervers en termes de contrôle social des usagers. Des participants ont fait remonter auprès de la Mildt la nécessité d'être vigilant dans les

sanctions afin que ce dispositif ne devienne pas préjudiciable à l'ensemble des patients en traitement. Un débat initié par Act Up et l'Association française de réduction des risques (AFR) a fait rebondir le débat autour d'enjeux politiques et sociaux plus globaux, mettant en exergue l'impossibilité pour la réduction des risques à être réellement efficace si les questions de la précarité et de la citoyenneté des usagers ne sont pas réellement prises en compte par le gouvernement. En arrière-plan était pointée la question récurrente de la prohibition des drogues et de ses conséquences sur la vie quotidienne des usagers. Un rapide bilan des premiers EGUS effectué par Éric Schneider, d'Asud (Autosupport des usagers de drogues), a montré qu'aucune des recommandations n'avait pour le moment été suivie d'effets. Il a insisté sur la nécessité d'une dépénalisation voire d'une légalisation de l'usage de drogues en France et mis en avant la nécessité de considérer les usagers de drogues comme des citoyens pouvant être reconnus comme des individus à part entière dépassant le choix qui leur est imposé entre un statut de délinquant ou de malade. "Passons d'une stratégie de survie à une stratégie de progrès !" a exhorté Valère Rogissart, représentant de l'AFR.

## Survie contre vie intense

Les journées se sont ensuite organisées autour de deux questions résumant l'ambivalence de la substitution : "la substitution comme drogue?" et "la substitution comme médicament?". Le fil conducteur de ces deux journées était la relation médecin/patient, un des objectifs étant d'ébaucher un début de réponse à la question "Le succès du traitement, quels critères de réussite?". Lors du premier atelier "la substitution comme drogue?", Serge



Escots, chargé de recherche à l'association Graphitti (Toulouse), a évoqué l'existence de primo-usagers et primo-dépendants à la buprénorphine, phénomène qui commence à être mis en lumière, mais dont l'ampleur est encore mal évaluée. Emmanuelle Peyret, médecin généraliste à Paris, a relaté un cas clinique d'une patiente âgée

<sup>1</sup> Le Collectif anti-crack, constitué en 2001 afin d'exprimer le ras-le-bol de riverains du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris face à la question du crack, a organisé des manifestations contre "l'invasion du crack" dans son quartier et régulièrement interpellé les pouvoirs publics. Sur le terrain, des rondes la nuit ont été organisées afin de discuter avec les usagers et de les dissuader de poursuivre leur "intoxication". Le collectif, dont François Nicolas a été l'un des fondateurs, s'est dissous en 2003.

de 13 ans, dépendante à l'injection de ce produit de substitution, "symptomatologie d'une souffrance psychique". Dans la salle, Aude Lalande, d'Act Up, a dénoncé la tendance à réduire l'usage de drogues à la ritualisation et à oublier qu'avant tout, les usagers consomment des drogues pour en ressentir les effets psychoactifs.

François Nicolas (ex-Collectif anti-crack<sup>1</sup>) a ensuite développé un argumentaire présentant l'usager de drogues comme "la figure du nihilisme" et la réduction des risques comme l'archétype de la politique libérale, politique hygiéniste et non progressiste. Il a déploré qu'"avec la réduction des risques, on propose aux usagers la survie et pas la vie intense" et a préconisé de réintroduire la dimension du soin dans les politiques publiques liées à la toxicomanie. Fabrice Olivet d'Asud a approuvé certains aspects de fond, mais souligné son désaccord sur d'autres, contredisant les croyances selon lesquelles tous les usagers aspireraient à "une vie intense" et rappelant que "les usagers sont comme tout le monde, ils veulent une petite vie conformiste". Le

## TRIBUNE

# Les usagers dans tous leurs États

*Pour cette seconde édition des États généraux des usagers de la substitution (EGUS), Asud devait relever un défi : transformer un "coup politique" en un événement pérenne. Fabrice Olivet nous livre son bilan de ces rencontres et les perspectives pour la prochaine édition...*

Au départ, Asud et Act Up ont imaginé les EGUS comme préambule non prévu de la conférence de consensus sur les traitements de substitution, permettant de mettre un coup de projecteur sur les aspects traditionnellement "tabous" du dossier, les rôles respectifs du prescripteur et de l'usager, la question du plaisir, les spécialités prescrites en dehors de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM). À l'arrivée, bilan des EGUS 1 : une myriade de problèmes à peine formulés, faute de temps, une esquisse de débat entre médecins et patients qui méritait d'être développé, une liste de revendications – les 12 travaux d'EGUS – qui, un an après, n'avaient pas commencé à recevoir le plus petit début de réponse. Bref, une évidence s'est imposée : l'instauration d'un débat public entre médecins et patients sur la question des drogues mérite un espace ad hoc, une tribune visible, où les questions qui ne trouvent pas de réponses en d'autres lieux pourront enfin être abordées.

## Les sujets qui fâchent

Nous avons donc gardé le thème de la substitution pour le mettre en scène sous l'angle qui nous a semblé le moins politiquement correct : "Drogue ou médicament?". La question agite le café du commerce et l'Académie de médecine, sans que l'on demande jamais aux principaux intéressés, médecins ou patients, de s'exprimer sur le sujet.

Cette seconde édition a tout de suite remporté un succès institutionnel : les principales administrations ou associations concernées par l'usage de stupéfiants étaient là, Mildt, DGS, Inpes, le pôle ressource national des médecins généralistes, Aides, Act Up. Mais notre principal souci concerne ceux pour lesquels sont conçus ces EGUS. Même si nous ne demandons pas aux participants un certificat d'usage de drogues, il est assez facile d'observer la présence ou l'absence des usagers. Autant les EGUS 1 ont été un moment privilégié où les sans-voix, ceux que l'on n'entend pas d'habitude dans les colloques ont pu s'exprimer, autant les EGUS 2 ont été décevants pour ce qui est de la parole des usagers.

Afin de renforcer l'adéquation des EGUS et de son public, nous allons focaliser les prochaines rencontres, EGUS 3, sur la représentation des usagers au sein des structures, une nécessité renforcée par le cadre réglementaire de la loi dite de 2002, rénovation de l'action sanitaire et sociale.

Les EGUS 3 seront donc de nouveau placés sous le signe de la revendication. Nous allons évoquer les difficultés rencontrées par les usagers dans les centres d'accueil, qu'il s'agisse des règlements intérieurs, de la consommation, de la violence, des "vidages"... Bref, comme d'habitude, plutôt les sujets qui fâchent.

débat avec la salle a tourné court, Act Up réagissant de façon véhémement au fait qu'Asud ait choisi d'inviter François Nicolas. Les organisateurs ont estimé qu'il était temps d'ouvrir le débat à l'extérieur, Éric Schneider rappelant que *"les usagers n'ont pas été consultés pendant des années. Nous n'allons pas faire aux autres ce dont nous nous sommes plaints nous-mêmes"*.

Lors du deuxième thème abordé, *"la substitution comme médicament?"*, Mario Sanchez, psychologue à la clinique Montevideo, a estimé que la substitution était une *"mauvaise défonce"* et que pour se *"défoncer"* avec de la buprénorphine, l'usage devait rester occasionnel afin d'éviter le phénomène de tolérance. Les questions des sulfates de morphine et des programmes d'héroïne sont apparues de manière récurrente dans les débats, réintroduisant comme lors des premiers EGUS la dimension du plaisir dans la substitution. Au milieu de ce discours sur la nécessité de diversifier la palette des traitements, un usager a demandé que soit évoquée la situation de ceux qui souhaitent arrêter leur traitement. Il est intéressant de constater que la question du sevrage, autrefois invoquée par les professionnels du soin, a cette fois été introduite aux EGUS par un usager de drogues.

## Médecin/usager : une relation violente

Le débat sur *"le succès du traitement, quels critères de réussite?"* a tourné autour des notions de guérison, abstinence de drogues illicites et réinsertion sociale. La réinsertion a été présentée comme l'aboutissement du processus, même si Jeff Favatier, d'Asud Nîmes, a rappelé que l'accès à l'insertion est difficile pour tous en France, mais rendue encore plus compliquée pour les usagers en raison des représentations sociales que les travailleurs sociaux peuvent avoir des usagers de drogues. Étienne Matter, d'Asud, a évoqué l'existence d'usagers insérés pour lesquels l'accès à la substitution et les horaires d'ouverture de certains centres pouvaient entraver la poursuite de leur activité professionnelle. L'abstinence de drogues illicites est liée aux objectifs que le médecin et son patient placent dans le traitement, et Luc de Massé, médecin et membre du réseau ville-hôpital Paris Nord, a rappelé qu'un traitement trop faiblement dosé pouvait favoriser les *"dérappages"*, surtout dans les périodes de spleen.

Enfin, concernant la guérison, Pierre Goisset, directeur du centre de soins La Mosaïque, à Montreuil, a souligné qu'*"en tant que médecin, on s'illusionne autour de la guérison quelle que soit la pathologie"*. Pourquoi en serait-il donc autrement quand on cherche à soigner des usagers de drogues? La nécessité de l'alliance thérapeu-

tique entre le médecin et son patient a été évoquée comme la condition primordiale de la réussite du traitement, même si Pierre Goisset a rappelé qu'il s'agit *"d'une relation violente car le médecin doit contrôler la consommation des traitements et limiter le désir de se défoncer chez son patient"*. Pour Étienne Matter, toutefois, il était important d'affirmer que le traitement de substitution signifie souvent *"le retour du possible"* pour les usagers. Dans la discussion, Éric Schneider a rappelé que la situation en province était souvent plus compliquée qu'à Paris et que la majorité des usagers étaient plutôt dans une *"logique de survie"* que *"de confort"*.

## Du plaisir au confort de vie

La séance de clôture se proposait d'envisager deux types de synthèses, l'une côté usager présentée par Laurent Appel, d'Asud, l'autre côté prescripteur par Alain Morel, de la Fédération française d'addictologie (FFA). Alain Morel a proposé de conclure autour de plusieurs malentendus qu'il lui semblait important de clarifier :

- la traditionnelle opposition entre réduction des risques et sevrage ;
- l'acceptation de la toxicomanie comme maladie chronique ;
- la citoyenneté, qui passe certes par la fin de la pénalisation de l'usage mais également par la nécessaire expression des usagers...

Il a insisté sur la nécessité de dissocier la substitution de la dimension du plaisir : *"Ce n'est pas au médecin de donner accès au plaisir à l'usager. Sinon, c'est scabreux, le médecin est là pour s'occuper uniquement de soulager la douleur."* Il est préférable alors de substituer au plaisir la notion de *"confort de vie"* dans le cadre de la relation médecin/patient.

Dernier orateur, Laurent Appel, de Chanvre Info et *Asud journal*, a déploré que lors de ces EGUS n'ait été entendue qu'une parole représentative d'une *"élite"* des usagers, celle qui peut avoir accès à des sulfates de morphine et est en capacité de négocier, situation qui est loin d'être représentative de la majorité. Pour renforcer ces propos, il suffisait d'observer que peu d'usagers étaient présents dans la salle, absence justifiée par les organisateurs comme un épuisement des militants d'Asud de la première heure et un ras-le-bol de la prévention chez les plus jeunes qui n'ont pas connu le traumatisme du sida. L'objectif des 3<sup>e</sup> EGUS serait alors, selon Laurent Appel, de *"faire venir les usagers de la rue et de ne plus rester entre experts"*.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

# La substitution *Made in USA*

*Pour sa 67<sup>e</sup> édition, le congrès du College on Problems of Drug Dependence (CPDD), qui s'est tenu en juin à Orlando (Floride), s'est montré, as usual, comme le supermarché nord-américain des études tout terrain : fondamentales, épidémiologiques, cliniques, sur toutes les addictions. Zoom sur deux points : les traitements de substitution à la buprénorphine et le meilleur accès aux traitements de l'hépatite C.*

Aux États-Unis, la buprénorphine peut être dispensée par des médecins généralistes en ville ou par des équipes de cliniques spécialisées, sous forme orale, depuis octobre 2002. Une initiative observée à la loupe et aujourd'hui validée, après de multiples études d'évaluation, conduites sous l'impulsion et la supervision du National Institute on Drug Abuse (Nida). Ce qui a conduit à l'élaboration d'un protocole et à la publication, pour ce 67<sup>e</sup> CPDD, de "Guidelines" (recommandations), sous le titre *A Treatment Improvement Protocol*.

## Une "bible" pour la buprénorphine

Comme son homologue réglementant la prise en charge des patients héroïnomanes par la méthadone, cette "bible" précise les dosages à prescrire, la durée des traitements ainsi que les conditions que doivent remplir les médecins pour être qualifiés et agréés pour s'occuper d'usagers de drogues avec ce médicament de substitution. Parmi celles-ci : l'obligation de se soumettre à une formation agréée minimale de 8 heures et la limitation du nombre de patients sous buprénorphine à trente<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, aux États-Unis, les évaluations font état de 200 000 patients sous méthadone ou LAAM, 5 000 sous naltrexone, et environ 150 000 sous buprénorphine. Un accès aux soins encore très insuffisant puisqu'on estime le nombre des héroïnomanes à près d'un million. Or,

"l'épidémie" des toxicomanies aux opiacés est

<sup>1</sup> Consulter [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) loin de faiblir Outre-Atlantique si l'on en croit

l'Office of National Drug Control Policy, qui la qualifie de "plus forte vague depuis la deuxième moitié des années 1970". Sans parler de la multiplication par deux, entre 1994 et 2001, du nombre des abuseurs dépendants de médicaments antalgiques !

Aussi, après avoir réservé la buprénorphine au cadre étroit de protocoles expérimentaux et observé "l'expérience française" avec une certaine incrédulité (les Guidelines y font d'ailleurs référence), les autorités responsables de la politique de santé en matière de drogues ont tranché. Sans ambiguïté : "Les études ont montré que le traitement par la buprénorphine réduit les consommations de drogues, augmente le maintien des patients dans le traitement, a peu d'effets secondaires et est accepté par la plupart des patients."

## La révolution de la prise en charge en ville

Aux États-Unis, les deux maîtres mots de la réussite des traitements de substitution à la méthadone ont toujours été *retention* et *diversion* : la rétention des patients dans les protocoles – plutôt rigides – de "cure", et l'évitement du détournement (*diversion*) des médicaments sur le marché noir. D'où la volonté de réserver les traitements d'entretien aux structures lourdes, contrôlées par les pouvoirs publics. L'institutionnalisation de la prise en charge en médecine de ville des patients toxicomanes représente donc une véritable révolution.

Mais, pour la valider aux yeux de l'opinion publique et des responsables politiques, il fallait – c'est bien le moins – prouver que le jeu en valait la chandelle. Une étude nationale<sup>2</sup>, longitudinale, sponsorisée par l'Administration des services toxicomanie et santé mentale (Samhsa/Csat), dont les résultats ont été présentés à Orlando, fait autorité. Au total, 385 usagers sur 120 sites ont été interviewés par téléphone lors de l'initiation du traitement, la première semaine, et au bout de 30 jours. 93 % étaient de type caucasien, 57 % des hommes, âgés en moyenne de 37,2 ans, 42 % avaient un emploi à plein temps et 56 % suivaient des études. Particulièrement intéressant: plus d'un quart des personnes interrogées (26 %) étaient de nouveaux "arrivants" dans le système de soins aux toxicomanes, et 60 % n'avaient jamais été traités par la méthadone. Au bout de 30 jours, 87 % des patients suivaient toujours le traitement.

Ces résultats montrent bien que l'introduction de cette nouvelle modalité de prise en charge des patients aux États-Unis a permis de toucher une nouvelle catégorie d'usagers, mieux insérés dans la société et vraisemblablement moins lourdement toxicomanes que la clientèle habituelle des protocoles de soins à la méthadone.

De la même façon, les populations les plus marginalisées et "comorbides" se sont montrées également aptes à en bénéficier: une équipe de Boston<sup>3</sup> a comparé l'efficacité de ces traitements par la buprénorphine dispensés à 46 patients sans domicile fixe suivis dans une clinique spécialisée (*Homeless Clinic*) et par 41 autres, pris en charge dans un programme de soins en médecine générale (*Primary Care Clinic*). Les premiers étaient des cas plus "lourds": 32 % étaient VIH+, 91 % VHC+ et 90 % déclaraient avoir eu des troubles mentaux. Ils étaient toxicomanes depuis 17 ans en moyenne, avaient déjà multiplié les essais de désintoxication et très peu profitaient d'un soutien social (6 %). Les patients du second groupe, suivis en externe, n'avaient que 3 ans en moyenne de toxicomanie et 4 essais de désintoxication derrière eux, 92 % avaient un soutien social. 4 % seulement étaient VIH+, 43 % VHC+, et 54 % disaient avoir souffert de troubles psychiatriques.

Résultats inattendus: les taux de maintien à 3 et 12 mois étaient équivalents dans les deux groupes (80 % et 57 % parmi les *Homeless* et 100 % et 59 % parmi les patients du second groupe). À la fin de l'année, 91 % des analyses trimestrielles d'urines des *Homeless* étaient négatives contre 83 % de celles des patients suivis dans les *Primary Care Clinics*.

<sup>2</sup> CC McLeod et al., "30-day outcomes for buprenorphine patients treated by a national sample of qualified physicians: Findings from CSAT's Evaluation of the Buprenorphine Waiver Program", PB 125

<sup>3</sup> CT LaBelle et al., "Treating homeless opioid-dependent patients with buprenorphine in an office-based setting", PB 133

<sup>4</sup> ET Golub et al., "Perceptions and preferences regarding HCV treatment among HCV-infected injection drug users in three U.S. cities", PB 7

## Hépatite C : il faut cesser d'exclure les toxicomanes !

Autre grande nouveauté aux États-Unis: l'ouverture des traitements de l'hépatite C aux héroïnomanes, depuis la deuxième conférence de consensus de 2002, organisée par le National Institute of Health (NIH), et ouverte aux experts du sida. Ainsi, de nombreuses études et posters présentés à Orlando ont montré que la plupart des critères d'exclusion définis lors de la première conférence de 1997 n'avaient plus de pertinence (consommation de drogues ou d'alcool, dépression...).

Malheureusement, il semble qu'il y ait encore loin de la coupe aux lèvres Outre-Atlantique (comme en France), car les toxicomanes par voie intraveineuse accèdent encore bien peu à ces traitements. Et les connaissent encore mal. Ainsi, dans une étude<sup>4</sup> menée à Baltimore, New York et Seattle, 626 patients ont été interrogés à ce propos: 84 % connaissaient l'existence du traitement interféron-ribavirine, 66 % pensaient qu'il était "safe", mais 48 % imaginaient qu'il pouvait prévenir l'apparition des symptômes de la maladie mais non la guérir. Parmi les patients VHC+, seuls 67 (20 %) s'étaient vu proposer un traitement, que 16 d'entre eux avaient commencé. Parmi ceux-ci, seuls 9 patients ont poursuivi ce traitement jusqu'au bout.

FLORENCE ARNOLD-RICHEZ

## Le Fibroscan® franchit l'Atlantique

Autre nouveauté, celle-là française, présentée par trois posters en Floride: le Fibroscan® (*Echosens*), une nouvelle méthode non invasive (en cours de validation) de détection rapide de la fibrose hépatique, qui utilise la technique des ultrasons. Elle a déjà fait ses preuves chez des malades alcooliques et toxicomanes. Cet examen, non douloureux, bien accepté par les patients, fournit des résultats fiables (à 95 %-97 %) en 5 minutes, exprimés en kiloPascals (kPa). Il permet d'écarter le diagnostic de cirrhose, dans 95 % des cas, et de détecter des cirrhoses qui restent "muettes" sur le plan biologique. L'étude des complications de la cirrhose est aussi possible. Enfin, la mise en œuvre de cette technique de dépistage renforcera la motivation des patients alcooliques et toxicomanes pour se soigner.

# Repenser les messages de prévention

*Pourquoi l'épidémie d'hépatite C ne baisse-t-elle pas chez les usagers de drogue ? C'était la question posée en filigrane lors de la 19<sup>e</sup> Journée organisée par l'Association nationale des intervenants en toxicomanies (Anit), l'Inserm et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) qui s'est déroulée fin mars. Un débat très riche qui a apporté de nombreux éléments de réponse.*

L'objectif de cette nouvelle édition des journées épidémiologiques Anit/Inserm/Anpaa était comme à l'accoutumée de favoriser la rencontre entre chercheurs et professionnels et de confronter les données scientifiques aux réalités vécues sur le terrain. Le public était constitué de médecins, intervenants en toxicomanie et en alcoologie, mais aussi de patients et d'associations de patients. Consacrée au lien entre hépatite C et conduites addictives, la rencontre s'organisait autour de données épidémiologiques et cliniques, et d'échanges entre les intervenants et la salle. En introduction, François Hervé, alors président de l'Anit, a rappelé une réalité dramatique autour du lien entre VHC et conduites addictives : le mode de transmission principal du VHC est l'usage de drogues par voie intraveineuse et 70 % des nouveaux cas sont des toxicomanes. Contrairement au VIH, l'hépatite C est une épidémie silencieuse et ses conséquences sont moins bien identifiées par les usagers de drogue (UD).

## Modifier les représentations négatives

Les données épidémiologiques ont été présentées dans le cadre de deux interventions de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Tout d'abord avec les données issues de l'étude Coquelicot menée sur Marseille en 2002, qui confirment une prévalence élevée du VHC chez les usagers de drogues, de l'ordre de 73 %, avec des taux atteignant déjà 44 % chez les moins de 30 ans. De plus, même si le taux de dépistage est très élevé, de l'ordre de 95 %, un tiers des usagers méconnaissent leur statut sérologique et se croient négatifs à tort. Les craintes des usagers vis-à-vis des thérapeutiques proposées pour le VHC sont encore présentes en lien avec la peur de la biopsie, les réticences vis-à-vis des effets secondaires des traitements et le sentiment pour certains d'être mal accueillis dans les services de prise en charge. Afin de limiter la diffusion du

VHC dans cette population, il convient tout d'abord de repenser les messages de prévention en insistant sur les risques liés au partage du petit matériel de consommation et à la réutilisation de la seringue. Il est également important de favoriser la répétition du dépistage et de modifier les représentations négatives liées à la prise en charge et au traitement du VHC.

Le Dr Elisabeth Couturier, de l'InVS, a ensuite présenté des données de surveillance concernant la consommation d'alcool et le VHC. Les données issues de la littérature internationale et des études menées en France démontrent que la consommation excessive d'alcool est un facteur de sévérité de l'évolution de l'infection chronique au VHC vers la cirrhose et est associée à une moins bonne réponse au traitement du VHC. Ces éléments montrent l'importance de l'évaluation de la consommation d'alcool avant le dépistage et la prise en charge d'un patient atteint par le VHC.

## Des avancées thérapeutiques

Au-delà de ces données épidémiologiques, le Pr Christian Trépo (Hôtel Dieu, Lyon) a apporté une touche d'optimisme en rappelant que les toxicomanes sont généralement atteints du génotype 3 qui est le plus sensible au traitement. Or pour un patient, la décision de rentrer dans un processus de soin est directement liée à la perception du rapport coût/bénéfice. Autre bonne nouvelle, les génotypes 2 ou 3 n'impliquent plus le passage obligatoire de la ponction biopsie hépatique avant la mise sous traitement : deux alternatives en cours de validation, le score biochimique (mesure de marqueurs dans le sang) et le fibroscan (mesure non invasive de l'élasticité du foie, lire page 25) ont été présentées.

Le Dr Bertrand Nalpas (Hôpital Necker, Paris) a toutefois rappelé que l'engagement dans un traitement était très lourd. Les facteurs favorisant la réussite chez les usagers

de drogue sont la précocité du diagnostic et de la prise en charge, une moindre atteinte histologique et le génotype. A contrario, la coinfection VIH et VHB et la poursuite d'une toxicomanie par voie intraveineuse ne favorisent pas un bon pronostic. L'alcoolisation des patients constitue un handicap majeur dans la conduite des traitements : l'alcool fausse l'évaluation initiale de la gravité de l'atteinte hépatique et modifie la tolérance et l'observance des patients vis-à-vis du traitement.

## Un traitement adapté au mode de vie des UD

Le Pr Bernard Filoche (Hôpital Saint-Philibert, Lomme) a ensuite ardemment plaidé pour que la poursuite de la toxicomanie ne soit plus considérée comme un frein à l'entrée au traitement. De nombreuses publications confirment la réussite du traitement de l'hépatite C chez les toxicomanes, même quand ils ne sont pas sevrés. Pourtant, l'accès aux soins reste encore aujourd'hui limité dans cette population, malgré les recommandations de la conférence de consensus de 2002. La réponse au traitement est certes liée à la motivation du patient, à l'existence de comorbidités, mais aussi à la qualité de la relation établie entre le soignant et l'usager. Le Pr Filoche a exhorté les soignants à adapter leur prise en charge au mode de vie des UD et non l'inverse. Si l'observance liée au patient est importante, le médecin doit également accepter de se remettre en cause. La réussite nécessite de pouvoir offrir au patient un véritable accompagnement social et psychologique. De nombreux intervenants, tant à la tribune que dans la salle, ont insisté sur la prise en compte des conditions de vie et de la qualité de vie des patients.

## Inventer de nouveaux modes de prise en charge

Il a été rappelé qu'il n'y avait pas toujours urgence à traiter, mais qu'il fallait avant tout trouver le bon moment pour initier le traitement. De nouveaux modes de prise en charge sont à inventer et certaines initiatives originales méritent d'être poursuivies. L'exemple des microstructures a été mis en avant. L'intérêt de celles-ci est de disposer sur un même lieu d'acteurs de soins compétents sur le VHC qui travaillent en lien avec les pôles de référence VHC et dans le cadre d'un dossier médical partagé. De premières expériences satisfaisantes ont été initiées à Strasbourg et à Marseille. L'expérience des médiateurs de santé favorisant le lien entre les usagers de drogue, les dispositifs spécialisés en toxicomanie et les services d'hépatologie a aussi été évoquée.

Avant même la prise en charge, il est indispensable de se donner tous les moyens pour favoriser l'accès au dépis-

tage des usagers de drogue qui rencontrent des difficultés pour se rendre régulièrement dans les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). Un dépistage assuré au sein même des dispositifs spécialisés qui accueillent les usagers constitue une solution. Catherine Péquart, médecin à l'association Charonne, a fait part de son expérience de consultation avancée avec un CDAG qui vient régulièrement sur place effectuer des prélèvements.

## Des questions en suspens

Malgré ces avancées, des manques subsistent dans la prise en charge des usagers de drogue pour le VHC. Le Dr Pascal Mélin, de SOS-hépatites, a souhaité pousser un "coup de gueule" en rappelant que 30 000 patients en France étaient atteints de cirrhose et que 10 000 usagers de drogue allaient mourir du VHC dans les dix années à venir. Les leçons du VIH semblent ne pas avoir été suffisamment intégrées pour le VHC. *"Si la prévention ne marche pas sur le VHC, est-ce parce que les usagers ne comprennent rien ou est-ce parce qu'on leur explique mal?"* a demandé le Dr Mélin. Il a également souligné qu'*"un traitement VHC, ça s'essaie"* : il faut donner la possibilité aux usagers de commencer un traitement sans le poursuivre pour autant jusqu'à la fin. Sur le modèle de la réduction des risques, des programmes haut et bas seuil seraient donc à envisager autour du VHC. Des "bus hépatites" pourraient aller au-devant des patients dans le même esprit que le travail de rue effectué auprès des usagers, pour leur distribuer du matériel de prévention pour la transmission du VIH et des hépatites.

La fragilité psychologique de certains usagers qui initient un traitement doit également être prise en considération. Le Dr Jean-Philippe Lang, psychiatre à Strasbourg, a rappelé que cette fragilité pouvait être une raison de non-initiation du traitement de la part des médecins ou de rupture du traitement de la part des patients. Les effets dépressifs des traitements ont été mentionnés à maintes reprises par des patients présents dans la salle. Le Dr Isabelle Martineau (La Métairie, La Roche-sur-Yon) a insisté sur la nécessité du suivi psychologique pour les patients qui le souhaitent, même au-delà du traitement VHC. En effet, pour un usager en traitement, le VHC prend toute la place et quand le traitement s'arrête, un grand vide s'installe et peut-être déstabilisant pour le patient guéri.

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

## MARSEILLE

# La **difficile** prise en charge des usagers **précaires**

*Décrire les usagers de substances psychoactives en grande précarité à Marseille, faire le bilan des prestations existantes, repérer les lacunes du dispositif, et enfin recueillir les propositions des professionnels : tels étaient les objectifs du diagnostic des besoins de cette population réalisé cette année par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

Le travail de l'ORS à Marseille a consisté en une confrontation de points de vue des professionnels au contact de cette population et exerçant dans différents secteurs : alcoologie, soins spécialisés en toxicomanie, réduction des risques (RdR), psychiatrie, dispositif d'urgence ou d'insertion sociale. Étaient considérés comme "usagers de substances psychoactives" les personnes ayant un usage "à problème" ou "abusif" de substances licites ou illicites. La grande précarité a été définie comme le fait de ne pas avoir d'hébergement stable.

Pour cette consultation, la méthode adoptée s'est appuyée sur l'envoi d'un questionnaire postal, la réalisation d'entretiens et l'organisation d'un séminaire collectif. Au total, 55 structures ont répondu au questionnaire, 33 professionnels ont été interviewés. Le séminaire a réuni une centaine de personnes.

## Plusieurs profils-type

<sup>1</sup> P-Y Bello, A Toufik et al.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003  
5<sup>e</sup> rapport national du dispositif Trend  
OFDT, 2004, 275 p.

Pour apprécier les caractéristiques et l'importance de la population des usagers de substances psychoactives en grande précarité,

nous avons eu recours à des profils-type dont la plupart étaient décrits dans le dernier rapport Trend<sup>1</sup> :

- les anciens héroïnomanes très précarisés prenant principalement des traitements de substitution ;
- les personnes sans domicile fixe ayant des problèmes d'alcoolisation massive ;
- les jeunes issus du milieu festif en situation d'errance ;
- les jeunes immigrés des pays de l'Est arrivés depuis peu en France ;
- les jeunes en rupture familiale ayant une très faible insertion sociale.

À Marseille, selon les professionnels enquêtés, les profils les plus rencontrés, par ordre d'importance, sont les SDF ayant des problèmes d'alcoolisation massive, puis les anciens héroïnomanes très précarisés prenant surtout des traitements de substitution. Vient ensuite le profil des jeunes en rupture familiale. Les jeunes des pays de l'Est sont rencontrés dans un nombre restreint de structures mais parfois en proportion importante tandis que les jeunes festifs apparaissent peu dans les structures enquêtées.

## Incompréhension, méfiance et banalisation

Pour la prise en charge des anciens héroïnomanes, les professionnels ont mis en avant leurs problèmes de santé, notamment VIH et VHC, et leurs difficultés de réinsertion sociale. Sur les personnes SDF, le fait que cette *“population ne demande rien”* heurte les professionnels habitués à travailler sur la notion de “projet”. Ils décrivent des prises en charge dans l’impasse, en l’absence de possibilité d’orientation adéquate, et un accès aux soins parfois limité par une stigmatisation dans les services hospitaliers.

Concernant les jeunes immigrés des pays de l’Est, les problèmes exposés révèlent une incompréhension des modes de vie et des trajectoires : autre langue, autres produits, autres seuils de consommation qui déstabilisent les professionnels dans leur prise en charge ; mais aussi soupçons quant à la véracité de leur dépendance ou de leur précarité, description de réseaux qui sont, pour les uns, perçus comme source de danger, pour les autres, source de protection, et qui placent les professionnels dans une position de méfiance.

Quant aux jeunes festifs, seul groupe concerné par la consommation de drogues de synthèse mais pour lesquels des consommations d’héroïne et de cocaïne par voie nasale voire par injection sont relevées, ils sont décrits comme réfractaires aux institutions et aux prises en charge proposées.

Les jeunes en rupture familiale ayant une très faible insertion sociale – profil de jeunes le plus répandu – inquiètent plus les professionnels sur un plan social que sanitaire : ces derniers insistent sur le caractère souvent inéluctable de la délinquance et sur leurs difficultés d’insertion. Les consommations de ces jeunes (prises importantes de cannabis et d’alcool, parfois de médicaments) sont caractérisées par une forte banalisation mettant en échec les initiatives de prévention ou de soin des professionnels.

Au-delà de ces profils-type, les professionnels ont insisté sur une caractéristique qui leur semble de plus en plus transversale et présente parmi la population qu’ils reçoivent : les comorbidités psychiatriques (cooccurrence chez la même personne d’un trouble dû à la consommation d’une substance psychoactive et d’un autre trouble psychiatrique).

La raréfaction de l’héroïne, la diminution du recours à l’injection, l’augmentation des polydépendances (associant fréquemment alcool et benzodiazépines) et l’importance des consommations d’alcool d’une façon générale sont les constats les plus fréquemment faits sur l’évo-

lution des consommations. Quant au contexte marseillais, il serait marqué, selon les professionnels, par une précarisation grandissante, une crise du logement ainsi qu’une saturation et une inadaptation des dispositifs d’urgence et d’insertion dans l’hébergement, fragilisant les trajectoires individuelles et hypothéquant les tentatives de réinsertion et/ou de soins de la dépendance.

## Adapter le système de soins spécialisés

Malgré la mise en place ces dernières années de nouvelles réponses telles que le travail dans les squats, en milieu festif ou les “consultations cannabis”, les professionnels s’avouent fréquemment démunis pour prendre en charge les polydépendants, certains usagers de cannabis ou les patients comorbides. L’injonction au rapprochement des dispositifs spécialisés, encouragé par les pouvoirs publics et censé répondre aux évolutions des addictions<sup>2</sup>, semble se réaliser sur le terrain marseillais par le biais d’initiatives éparses et peu formalisées (prises en charge parallèles entre centres spécialisés de soins aux toxicomanes [CSST] et centres de cure ambulatoire en alcoologie [CCAA]), loin de constituer une véritable réorganisation des filières de soins.

En ce qui concerne les liens avec la psychiatrie, la création d’une équipe de liaison “psychiatrie et précarité” établissant un lien entre la psychiatrie de secteur et les structures travaillant auprès des publics précaires a été saluée comme une avancée dans le secteur de la précarité. Mais les professionnels des structures spécialisées insistent sur leurs difficultés à prendre en charge les personnes comorbides et demandent une augmentation des possibilités d’hospitalisation en psychiatrie.

En matière de soin de la dépendance, les problèmes sociaux (accès à l’hébergement surtout) sont tels que le manque de place avéré en cure, post-cure ou communauté thérapeutique apparaît secondaire.

## L’état de la RdR à Marseille

L’analyse des discours des professionnels révèle une absence de collaboration entre bas-seuil spécialisé et bas-seuil non spécialisé, d’autant plus dommageable que celle-ci pourrait faciliter la circulation des usagers entre ces différentes structures, favoriser un dépistage précoce des consommations dans les lieux non spécialisés et permettre ainsi des mesures de prévention des conduites à risques ou de prises en charge adéquates. L’isolement et le non-accès aux discours de RdR sont aussi soulignés pour une population sous traitement de substitution suivie en médecine de ville. L’absence en centre ville de Boutique (lieu d’accueil pour usagers de

<sup>2</sup> A Dubureq, N Sannino  
Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions – Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002)  
OFDT, 2003, 88 p.



drogue – la première “Boutique” française, ouverte à Marseille en 1992, a fermé ses portes en 2002) est relevée par bon nombre de professionnels de la RdR comme une lacune importante. Des projets de salle d’injection ou de création d’une plate-forme commune à plusieurs associations émanent de ces professionnels.

Par ailleurs, la prise en charge dans le domaine de l’alcoolodépendance, soumise à la condition préalable de l’abstinence pour entrer dans le soin, prive une grande partie de la population concernée d’une approche spécifique. Le système généraliste bas-seuil se retrouve alors très largement confronté à des personnes alcoolodépendantes, sans outils spécifiques de prise en charge. Certains professionnels invitent à réfléchir à deux pistes complémentaires en matière d’hébergement : la création de foyers réservés aux personnes alcoolodépendantes ou de foyers “sans alcool” pouvant faciliter une sortie de cure. Ces propositions vont dans le sens d’un élargissement de la logique de RdR à la prise en charge de l’alcoolodépendance.

## Définir un champ d’action

En matière d’accueil bas-seuil, la notion de spécialisation fût largement discutée au cours de cette consultation. Un consensus existe quant à la nécessité de créer des approches et des lieux spécifiques pour les jeunes. Pour les autres, l’absence de reconnaissance identitaire (en témoigne l’utilisation d’une expression aussi longue et froide que celle d’*usagers de substances psychoactives en grande précarité*) complique la création d’un lieu dévolu à des populations qui ne se reconnaissent mutuellement rien en commun. Ainsi, la définition du champ d’action du bas-seuil spécialisé compte parmi les enjeux à venir de la prise en charge des addictions à Marseille. Certes, la principale limite de cette étude réside dans le fait que les besoins des usagers n’ont été appréciés qu’à travers le diagnostic qu’en posent les professionnels. D’autres travaux, visant à restituer l’appréhension des besoins par les usagers eux-mêmes, s’avèrent ainsi nécessaires pour mieux cerner et prendre en charge cette population particulière.

SANDRINE AUBISSON, ORS PACA

# L'influence de l'école sur la consommation des élèves

*"Il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement" rappellent de nombreux professeurs de collège et de lycée à chaque rentrée. Mais les interdictions et les sanctions sont-elles réellement efficaces ? Ne font-elles que déplacer le problème ? Ne vaudrait-il pas mieux insister sur la prévention ? Deux revues de la littérature permettent d'y voir plus clair.*

Quelle est l'influence des parents, des pairs et de la communauté sur la consommation de substances addictives chez les adolescents ? Les recherches en santé publique et en sciences sociales ont permis de mieux appréhender le phénomène. Notamment, elles ont amené à envisager l'école comme un milieu de vie à part entière qui peut avoir un rôle dans la promotion de la santé.

Les politiques des établissements scolaires en matière de lutte contre la consommation de substances addictives comportent la plupart du temps deux volets :

- un programme d'éducation à la santé qui allie des séances d'information et de prévention ;
- un règlement visant la restriction ou l'interdiction totale de la consommation de tabac dans l'enceinte de l'établissement associé à l'interdiction de la consommation d'alcool et autres drogues.

Bien que ce deuxième volet soit considéré comme important par les autorités et les professionnels de l'éducation, les recherches et évaluations le concernant sont peu nombreuses, alors que beaucoup d'attention est donnée à la mise en œuvre et l'évaluation des programmes éducatifs.

## Des règlements intérieurs très différents

Quelques études ont néanmoins été menées, essentiellement dans les pays anglo-saxons, pour mesurer l'effet de la réglementation sur le tabac à l'école sur la consommation des élèves. Deux études sont ainsi particulièrement intéressantes. La première, une revue de la littérature de l'université de Birmingham<sup>1</sup>, s'est attachée à rechercher quels facteurs propres aux éta-

blissements scolaires (en dehors de leurs programmes de promotion de la santé et des caractéristiques personnelles des élèves) pouvaient être liés aux variations de la prévalence d'élèves fumeurs. Elle apporte par ailleurs un regard critique sur la méthodologie des études incluses. La seconde étude est le fruit d'une collaboration australo-américaine<sup>2</sup>. Elle fait l'état des lieux des différentes politiques de prévention du tabac, de l'alcool et d'autres drogues des établissements scolaires dans les pays occidentaux, et examine les arguments attestant de leur efficacité. Les résultats concernent principalement le tabac.

Dans les pays occidentaux, où les législations varient, la grande majorité des établissements scolaires, et en particulier des lycées, ont inscrit dans leur règlement intérieur des mesures concernant la consommation de tabac dans l'enceinte de l'école. Les règles appliquées dans les établissements sont néanmoins très variables, même à l'intérieur d'un pays : les variations concernent essentiellement le droit ou non pour les élèves de fumer dans les espaces non clos de l'établissement (la cour par exemple), l'autorisation de fumer dans les locaux (classes, couloirs, sanitaires...) n'étant pratiquement jamais donnée.

Pour évaluer les effets de la politique de l'établissement scolaire, les études recherchent un lien entre la consommation de tabac par les élèves et différentes caractéristiques concernant l'école : l'existence et la formalisation d'une réglementation sur le tabac, l'ampleur de l'interdiction (interdiction partielle ou totale de fumer, pour tous les élèves ou pour les plus jeunes...), le respect des règles par les élèves.

<sup>1</sup> P Aveyard, WA Markham, KK Cheng, "A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke", *Soc Sci Med*, 2004, vol. 58 (n° 11), p. 2253-65

<sup>2</sup> T Evans-Whipp, JM Beyers, S Lloyd et al., "A review of school drug policies and their impact on youth substance use", *Health Promot Int*, 2004, vol. 19 (n° 2), p. 227-34



## La cigarette renvoyée de l'école

Lors de la 2<sup>e</sup> Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (lire aussi page 34), de nombreux ateliers se sont intéressés aux actions en milieu scolaire en France.

Serge Karsenty a ainsi présenté l'enquête réalisée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) sur l'application de la loi Évin à l'école, qui date de 2002, et qui sera renouvelée en 2006. Pour les collégiens, l'objectif est de supprimer les espaces fumeurs (7 % des collèges), et d'interdire de fumer aux abords de l'établissement. Quant aux lycéens, ils préfèrent clarifier la loi Évin : l'espace fumeur étant une possibilité et non une obligation.

Depuis cette enquête, le ministère de l'éducation nationale a demandé d'inscrire, dans le règlement intérieur, l'interdiction totale de fumer pour les élèves.

Dans le même esprit, un audit basé sur celui de l'Organisation mondiale de la santé a été réalisé en 2003-2004 dans 19 lycées du Languedoc-Roussillon. Quatre types d'établissements sont ainsi distingués, au regard de leur politique concernant le tabagisme des élèves : interdiction totale ; zone fumeur ; actions pédagogiques ; aucune mesure ou politique. Or justement, les principaux facteurs intrinsèques ayant une incidence sur la réussite de l'interdiction totale de fumer sont une réelle volonté de la direction, la mise en œuvre stricte des mesures décidées, et la cohérence entre l'action et le discours des adultes. Par ailleurs, il apparaît que des éléments tels que la présence d'un internat ou d'élèves majeurs, la grande taille de l'établissement ou sa situation géographique posent des difficultés spécifiques, qui doivent être anticipées par les équipes.

### Le non-fumeur a la cote

D'autres programmes visent à impliquer le plus possible les jeunes dans la prévention du tabagisme. C'est le cas de l'action "Jamais la première cigarette", réalisée par la Fédération française de cardiologie depuis 1998, auprès des jeunes de 10 à 15 ans. L'originalité de ce programme vient du fait qu'il se présente sous la forme d'une enquête menée par les jeunes eux-mêmes. Cette enquête, diffusée dans les collèges et sur internet, est un outil de communication sur les méfaits du tabac, mais aussi un moyen d'identification de l'évolution des pratiques. Durant l'année scolaire 2003-2004, plus de 28 000 questionnaires ont été analysés. Ils soulignent le poids déterminant du tabagisme des pairs dans l'expérimentation et la progression significative de la connaissance relative à la dépendance. Globalement, ces questionnaires montrent un résultat positif : une valorisation du statut de non-fumeur.

Le concours "Classe non-fumeur", qui est destiné aux jeunes collégiens de 11 à 14 ans, vise quant à lui à marginaliser l'usage du tabac en renforçant les comportements positifs des non-fumeurs. Initié en 1989, il est mené aujourd'hui dans une vingtaine de pays et concerne en France 3 500 classes. Chaque classe s'engage collectivement à ne pas fumer pendant 6 mois. Ce temps est mis à profit par le correspondant du programme pour interroger les opinions et représentations des élèves sur le tabac. Les classes qui ont tenu leur engagement jusqu'au mois de mai peuvent gagner des lots.

OLIVIER SMADJA

### Interdiction totale plus efficace

Les arguments en faveur de l'influence de telle ou telle caractéristique sur la consommation de tabac des élèves sont souvent pauvres. On peut cependant tirer quelques conclusions des résultats des études :

On retrouve fréquemment une différence significative entre les établissements appliquant un règlement très strict concernant la consommation de tabac et ceux qui autorisent les élèves à fumer dans l'enceinte. Cependant, certaines études montrent que seul le respect total des

règles par les élèves, souvent associé à une répression importante du personnel éducatif, entraîne une prévalence plus faible du tabagisme des élèves. De même, les résultats sont en faveur d'un lien entre l'interdiction totale pour les élèves de fumer dans l'établissement et le pourcentage de fumeurs quotidiens, mais la réduction du pourcentage de fumeurs "hebdomadaires" n'a pu être démontrée. Ceux qui fument ne semblent pas fumer moins de cigarettes par jour dans les établissements "stricts" que dans les autres.

L'influence du tabagisme des professeurs sur le comportement tabagique des élèves n'a pu être démontrée. Par contre, la position sur le tabac adoptée par les professeurs et le personnel éducatif peut être directement liée à la consommation des élèves. C'est notamment vrai par le biais de leur attitude vis-à-vis des élèves qui transgressent le règlement. Ainsi le degré d'acceptabilité de la consommation de tabac qui est véhiculé dans l'établissement pourrait jouer un rôle dans le comportement des élèves.

Attention toutefois : il faut se méfier de liens de causalité entre l'acceptabilité du tabac dans l'établissement et le pourcentage de fumeurs. Ainsi, les établissements qui ont un faible taux d'élèves fumeurs n'ont pas forcément une politique fortement "anti-tabac". Il se peut tout simplement que leurs élèves fument moins. Par exemple, les écoles très sélectives ont significativement moins d'élèves tabagiques : les études montrent que la consommation de tabac est plus importante chez les jeunes en échec scolaire, qui sont donc moins susceptibles d'être admis dans ces établissements sélectifs.

## La peur de la sanction

Il semble donc que si le règlement anti-tabac est appliqué avec fermeté dans les établissements, il est associé à une réduction du nombre de fumeurs (en tout cas de fumeurs quotidiens donc plus susceptibles d'être dépendants). Cette observation amène à des conclusions différentes selon les auteurs des études. Certains pensent que la peur de la sanction est le seul élément freinant la consommation de tabac. Ils proposent d'ailleurs de le vérifier auprès des anciens élèves de l'école : les taux de fumeurs seront les mêmes que chez les anciens élèves d'établissements plus souples, puisque que dès la fin de leurs études secondaires les jeunes ne subiront plus de répression de leur tabagisme. D'autres auteurs soutiennent que l'image de non-acceptabilité du tabac persistera chez les jeunes venant d'établissements "non-fumeurs". Ce qui soulignerait l'importance de la réglementation anti-tabac dans les établissements scolaires dans une politique globale de santé publique.

Ces deux revues de la littérature mettent en évidence le manque d'études traitant de l'effet de l'environnement scolaire sur la consommation de tabac et d'autres drogues chez les jeunes. De plus, les quelques recherches réalisées sur le sujet comportent souvent des biais et des limites méthodologiques. Les études disponibles se rejoignent néanmoins sur le fait que l'application stricte de l'interdiction de fumer pour les élèves dans les établissements scolaires permet de réduire le nombre d'élèves fumeurs quotidiens. Certes, il serait intéressant de mener

des enquêtes longitudinales afin de mieux mesurer l'effet de la politique de prévention des drogues des établissements scolaires sur le comportement des jeunes.

En France, de nombreux chefs d'établissement ne sont pas favorables à l'instauration de l'interdiction totale de fumer. Selon eux, cette mesure ne fait que "déplacer le problème" en poussant les élèves à sortir devant l'établissement pour allumer leur cigarette. Cette supposition ne semble pas vérifiée par les travaux des chercheurs anglo-saxons. Une étude est actuellement menée par le Crips en Île-de-France, dans le but de mesurer l'effet de la réglementation du tabac au lycée sur la consommation des élèves. Elle devrait permettre de préciser la meilleure approche à mener dans l'hexagone. En attendant, les chefs d'établissement sont tenus d'appliquer la loi Évin dans tous les établissements de l'éducation nationale.

EMMA BEETLESTONE

# Irlande

# sans tabac :

# une bouffée d'Eire

*Le 29 mars 2004, l'Irlande est devenue le premier pays à introduire une loi qui interdit de fumer dans les lieux publics, y compris dans les restaurants et les pubs. Plus d'un an après cette mesure, quel est le bilan de cette action spectaculaire ? Si l'on en croit les résultats présentés lors de la 2<sup>e</sup> Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (Cifcot), cela fonctionne plutôt bien !*

Lors de la 2<sup>e</sup> Cifcot, qui s'est tenue en septembre à Paris, une séance plénière était consacrée au tabagisme passif<sup>1</sup>. Ce fut l'occasion pour le Docteur Patrick Doorley (directeur santé des populations au Health Service Executive, Irlande) de présenter les résultats des premières évaluations un an après l'entrée en vigueur de l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics irlandais. Afin de tirer des leçons pour la pratique de cette expérience, considérée d'ores et déjà comme une réussite pour la santé publique, il a également retracé le contexte et les différentes étapes qui ont précédé la mise en application de cette mesure.

## Un long travail préparatoire

La loi de 2004 fait suite à une évolution progressive de la législation irlandaise de contrôle du tabac. Les mesures d'interdiction et de limitation d'accès et d'usage se sont particulièrement renforcées au cours des dix dernières années :

- développement d'un code volontaire de contrôle du tabac sur le lieu de travail (1994) ;
- études et recommandations d'un groupe d'experts vers une société sans tabac (2000) ;
- création de l'Office of Tobacco Control (2001), organisme en charge de la mise en œuvre d'un plan global ;

- adoption d'une nouvelle loi sur le tabac ("The Public Health Tobacco Act", 2002) interdisant, entre autre, la publicité et le parrainage, modifiant les conditions et restriction de ventes et instaurant les avertissements sanitaires.

En 2003, à la suite de la publication d'un rapport scientifique sur les effets sur la santé de la fumée ambiante<sup>2</sup>, le ministre de la santé annonce clairement son intention d'interdire de fumer sur tous les lieux de travail. Un débat national s'instaure sur l'étendue que doit prendre cette interdiction. La réaction des propriétaires de pubs et de restaurants est véhémente. Durant plus d'un an, la question occupe le débat public, fortement relayée par les médias (plus de 6 000 articles dans la presse irlandaise sont consacrée au projet de loi d'interdiction de fumer).

Les arguments en faveur de l'interdiction totale portent sur les risques sur la santé liés au tabagisme et à l'exposition à la fumée ambiante, le droit à la protection de leur santé pour tous les employés sur le lieu de travail et particulièrement des employés du secteur de la restauration, très exposés à la fumée ambiante. S'y ajoutent le rappel de l'inefficacité de la ventilation et le fait que de nombreux fumeurs souhaitent arrêter, un environnement sans fumée constituant un contexte favorisant.

Une étude et une revue de la littérature scientifique<sup>3</sup> portant sur l'impact économique potentiel pour le secteur de

<sup>1</sup> 2<sup>e</sup> Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac, Paris, 18-21 septembre 2005 (organisée par La Ligue contre le Cancer et l'Alliance contre le tabac) session plénière "Tabagisme passif: il y a du changement dans l'air"

<sup>2</sup> Report on the Health Effects of Environmental Tobacco Smoke in the Workplace Health and Safety Authority and the Office of Tobacco Control, janvier 2003

<sup>3</sup> Smoke-Free Policies – Market Research and Literature Review on Economic Effects on the Hospitality Sector Office of Tobacco Control, février 2004

la restauration montrent que les expériences d'interdiction n'ont pas de conséquences négatives sur l'économie, réfutant ainsi les arguments de l'industrie du tabac et les craintes des professionnels de la restauration.

Les études menées en 2003 auprès de l'opinion publique mettent en évidence que 81 % des Irlandais (y compris 61 % des fumeurs) se déclarent favorables au respect de l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants. Parmi les personnes fréquentant les bars, trois sur quatre sont des non-fumeurs. Plus de 60 % des fumeurs envisagent de continuer à fréquenter les pubs pour boire un verre même une fois l'interdiction de fumer en vigueur. Six mois avant l'entrée en vigueur de la loi, l'Office of Tobacco Control (OTC) mène une campagne médiatique en deux phases : la première a pour but de sensibiliser le public sur les bénéfices d'un environnement plus sain, la deuxième fait la promotion du respect de la loi. Des guides pour aider les employeurs et les responsables de bars et de restaurants dans la mise en œuvre de la loi ont ainsi été diffusés par l'OTC.

## Le public favorable

Depuis mars 2004, la loi est en vigueur. Elle interdit de fumer dans tous les lieux de travail couverts ; son objectif premier est bien sûr de protéger de l'exposition à la fumée ambiante<sup>4</sup>.

L'OTC a mené diverses études de suivi et d'évaluation de la loi. Un rapport<sup>5</sup> fait un bilan à un an du respect de la loi, de l'adhésion du public, des bénéfices pour la santé. L'opinion publique est majoritairement favorable à la loi :

- 93 % des Irlandais (y compris 80 % des fumeurs) pensent que l'interdiction de fumer est une bonne idée ;
- 96 % des Irlandais (et 89 % des fumeurs) considèrent que l'interdiction de fumer est une réussite ;
- 98 % des Irlandais (et 94 % des fumeurs) jugent que la qualité de l'air s'est améliorée.

Toutes les inspections montrent une forte application de la loi : plus de 94 % des lieux de travail sont non-fumeurs (sur près de 35 000 contrôles menés), 93 % des bars et restaurants sont non-fumeurs. La grande majorité (96 %)

des employés travaillant dans des lieux couverts déclarent le faire aujourd'hui dans un environnement non-fumeurs.

Plusieurs études (menées dans des pubs de Dublin, Galway...) montrent que le bon niveau de respect de l'interdiction se traduit effectivement par une amélioration importante de la qualité de l'air : le niveau de particules fines (PM10, inférieures à 10 microns) dans l'air a diminué de 53 % et celui des particules très fines (PM2.5, inférieures à 2,5 microns) a dimi-

nué de 87 % après l'interdiction. De plus, les taux de monoxyde de carbone mesurés chez des employés de bars non-fumeurs ont diminué de 45 %. Le taux de nicotine salivaire chez des employés non fumeurs de bars a baissé de 80 % après l'interdiction. Les symptômes respiratoires ont aussi diminué<sup>6</sup>.

Enfin, les données économiques concernant le secteur de la restauration montrent que la loi n'a pas eu d'effets négatifs sur les bénéfices et l'emploi.

Pour Patrick Doorley, une loi complète et sans ambiguïté et la mobilisation de l'opinion publique ont été les facteurs favorables à l'application de l'interdiction de fumer et à sa réussite.

Aujourd'hui, une campagne est lancée pour promouvoir le maintien du respect de la loi. D'autres mesures restent encore à renforcer, en particulier celles concernant la protection des jeunes contre le tabagisme (interdiction de la vente aux mineurs notamment).

Le succès de l'initiative a poussé plusieurs autres pays européens à faire évoluer leur législation<sup>7</sup>. En France, le débat est ouvert.

CLAUDINE VALLAURI

<sup>4</sup> *Public Health (Tobacco) Amendment Act*

<sup>5</sup> *The Smoke-Free Workplaces in Ireland: a One-Year Review*  
Office of Tobacco Control, mars 2005

<sup>6</sup> *Allwright S et al., "Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study", BMJ, 17 octobre 2005*

<sup>7</sup> *European Trends toward smoke-free provisions, enap.org*

Toutes ces publications sont consultables sur le site de l'Office of Tobacco Control : [www.otc.ie](http://www.otc.ie)

# Elisad.org

## l'aiguilleur du net

*Le site [www.elisad.org](http://www.elisad.org) est la vitrine de l'association européenne des centres de documentation sur les drogues. Plus qu'une présentation de structure, c'est un précieux relais vers des informations multiples et variées. Tour d'horizon.*

Elisad (*European Association of Libraries and Information Services on Alcohol and Other Drugs*) est l'association européenne des bibliothèques et centres de documentation sur l'alcool et les autres drogues. Créée en 1988, elle a pour objectif le travail en réseau, le partage d'expériences, la mise en commun de connaissances et de savoir-faire dans le domaine de l'information et de la documentation sur les drogues et addictions. Le site [www.elisad.org](http://www.elisad.org), rédigé en anglais, en est la vitrine.

### Une navigation simple

D'une présentation très sobre, ce site ne retient pas l'attention par son esthétique un peu austère. Néanmoins, chacune des pages et les documents téléchargeables sont parfaitement lisibles.

La navigation au sein du site est elle aussi très simple, structurée de façon linéaire au sein des rubriques. Un menu permanent facilite la navigation d'une rubrique à l'autre.

### Un rôle de relais

Ce site internet valorise le travail réalisé par l'association et constitue une source importante d'informations pour tous ceux qui travaillent sur le thème des addictions.

Au delà de l'incontournable présentation de l'association (objectifs, fonctionnement...), il permet en effet d'accéder via la rubrique "ressources" à une masse importante d'outils et sources d'information de différents types : réseaux d'information et structures à destination des professionnels, ouvrages, journaux, revues, sites internet sur les drogues.

La revue *Elisad Journal*<sup>1</sup> fournit l'actualité des publications : les nouveaux ouvrages, outils pédagogiques, revues, campagnes d'informa-

tion ou de sensibilisation, les sites internet, newsletters ou revues en ligne sont signalés et commentés.

Les présentations effectuées par des membres de l'association lors de séminaires organisés par le pendant nord-américain d'Elisad, Salis (*Substance Abuse Librarians & Information Specialists*, [www.salis.org](http://www.salis.org)) sont aussi disponibles dans leur intégralité : les réseaux européens d'information à destination des professionnels travaillant sur les addictions et une synthèse des politiques européennes sur les drogues.

### Un portail thématique

Par ailleurs, l'association a construit le portail thématique "Elisad gateway" ([www.elisad.uni-bremen.de](http://www.elisad.uni-bremen.de)) qui permet d'accéder à une large sélection de sites internet portant sur les thèmes des addictions et répondant à des critères définis par les professionnels de l'information. Cette importante base de données (plus de 1 000 sites !) permet d'effectuer des recherches selon de multiples critères (par pays, thèmes, services fournis...) et d'accéder rapidement à une sélection pertinente de sites.

Accessible pour tous, cet outil permet aussi aux professionnels des addictions de tous horizons de participer à son enrichissement.

Bel exemple de ce qui peut être réalisé en termes de coopération internationale, l'association Elisad démontre l'importance du partage de connaissances, de ressources et de savoir-faire. Un outil indispensable !

CLOTILDE GENON

<sup>1</sup> Seuls les numéros les plus anciens – février 2000-juin 2004 – sont accessibles en texte intégral.

## PUBLICATIONS / NOUVELLES PARUTIONS



### **Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français**

Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003  
F. Beck, S. Legleye, S. Spilka  
OFDT, juin 2005, 224 p.  
À télécharger sur le site de l'OFDT ([www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr))  
Synthèse parue dans la revue *Tendances* n°43 (OFDT, juin 2005)

L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), réalisée régulièrement par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) depuis 2000 auprès de jeunes – filles et garçons – de 17-18 ans, permet de connaître les comportements de jeunes à un âge stratégique, la fin de l'adolescence, et leur évolution. Les enquêtes 2002/2003 concernent plus de 27 000 jeunes en France métropolitaine et en outre-mer, elle porte sur les usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites. Cet Atlas fournit une comparaison des usages de substances psychoactives des jeunes de 17 ans dans 21 régions métropolitaines. Suivant le produit concerné, se dégagent des tendances générales communes à toutes les régions, des contrastes régionaux importants, des spécificités locales, des oppositions géographiques marquées. Le rapport présente en premier lieu une cartographie des

usages régionaux par produit avec l'évolution depuis 2000. Des fiches tracent ensuite le profil de chacune des 27 régions selon un tableau de bord identique par produit, en analysant l'évolution depuis 2000, avec une comparaison par rapport aux tendances nationales et aux tendances des autres régions. Ces données éclairent le profil et les spécificités des régions et devraient pouvoir favoriser le développement d'actions et de politiques locales adaptées.



### **Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale**

D. Sanfaçon, avec la collaboration de O. Barchelat, D. Lopez, C. Valade  
OFDT, juillet 2005, 456 p.  
Paru en version électronique sur [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

La question des risques ou des dommages sanitaires liés aux consommations de produits psychoactifs est relativement bien documentée, celle des conséquences sociales associées à l'usage de drogues illicites ou à une consommation excessive d'alcool l'est moins. L'OFDT a réalisé une revue de la littérature et des enquêtes produites aux États-Unis, au Canada, en Australie, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Espagne, en Italie et en France sur ces thèmes. Elle permet de dresser un état des lieux des connaissances sur les dommages sociaux associés à l'usage de drogues illicites ou à une consommation excessive d'alcool sur le plan du trafic, de la délinquance, de l'insécurité, de la corruption, de l'exclusion sociale, de la précarité, des difficultés ou des échecs scolaires, des difficultés familiales, de l'insertion professionnelle, des accidents de travail ou des accidents récréatifs... La conclusion de ce rapport récapitule les facteurs de risques identifiés – à travers les différentes études analysées – selon les champs des dommages sociaux et selon les produits psychoactifs concernés.



### **World Drug Report 2005**

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime)  
juin 2005, 2 volumes  
(vol. 1 analyse 174 pages, vol. 2 statistique 397 pages)  
On peut télécharger le rapport sur [www.unodc.org](http://www.unodc.org)  
Version française bientôt disponible

L'agence des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a publié son rapport annuel. Selon ses estimations, 200 millions de personnes ont consommé des drogues illégales au moins une fois en 2004, soit 5 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans et une augmentation de 8 % par rapport à 2003.

- Le cannabis, consommé par plus de 160 millions de personnes au cours des douze derniers mois (soit 10 millions de plus que l'année précédente), est la drogue la plus largement répandue, mais l'héroïne et la cocaïne restent les principaux problèmes de la lutte contre les narcotiques.
- La consommation de drogues de synthèse (amphétamines, méthamphétamines et ecstasy) est en baisse : quelque 34 millions de personnes ont consommé des drogues de synthèse en 2004 – contre 38 millions en 2003. L'ONUDC précise que la baisse s'explique par le déclin de la prise de méthamphétamines en Asie du Sud, notamment en Thaïlande, et de l'ecstasy en Amérique du Nord, et notamment aux États-Unis.
- La consommation d'opiacés et de cocaïne a progressé : près



de 16 millions de personnes étaient dépendantes à l'opium, à la morphine ou à l'héroïne au cours des douze derniers mois – contre 15 millions l'année passée – et 13,7 millions avaient consommé de la cocaïne – contre 13 millions.

S'y ajoute la consommation de substances psychotropes licites : environ 30% de la population adulte consomme du tabac et environ 50% de l'alcool.

Le rapport indique par ailleurs que le marché de la drogue représente un chiffre d'affaires de quelque 320 milliards de dollars.



**Soumission chimique : résultats de l'enquête nationale 2003-2005**

Afssaps, juin 2005

Rapport à télécharger sur [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)

Une enquête nationale sur le suivi des cas de soumission chimique (définie comme l'administration à des fins criminelles ou délictuelles d'un ou de plusieurs produits

psychoactifs à l'insu de la victime) a été menée entre octobre 2003 et mars 2005.

Pilotée par le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Paris, l'enquête a été réalisée afin d'identifier les substances utilisées, de définir le contexte des agressions, le mode opératoire des agresseurs et les conséquences cliniques chez les victimes.

Sur cette période, 119 cas notifiés peuvent être considérés comme des cas de soumission chimique avérée.

Les benzodiazépines sont les substances les plus fréquemment utilisées par les agresseurs. En revanche, le GHB n'est retrouvé que dans 6 cas sur 119, ce qui tend à montrer que son usage criminel est sans doute moins répandu que cela a pu être dit.

La consommation volontaire d'alcool et de cannabis, souvent mise en évidence, notamment chez les jeunes, est un facteur important de vulnérabilité et accentue les effets sédatifs et désinhibiteurs des substances administrées par l'agresseur.

CLAUDINE VALLAURI



**L'art de l'opium fumé**

*Son Histoire, ses rites, ses instruments, ses légendes*

Laura Brown

Éditions Nada, 35 euros

ISBN: 2-916194-00-2

Ouvrage unique dans la très riche bibliographie consacrée aux drogues, ce livre explore avec une remarquable virtuosité le monde de l'opium. Il propose pour la première fois une généalogie des pratiques, se penchant sur le passage de l'ingestion à "l'art de la fumée". Les plus anciens documents mentionnant l'opium remontent aux Égyptiens de l'âge de bronze, dont on peut admirer les bijoux en forme de pavot au Louvre. Puis on suit sa propagation en Orient où peu à peu son usage devient hédoniste, les Orientaux en faisant parfois un art de vivre d'un raffinement extrême. L'auteur du livre Laura Brown, artiste et esthète, étudie les multiples déclinaisons de son usage, au-delà des clichés associant vice, opium et déchéance et le replace par son approche philosophique

et historique dans le cadre de la sacralité antique. Les très nombreuses pièces réunies par l'auteur constituent une somme "théologique" sur l'opium qui transporte dans l'univers fascinant des adorateurs de "la noire idole", dévoilant les arcanes de la mystique de l'opium avec ses maîtres, ses artistes (souvent français) et ses orfèvres, ses rituels et ses coutumes – mais aussi ses victimes. Anecdotes, précisions, recettes, références viennent encadrer gravures, tableaux et photos souvent inédit(e)s provenant d'extraordinaires collections privées. Cette très riche iconographie entraîne le lecteur dans un tourbillon parégorique à nul autre pareil, et l'on referme ce livre-référence avec un troublant sentiment de nostalgie. - J.K.

On peut commander l'ouvrage à l'auteur, qui le dédicacera aux lecteurs de *Swaps*, sur le site internet [art-opium.com](http://art-opium.com)



# 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.....

## Le Crystal Meth est arrivé

Le Crystal Meth a débarqué en France cet été. C'est du moins ce qu'affirme le quotidien *Libération* du 19 août. Cette amphétamine aurait ainsi fait une percée dans les boîtes de nuit parisiennes et autres lieux festifs "branchés". Cette drogue avait déjà été décrite par le magazine *Têtu* de décembre 2004 comme faisant d'importants dégâts aux États-Unis dans le milieu gay. Le magazine dénonçait sa dangerosité, notamment liée à une forte augmentation des prises de risque lors des rapports sexuels. La consommation de cette substance reste pourtant marginale : outre la peur qu'elle suscite, son prix (500 à 800 euros le gramme) refroidit sans doute bien des ardeurs. En attendant une réelle évaluation de terrain, il est bien difficile de mesurer l'ampleur du phénomène. Ce qui n'empêche pas un groupe de travail de préparer sous l'égide de la Miltdt une brochure d'information ciblée auprès des "clubbers" et des "teufeurs".

## La kétamine détrône l'ecstasy Outre-Manche

En Grande-Bretagne, ce n'est pas le Crystal Meth qui inquiète, mais la hausse de la consommation de kétamine. Cet anesthésique, utilisé chez l'homme et l'animal, est détourné de son usage pour ses propriétés hallucinogènes. Selon un rapport publié par l'organisation *Drugscope* (disponible sur [www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk)), cette drogue a même détrôné l'ecstasy dans les milieux festifs britanniques. Plus connu sous le nom de "Spécial K", ce composé serait ainsi particulièrement consommé chez les 18-25 ans. La kétamine serait également appréciée comme une drogue du week-end par les jeunes actifs des classes moyennes. Son prix (15 livres/g au plus bas, soit 22 euros) est la raison principale de cet engouement (le rapport souligne par ailleurs que le prix de nombreuses drogues a pratiquement été divisé par deux en Angleterre en moins d'un an). Reste à savoir si le milieu festif français suivra cette voie.

## Cocaïne en Italie : la vérité est dans l'eau

Des chercheurs italiens ont jeté un pavé dans la mare : la consommation de cocaïne

en Italie serait complètement sous-estimée. L'équipe d'Ettore Zuccato, de l'institut de recherche pharmacologique de Milan, a utilisé une méthode originale pour évaluer la consommation de cette drogue : mesurer les résidus de ce produit dans le fleuve Pô. Ce cours d'eau, le plus important d'Italie, reçoit les eaux usées de 5 millions de personnes, notamment des villes de Turin et Milan. Les résultats<sup>1</sup> sont surprenants : les scientifiques ont mesuré un taux correspondant à quatre kilos de cocaïne par jour déversés dans le fleuve. Cela représenterait 27 doses (de 100 mg) pour chaque tranche de 1 000 jeunes adultes de la région, pour un total de 40 000 doses par jour. Or les estimations officielles sont de l'ordre de 15 000 doses... par mois ! Les chercheurs se sont basés sur plusieurs prélèvements, ce qui exclut le risque d'erreur lié par exemple à un rejet ponctuel par un dealer. La prochaine étape consiste à faire parler le fleuve sur la consommation d'héroïne et de cannabis, mais la détection de ces produits semble beaucoup plus difficile. À quand le même type d'évaluation dans la Seine ?

## Pas de tabac au travail

Les Français ne veulent pas subir la fumée lorsqu'ils travaillent ! C'est la conclusion d'un sondage réalisé par l'institut Ipsos pour la société Pfizer. Selon les données recueillies, plus de 80 % préféreraient travailler dans un lieu où la cigarette est totalement bannie. Car les actifs sont encore 21 % à exercer dans une société où il est autorisé de fumer. Et un sur cinq souligne que la loi Évin n'est pas respectée sur son lieu de travail. Des données à mettre en parallèle avec celles du rapport publié par le Bureau international du travail, sur la sécurité et la santé en milieu professionnel dans le monde. On peut y lire que le tabagisme passif sur le lieu de travail, notamment dans les restaurants, les activités de loisir et les secteurs de service, serait à lui seul responsable de 200 000 décès dans le monde chaque année.

## Cannabis au volant : moins dangereux que l'alcool !

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a rendu publics les premiers résultats de l'étude SAM (Stupéfiants et

accidents mortels de la circulation routière). Ces travaux concernent l'usage de cannabis et d'alcool au volant. Les premières données confirment un effet du cannabis sur la conduite : les conducteurs en ayant consommé ont en moyenne 1,8 fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel. Le nombre annuel d'accidents mortels liés au cannabis serait de l'ordre de 230 tués. En comparaison, la consommation d'alcool multiplie par 8,5 les risques d'accident mortel. Le bilan annuel pour l'excès de boisson serait lui de 2 270 décès. Le quotidien *Libération* a aussitôt souligné que le risque de conduire sous l'emprise du cannabis n'est "pas plus élevé que celui engendré par un conducteur avec un taux d'alcoolémie entre 0,2 et 0,5 gramme par litre de sang". Le journal pose la question de la tolérance zéro pour le joint (un fumeur pris au volant risque deux ans de prison) alors que les taux d'alcoolémie sous 0,5 g/l sont admis...

## Quand les parents fument, les enfants suivent...

Une étude américaine vient de confirmer l'influence des parents sur la consommation de tabac des jeunes<sup>2</sup>. Un enfant de 12 ans dont les parents fument a, en moyenne, deux fois plus de chances de commencer à fumer entre 13 et 21 ans. Les chercheurs ont souligné plusieurs facteurs influant directement sur le comportement tabagique des enfants : la discipline dans le foyer, les relations familiales... Mais surtout, le fait d'associer l'enfant au comportement de fumeur des parents semblerait déterminant. Ainsi, il serait extrêmement délétère d'envoyer l'enfant chercher un paquet chez le buraliste ou de lui faire allumer les cigarettes des parents ! Les chercheurs insistent sur le fait que des campagnes à l'égard des parents fumeurs doivent être initiées pour limiter la consommation chez les jeunes.

## Irlande : les mégots envahissent les trottoirs

L'Irlande est l'un des rares pays à avoir totalement interdit de fumer dans les lieux publics, y compris les pubs et autres restaurants. Cette initiative de santé publique est unanimement

saluée (lire p. 34)... sauf par les défenseurs de l'environnement ! C'est ce que laisse entendre une enquête des autorités irlandaises rapportée par l'AFP. En effet, l'Irlandais fume dorénavant dans la rue, et les mégots sont devenus les principaux déchets retrouvés sur la voie publique : ils représenteraient aujourd'hui la moitié des ordures ramassées par les services municipaux. Autre "dommage collatéral" de cette mesure : la hausse du nombre de chewing-gums jetés sur les trottoirs...

## Une bière pour arrêter de fumer

On connaissait les gommes ou les patchs pour arrêter de fumer. Un brasseur allemand propose un nouveau substitut : la bière à la nicotine. Baptisée *Nicoshot*, celle-ci contient non seulement 6,3 % d'alcool mais aussi une dose de la substance active du tabac. Selon le fabricant, la prise de trois cannettes (de 250 ml) équivaldrait à fumer un paquet de cigarettes. Mais si le fumeur tombe dans l'alcool pour arrêter le tabac, le bénéfice de la méthode paraît franchement douteux.

## Petits fumeurs, gros risques

Contrairement à une croyance tenace, les petits fumeurs (une à quatre cigarettes par jour) menacent aussi leur santé. C'est ce que souligne une étude norvégienne publiée fin septembre<sup>3</sup>. Ces petits consommateurs augmentent significativement leurs risques de développer de maladies cardiovasculaires ou un cancer. L'étude, qui portait sur 23 521 hommes et 19 201 femmes suivis des années 1970 jusqu'en 2002, soulignait notamment un risque de crise cardiaque fatale multiplié par trois, et un décès par cancer du poumon multiplié par trois à cinq.

<sup>1</sup> *Environmental Health*, août 2005, vol. 4, n° 14  
L'étude est disponible en ligne à [www.ehjournal.net/content/4/1/14](http://www.ehjournal.net/content/4/1/14)

<sup>2</sup> *Journal of Adolescent Health*, sept. 2005, vol. 37, p. 202-210

<sup>3</sup> *Tob Control*, octobre 2005, vol. 14, p. 315-20



# 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  
Olivier Smadja  
Marianne Storogenko  
Agnès Sztal  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Natalia De Oliveira  
Secrétariat  
Anne-Sophie Woreth

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

SWAPS  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 54  
75755 Paris cedex 15  
Téléphone : 01 56 80 33 51  
Fax : 01 56 80 33 55  
swaps@pistes.fr  
www.pistes.fr/swaps

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

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



Avec le soutien  
du laboratoire



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

Et si c'était l'apanage même de la maturité ? L'empreinte d'une acceptation sociale, d'une certaine forme d'institutionnalisation : avoir ses exclus ? D'autres, pays, peuples, sociétés se sont ainsi retrouvés un jour avoir à gérer leurs marginaux, leurs non-droits, leurs relégués du système de soins. C'est en tout état de cause un des thèmes abordés lors de la 3<sup>e</sup> Conférence latine de réduction des risques (Clat) sise à Barcelone du 30 juin au 1<sup>er</sup> juillet. L'occasion pour *Swaps* d'embrasser expériences, réflexions et craintes aussi vis-à-vis (ou au sein même) de la RdR. Une Clat 2005 assez... éclatée donc, à commencer par la crise existentielle que traversent aujourd'hui les associations d'usagers (voir page 12), engluées dans leurs difficultés à se fédérer et/ou à s'intégrer dans les programmes de RdR.

*Swaps*, qui ne recule devant aucun sacrifice, est allé sur le terrain de la prescription médicalisée d'héroïne (page 14) et plus encore à la Sala Baluard jusque tard dans le lever du jour ; une salle de consommation/injection barcelonaise comme il n'y en a nulle part en France (page 16). Un vide dans le dispositif sanitaire de la RdR qui, selon Act Up, place la France parmi les pays "les plus réactionnaires en Europe, dans un refus idéologique de toute expérimentation des lieux d'accueil pour usagers de drogues". C'est à l'évidence un point de débat sur lequel nous reviendrons.

Ce numéro spécial Clat de *Swaps* permet donc de mesurer le chemin parcouru par la réduction des risques qui a, aujourd'hui en France, une assise juridique, judiciaire et politique (voir *Swaps* n° 39). Et de poser inévitablement la question du lien entre réduction des risques et prohibition, entre loi pénale et loi morale.

GILLES PIALOUX