

0710, A/8155 D

C. R. I. P. S.
DOCUMENTATION

CONFERENCE INTERNATIONALE

SUR LA

REDUCTION DES RISQUES

FLORENCE

26, 27, 28, 29 MARS 1995

Voci un petit rapport sur les différentes plénières et ateliers qui ont eu lieu du 26 au 29 mars 1995 à Florence (Italie, lors de la 6 ième conférence internationale sur la réduction des risques.

Cette 6 ième édition fut un réel succès. De nombreux français y ont participé. Le prix ROLLESTON qui récompense chaque année un professionnel de la réduction des risques pour son travail dans son pays, fut cette année, discerné à Anne COPPEL.

L'ensemble de la conférence eut lieu en anglais ou italien.

Il ne fut pas toujours évident de suivre et de prendre des notes en même temps.

Ce document est le fruit du travail de :

- Clive de ASUD, accueillant à la clinique "Liberté" à BAGNEUX
- Anne COPPEL, sociologue
- Dr Bertrand LEBEAU, Médecins du Monde
- Emily GOMART, étudiante en sociologie
- Alain CHATEAU de ASUD REIMS
- Phuong Thao CHARPY, du SAS, intervenante de rue pour La Terrasse & AIDES
- Malika TAGOUNIT, présidente de Limiter La Casse, infirmière à Médecins du Monde
- Jimmy KEMPFER, intervenant de rue pour AIDES ET coordinateur Limiter La Casse

Anne COPPEL et Bertrand LEBEAU ont fait un résumé qui vous donnera une bonne idée de l'impression générale qui s'est dégagée de la conférence.

Jimmy KEMPFER

P.S.

Merci à AIDES et au groupe AUDVIH de m'avoir permis de participer à cette conférence

6ème Conférence Internationale de réduction des risques

Après Liverpool, Barcelone, Melbourne, Rotterdam et Toronto l'année dernière, la 6ème Conférence Internationale de réduction des risques (*Harm reduction*), s'est déroulée cette année à Florence du 26 au 30 mars, avec la même ambition : réunir chercheurs, praticiens, usagers de drogue, décideurs et développer réflexion et pratiques alternatives à la politique de guerre à la drogue. Comment rendre compte du succès de l'aventure ? car il s'agit bien d'une aventure, qui, au-delà des pratiques de soin et prévention, a modifié les politiques de lutte contre la drogue, en Australie, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Même si la logique de guerre à la drogue reste dominante au plan international comme du reste dans la majorité des pays, la nécessité d'une alternative s'impose, au moins dans les esprits. En témoigne le développement des pratiques de réduction des risques partout dans le monde, distribution de seringue, prescription d'opiacés, de la méthadone à l'héroïne, décriminalisation de l'usage de cannabis. Aux Etats-Unis même, la guerre n'est plus aussi consensuelle, une part de l'opinion dénonce les effets pervers de la criminalisation, et la presse fait désormais écho aux débats sur la réforme des politiques de lutte contre la drogue. Tel est le bilan qu'ont fait cette année Pat O'Hare (Liverpool), Etham Nadelmann (New York), Ernst Drucker (New York), Alex Wodak (Melbourne), Mario Lap (Amsterdam), organisateurs de la conférence.

L'année dernière à Toronto, le débat sur les politiques de lutte contre la drogue avait été mené par les chercheurs anglo-saxons avec Peter Reuter, Arnold Treebach, Steve Wisotsky, Line Beauchesne, Neil Boyd, Pat Erickson, David Lewis, Mac Coun, Stanson Peel : les politiques de réduction des risques engagent-elles un changement véritable, s'agit-il d'un anti-prohibitionnisme qui s'avance masqué, ou au contraire, du dernier avatar d'une politique qui se sait, à terme, condamnée ? A Florence, le débat sur les politiques a été moins théorique et s'est centré sur les contradictions dans lesquels se débattent aujourd'hui différents pays, dont les pays du Tiers-monde, de l'Amérique du Sud à l'Asie du Sud-Est, avec les travaux de G. Stimson. En Italie, le débat apparaît plus local que national. Tandis que la peur de la drogue a su mobiliser familles et partis politiques majoritaires, qu'une association comme le Gruppo Abele qui s'est engagée dans des actions de mobilisation communautaire est menacée par la mafia, la marge de manœuvre est étroite : elle impose une prise en compte de la sécurité publique, à laquelle une cession était consacrée. Les italiens étaient très

nombreux (environ 500 participants sur les 1200 participants). Entre communautés thérapeutiques et services publics, les professionnels du soin très représentés dans cette conférence, cherchent leurs marques, et débattent de l'articulation entre soins aux toxicomanes et politiques de réduction des risques.

La plus grande part des travaux a été consacrée aux différents outils de la réduction des risques, actions de terrain (cessions animées par E. Buning Pays-Bas, Tim Rhodes, GB), avec les associations d'usagers de drogue (R. Power, GB, R. Broadhead USA) auprès de populations ciblées : jeunes en errance, femmes et particulièrement prostituées, migrants, prison; échange ou distribution de seringue (N. Crofts, Australie, A. Verster, Italie); programme méthadone en particulier programme dits à "bas seuil" s'adressant à une population la plus large possible (Don Des Jarlais, USA) et prescription d'héroïne en Suisse.

Outre les recherches évaluatives, nombreuses, consacrées aux coûts et résultats des politiques (A. Marzanno, C. Rossi en Italie, D. Lewis aux USA, D. Riley, Canada) , des services ou projets (P. Griffiths, UK, Van Santen, Pays-Bas), près de 50 présentations ont porté sur l'usage de drogue, recherches principalement épidémiologiques et/ou ethnographiques. L'état de santé des usagers de drogue IV, mortalité et morbidité est aujourd'hui bien étudié dans les études épidémiologiques en Italie (M. Davoli, G. Merlo) en Allemagne (W. Heckmann) au Canada (M. Brandt). Plusieurs travaux en Grande-Bretagne, Canada, USA, Australie, en Italie ont mis en évidence la montée des usages récréatifs de psychotropes légaux et illégaux, du cannabis à l'alcool, en passant par la cocaïne et l'extasy, sans oublier l'usage épisodique d'opiacés. La réduction des risques liés à l'usage de l'alcool, étudié chez les femmes aux Pays-Bas, chez les jeunes homosexuels en Grande-Bretagne, en temps de guerre en Yougoslavie, devient une préoccupation commune aux pays anglo-saxons et aux pays de l'Est. Les travaux de recherche se développent également dans le champ des comportements sexuels (John Waters, USA), et portent sur les pratiques à risque des jeunes, ou plus directement des proches des personnes contaminées.

En quatre jours et quelques 200 communications, cette 6eme Conférence aura encore fois donné un aperçu mondial de l'état des lieux - en termes de recherche comme en termes de politique. L'année prochaine, rendez-vous en Tasmanie.

FLORENCE 26, 27, 28 et 29 mars 1995

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

Mr Bernard Kouchner, ancien ministre de la Santé a présidé la cérémonie d'ouverture. 300 000 Usagers de drogues par voie intraveineuse en France, plus de 1 850 000 en Europe occidentale.

Aujourd'hui, prendre de la drogue n'a plus le même sens social. Dans les années 70, cela prenait un sens contre-culturel. La drogue est, aujourd'hui complètement banalisée. Elle est le signe que la société est incapable de donner de l'espoir, de l'aventure, des rêves, mais seulement le SIDA, le chômage et l'exclusion....

Mardi 28 mars 1995

Conférence plénière.

Ueli LOECHER, responsable d'un programme d'héroïne médicalisée de Zürich.

Le programme d'héroïne injectable permet d'améliorer sensiblement l'état de santé des usagers. (HIV, hépatites, suivi des traitements pour infection, soin des abcès,...), mais cette amélioration est limitée, dans la mesure où la prescription d'héroïne ne résout qu'une partie des problèmes de l'UD. Les racines de la dépendance sont toujours là.

Les toxicos dépensent 15 Francs suisses (env. 65 FF) par jour pour les frais du programme, au lieu de 140 (650 FF) pour l'héroïne du marché noir.

Les problèmes psychosociaux sont plus longs à résoudre.

3/4 des patients étaient toujours dans le programme héroïne un an après. (Bon taux de rétention).

Les quantités distribuées varient entre 0,33 et 1 gramme. Les patients peuvent passer trois fois par jour et sont obligés de se shooter sur place. S'ils ne peuvent pas passer 3 fois par jour, ils peuvent compléter la prise d'héroïne par un peu de méthadone qu'ils peuvent emmener chez eux, ce qui leur évite de se trouver en manque s'ils n'ont pas assez d'héroïne, car l'action de celle-ci se limite à 8 heures environ.

Le but de ce programme est de faire en sorte que les patients retrouvent une certaine normalité dans leur vie.

L'usage de la cocaïne pose un certain problème néanmoins. Il est illégal de prescrire cette substance. On ne peut pas fournir toutes les drogues nécessaires. Il faudrait que l'utilisateur arrête cette consommation ou alors changer les lois sur les prescriptions.

Un contrôle des urines permet à l'équipe de connaître la situation des "clients".

Aucune overdose n'a eut lieu.

Les clients qui ont un problème d'alcoolisme sont encouragés à faire une désintoxication partielle de l'alcool. Pour l'instant ça marche.

Question :

Combien de personnes viennent des programmes méthadone?

Ueli Locher :

Pas de chiffres disponibles.

Question :

Est-ce qu'un retour à un programme méthadone est vu comme un succès du projet héroïne?

Ueli Locher :

Le succès, c'est que la personne reste en traitement et que le traitement soit indiqué pour cette personne.

Anne Coppel :

La question, c'est comment augmenter le nombre de places dans les programmes méthadone. Avant une pratique formalisée de la substitution, la prescription du médecin était plus comme une recette de cuisine pour atteindre l'humeur voulue.

Maintenant, l'idée, ce n'est plus de donner des recettes, mais de faire un traitement. Le but du traitement de substitution est de contrôler l'abus des produits. La première tâche est de faire comprendre au patient que la méthadone est un traitement. L'équipe a un rôle de "Go-between", un entremetteur entre le patient et le produit. L'équipe cherche alors à adapter l'offre (le soin), au besoin révélé par la vie des toxicos.

La clinique Liberté a cherché à éviter les listes d'attente. Nous prescrivons de la substitution pour tous ceux qui en ont besoin. La seule restriction acceptée est celle du protocole. (être majeur, volontaire, plus de 5 ans de toxicomanie à l'héroïne, multiples échecs de sevrages.) Le ® MOSCONTIN et le ® TEMGESIC sont prescrits en attendant une place dans le programme méthadone.

Un membre du public demande si les généralistes assurent une meilleure prise en charge que les centres. Anne Coppel répond que le centre méthadone est la dernière réponse apportée lorsque tout le reste a échoué, quant aucune stabilisation n'a pu être obtenue avec les autres produits.

Ce n'est pas seulement une question de produit, mais de savoir où l'on va.

Les objectifs du traitement sont individuels. La méthadone offre une possibilité de changement, c'est à l'usager de décider quel genre de changement il veut.

Il y a trois catégories de patients : ceux qui sont stabilisés; ceux en cours de stabilisation, ceux qui sont instables où dont la consommation n'a pas évolué depuis leur prise en charge. Ces derniers ayant souvent des problèmes psychiatriques. "Le concept de stabilisation deviendrait alors un nouvel attribut de l'homme normal.

Martin Blakeborough : projet "Kaléidoscope" (Angleterre).

Un programme Out reach, une antenne de quartier dirigée par des prêtres protestants. Le présentateur semble s'excuser presque d'être le seul religieux à la conférence. Ils ne font pas de substitution mais de l'accueil, sans hébergement, pour des personnes en situation de précarité. Les UD sont encouragés à contrôler leur consommation et orientés vers des centres de substitution.

Prescription de morphine et HIV à Naples , Italie.

Risques de contamination problématiques et liés à l'usage de la morphine et d'autres opiacés par voie injectable. La morphine injectable n'est pas vraiment adaptée à la substitution à cause de sa demi-vie. L'effet est trop court.

Dr Millar : stéroïdes anaboliques. (Australie).

Au lieu d'interdire la consommation de stéroïdes, le Dr Millar a monté un programme où l'on étudie les effets négatifs et positifs des stéroïdes. Il cherche comment bien les utiliser par exemple en cas de nanisme, pour faire grandir.

Il insiste sur l'éducation à propos de l'usage de ces produits et en prescrit par voie orale au début du traitement, parce que les patients n'apprécient pas trop ce mode d'administration mais cela montre que c'est le médecin qui commande.

En Australie, l'usage des stéroïdes par les sportifs est mal vu, mais pas illégal. Le Dr Millar affirme prescrire des stéroïdes dans une optique de limitation des risques.

Tim Rhodes : Ethnographie, Angleterre

"Drugs as reason and excuse for mad, bad and unsafe behavior"
(*Les drogues, prétextes et causes d'un comportement à risques.*)

L'effet des drogues n'est pas que pharmacologique ou chimique. Il y a une importante influence psychologique et culturelle.

Les facteurs sociaux influencent l'expérience des drogues. "Ce que l'on pense des drogues et sur les drogues influence ce que font les drogues." H. Becker.

Rhodes considère la relation entre l'usage des drogues et le comportement sexuel à risques. L'alcool est perçu comme ayant un effet déshinibiteur sur le comportement, notamment sexuel, sur le choix d'un rapport et le choix du partenaire.

Les substances peuvent transformer ce que nous sommes socialement.

Les stimulants sont vus comme des aphrodisiaques. (Freud sur la cocaïne et Elton John).

La coke a des effets déshinibants qui dépendent du contexte culturel. Par ex. en Nlle Guinée, la coke rend les personnes plus inhibées, plus taciturnes et était utilisé pour rendre les esclaves dociles et résignés.

Chez certains, la drogue sert à faire des choses que l'on ne ferait pas habituellement. Un exemple de comportement inhabituel est une relation sexuelle à risques. Quand une personne prend de la coke ou des amphétamines, elle pense moins à demander à son partenaire de mettre un préservatif. Les amphétamines peuvent donner une confiance démesurée en soi, un sentiment d'invincibilité tout en ayant un fort pouvoir aphrodisiaque et déshinibant.

Certains comportements sont justifiés par la drogue. "C'est la drogue qui a pris le contrôle". C'est la faute à la drogue.

Alors disparaît l'option de choisir rationnellement un comportement non risqué. La personne n'est plus perçue comme responsable; le corps contrôle l'esprit. Ces excuses sont vues comme socialement acceptables. Mais y-a-t'il vraiment cause et effet (entre drogues et comportement à risques) où bien est-ce seulement une corrélation? Pour Rhodes, ces justifications décrivent non pas ce qui est réellement la cause du comportement, mais une interaction, une relation entre la personne qui parle et celui à qui elle parle.

D'autre part, les drogues pourraient faciliter une discussion sur les rapports protégés.

La façon dont les drogues sont utilisées est aussi importante que le contexte social et la chimie du produit.

Patricia Erickson : Toronto Addiction Research Center, USA.

" Les psychotropes et la politique de réduction des risques : mise à jour.

Notre problème, en tant que médecin, est de trouver des alternatives moins risquées pour des drogues qui donnent beaucoup de plaisir. On ne peut pas dire aux UD d'apprendre à jouer à la pétanque.

Le gros problème aujourd'hui, ce sont les psychostimulants: cocaïne, crack, speed,.... Quelles possibilités d'intervention.

Patricia Erickson, Toronto Addiction Research Center

"Les psychotropes et la politique de réduction des risques: mise à jour et prospective".

Notre problème est de trouver, en tant que médecin des alternatives moins risquées pour des drogues qui donnent beaucoup de plaisir. On ne peut pas leur dire d'apprendre à jouer à la pétanque...

Le gros problème, aujourd'hui, c'est les psychostimulants, comme la cocaïne, le crack, le speed,... Quelles possibilités d'interventions y a-t-il?

- décriminalisation?
- meilleure éducation à propos de la cocaïne?
- meilleure Éducation informelle, entre pairs?

Pourquoi y a-t-il eu si peu d'efforts faits concernant les problèmes de psychostimulants? Parce que c'est plus facile de se concentrer sur les usagers d'opiacés à cause du Sida; ou sur le cannabis, qui amène un débat sur la légalisation, tandis qu'avec la cocaïne se n'est pas si simple!

Les recherches sur la coke se sont focalisées sur des populations bien intégrées, des personnes de la classe moyenne. Pour ces personnes, la coke n'est pas une menace réelle. Cette drogue a été décrite comme un problème qui disparaît dans un temps assez court. Cette limitation de la recherche explique le peu d'interventions en ce qui concerne celle-ci.

La coke, comme les autres drogues, est utilisées à tous les niveaux de la société. Les pires conséquences sont pour les personnes qui sont dès le départ en marges de celle-ci.

Madame Erickson considère que "l'esclavage" dû au crack a été exagéré. Il faut chercher plutôt dans le contexte culturel qui entoure cet usage pour comprendre cette dépendance.

Elle a mené une recherche très récente (et pas encore finie) auprès de vingt toxicomanes dans un "mauvais quartier" de Toronto, parmi eux sont représentés les deux sexes, ainsi que plusieurs ethnies; tous étaient déjà exclus de la société avant l'apparition du crack sur le marché et n'avaient déjà plus de relations sociales; ils étaient sans emploi, sans abri et sans aide sociale. Tous consomment du crack dont ils apprécient énormément la substance, bien qu'ils disent que c'est la pire des drogues parce que "on n'en a jamais assez", et qu'elle est la source de la violence et de la perte de la santé. Mais ils ne disent pas que cette drogue est mauvaise. Ces usagers ne se représentent pas leur avenir comme prometteur d'une amélioration. Le crack est une façon de remplir leurs journées et leurs nuits.

Que fait la politique de limitation des risques (plr) pour les marginaux? Ces personnes ont juste le minimum pour survivre; elles ne veulent pas arrêter l'usage du crack; et ne veulent pas non plus qu'on leur dise comment changer leur mode d'administration pour qu'il soit moins dangereux. Elles ne changeraient pas leur usage de crack injecté pour une infusion de coca...). (Elle donne l'exemple d'un homme qui serait hospitalisé pour une greffe du coeur mais qui aurait choisi de quitter l'hôpital avant l'opération, choisi de ne pas se faire soigner et de retourner à sa vie antérieure et au crack).

Les risques que ces personnes courent sont la violence et l'arrestation. Mais ces risques ne sont pas perçus comme graves puisqu'ils font partie du quotidien de ces personnes.

Surtout, elles ne veulent pas d'aide. Elles sont occupées: elles dealent, elles ont des contacts sociaux. Sans le crack, qu'est-ce qui pourrait remplir leur vie d'une façon semblable?

Elles ne sont donc pas pour la légalisation des drogues, puisque sans illégalité il n'y aurait pas de marché noir et donc pas de deal, pas d'accès à la drogue pour ces personnes marginalisées. Et surtout pas d'illégalité pour modérer leur usage.

Que peut-on faire alors dans l'optique plr? La réponse n'est pas du tout évidente.

On peut chercher à créer des environnements sûrs et qui donnent un soutien pour ces usagers. On peut aussi se préoccuper de leur problèmes généraux de santé.

Il faut chercher à agir sur des facteurs "protectifs".

Tim Bottenley : Crack & cocaïne project, Trafford, Manchester, Angleterre.

Le rôle des UDVI dans le développement des usagers de crack et de cocaïne. (Etude avec plus de 300 UDVI sub situés à la méthadone, (bénévoles de terrain, formation d'animateurs, coordination, études sur la consommation, 8 salariés permanents sur ce projet.

Population très jeune, de 18 à 35 ans. Tous sont concernés par un usage très grave de stimulants divers : crack, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines et extasy par voie IV très courant.

Une étude sur 7 semaines montre que parmi 231 UD sous méthadone:

- 72 % consomme de l'héroïne
- 26 % des benzodiazépines
- 28 % des amphétamines
- 30 % par voie Intraveineuse.

Une autre étude sur le terrain, montre que sur 9600 personnes en dehors de tout programme de soins, la population est composée de :

- 82 % plus de 30 ans
- 19 % de noirs
- 66 % consomme de l'héroïne
- 32 % consomme du crack

Pratiquement tous les gens interrogés ont consommé une drogue illicite au moins une fois par semaine.

Ils ont répondu que le come-down (descente-manque) est plus dur lorsqu'il s'agit de :

- 80 % d'héroïne
- 73 % de méthadone.

Samantha Howes: Sud National Addiction Center, Londres.

Entre 1991 et 1994, à Londres, le taux de séro-conversion était en hausse de 12 %.

Béaucoup de contamination malgré les programmes d'échange de seringues.

Sur un ensemble de gens admettant utiliser des drogues illicites,

- 19 % les utilisent par voie intra veineuse.
- 70 % fument du cannabis
- 11 % sniffent , soit de l'héroïne, soit de la cocaïne, soit des amphétamines.

En ce qui concerne la voie intra veineuse, les dosages sont en hausse.

- 96 % des UDVI utilisent de l'héroïne
- 76 % utilisent des speedballs (mélange héroïne/cocaïne).

De nombreux UDVI utilisent des opiacés pendant au moins 2 ans avant de passer à la cocaïne. L'usage de drogues en général est en augmentation et aucune des personnes concernées par cette étude n'est dans un programme de soins et souvent, n'a pas non plus de sécurité sociale.

A Londres, il n'y a aucune prescription de cocaïne à cause de l'usage abusif et compulsif. (Une dose + une dose + une dose + encore et encore....)

Les entretiens et les contacts avec les usagers d'héroïne sont plus faciles qu'avec les usagers de cocaïne.

L'étude de l'usage de cocaïne n'est pas fait avec suffisamment de moyens et les intervenants sont isolés face à un manque de matériel, de moyens et d'études.

L'usage des drogues pour a pour contexte culturel, social et comportemental : SEX, DRUGS & ROCK N' ROLL.

DANS LE MONDE :

Les ratios HIV sont en général plus bas dans les régions où sont installés des programmes d'échange de seringues.

WHO MULTICENTER CANADA

Dans les shooting rooms ou gallery les facteurs de risques de contamination sont de 1,49 %.

Il existe néanmoins un risque de partage de matériel d'injection évalué à 7,49 %.

Pour les utilisateurs de cocaïne, le risque est de 3,39 %.

40 % des UDVI au Canada, utilisent des shooting rooms.

L'information HIV passe très bien dans la plupart des cas.

- Média 50 %

- Magazine 10 %

- Bouche à oreille 30 %

- Télévision 10 %. Les chaînes locales sont plus efficaces et plus coopératives que les chaînes nationales.

Tijs Van den Boommen: "Dutch Dick Heads...": A propos de l'utilisation de la peur dans les campagnes de prévention du Sida.

L'approche douce, gentille et moralisante est sans intérêt. Il faut utiliser la confrontation, l'humour et la peur, tout en sachant les doser. La peur peut être utile. En effet, c'est parce qu'on a peur de mourir qu'on met un préservatif. Mais trop de peur, fait qu'on exclut l'information.

Il faut des posters, avec peu de mots, mais qui donnent clairement un message à un public ciblé. Il faut que ce qui soit écrit, soit en fait la solution à un problème: le problème, c'est le Sida, la solution, c'est le préservatif et la seringue propre. C'est ainsi qu'une vision lointaine peut devenir une règle bien intégrée pour une personne.

Petites conférences sur les programmes de substitution: Andreas Moldovanyi, Suisse, programme de morphine injectable:

Effets secondaires de la morphine injectée:

Les bras enflés, mal de tête; et chez certains, eczéma, prurit, érythèmes. Les effets secondaires négatifs graves peuvent être éliminés en agissant sur la dose administrée.

La morphine injectable est un bon traitement pour contrôler l'usage des drogues de rue. Elle n'est pas un comportement qui entraîne un risque de mort.

Les patients disent que l'impression d'être "une machine" ressentie avec le traitement de méthadone a disparu avec le traitement de morphine injectable. Mais ils auraient préféré un traitement d'héroïne injectable.

Anja Dobler-Mikola et Ueli Locher, programme d'héroïne injectable (Zurich)

Ce programme a été initié pour étudier l'effet de l'usage à long terme de la drogue. Les patients sélectionnés ont plus de 30 ans, plus de 5 ans de toxicomanie, une majorité est sans emploi depuis plus de 12 mois et n'a pas de logement fixe. Pour 67 % des patients, leur principal revenu provient d'activités illégales. Et plus la toxicomanie est longue, plus les revenus proviennent d'activités de ce genre. 88 % ont eut des problèmes judiciaires depuis leur toxicomanie; et 41 % en avaient eut auparavant. Avant leur entrée dans le programme héroïne, plusieurs avaient déjà fait partie d'un programme de méthadone. Ceux-ci étaient autant marginaux socialement que les autres qui venaient de la rue, leur consommation de drogues étant tout aussi forte que celle des autres, malgré le programme méthadone.

Il est trop tôt pour évaluer le succès de la substitution à l'héroïne injectable.

Comment se passe l'admission à un programme:

Un rendez-vous avec l'assistante sociale est fixé par un premier contact au téléphone qui demande une déclaration de motivation du patient potentiel et une vérification des critères d'admission. A ce rendez-vous, une histoire de la toxicomanie du patient est faite et de ces efforts pour arrêter et pourquoi cela n'a pas marché, vérification qu'il s'agit bien d'un "fixeur", indication du traitement... Certains patients sont inscrits sur une liste d'attente classée dans les fichiers, d'autres sont pris directement et un formulaire d'admission est alors rempli.

Ensuite, il y a un rendez-vous avec le médecin afin d'évaluer le statut somatique et psychique de la personne et de lui prélever des échantillons d'urine et de sang.

Pendant ce temps, le travailleur social vérifie les informations données lors de l'entretien sur le passé du toxicomane. Il appelle les centres que celui-ci a cités, etc..... Il prend aussi contact avec les soignants de ces centres pour avoir leur opinion sur le patient.

Le 3ème rendez-vous: d'abord, le directeur du projet, le médecin, le travailleur social discutent de toutes les infos et clarifient les questions, puis invitent le patient à rentrer et à participer à la discussion, afin de décider si celui-ci peut recevoir ce traitement ou s'il est préférable de l'orienter sur un autre traitement plus approprié.

Beaucoup de temps est consacré à l'évaluation de la situation du patient et de l'indication du traitement.

Les effets du programme:

Il y a une amélioration immédiate et radicale de l'état de santé du patient. Les conditions dans lesquelles les toxicos se shootent habituellement (hors-programme de substitution) représentent aussi un problème important. Plus le shoot est propre et plus le toxico est en bonne santé. On donne des conseils très simple, du genre "lavez-vous les mains avant de faire un shoot". Dans le programme, les patients utilisent une seringue stérile déjà préparée par les soignants et avec le dosage prescrit par le médecin. Il se fixe alors dans une salle prévue pour ça et en présence d'un infirmier. Ensuite, il est tenu de nettoyer l'espace qu'il a utilisé. Si cela peut être gênant pour l'usager, l'orateur déclare que c'est seulement en leur demandant d'être propre qu'ils deviendront propres. Et c'est ainsi que les conditions des toxicomanes s'amélioreront. La majorité des patients suivent cette règle de propreté sans se plaindre.

Les patients s'injectent eux-mêmes. L'équipe intervient s'ils constatent un problème et "éduquent" les patients sur le mode d'administration correcte et hygiénique.

En règle générale, les drogues injectables prescrites ne peuvent pas être emportées chez le patient. Elles doivent être injectées sur place. Cela permet un contact directe et fréquent (trois fois par jour) avec le patient. Ce contact rend possible une demande d'aide pour des problèmes sociaux ou psychologiques qui pourront être abordés lors d'entretiens avec les autres soignants du centre.

La prise en charge est faite en équipe. Il y a une réunion hebdomadaire qui rend possible un suivi par tous des différents cas, permet aussi à l'équipe de réagir rapidement en cas de besoin, et permet aussi d'agir de façon concertée, ce qui est utile pour imposer des mesures impopulaires.

L'équipe est composée de personnes qui ont des expériences diverses dans le champ de la toxicomanie: certains on l'habitude d'une prise en charge à long terme; d'autres ont l'expérience de programmes de substitution bas-seuil avec des contacts à court terme avec les patients.

La dose prescrite est négociée. Choix entre une dose de maintenance et une dose pour la défonce. La personne peut choisir, à moins que le médecin estime que la dose demandée est risquée.

Chaque patient payent 15 francs (suisses?) par jour pour leur héroïne.

Le traitement à l'héroïne n'est garanti que jusqu'à 1996. Les patients disent que trois ans c'est mieux que rien. Après 1996, ils ont tous une place de méthadone garantie.

L'impact des projets héroïne sur l'ensemble de la population toxicomane est nulle: parce que le nombre de patients traité est très faible. (300 substitués à l'héro pour 30 000 héroïnomanes).

Questions de la salle:

Bertrand Lebeau:

- Les effets secondaires de la morphine sont-ils les mêmes que ceux révélés par les études d'anesthésie?

- Oui!

John Strang:

- Les programmes de produits injectables sont dans une autre paradigme de prescription. Les programmes qui emploient des produits à administrer par voie orale ont pour but souvent la stabilité. Les autres, permettent une négociation de la dose et une recherche de la défonce. La drogue peut être la même chimiquement, mais la prescription de deux formes d'administration a des buts différents.

Ueli Locher répond:

- La question n'est pas de savoir si les patients recherchent la défonce. La seule limite de la dose prescrite est les signes d'une OD, si la personne s'endort après sa prise et vient dire qu'il en veut plus. "Est-ce que nous allons réussir à stabiliser ces patients-là, à apporter de la normalité dans leur vie et dans leur façon de gérer la drogue?" sont les questions importantes.

Un toxicomane dit:

- Dans la culture des tox, l'héro on en veut toujours plus.

Un médecin continue:

- Mais il y a une dose, au-delà de laquelle la personne ne ressentira pas plus de plaisir, et où prendre moins aurait un effet plus néfaste. "

Ueli Locher répond:

"Pas tous les tox veulent prendre toujours plus de drogues. Certains veulent en prendre moins. Certains cherchent à varier les doses, pour ressentir un rush plus fort la fois d'après. Certains ne veulent pas venir 3 fois par jour pour l'héro et préfère alterner avec la méthadone."

Un membre du public:

"Pensez-vous qu'il est possible pour vos patients de gérer seuls, chez eux, la prise de l'héroïne?"

Ueli Locher:

"Certains n'en seraient peut-être pas capables."

Un médecin qui gère un programme de méthadone injectable et oral: "Certains de mes patients demande des doses orales très forte pour se défonce, d'autres se shoote des doses plus faibles... La tolérance semble s'atténuer avec la durée du traitement. Certains patients gardent la même dose de méthadone très longtemps."

Question:

"Quel est l'impact des projets héroïne sur programmes méthadones?"

Ueli Locher:

"C'est trop tôt pour le dire. Mais pas tous les patients veulent de l'héroïne."

Question:

"Avez-vous essayé d'offrir de l'héroïne à fumer?"

Ueli Locher:

"Oui, mais les usagers n'étaient pas satisfaits. Les cigarettes employées n'étaient pas à base de tabac, mais de "woodruff-Asperule odorata", qui donnait un goût désagréable. De plus, le flash n'était pas aussi bon que celui de l'héroïne injectable. Les personnes qui l'ont essayé sont toutes restées à l'injectable.

S. Majoor, Dela Ranci et Ingo Stockel: Sur le Burn-Out (épuisement dû au travail):

La prise en charge de style plr, c'est d'encourager un changement sans mettre le poing devant le nez du toxico, c'est une approche pas-à-pas. Le changement prend place sans que personne ne s'en rende vraiment compte. Pour que cette approche marche, il faut que les soignants cessent de ne penser qu'à ce changement. Les soignants doivent cesser de faire obstacle au changement en étant trop directifs.

Quelques indications pour un accompagnement style plr: Il commence par une négociation; on demande au patient de dire pourquoi il vient. S'il dit je viens pour une seringue, la demande est claire, bien qu'elle puisse se transformer. Il faut que le soignant adresse sa propre frustration dû au fait qu'il a l'impression de ne rien faire. Qu'il accepte les limites des buts des usagers.

On fait des évaluations par une personne extérieure au service pour voir comment marche le service. Dans un cas, on a vu que une équipe qui vivait dans l'angoisse quotidienne de la violence avait tendance à la vivre entre membres de l'équipe. L'équipe reflétait la situation violente extérieure.

L'usage des opiacés au sein de l'équipe soignante et un motif suffisant pour un renvoi. L'usage par un soignant n'est pas une affaire privée. Il est essentiel qu'ils ne consomment pas du tout. Mais cette règle doit être établie de façon consensuelle.

Remarques de la salle:

Si un soignant en est arrivé au point où il consomme des drogues qui ont une incidence sur son travail, c'est que quelque chose de grave se passe dans l'équipe. Il aurait fallût que cette chose soit remarquée avant d'en arriver là. Si on prend des extoxicos comme soignants, il faut être conscients de la difficulté pour eux de travailler avec des toxicos et être prêts à les aider pur qu'ils restent des extoxicos, sans attendre qu'ils re-consomment pour faire quelque chose (Brigitte).

Mais si il n'y a pas d'incidence ou de visibilité de la consommation des soignants dans leur travail, on n'a pas à s'en mêler.

Autre remarque:

C'est vrai que c'est important que les soignants ne consomment pas pour montrer au toxicos que c'est possible de vivre sans opiacés. C'est un modèle qu'on leur présente tous les jours. On ne se contente pas de dire simplement "Ne consommez pas".

LES POLITIQUES DE DROGUES SUR LE PLAN MONDIAL

Pat O'Hare: Le terme "harm reduction" (limitation des risques) devient de plus en plus vague et englobe de plus en plus de choses, il est devenu un fourre-tout. Il est important de le redéfinir et de le re-préciser.

Deux définitions semblent être mobilisées:

La première:

Les politiques et les comportements qui cherchent à réduire les conséquences néfastes de l'utilisation des drogues, sans nécessairement chercher à réduire l'usage des drogues.

La seconde:

L'effort de réduire les conséquences néfastes de l'usage des drogues et des politiques de lutte contre la drogue, en cherchant à réduire l'offre, les risques, etc.... Et surtout en cherchant à s'occuper des usagers de drogues qui ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter de consommer des drogues. Le plr veut alors dire que le but n'est plus l'abstinence à tout prix.

Les droits de l'homme de l'utilisateur font partie intégrante de ce discours plr. Il est inacceptable de discriminer certaines personnes à cause de la drogue qu'ils consomment. Le problème devient plutôt: "comment ces usagers remplissent leurs responsabilités par rapport aux autres". La responsabilité des actions des usagers est l'autre face de cette pièce de plr. L'usage des drogues n'est plus une excuse pour commettre des actes répréhensibles.

La méthadone n'est pas forcément un outil de plr, cela dépend comment elle est employée.

Certains disent que la conséquence logique de plr est la légalisation et la dépénalisation de la drogue. Aux USA, il y a une polarisation du débat entre ceux qui veulent une légalisation et ceux qui font la guerre aux drogues. Il n'y a rien entre les deux. C'est comme en Australie, où on a cherché un terrain commun d'entente. Alors qu'aux USA, les gens pour le plr sont souvent immédiatement perçus comme des gens pour la légalisation, même ceux qui veulent conserver la prohibition des drogues. Pour les tenants de la guerre contre les drogues, la plr est le cheval de Troie de la libéralisation des drogues.

Pour expliquer son approche de la plr, Mr O'Hare donne l'exemple de sa petite fille qui joue sur la balançoire en tordant les cordes de la balançoire puis en les laissant se défaire, tournant en rond très rapidement. La petite fille se met alors debout et marche en titubant avec la tête qui tourne. Il dit que l'aspect de la tête qui tourne n'est pas un risque ("harm"). Par contre ce qui est un risque c'est que en se laissant tourner rapidement elle cogne sa tête contre un des poteaux de la balançoire. Il lui conseille donc de rentrer la tête pour éviter de la cogner sur les poteaux. C'est ça la plr. Le problème dit-il c'est qu'il n'est pas toujours là pour surveiller sa fille sur la balançoire. Peut-être quand il n'est pas là, elle choisit de ne pas rentrer la tête. Et peut-être que ça fait partie de son plaisir que de risquer de se cogner...

Il parle des précédentes conférences plr qu'il a organisées: Liverpool 1990; Espagne... Melbourne... Au fil des années, la conférence est de moins en moins la réunion d'un petit club de convaincus et devient de plus en plus "scientifique". Le but de la conférence n'est pas seulement de dire des choses nouvelles. Il peut y avoir également des redondances, des répétitions par rapport aux années d'avant car le but est aussi d'éduquer le public. Surtout les personnes du pays d'accueil.

Certains ont suggéré que le titre de la conférence soit changé et devienne "...réduction des risques liés à la prohibition". Il dit qu'il serait d'accord avec ce

message, mais que s'il change le titre, 1/3 du public ne reviendrait pas. La conférence cesserait d'avoir une fonction pédagogique et ne serait plus que propagande.

Le terme de plr est en train de devenir un masque pour camoufler des actions pas nettes ou pour permettre à certains de se cacher derrière.

Alex Wodak:

Depuis 1985, le gouvernement australien a une politique de plr. (Quelles différences et quelles spécificités de ce plr australien? Wodak ne précise pas...). L'Australie travaille aussi sur la réduction de l'offre des drogues et de la demande, pas seulement sur la réduction des risques. Elle travaille pour ça avec les pays de l'Océan Pacifique. C'est le premier pays qui a cherché à légaliser les drogues.

Cette attitude innovante de l'Australie est sans doute liée à son isolement géopolitique.

Mario Lap:

Il discute de la situation française en matière de politique de drogues. En particulier, le cas du Français séropositif qui s'était fait pincer avec 23 grammes de hasch. Lap voudrait le voir repartir avec une décision de la cour "non coupable": "comment pourrait-il être coupable puisqu'il est en train de se battre pour sa vie?!", dit-il. Envoyer quelqu'un en prison pour possession de cannabis est le risque ("harm", le mal) le plus grand en ce qui concerne l'usage du cannabis.

La politique des drogues est en conflit avec les droits de l'homme. Cet argument est la seule façon de mettre les juges de son côté. Les autres arguments ne font pas le poids: les juges sont tenus d'imposer la prohibition ou de démissionner.

Ernest Drucker:

La route de plr a été longue et difficile. Quand il travaillait dans le sud de Londres en 1971, il y avait un fixing-room, et il avait voulu en créer un à son retour aux USA, sans succès, car les programmes de méthadone avaient commencé et étaient à la mode. Et puis après, il y a eu la guerre contre les drogues...

A cette période, la méthadone n'était pas (encore) un véritable traitement. Mais cela a permis de transformer le débat sur les drogues: ce n'était plus un problème moral. C'était devenu un problème de santé publique, une façon de sauver des vies. Le SIDA a transformé le débat sur la drogue, parce qu'il n'était plus question de sauver une vie mais un nombre important de vies.

C'est une question de santé publique au même titre que, à d'autres époques, les antibiotiques et la chirurgie

Les gens consommeront toujours des drogues. Ce débat-là n'a pas de sens.

Avec la plr, les actions à mener et l'intervention des soignants se précisent, comme les échanges de seringues, par exemple. Chaque pays doit penser à sa politique de drogues comme une politique de santé publique.

Cette conférence devrait devenir une "association internationale pour la réduction des risques" et prendre le mouvement écologique comme modèle.

Ethan Nadelman

La plr a été commencée aux USA par les groupes d'usagers de drogues qui distribuait des seringues. Et non pas par les professionnels, ni les politiciens... Ce fût un cas de "désobéissance civile" (référence au classique américain "Civil disobedience" écrit en 1848 par Thoreau). Puis les associations privées s'associèrent à ces groupes...

L'important est de rencontrer le toxicomane là où il en est, et de l'aider même s'il continue à consommer des drogues. C'est la première fois que nous disons "Tu es un être humain" et nous demandons aussi que cet usager obéisse à un grand nombre de règles. Aux USA, le plus grand obstacle au plr est l'interdiction de vendre des seringues dans les pharmacies dans la plupart des états.

Aux USA, les programmes de méthadone ne sont pas faits avec le but de réduire le risque du Sida. Contrairement à des pays comme la France, l'Allemagne, la Belgique, les USA ne voient pas une augmentation des programmes de méthadone du type plr.

Il exprime son enthousiasme pour le projet héroïne de Zurich.

Un milliardaire américain J. Sorrels a créé un institut pour élargir le débat sur la politique des drogues, le Lindesmith Center à New York. Il a désigné Nadelman comme directeur du centre. Des financements de projets plr sont proposés, surtout pour des projets américains, mais pas uniquement...

Contrairement à Ernie Ducker, Nadelman pense que le débat sur les drogues ne doit pas être dé-moralisé. Il estime que les tenants de plr ont raison et ont le dessus du point de vue éthique.

Plr est une autre façon de penser, pas seulement à propos de la méthadone et des seringues, mais aussi à propos de la société; les drogues ne s'en iront pas. Il faut faire avec! Les usagers sont des personnes à part entière. L'abstinence ne doit pas être le but premier. Plr est la politique la plus éthique.

John Zatters et Michael Farrel: Incidence de la politique de limitation des risques sur les taux de séropositivité:

L'approche plr doit être "globale", "compréhensive" et doit inclure des programmes d'échange de seringues, de distribution d'eau de Javel, des campagnes de prévention ainsi que des programmes de substitution...Les endroits où cette approche a été réellement globale (Amsterdam, Zurich, Genève) les taux de séropositivité a baissé (ex: Amsterdam, 1988: 10 %; 1992: 3 %).

A New York, le taux d'HIV positifs parmi les IVUDs est stable à 50 %, c'est-à-dire que l'incidence (le nombre de nouveaux cas recensé) est en baisse. Il faut quatre ans pour commencer à voir l'effet de plr dans une ville, pour changer "l'écologie du risque".

Il y a une relation inverse entre les fonds destinés à l'éducation sur le Sida et la séroprévalence.

Très grosse difficultés à faire un modèle de comportement à bas-risque pour les usagers de drogue en intraveineuse (IVUD). Les modèles sont très difficilement contrôlables scientifiquement: tout essai devrait comprendre des groupes témoins non-informés des risques... qui aujourd'hui ne connaît pas les risques?

L'ORGANISATION ET LA DISTRIBUTION DE METHADONE EN EUROPE

L'orateur a fait une étude des centres méthadone dans 12 pays. Il ne propose ici qu'un rapide commentaire (souvent beaucoup trop rapide...), alors que son rapport récent, dit-il, rentre dans les détails.

La politique sur la méthadone varie entre les pays, en fonction de la politique de santé publique.

Il y a aussi un problème pour comparer les chiffres entre les pays: les chiffres ne désignant pas les mêmes choses dans tous les pays.

Entre 1988 et 1992, il y a eu une consommation de méthadone multipliée par 2 ou 5 suivant les pays. C'est le Danemark qui a la consommation la plus forte d'Europe. La France en 1992 était la plus faible. La Grèce n'avait pas de traitement méthadone du tout. (Mais elle en a aujourd'hui).

Entre pays, il y a différentes opinions sur la question de la durée du traitement. Pour certains, le "long terme" veut dire 3 mois... Le but du traitement est aussi variable.

La nature du produit méthadone varie aussi. La plupart des pays ont opté pour la forme orale. Sauf l'Angleterre et la Hollande qui ont une forme injectable. L'Espagne en a aussi la possibilité mais n'en a pas de disponible.

Une spécificité française est l'utilisation de la buprenorphine comme substitution.

Tous les pays, sauf l'Angleterre, imposent un contrôle de la consommation de la méthadone: le patient doit la prendre devant un soignant chaque jour.

La méthadone est le traitement de substitution le plus rigoureusement évalué. Pourtant, les données restent peu fiables. La méthadone pour mériter son statut de traitement devrait permettre une intégration sociale. Mais ça n'est pas encore prouvé!

Judy Greenzood: coopération entre généralistes et la clinique d'Edinbourg

Les généralistes (GP) orientent les usagers sur la clinique prescriptrice qui commence un traitement de méthadone en collaboration avec le GP. Les trois premiers jours du traitement sont faits à la clinique. Ensuite, pendant trois semaines, la méthadone est prise dans la pharmacie du quartier toujours sous prescription de la clinique. Ensuite, le GP renouvelé les prescriptions de méthadone. La clinique dispense une formation pour les GP sur la plr, sur la pratique de substitution (aspects pratiques comme être ouvert et fermé à la fois, avoir un contrat avec le patient et des buts réalistes, c'est-à-dire un but qui est la réduction de l'injection - c'est la condition de l'obtention de drogues gratuites).

Pour éviter les problèmes légaux (qu'on les poursuivent pour prescription de drogue), les GPs demandent que l'usager écrivent de leur main un journal intime sur leur consommation de drogue, pour prouver qu'ils étaient bien usager avant de demander une substitution.

A présent 70 % des GPs d'Edinburgh sont prescripteurs de méthadone. La clinique continue de prescrire pour les cas lourds (1/10 des cas).

Parmi les usagers sous substitution, 66 % prennent aussi des benzos (non-prescrits ni par le centre, ni par les GPs).

Le nombre d'injections a été réduit radicalement parmi ces patients. La majorité n'injectent plus que trois fois par mois.

Aller chercher sa méthadone à la pharmacie du quartier est plus "humain" que d'aller la chercher dans une pharmacie spécialisée.

Certains patients s'ennuient à présent sous méthadone. Elle suppose qu'ils voudront un jour arrêter et chercher un sevrage de toutes drogues...

Question de la salle:

Certains GPs ont peur que s'ils se mettent à prescrire, ils verront déferler tout une avalanche de toxicos qui demanderont une prescription. Ils ont peur de se retrouver avec une clientèle seulement de toxicomanes. Mais elle répond que l'argument convaincant est de leur dire que si tout le monde s'y colle, il n'y aura pas de telles avalanches... Et surtout de leur dire que la menace du Sida est si important qu'elle doit leur faire oublier ce genre de considérations mineures.

Elle conseille aux GPs d'en prendre 2 ou 3 et de voir comment ça marche avant de s'engager avec plus.

R. Power: Changement de comportement

Gérer les risques doit devenir un mode de vie, mais cela ne peut concerner que les risques prévisibles. L'ethnographie peut être utile pour identifier ces risques. C'est seulement quand on a identifié les routines quotidiennes des personnes, que l'on peut réduire les risques. Quand on sait ce que les gens font quand ils sont intoxiqués, en manque, en prison et quand ils achètent à un dealer inconnu... La clef est d'avoir des outils stériles. (Les moments à risques sont: la préparation de la drogue, le filtre laissé sur la cuillère, le contact entre deux seringues, le stockage des filtres).

Des Jarlais: Étude sur l'incidence de l'HIV depuis 1981

L'échange des seringues est l'emblème de la plr, et a un impact très facile à mesurer. C'est en tout cas le test que les gens font passer au plr pour le créditer: si les pays qui ont adopté l'échange des seringues ne perçoivent pas de baisse dans le taux de séropositivité, la plr sera remise en cause, et vice versa.

Les chiffres de Chicago et de New York tendraient à montrer un impact des échanges de seringues sur taux de seroconversion.

Les hépatites B et C sont des problèmes encore plus importants que le Sida parmi les IVUD.

A New York, où les patients sous méthadone pouvaient avoir des seringues échangées, la séroconversion est très faible.

David Vlahov: Comportement à risque pour l'HIV parmi les IVUD

La séroconversion est plus grande parmi les femmes. Alors que la proportion d'hommes et de femmes séropositifs sont égales parmi les IVUDs.

Les nouveaux injecteurs sont plus à risques que les anciens. Ceux-ci sont plus importants pendant la première année d'injection, surtout pour les hépatites B et C. Pour l'HIV, ce sont les rapports sexuels qui restent le plus grand risque, et pas l'injection.

Le "backloading" apparaît comme un risque très grand pour le HIV. Est-ce le Backloading à proprement parler, ou bien est-ce une série de comportements qui accompagnent le backloading qui sont en cause, demande l'orateur.

Si 93 % des personnes savait le risque transmission en partageant les seringues, 70 % le faisait tout de même.

NOTES SUR UNE DISCUSSION INFORMELLE ENTRE PATRICIA ERICKSON ET BRIGITTE:

Patricia Erickson.

"Les psychotropes et la politique de réduction des risques: mise à jour et perspectives".

Notre problème est de trouver en tant que médecin des alternatives moins risquées pour des drogues qui donnent beaucoup de plaisir (surtout les stimulants). On peut pas leur dire d'apprendre à jouer à la pétanque. Là elle souligne le problème de la substitution chiante, de l'alternative chiante à une drogue plaisir. (Mais l'héroïne peut aussi ennuyeuse, cf DT o Michèle, 20/4, rv synthèse).

Discussion Pat Erickson et Brigitte:

Que faire avec les personnes qui prennent du crack et de la cocaïne et qui ne veulent pas changer, veulent pas arrêter de consommer.

Brigitte dit, on leur donne un soin minimal: soin des abcès, soin matériel (abri, food)... Le problème c'est: est-ce que les pouvoirs publics (qui financent les intervenants) peuvent accepter des buts si bas?

Erickson:

Au Canada, oui. C'est un argument convaincant quand on parle de coût social: c'est moins cher de donner du soin primaire (basic care) que d'avoir des criminels que se baladent, comme les alcooliques sur Skidrow (?).

Brigitte:

Les méthadoniens acceptent abstraitement l'idée que la galère s'arrête, mais une fois qu'ils sont stabilisés, toute leur vie - même si c'était une vie tordue - s'écroule. Toute l'organisation de leur vie s'écroule. Sans la came, leur vie est vide. La méthadone pour ces gens-là qui ne peuvent pas ou ne veulent pas changer, pas trouver un boulot, pas fonder de famille, pas de socialisation, la méthadone pour eux c'est pire que ce qu'elle soigne. Les toxicos sont comme tout le monde, ils ont besoin de quelque chose pour remplir leur vie. C'est dur de savoir quoi faire en tant que soignant, pour ces gens qui, objectivement sont dans une situation précaire et ont besoin de soins, mais les refusent.

Erickson acquiesce et dit:

Au Canada, la profession médicale accepte de ne donner que ça, c'est-à-dire de se limiter volontairement à ces soins primaires par respect de la personne. Exemple de

l'homme que a besoin de changer (pour la 2e fois) la valve de son coeur parce qu'il continue de s'injecter de la coke. Mais il refuse l'opération et quitte l'hôpital. Brigitte est OK avec cette non-discrimination envers ce patient pour une greffe, sans poser la condition de l'arrêt de la prise de drogue et aussi sa liberté de partir.

DROGUES PRESCRITES

HOLLANDE

STATISTIQUE HOLLANDAISE :

40 % des héroïnomanes hollandais utilisent l'injection. (Les autres "chassent le dragon", fument). Plusieurs étapes dans l'évolution de l'attitude des autorités et des soignants...

1. Raisons de la nécessité d'actions de santé primaire

- haute morbidité
- protection contre les overdoses et les accidents de surdosages
- substitution = condition sine qua non à une "normalisation" sociale, etc...

2. Comment toucher, atteindre les usagers de drogue (U.D.)?

- identifier les désirs et les besoins des usagers,
- identifier les besoins et les désirs des services de santé intervenants,,
- proposer des services complémentaires,
 - accès à des cliniques publiques,
 - 1er soin dans les prisons, commissariats, famille, etc...,
 - consultations avec des travailleurs de santé primaire,,
 - consultation avec les travailleurs hospitaliers,
 - empêcher les double-prescriptions (ce qui implique la tenue d'un registre!),
 - prescription et épidémiologie,
 - etc.....

3. Historique de la situation à Amsterdam (Hollande).

- 1974 :
 - travail de rue, de proximité pour l'aide à la prescription aux usagers de drogue;
 - santé primaire dans les commissariats (incluant la prescription de méthadone).
- 1979 :
 - création 1er bus "Méthadone";
 - officialisation et organisation/structuration des consultations à l'hôpital.

-1982 :

Normalisation des restrictions à la prescription aux usagers de drogue (établissement d'un registre central).

Résultats de l'ensemble de ces actions :

- 70 % des usagers de drogue touchés par les différentes actions et en contact plus ou moins régulièrement avec le système de soins (haut-seuil et bas-seuil);
- 50 % de participation des médecins généralistes sur Amsterdam (= environ 400 médecins!!!);
- 40 % (1000 environ) des clients suivis pour leurs prescriptions par des médecins généralistes;;
- soutien aux médecins très développés et généralisés (travail en réseau).

AUSTRALIE

Généralités sur le pays

- 16 Millions d'habitants
- 30 000 à 60 000 héroïnomanes, avec mode de consommation injectable prédominante.

Ex : Cambena : pop. = 300 000 habitants/1 000 héroïnomanes environ

Chronologie

- Nov. 1991 : tenue d'un séminaire de "Traitement à l'héroïne - nouvelles alternatives";
- Août 1993 : le comité de conseil recommande de "reporter" la décision (Nov. 1991);
- Mai 1995 : date retenue pour étudier les questions relatives à cette alternative.

Observations et remarques générales :

- 63 % des gens ont accepté de poursuivre dans la voie d'une éventuelle prescription d'héroïne;
- 10 % des gens sont opposés à cette décision mais la majorité de la population australienne semble favorable à la prescription légale et contrôlée d'héroïne dans les cliniques publiques.

Cela implique :

La possibilité de passer de l'héroïne à la méthadone ou l'inverse, (il y a peu de consommation d'héroïne quand le dosage de la Méthadone est adapté).

Il y a actuellement deux gros problèmes :

- de plus en plus d'amphétamines (Les cammionneurs australiens en consomment vraiment beaucoup. Dans ce pays immense et peu peuplé, les distances entre les villes sont souvent de l'ordre de plusieurs milliers de kilomètres et les conducteurs de camion sont astreint à un rendement effarant.)
- contamination par diverses drogues des groupes aborigènes;

MÉTHADONE

AUSTRALIE

Étude menée très sérieusement sur les incidences de la Méthadone sur les détenus avant, pendant et après leur incarcération.

Observations :

3 stratégies complémentaires et parallèles

- eau de Javel(désinfectant matériel)
- Maintenance par Méthadone
- Essayer d'empêcher l'injection

Moyenne de dosage de Méthadone : 60 mg/ jour en moyenne en Australie

Étude portant sur population incarcérée en Nlles Galles du Sud (6 M. d'habitants)

Prison

- Connaissance de l'histoire, trajectoire des U.D. injecteurs (56 %)
- Possibilité de prendre un traitement Méthadone environ 500 à 600 personnes incarcérées, à 80 mg méthadone/jour

Communauté U.D.

- 2 %

Résultats :

- *Avant prison* : la méthadone réduit l'injection (40 % des U.D. s'injectent x/jour)
- *Pendant la prison* : 38 % des sujets sont sous méthadone et pratiquent toujours l'injection
- *Après la prison* : 19 % des sujets restent sous méthadone et pratiquent toujours l'injection

- 60 % population générale pratiquent l'injection

- 42 % pratiquent l'injection plus la maintenance à la méthadone

- environ plus de 40 % se "fixent" quotidiennement....!

Les usagers de drogues sous méthadone ont tendance à se partager plus facilement leurs seringues que la population des usagers de drogues en général!

- 8 % continuent de partager les seringues après la prison

Il y a moins d'injections pour les prisonniers recevant minimum 60 mg de méthadone pendant toute la durée de leur emprisonnement

- 16 % s'échangent toujours les seringues

Conclusion

La délivrance de la méthadone réduit :

- la pratique de l'injection
- les échanges de seringues

(A titre personnel, je dois dire que cette étude et cet exposé étaient très denses et passionnants à plus d'un titre!!!)

GRANDE-BRETAGNE

Travail avec les pharmaciens

Exemple :

Glasgow

- beaucoup d'injecteurs
- haut taux de décès
- haut taux de morbidité
- succès complet des programmes d'échanges de seringues, un peu tardifs malgré tout
- peu de méthadone disponible

Pour ce qui concerne la délivrance/prescription de méthadone

Septembre 1994 : 214 questionnaires ont été envoyés aux pharmaciens

- 83 pharmaciens participent (+1 %)
- Plus de 1 000 patients sont suivis
- liaison étroite avec les services de santé
- les U.D. se rendent 5 à 6 fois/semaine chez le pharmacien qui leur est attribué
- agrément nécessaire pour participer au programme

Mars 1995:

- 117 (soit 55 %) des pharmaciens participent
- établissement de "standards" (normes?)
- établissement d'un guide de recommandations, de procédures, conduites à adopter, etc...

RÉDUCTION DES RISQUES ET PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

BRÉSIL

- 1989 : 1er programme d'échange de seringues
- 1991 :: 1er matériel éducatif de prévention pour les U.D.

Mais, dénonciation d'un certain manque de communication entre les U.D. et les travailleurs et soignants de la Réduction des Risques.

Modalités :

- Recrutement de 6 personnes pour travailler avec les U.D. (travail s'effectuant avec la neutralité de la police après maintes débats et discussions!!!)

- opérations "Eau de Javel"
- messages de prévention
 - plus de 500 U.D. contactés, la plupart jusqu'alors jamais en relation avec les services de santé

- 1994 : x % d'usagers de crack (chiffre inconnu mais pratique déjà vue)

- 1995 : augmentation notable du nombre de travailleurs et soignants précédemment évoqués

- projet d'acheter un bus, selon les mêmes modalités et systèmes qu'en Hollande.

Objectifs principaux :

- point de rencontre et assistance médicale (soins infirmiers légers)
- visibilité encouragée des programmes d'échanges de seringues, mais, malheureusement, il y a un gros problème financier car le gouvernement fédéral brésilien ne donne pas ou peu de subsides...

1ere organisation d'U.D. à Santos (port de Sao Paolo)

-nécessité d'un programme d'échanges de seringues: mais il s'exprime dans le pays de grandes "résistances" (A cause de la politique très conservatrice et de la mentalité catholique latine de la population.) quand aux programmes d'échanges de seringues, en plus d'intenses résistances dans le monde de la justice et chez les intervenants traditionnels en toxicomanie" qui perçoivent ceux-ci comme une "incitation à l'usage.

Fabio MESQUITA :La violation des droits de l'homme. Un des principaux obstacles à une politique nationale de réduction des risques efficace. BRESIL

Principale drogue utilisée : la cocaïne. Fumée, sniffée et injectée en tant que telle ou sous forme de "pasta", (cocaïne base) très dommageable pour la santé.

Séroprévalence très importante, à cause des moeurs sexuelles très libres mais dans les milieux toxicomanes à cause des seringues contaminées.

Actuellement grande prise de conscience de l'ampleur de la catastrophe sanitaire mais le gouvernement brésilien est très conservateur. Devant l'explosion de l'usage de coke par V.I. et par conséquent du SIDA, les lobbys religieux, judiciaires et militaires prônent une répression tout azimuth avec la bénédiction de la DEA et du gvnt US qui dicte sa politique en matière de drogue comme partout en Amérique latine en se servant du fond monétaire international comme moyen de chantage. (Aucun colombien présent à la conférence.) Le gouvernement U.S. a usé de tous ses moyens de pression pour empêcher des délégués colombiens de se rendre à la conférence de Florence. (Les USA n'ont pas digéré que la Colombie décriminalise l'usage et la détention de petites quantités de drogues pour usage personnel.)

Les programmes d'échange de seringues existent et se développent mais sont principalement le fait d' ONG.

ARGENTINE

Cas de Sida : - en Amérique (Nord, Centrale, Sud) :

526 682

- en Amérique Latine :

121 401

- en Argentine :

5 303

cas dénombrés à ce jour.

5 300 cas signalés en Argentine sont le plus souvent des U.D. qui forment la population la plus touchée.

En Argentine, les produits consommés sont surtout cocaïne et marijuana. (Toute l'Amérique latine et l'essence 'et colle pour les mineurs très jeunes, comme au Brésil également).

La population estimée d'usagers de drogue en Argentine est d'environ de 30 000 à 40 000.

Actuellement, on note un développement de l'aide à la prévention du SIDA par "El Fondo de Ayuda Toxicologica", depuis 1992 (O.N.G.). La loi considère l'usager de drogue comme un délinquant et un malade devant être soigné.

- Distribution de seringues : 90 % de la population est d'accord (dont 60 % pensent ainsi réduire les risques);

MAIS, selon un sondage récent, on remarquerait un volte-face, car environ 70 % des personnes interrogées pensent que cela n'est pas faisable.

Raisons invoquées :

- attitude sociale 51 %
- police 14 %
- contraintes légales
-(pas eu le temps de noter).

NÉPAL

85 % de la population des usagers de drogues sont des hommes, contre 15 % de femmes. essentiellement une population d'injecteurs intraveineux, dûe à l'influence occidentale.

L'attitude et la politique locales de la DEA qui, en arrachant l'opium, ont favorisé l'accès à l'héroïne aux consommateurs traditionnels d'opium ne trouvant plus leur drogue aussi facilement!

Deux populations très différentes :

- très jeunes U.D.U.I (12---20/25)
- "vieux" U.D.U.I. (plus de 40 à 50 ans)

La population estimée d'U.D.U.I. au Népal est d'environ de 40 000, dont 4 000 concentrés dans la Vallée de Katmandu.

Jusqu'à maintenant, il y a déjà plus de 1,6 % des usagers de drogue qui sont contaminés par le HIV!

-Programme de travail de prévention par des pairs et des travailleurs sociaux sur le terrain, individuellement, travail de grande proximité (informations, prévention, soins...)

Ex : "opération eau de Javel"

Le délégué népalais, malgré cela, n'a pas caché son pessimisme quant à l'avenir....!

NIGERIA :

Généralités sur l'Afrique :

- 54 états (47 pays + 7 îles)
- 651 M d'habitants (1990)
- espérance de vie moyenne : 51,8 ans (de 44 ans à 69 ans suivant le pays)
- PNB/hab. ex : au Mozambique : 80 US \$

Produits utilisés en Afrique :

- accroissement de la consommation du cannabis;
- accroissement de la consommation d'héroïne; (surtout en Côte d'Ivoire, zone de transit, et au Nigeria, zone de culture de l'opium et zone de transit international. (La "Maffia" de la came est d'ailleurs aux mains des Nigériens, sous la coupe des syro-libanais, à Bombay en Inde -- Observation récente personnelle).
- accroissement de la consommation colles et d'essence.

Au Nigeria même :

- répression relative au cannabis;
- accroissement de la consommation d'alcool;
- " " d'héroïne et de cocaïne;
- développement important des polytoxicomanies (cocktails héroïne + cocaïne + cannabis + psychotropes divers)

Mai 1994 :

35,6 % des cas mondiaux de Sida sont en Afrique, d'origine hétérosexuelle.

Il y a une grande inquiétude du fait du développement de la culture de l'opium et du milieu mafieux corrupteur qui domine ce marché.

ÉDUCATION PAR LES PAIRS - AUTO-SUPPORT

HOLLANDE

Intervenant trop rapide pour prendre des notes et écouter.....

NORVÈGE

Généralités :

Oslo a 500 000 habitants

Population estimée d'UDVI :

3 à 5 000 individus dont 90 % pratiquent l'injection (les autres étant étrangères.....!?)

Situation actuelle :

- offre de désintoxication classique, vers l'abstinence;
- 100 places de méthadone;
- relativement bons contacts entre les U.D. et le système thérapeutique;
ex : -accès aisé aux seringues (pharmacies + bus de prévention offrant également des préservatifs...)
- développement d'un système d'aide rapide d'urgence en cas OD.

Au niveau HIV :

- 190 individus HIV positif, dont 35 cas de Sida;
- environ 10 nouveaux cas de HIV positif par an;
- hépatite C : 70 à 80 % des U.D. sont contaminés;
- 70 à 80 OD l'an dernier (en augmentation depuis 3 ans);

Raisons avancées :

- mélanges de substances différentes (alcool, benzol, barbiturique...);
- médicaments puissants par les médecins généralistes.

ITALIE

1991 : création de groupe dont fait partie l'intervenant (cf. programme offrant de la Conférence....).

- 1993 : - actions en direction des U.D. précarisés dans la rue;
- édition d'un journal de la rue destiné aux U.D.

Particularités italiennes :

Lien historique important entre les services sanitaires et les services judiciaires, ce qui impliquait pour l'U.D. "obligation de soins" (id. xxxxxx) et le situait dès lors dans une perspective particulière vis-à-vis de l'institution sanitaire; MAIS, actuellement de nombreux changements sont en cours.

- relatif échec d'une tentative mal préparée et mal suivie de substitution à la morphine. Echec quasi total;

- multiplicités des divers modes de prise en charge des U.D. : institutions publiques; institutions d'obédience catholique romaine (nombreuses), voire "sectes" comparables au "Patriarce" en France...).

Évolutions à suivre.....

U.S.A.

Pour New-York City; la population estimée d'usagers de drogue est d'environ de 250 000... (Peu d'informations sur la fiabilité et l'origine de cette estimation)

- Multiplications d'actions et de lieux de non-jugement;
 - échanges de seringues (interdites à la vente libre aux U.S.A. en général, sauf dans certains cas comme ceux-ci...)
 - soirées/"parties" mixtes entre U.D. et travailleurs sociaux
- Actions de boycott ou manifestations contre toute discrimination envers les U.D. (ex: Mc Donald refusent les méthadoniens = manifestation + boycott).
- Accès assez facile à la méthadone, en programme haut ou bas seuil;
- On rencontre, surtout, des problèmes liés aux :
 - conditions économiques, sociales, familiales, ethniques et consommation en augmentation de la cocaïne (cocaïne, crack : free base.....)
 - difficultés pour ce qui concerne la prise en charge et le traitement à proposer aux héroïnomanes (jusqu'ici, les résultats sont xxxxxxxx).

SERVICES = QUELQUES PERSPECTIVES NATIONALES

ITALIE

L'intervenant est gynécologue ambulatoire à Farnza (ville moyenne).

- 123 personnes suivies dont 41 sont HIV positif;
- de 1991 à 1994 : campagne systématique de vaccination pour l'hépatite B;
- sur 101 sujets : -69 % connaissent leur statut sérologique HIV, Hépatites)
- 13 % ne le connaissent que partiellement ou ne l'ont pas "intégré" réellement;
- le reste ne connaît pas son statut sérologique.

P

ITALIE

cf. texte fourni par M. Gianetti;
(Courrier suivra avec le texte traduit en italien
---français, dans quelques jours... Pas eu le temps!)

6eme CONFÉRENCE SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

Florence (Italie)

Ateliers/Exposés suivis :

- Lundi 27 mars : Drogues prescrites? Méthadone;
- Mardi 28 mars : Réduction des Risques et Pays en voie de développement;
- Mercredi 29 mars : Éducation par les pairs (auto-support)
- Jeudi 30 mars : Services : quelques perspectives nationales.

AUSTRALIE

Généralités :

- population : 18 M d'habitants;
- 80 % de cette population vit dans de grandes villes;
- 6 états + 2 territoires;
- langue majeure : anglais, mais plus de 100 langues ethniques sont utilisées (population aborigène d'origine + immigrants....)

Au 30 juin 1994 :

- 18 274 cas d'HIV positif;
- 5074 cas de Sida, dont :
 - 5,2 % de U.D.;
 - 2,9 % mâle homo/hétéro/pratiques occasionnelles.
- population estimée d'U.D. : de 128 000 à 256 000 personnes;
- gros problèmes avec les consommateurs d'amphétamines (fabriquées sur place), et de cocaïne essentiellement;
 - dès 1985 : développement et prise en compte à l'échelon politique nationale de la nécessité d'une politique de Réduction des Risques en prévention de la polémique SIDA/HIV positif;
 - dès 1987/1988 : expérimentation multiples de programmes d'échange de seringues et d'aiguilles;
 - 46 % des seringues sont vendues en pharmacie;
 - 54 % des seringues sont distribuées gratuitement sous condition impérative d'un échange (1 seringue stérile contre une seringue souillée).

En 1993/1994 : 11 Millions de seringues et aiguilles ont été distribuées!!! (Bravo les mecs!!!) (N. D. C.)