



# SWAPS

En Allemagne,  
les salles de consommation  
sont complètement acceptées

Ingo Ilja Michels / 6

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 51 Trimestriel

**Caarud**  
l'épreuve de  
l'institutionnalisation / 15

Édito / 24

**Sevrage**  
et salles d'injection :  
des outils  
complémentaires ? / 8

Nouvelles de  
**la planète**  
**RdR**

/ 2

Une **enquête**  
sur les profils et les pratiques  
des usagers des Caarud / 17

**CPDD**  
ou la vision américaine  
de la **dépendance** / 18

**Le paradoxe**  
des salles  
de consommation / 10

**Cannabis et schizophrénie :**  
le débat n'est pas clos / 19

**L'OICS,**  
ennemi de la **RdR ?** / 12

Addictions et  
comorbidités **psychiatriques** / 21

Brèves... / 14

Publications / 23

# Nouvelles de la planète RdR

## IHRA

*Une conférence internationale comme celle organisée par l'International Harm Reduction Association (IHRA) à Barcelone du 11 au 15 mai, la 19<sup>e</sup> du nom, est à la fois l'occasion de lier des contacts et de s'informer sur les différentes expériences menées dans le cadre de la RdR autour du monde. Un voyage – forcément non exhaustif – au-delà de la vieille Europe.*

### L'océanie, si loin, si proche

En **Nouvelle-Zélande**, l'alcool est, avec la méthamphétamine, au premier rang des préoccupations, à tel point que le journal de la NZ Drug Foundation s'interrogeait récemment dans un article titré "Let's drink like the French" sur la culture française de l'alcool, susceptible pour certains d'éviter le "binge drinking". Gerard Vaughan a présenté à Barcelone la campagne de réduction des risques menée par l'État néo-zélandais afin de faire évoluer cette culture du "binge drinking", fortement implantée dans le pays, vers un usage plus modéré de la boisson, mais il reconnaît que les progrès dans les changements de comportement sont lents, et plaide pour un effort de longue haleine (abstract 1077<sup>1</sup>).

Toujours en Océanie, le "Pacific Drug and Alcohol Research Network" a recueilli en **Papouasie-Nouvelle Guinée** des données sur l'usage local d'alcool, de noix de bétel et de cannabis, qui touche une large part de la population, afin de déterminer des outils potentiels de RdR. (715)

En **Australie**, pays engagé de longue date dans la RdR, des initiatives innovantes se développent, comme ce dépliant consacré aux risques liés aux "chiens sniffeurs" utilisés par la police de l'État de Victoria et aux moyens d'y faire face (premier conseil: ne pas consommer toute sa drogue d'un coup lorsqu'un chien approche...) (793), ou ce programme de prévention du syndrome de la "bouche sèche" (dry mouth) lié à la consommation de méthamphétamine et dévastateur pour la dentition (376).

### L'Asie, entre développement et blocages

L'Asie est sans conteste la région du monde où la RdR se développe le plus spectaculairement. En témoignaient par exemple les nombreuses communications venues d'**Indonésie**, allant des premiers efforts d'implantation de mesures de RdR dans les prisons (méthadone disponible dans quatre prisons... sur 363) présentés à Barcelone par Monica Ciupagea, jusqu'à la création d'un cours dédié à la RdR à l'université (934) et à un programme de sensibilisation des journalistes (854). Mais c'est la forte mobilisation des usagers indonésiens qui est la plus marquante, à l'image du "Mural Project" initié à **Djakarta**, qui consiste à inscrire sous forme de graffitis dans des lieux stratégiques de la ville des messages soutenant les personnes vivant avec le VIH, la RdR ou les difficultés liées à l'usage de drogue. Au-delà de son aspect créatif, cette démarche a une vertu cathartique et induit une image positive des usagers de drogues (846). À noter aussi le travail du groupe Performa (500) et la présentation en réunion plénière de Freddy, leader d'Idusa, un mouvement activiste très motivé et organisé prônant l'"éducation critique" et l'"empowerment" (1096).

Lors de la même session, Ekta Thapa Mahat, du **Népal**, a témoigné avec beaucoup d'énergie de sa triple condition de femme usagère de drogue et séropositive pour le VIH, et de son besoin vital de travailler.

Nouvel épisode de la "guerre aux drogues" oblige, la

<sup>1</sup> Les textes des communications et de certains abstracts sont disponibles à l'adresse [www.ihra.net/Thailand/Barcelonaz2008](http://www.ihra.net/Thailand/Barcelonaz2008)

**Thaïlande**, qui doit pourtant accueillir la prochaine édition de la conférence, est restée en retrait. Tout comme la **Chine**, en pleine polémique sur les événements du Tibet et l'appel au boycottage des Jeux olympiques. Polémique dont les résonances ont atteint la présentation du programme d'échange de seringues (PES) ouvert en 2005 à Chaoyang, un district de **Pékin** qui compte plus de 4 millions d'habitants. De 128 échanges durant les 3 premiers mois, on est passé à 200 000 seringues distribuées pendant l'année 2007 (1114). Distribution d'antirétroviraux et de méthadone et groupes de pairs ont également été mis en place. Selon Kasia Malinowska-Sempruch, qui présentait ces résultats à Barcelone, *"la sécurité publique constitue un barrage, et le nombre de poursuites, d'atteintes aux droits et de mises en détention augmente. Le PES risque d'ailleurs être interrompu pendant les Jeux olympiques"*. Dans la salle, une déléguée chinoise a protesté contre cette vision *"pas très holistique"* de la Chine, *"qui fait beaucoup d'efforts"*...

## L'Asie centrale dans l'œil du cyclone

L'**Iran**, qui compte quelque 3 millions d'usagers de drogues par voie intraveineuse, a commencé à mettre en place des programmes de RdR en 2002. Mais une étude met en évidence une faible couverture de ces programmes : 78 % d'un échantillon d'usagers estiment les

services de RdR difficiles d'accès, en particulier à cause du poids financier, du manque d'information sur l'existence de ces programmes ainsi que de la peur d'être signalé à la police (763). Une étude pilote sur la substitution par buprénorphine conduite à **Téhéran** montre des résultats positifs, même si le prix du produit le met hors de portée d'une grande majorité d'usagers (710). Enfin, l'ONG Persepolis a présenté le premier programme dédié aux femmes iraniennes usagères de drogues, ouvert en 2007 après avoir surmonté de nombreux obstacles, qui propose méthadone, échange de seringues, soins de santé primaire, contraception et planning familial... (1327). Autre approche de la place des femmes, une étude menée au **Pakistan** s'est intéressée au rôle potentiel des épouses d'UDI dans la transmission du VIH (696). Olivier Maguet a présenté le programme initié par Médecins du monde à **Kaboul** (lire *Swaps* n° 46). Après la phase d'implantation, les objectifs en cours sont la création d'un centre national de formation pour les Afghans travaillant dans la RdR et la mise en place d'un programme pilote de substitution, qui pourrait tester l'utilisation de la teinture d'opium dans ce cadre (935, 941).

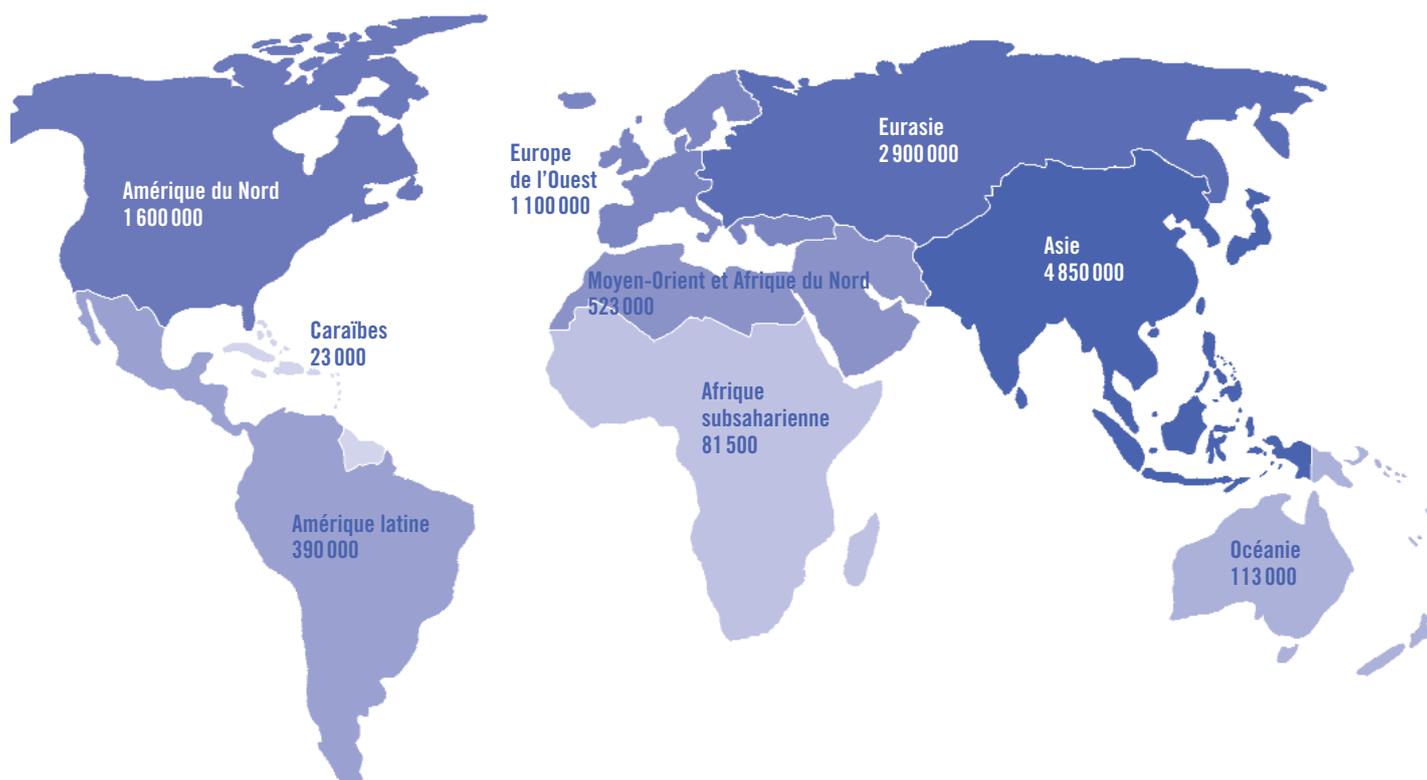
## L'Afrique, ou l'émergence d'un nouveau front

Longtemps relativement épargnée, l'Afrique est devenue à la fois une importante zone de transit pour le trafic



## Répartition globale de l'usage de drogue par voie intraveineuse

source : IHRA



## Quelques chiffres globaux

L'injection a été rapportée dans 148 pays (il en existe environ 200), mais ni en Afrique ni dans les Caraïbes, ce qui ne veut pas dire que l'injection n'y est jamais pratiquée... Les pays qui comptent le plus d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) sont la Russie, la Chine et les États-Unis. Le nombre total d'UDI, difficile à estimer, se situerait entre 11,9 et 17,8 millions.

Quatre-vingt-deux pays supportent ou tolèrent la RdR, dont 71 de manière explicite (dans les documents officiels). Des programmes d'échange de seringues ont été mis en place dans 77 pays (les pays andins et africains n'en font pas partie). Des traitements de substitution opiacée existent dans 63 pays. En tout, 950 000 personnes environ bénéficient de ces traitements.

Des groupes de défense des usagers de drogues se sont formés dans 34 pays.

Un état complet de la RdR dans le monde est présenté dans le rapport *Global State of Harm Reduction 2008* publié par l'IHRA à l'occasion de la conférence.

## Les réseaux se multiplient

Face aux difficultés rencontrées pour mettre en œuvre la politique de RdR, les initiatives de mise en réseau se sont multipliées lors de la conférence. Le tout nouveau réseau de RdR pour l'Afrique subsaharienne (Sahrn) a tenu une réunion regroupant délégués africains et spécialistes de la RdR. Menahra (Moyen-Orient et Afrique du Nord) a été lancé à Barcelone. La conférence a aussi été l'occasion de lancer un projet de réseau destiné à renforcer la coopération entre associations d'Europe de l'Ouest, bizarrement la seule zone géographique non encore en réseau...

Enfin, Drum Alliance, réseau international des médias traitant des drogues, a été lancé lors de la conférence, et son site ([www.drumalliance.net](http://www.drumalliance.net)) présenté aux délégués et journalistes. Élaboré à l'initiative du magazine britannique *Black Poppy* et d'*Asud Journal*, le site est un portail permettant de relier les publications d'usagers de drogues à travers le monde mais aussi les médias conventionnels pour partager informations et bonnes pratiques.

international mais aussi une cible dans le cadre de l'augmentation de la production de drogues, comme l'a expliqué Lanre Onigbogi (Nigeria). Plusieurs facteurs se conjuguent pour accroître cette vulnérabilité: érosion du mode de vie traditionnel, déni des gouvernements, guerres et conflits... Du coup, le nombre d'injecteurs augmente, tout comme celui des jeunes usagers de drogues. Les prostituées et les enfants vivant dans la rue sont particulièrement touchés. La mise au point d'outils de RdR compatibles avec les modes de vie des usagers est indispensable (1357).

À **Dar es Salaam** (Tanzanie), l'usage d'héroïne augmente, menaçant d'entraîner une nouvelle vague d'infections VIH (1311). À **Lagos** (Nigeria), une étude a été menée pour déterminer l'usage de drogues dans une cohorte prospective de jeunes de la rue ("street-involved youth"). Sur 468 personnes ayant participé à l'étude, 120 (25%) étaient de sexe féminin. L'âge médian était 23 ans, et 191 (40%) personnes ont rapporté avoir injecté des drogues. L'âge médian de la première injection était 15,5 ans (16-20). Les drogues les plus souvent utilisées lors des premières injections étaient la cocaïne (24%) et la méthamphétamine (20%) (1153).

Une étude menée dans dix pays d'Afrique subsaharienne montre néanmoins que la plus grande partie des drogues illicites est fumée. Les plus hauts niveaux d'injection sont notés en Mozambique et en **Afrique du Sud**. Ce dernier pays est le seul à disposer de dispositifs de RdR (583).

L'alcool est un autre problème majeur en Afrique du Sud, notamment à la campagne. Un programme de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, dont la prévalence est une des plus fortes au monde, est en cours d'élaboration (1330).

## Les multiples maux de l'Amérique latine

Graciela Touzé (Argentine) a présenté la situation de l'Amérique latine face aux drogues. La cocaïne est le produit le plus injecté, mais on trouve aussi de l'héroïne en Colombie et dans le nord du Mexique. En Argentine et en Uruguay, l'usage de la pasta (produit intermédiaire entre la coca et la cocaïne) est en constante augmentation, et a pris le pas sur la consommation traditionnelle de coca. La consommation d'alcool est particulièrement préoccupante, puisque elle est impliquée dans 4,5% des décès, contre 1,3% dans les pays développés. La "guerre à la drogue" fait de gros dégâts: déforestation de masse, non respect des droits de l'homme et de l'utilisation traditionnelle de la coca.

Argentine, Brésil, Mexique et Uruguay sont les seuls pays à soutenir explicitement la RdR et, avec le Paraguay, à

disposer de programmes d'échange de seringues. Seul le Mexique dispose de traitements de substitution, mais à petite échelle (1358).

Au **Brésil**, on estime à 1 000 le nombre d'enfants et d'adolescents vivant dans les rues de **Salvador**, la capitale de l'État de Bahia. La plupart sont usagers de crack, et impliqués dans le vol, le trafic de drogue ou la prostitution. Une unité mobile a été mise en place pour proposer prévention et soins à cette population, par le biais d'une approche innovante basée sur des jeux et d'autres activités, en particulier le "storytelling" (ou l'art de raconter des histoires). Cette technique a en effet montré dans le cadre d'un projet de recherche un potentiel significatif en termes de réduction des risques auprès de ces jeunes (1053).

Une recherche ethnographique a également été menée afin d'étudier l'usage du "pitolho", une cigarette de crack et marijuana, dans cette population. Dans certaines "communautés" de jeunes, l'usage de ce mélange est plus fréquent que celui du crack seul, afin de réduire les effets négatifs du crack. Selon les usagers, l'usage de "pitolho" réduirait l'anorexie, la compulsion, l'agressivité, la dépression et l'isolement sociale par rapport à l'usage de crack seul (1247).

La **frontière Mexique-États-Unis** n'est plus seulement un lieu majeur de trafic. L'usage de drogue y est aussi en forte augmentation. En témoigne une étude menée dans deux petites villes (Mexicali et San Luis Rio Colorado) qui a retrouvé une forte prévalence de pratiques à risques, particulièrement chez les hommes (1194).

C'est aussi dans cette région, à **Tijuana**, que s'est implantée une clinique proposant le sevrage de l'héroïne par la prise d'ibogaïne sous surveillance médicale. Cette méthode très controversée (et interdite aux États-Unis et en France) a été défendue à Barcelone par Claire Wilkins, une responsable de cet établissement (1351) mais aussi par le principal apôtre de l'ibogaïne, Howard Lotsof, qui a plaidé pour la poursuite de recherches sur les potentiels effets positifs de cet alcaloïde extrait d'une plante africaine (559). Un argumentaire balayé par Alex Wodak, au nom de la nécessité de ne pas enfreindre les règlements en matière de traitement, et parce que, "*jusqu'à preuve du contraire, ça ne marche pas*" (1192).

## L'Amérique du Nord, capitale Vancouver...

Le combat engagé par le gouvernement canadien contre la salle de consommation de **Vancouver** a incontestablement été un des sujets "chauds" de la conférence (lire p. 10).

Marginalisées, les populations autochtones canadiennes – "premières nations", Inuits et métis – sont largement

touchées par l'usage de drogues. À titre d'exemple, 1 usager sur 5 de la salle de consommation de **Vancouver** est Autochtone. Le Cedar Project, une cohorte de jeunes usagers de drogues autochtones, a présenté plusieurs travaux, notamment sur l'accès à la méthadone, l'usage de méthamphétamine, l'incarcération... (1278, 79, 81, 85, 87).

Toujours au Canada, une étude s'est penchée sur l'émergence de nouvelles tendances chez les jeunes adultes ayant un usage récréationnel des drogues. Dans cette population, l'usage d'alcool, de cannabis et d'ecstasy est général et la polyconsommation de drogues est la norme. Les répondants ont rapporté utiliser un grand nombre de substances non incluses dans la liste de 23 produits proposée, dont un large éventail des plantes toxiques rarement rapportées dans la littérature scientifique (1095). La mise en place à grande échelle (3 000 000 de seringues échangées par an) de programmes d'échange de seringues (PES) à **New York** a permis de faire baisser substantiellement le taux d'infection par le VHC chez les usagers de drogues new-yorkais: de 91 % en 1990-91, ce taux est passé à 56 % chez les UDI qui ont commencé à injecter après 1995, date à partir de laquelle l'échange de seringues a été institué.

Néanmoins, si les résultats d'une méta-analyse de l'association entre séroconversion VHC et participation à un programme de RdR présentée par l'équipe de Des Jarlais montrent clairement une réduction de l'acquisition du VHC associée au traitement par méthadone, ce n'est pas le cas à propos des programmes d'échange de seringues (989).

Toujours à **New York**, une étude a montré une réduction significative du nombre d'injections et surtout du taux d'infection VHC chez des injecteurs d'héroïne utilisant aussi de l'héroïne non injectée (1028).

De l'autre côté des États-Unis, à **Seattle**, un programme appelé Housing First offre un toit aux sans-abri alcooliques. Les résidents ont le droit de boire dans leur logement, et une équipe d'encadrement est présente 24 heures sur 24. "*C'est une approche de réduction des risques, l'abstinence n'est pas exigée*", précise Alan Marlatt, de l'université de Washington. *Il s'agit d'offrir un lieu pour vivre et aller mieux.*" D'abord très défavorable, l'opinion a évolué lorsqu'ont été mis en évidence des résultats positifs sur la santé et la consommation d'alcool... et surtout une réduction importante de l'usage des différents services de santé ou du temps passé en prison entraînant une économie évaluée à 2 millions de dollars. Comme l'explique Alan Marlatt, "*être logés fait que les résidents n'éprouvent plus le besoin de boire autant*" (1174).

NESTOR HERVÉ

# En Allemagne, les salles de consommation sont complètement acceptées

## Ingo Ilja Michels

### ENTRETIEN

*L'Allemagne est l'un de nos plus proches voisins. Pourtant sa politique de lutte contre la drogue est sensiblement différente de la nôtre, et de surcroît très mal connue de ce côté-ci du Rhin. Swaps a profité de la conférence de l'IHRA pour interroger le docteur Ingo Ilja Michels, chef du bureau de la déléguée du gouvernement fédéral allemand à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, sur la RdR "à l'allemande".*

**Une des premières choses qui frappent un observateur français, c'est le nombre de salles de consommation existant en Allemagne. On n'en compte pas moins de 26, réparties dans 16 villes. Dans quel cadre fonctionnent-elles ?**

La loi fédérale a été modifiée en 2002 pour donner une base légale à ces salles, qui existaient déjà pour certaines depuis les années 1990. Mais comme l'Allemagne est un État fédéral, les Länder peuvent refuser cette mise en place. C'est notamment le cas de la Bavière, où des villes comme Munich souhaiteraient l'ouverture de telles salles mais n'en ont pas la possibilité.

**Y a-t-il toujours un débat sur leur utilité ?**

Le débat a surtout eu lieu durant les années 1990. À l'époque, des programmes de distribution de seringues avaient été mis en place, mais les usagers les utilisaient dans les parcs alentours ou dans les toilettes publiques, dans de très mauvaises conditions d'hygiène. Face à cet état de fait, les personnes travaillant dans ce champ cherchèrent à apporter des conditions plus sûres d'injection et des lieux pilotes furent ouverts, à Brème et à Francfort par exemple, même si ce n'était pas permis à l'époque. Ce fut le début des controverses politiques. Certains pensaient que l'ouverture de tels lieux allait augmenter le nombre d'usagers. Puis des villes comme Hanovre, Hambourg ou Francfort officialisèrent ces

espaces, et le débat a fini par s'éteindre. Aujourd'hui, ces salles sont complètement acceptées et font partie du système de santé publique.

**Quels sont les prérequis à l'ouverture de telles salles ?**

Ils sont nombreux : il faut tout d'abord que la ville concernée possède un large éventail de services aux usagers de drogues ; nous pensons en effet que ces salles ne doivent pas être la seule option pour les usagers, des programmes de substitution ou de sevrage doivent également leur être proposés.

Les salles doivent respecter des règles d'hygiène strictes, proposer des ateliers de bonnes pratiques en cas d'overdose, du conseil. Elles doivent aussi travailler en coopération avec la police et réaliser un travail d'information du voisinage. S'il y a des plaintes, les voisins doivent pouvoir venir les exposer aux responsables. Autre règle importante, le "deal" est interdit. Si les responsables des salles sont témoins de trafics, ils en avertissent la police.

C'est grâce au respect de ces conditions que tous ces lieux ont été bien acceptés. Au moment de l'ouverture d'une salle, il y a bien sûr des plaintes, mais les opposants se rendent compte après quelques mois que ces endroits sont utiles pour les usagers mais aussi pour le voisinage.

## La situation est-elle différente dans l'ancienne Allemagne de l'Est ?

Il n'existe pas de salles de consommation dans les villes de l'ex-RDA. Le nombre d'UDI y est moins important, à l'exception de villes comme Halle ou Leipzig. Or le Land de Saxe, dont dépendent ces deux villes, n'autorise pas ce genre de lieux. De plus, il n'existe pas de "scène ouverte" comme il y en avait auparavant à l'Ouest.

## L'existence de ces salles pourrait-elle être remise en cause ?

Les autorités des villes ayant ouvert de tels lieux se souviennent de la situation antérieure et n'ont aucune envie de la revivre. En revanche, la situation pourrait évoluer avec la mise en place de nouveaux projets comme la prescription d'héroïne médicalisée. Si ce programme était lancé, le nombre d'usagers fréquentant les salles de consommation pourrait diminuer, mais ceci n'est aujourd'hui qu'une hypothèse.

**Au moment de l'ouverture d'une salle, il y a bien sûr des plaintes, mais les opposants se rendent compte après quelques mois que ces endroits sont utiles pour les usagers mais aussi pour le voisinage**

## Justement, où en est le projet allemand de dispensation d'héroïne ?

La phase expérimentale est bouclée. Les résultats sont clairs, c'est un succès. Nous voulions savoir si ce traitement avait un meilleur impact que la méthadone. Nous l'avons donc expérimenté dans deux groupes : d'une part des usagers en échec avec la méthadone, et d'autre part des usagers n'ayant jamais été touchés par les programmes méthadone. Et l'acceptation de l'héroïne (diacétylmorphine) est significativement meilleure que celle de la méthadone dans les deux groupes. Après deux ans de ce traitement de substitution, la santé mentale et physique des participants s'est améliorée, l'usage de cocaïne a

baissé, et le dosage quotidien d'héroïne est lui aussi descendu.

Nous en sommes maintenant au stade du débat politique. Une proposition de loi pour la mise

**La phase expérimentale de notre projet de dispensation d'héroïne est bouclée. Les résultats sont clairs, c'est un succès**

en place d'un tel programme a reçu le soutien de l'État fédéral, mais les députés chrétiens-démocrates, qui détiennent la majorité, rejettent ce projet. En revanche, sociaux-démocrates, Verts, Rouges et libéraux sont pour. Et les villes concernées, alors même qu'elles sont pour la plupart gouvernées par la droite, se sont également déclarées favorables à ce projet.

## Quels sont les autres points marquants de votre politique de lutte contre les drogues ?

Le nombre d'usagers d'héroïne est en baisse. En revanche, la consommation d'amphétamines progresse chez les jeunes. Mais notre politique n'est pas limitée aux drogues illicites. Tabac et alcool sont deux grandes préoccupations. Concernant le tabac, nous ne souhaitons pas une interdiction totale mais nous nous soucions avant tout du tabagisme passif (qui cause 3000 morts par an) et de la consommation chez les jeunes. Il y avait une augmentation ces dernières années du nombre de jeunes commençant très tôt à fumer, et nous avons lancé une campagne en leur direction, dont les premiers résultats commencent à se faire sentir. Ce qui est intéressant, c'est que l'on

note un début de recul de la consommation de tabac, mais aussi de cannabis.

En revanche, le phénomène du "binge drinking", qui s'est fortement développé dernièrement, est très alarmant : le nombre d'entrées en cures de

désintoxication chez les 15-20 ans est passé de 9000 à 19000. Le nombre de morts causées par une intoxication à l'alcool a aussi augmenté, ainsi que les actes de violence associés à l'alcool.

Autre problème important, le syndrome fœtal, qui concerne 10000 naissances chaque année. Nous lançons une campagne pour que ce nombre décroisse à partir de l'an prochain, mais nous sommes confrontés à un fort lobbying de l'industrie de l'alcool. Les journaux et les télévisions privées, en particulier, sont fortement dépendants de leur publicité.

## Que peut vous apporter une conférence comme celle de l'IHRA ?

Ces conférences permettent aux pays récemment confrontés à l'usage de drogues d'échanger et de tirer parti des expériences, en instituant ou en renforçant des partenariats avec les pays ayant une expertise reconnue dans ce domaine. Nous menons par exemple des projets de coopération avec l'Iran – beaucoup de médecins iraniens ont fait leurs études en Allemagne – ou l'Inde.

Une conférence comme celle-ci permet par ailleurs d'avoir des discussions de fond sur les programmes de RdR. En Allemagne, nous possédons une forte expérience mais il y a un déficit de débat. Et je crois que c'est aussi le cas en France...

PROPOS RECUEILLIS PAR NESTOR HERVÉ

# Sevrage et salles d'injection : des outils complémentaires ?

*Dans un article récemment publié dans Addiction, des chercheurs canadiens montrent, en s'appuyant sur le nombre d'admissions en cure de sevrage, le caractère non incitatif de la salle de consommation de Vancouver. Anne Coppel livre pour Swaps son regard sur la pertinence et les insuffisances de cette recherche.*

La ville de Vancouver a ouvert en 2003 une salle d'injection, la première au Canada. Les drogues illicites que les usagers se sont procurées antérieurement sont injectées avec une supervision médicale. Cette expérimentation ne fait pas consensus : une telle offre de service, a-t-on dit, ne favorise pas la réduction de l'usage de drogue. Ainsi le gouvernement fédéral a-t-il refusé de subventionner le développement de ce service. (lire aussi p. 10)

La recherche évaluative menée par Wood et coll.<sup>1</sup> avait pour objectif de répondre à la question : la salle d'injection de Vancouver contribue-t-elle à réduire ou au contraire à augmenter la consommation de drogues illicites ? Autrement dit, ce service est-il ou non incitatif ?

L'indicateur choisi est l'impact de la salle d'injection sur le nombre d'admissions dans les services de sevrage de la ville. La recherche se propose de comparer le nombre d'admissions en cure de sevrage 1 an avant et 1 an après l'ouverture de la salle d'injection. 1 031 utilisateurs de la salle ont été recrutés entre décembre 2003 et mars 2005. L'étude rétrospective a été menée en intégrant les bases de données des trois services de sevrage de la

ville. été démontré que l'utilisation du dispositif favorisait l'accès aux autres types de traitement (méthadone, narcotics anonymes, communautés thérapeutiques).

## Un indicateur paradoxal

Pour les lecteurs de *Swaps*, familiers de la politique de réduction des risques, l'augmentation du nombre de sevrages apparaît comme un indicateur quelque peu paradoxal, voire inapproprié au regard de l'objectif le plus immédiat des salles d'injection, c'est-à-dire offrir un lieu sécurisé et hygiénique pour l'injection. L'accès aux services de soins, dont le sevrage fait partie, participe bien des objectifs des salles d'injection comme c'est le cas pour tous les outils de réduction des risques, mais sevrage et réduction des risques ont longtemps été considérés comme antagonistes.

Cette opposition est particulièrement virulente en France pour plusieurs raisons. Les premières initiatives de réduction des risques ont été impulsées sans lien avec le système de soin classique. Bien que l'orientation vers les centres de soins soit officiellement recommandée, elle n'a pas été prévue à l'ouverture des accueils ou des programmes d'échange de seringues et elle se fait difficilement.

Si l'amélioration de l'accès au sevrage n'a pas été jugée

<sup>1</sup> Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Kerr T. "Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users". *Addiction*, 2007, 102, 916-919

ville. Une augmentation de 30% des admissions en cure a pu être démontrée à un an de fonctionnement de la salle d'injection. Il a également

utile, c'est aussi qu'à la même période, c'est-à-dire au cours des années 1990, la plupart des spécialistes ont renoncé aux pratiques antérieures de sevrage systématique pour adopter la prescription de médicaments de substitution. Au reste, l'offre de soins hors traitements de substitution est limitée, les lits de sevrage sont peu nombreux et s'il existe un réseau de post-cure, les communautés thérapeutiques se comptent sur les doigts d'une main, ce qui est d'autant plus regrettable que les traitements de substitution sont inopérants pour les usagers de psycho-stimulants, dont le nombre n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années.

## RdR versus sécurité

Autre spécificité française, la réduction des risques relève exclusivement d'une politique de santé publique, volontiers considérée comme antagoniste d'objectifs de sécurité. Au contraire, la plupart des villes allemandes, suisses ou hollandaises qui ont ouvert des salles d'injection avaient comme motivation première la réduction des nuisances liées au regroupement des usagers de drogues dans des scènes ouvertes.

Or les objectifs de protection de la santé et les objectifs de sécurité peuvent se renforcer : plus nombreux sont les usagers en traitement, mieux leur santé est protégée et moins on constate de troubles à l'ordre public<sup>2</sup>. Aussi les salles d'injection de ces villes sont-elles inscrites dans des dispositifs comprenant toute la gamme des traitements, des communautés thérapeutiques jusqu'à, pour certaines, la prescription d'héroïne. L'inscription des salles d'injection dans un dispositif global est d'ailleurs une des recommandations du rapport publié par l'Observatoire européen des drogues sur les salles d'injection<sup>3</sup>.

## Quid de l'incitation ?

Dernière particularité française, la question de l'incitation n'a pas donné lieu à des recherches spécifiques. Le recul de la morbidité et de la mortalité a été considéré comme un résultat suffisant pour justifier le dispositif. Par ailleurs, l'expérience a montré que la vente libre des seringues n'a pas eu un effet incitatif, contrairement à l'argument utilisé pour justifier l'interdit. L'expérience a également montré que la prescription de médicaments de substitution n'était pas un "mauvais message", c'est-à-dire qu'elle n'a pas été interprétée par les usagers comme un encouragement à consommer des opiacés.

Pour le reste, c'est-à-dire en particulier pour les programmes d'échange de seringues, nous

nous sommes contents des résultats des recherches évaluatives menées ailleurs. Résultat, nous n'avons pas d'évaluation précise de l'expérience française en la matière. Or cette question de l'incitation ressurgit comme un serpent de mer à chaque nouvel outil de la réduction des risques. La question n'est pas réglée dans le débat public, au reste, elle se pose aussi en termes de protection de la santé. Les outils de réduction des risques seraient non seulement inacceptables mais également contre-productifs s'il était avéré qu'ils étaient incitatifs. Reste à savoir comment procéder.

## Un critère pertinent

La recherche évaluative menée à Vancouver soulève une première question : le critère choisi, c'est-à-dire l'impact de la salle d'injection sur le nombre d'admissions en cure de sevrage, est-il significatif ? J'ai posé cette question à un acteur de terrain, Pascal Lopez, qui a acquis une expérience en la matière dans le cadre de la mission squat de Médecins du monde. Or les injecteurs qui sollicitent ses conseils sont le plus souvent en grande difficulté. Le lien qu'il crée avec les usagers aboutit assez souvent à une demande de traitement, la difficulté à laquelle il s'affronte est que peu de centres de soin acceptent de recevoir ces jeunes injecteurs particulièrement marginalisés. Ceux qui font des accompagnements individuels d'usagers marginalisés ont la même expérience : nombreux sont ceux qui souhaitent "s'en sortir", dès que les services leur deviennent accessibles.

Le nombre d'usagers qui entrent en cure de désintoxication n'est donc pas un mauvais critère a priori. Je considère toutefois qu'à lui seul cet indicateur n'est pas suffisant. On pourrait imaginer par exemple que si de nombreux usagers sont demandeurs de sevrage, c'est que l'ambiance de cette salle est au contraire lourdement incitative, en termes de produits illicites ou d'abus d'alcool. Si je considère que cette hypothèse est peu probable, c'est que le fonctionnement de cette équipe a été décrit par ailleurs. Un indicateur important est le faible turn-over de cette équipe qui réunit des professionnels, des volontaires et des pairs<sup>4</sup>. Au reste, la recherche elle-même témoigne de la qualité de travail des *counselors* et il est difficile de faire un bon travail dans une mauvaise ambiance.

Néanmoins, quelques informations contextuelles seraient nécessaires pour avoir une idée plus précise du fonctionnement de ce dispositif. On ne sait pas, par exemple, si les utilisateurs de cette salle subissent des pressions qui les incitent à se désintoxiquer. On ne sait pas non plus quelles sont les drogues illicites consommées, l'orientation vers le sevrage n'ayant pas la même pertinence selon

<sup>2</sup> Coppel A. Usage de drogue, services de première ligne et politique locale. Forum européen pour la sécurité urbaine, rapport publié avec le soutien de la Mildt, février 2008

<sup>3</sup> EMCDDA, European report on drug consumption rooms, Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 2004, consultable sur le site [www.salledeconsoommation.fr](http://www.salledeconsoommation.fr)

<sup>4</sup> Cazaly V, Chaussiret R, Martin C. "Dispositif de réduction des risques à Vancouver", présentation pour Aides, mai 2006, consultable sur [www.salledeconsoommation.fr](http://www.salledeconsoommation.fr)



qu'il s'agit d'opiacés ou de psycho-stimulants. On ne sait pas enfin quels sont les effets de ces cures de sevrage.

## La question des bonnes pratiques

Si cette recherche ne suffit pas pour évaluer le dispositif, a minima, elle répond à l'objectif : elle montre que la salle d'injection de Vancouver contribue à l'accès au traitement de la dépendance et contribue ainsi à la réduction de l'usage. Ces résultats sont congruents avec la littérature internationale qui démontre que les outils de la réduction des risques ne sont pas incitatifs par principe. Reste qu'un dispositif donné peut parfaitement être contre-productif. Les bons résultats dépendent des bonnes pratiques, dans la réduction des risques comme dans tous les services aux personnes, des soins aux services sociaux. La démonstration en a été faite pour les traitements par la méthadone<sup>5</sup>. Elle en avait aussi été faite pour le counselling, dont les résultats sont fonction des *counselors*.

<sup>5</sup> Ball J, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. Springer-Verlag, New York, 1991. En français, voir Coppel A. "L'efficacité des traitements par la méthadone mesurée par l'évaluation des expériences étrangères", *Le Journal du sida*, 1993, n° 46

<sup>6</sup> Coppel A. "Stratégies collectives et prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes", *Sida, toxicomanie, une lecture documentaire*, Crips, 1993

Ainsi certains obtiennent de bons résultats, de la stabilisation à l'abstinence, d'autres au contraire cumulent les difficultés, leurs patients font des rechutes, sont déprimés ou découragés et les suivis sont abandonnés en cours de route<sup>6</sup>. Chacun de nous le sait parfaitement : ainsi que ce soit pour les patients, pour nos proches ou pour nous-mêmes, nous ne

cessons d'échanger les bonnes adresses, celles des bons services ou des bons professionnels qui maîtrisent les techniques de leur champ et respectent leurs patients.

La réduction des risques n'aurait pas obtenu en France d'aussi bons résultats si les acteurs, médecins généralistes, spécialistes, travailleurs sociaux, militants associatifs et jusqu'aux usagers eux-mêmes ne s'étaient pas mobilisés collectivement, avec des accompagnements individuels, des formations, et le développement de réseaux de soin apportant un soutien aux acteurs.

Cette mobilisation collective n'est pas uniquement française. Les actions de la réduction des risques vont à l'encontre des préjugés et sont, à ce titre, contraintes de faire la démonstration de leur utilité. C'est ce qui a fait leur force jusqu'à présent. À cet égard, l'institutionnalisation du dispositif, si elle est nécessaire à sa survie, est aussi un risque : l'efficacité des outils est fonction de la façon dont on s'en sert. Ne l'oublions pas.

ANNE COPPEL

Sociologue, auteur de *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 2002

# Le paradoxe des salles de consommation

*La question hautement sensible des salles de consommation a été en bonne place lors de la conférence organisée par l'IHRA en mai, illustrée par deux lieux emblématiques des succès et des problèmes rencontrés en la matière, la Sala Baluard à Barcelone et Insite à Vancouver.*

Seule salle de consommation d'Amérique du Nord, Insite a été ouverte en 2003 à Vancouver. Elle compte douze places et est ouverte 18 heures par jour. Créée dans un climat de controverses, elle a été soumise à de nombreuses évalua-

tions, aux résultats clairement positifs (baisse du risque d'infection VIH, augmentation du nombre de traitements de substitution et des demandes de sevrage, baisse du désordre public) exposés dans quelque 22 publications

## France la piste de l'éducation aux risques

En France, si l'heure n'est pas à l'ouverture de salles de consommation (ni même à l'ouverture... d'un débat sur la question), l'éducation aux risques liés à l'injection semble avoir le vent en poupe. C'est tout d'abord l'Association française de réduction des risques (AFR) qui lui a consacré une journée thématique le 6 juin. L'idée était de recenser les expériences internationales et françaises en matière de réduction des risques liés à l'injection et de favoriser le développement de la palette d'actions et d'outils en établissant un argumentaire à destination des acteurs et un plaidoyer pour les interlocuteurs publics.

Coïncidence? Deux semaines plus tard, la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin annonçait lors d'une visite au centre Beaurepaire, à Paris, six "mesures innovantes" en matière de RdR pour les usagers de drogues, parmi lesquelles la mise en place de séances d'éducation aux risques liés à l'injection. Celles-ci, qui devraient se tenir dans certains Caarud, pourraient être réalisées selon "différentes modalités": entretiens individuels ou en groupe, apprentissage par vidéo ou simulation d'injections. "Un comité de pilotage nommé par le DGS évaluera ces expérimentations et accompagnera éventuellement leur mise en œuvre", précise le communiqué du ministère.

scientifiques. Cela n'a pas empêché une campagne de dénigrement menée par la police montée canadienne et l'OICS – qui a affirmé que de tels lieux violaient les lois internationales sur les drogues (lire p. 12) – de se développer, relayée par des publications partisans et biaisées, et d'atteindre l'État canadien. Thomas Kerr, de l'université de Colombie-Britannique, a accusé lors de la conférence le gouvernement canadien d'avoir "travaillé à créer de l'incertitude" et créé une "paralysie par l'analyse" en exigeant expertise sur expertise. La cour suprême de Colombie-Britannique a accordé fin mai à Insite une exemption de poursuites qui la met momentanément à l'abri des attaques du gouvernement canadien, mais ce dernier a annoncé qu'il allait faire appel de cette décision, et l'avenir d'Insite reste en suspens. Dans le même temps, le gouvernement québécois annonce son intention d'ouvrir ses propres salles.

À Barcelone, la Sala Baluard a été ouverte en 2003 (comme Insite), avec comme "philosophie" de "rendre plus digne la RdR", selon les mots de Manel Anoro, un des initiateurs du projet. Ce lieu situé en plein centre ville, ouvert 24 heures sur 24, dispose de six postes de consommation (lire le reportage publié dans *Swaps* n° 40-41). Depuis, les locaux ont été agrandis, et un programme de dispensation de méthadone est venu compléter les soins de santé primaire. La ville compte aujourd'hui quatre autres salles – plus un camping-car fort bien aménagé en salle de consommation itinérante qui était garé devant l'entrée du palais des congrès pendant la conférence. Et personne ne semble y trouver à redire...

Alors, quel avenir pour les salles de consommation? Ingo

Michels, responsable adjoint de la lutte contre la drogue en Allemagne, pays leader en la matière, se veut optimiste: "Aux États-Unis la loi l'interdit, mais des villes comme New York ou San Francisco aimeraient pouvoir en ouvrir! En Asie, les responsables sont très pragmatiques, et ils observent avec intérêt notre travail. Cela dépend bien sûr de la situation: il n'y a pas de "scène ouverte" en Chine par exemple. Mais la création de telles salles pourrait constituer une prochaine étape dans certains pays d'Asie." Un réseau international des salles de consommation (INDCR), qui regroupe des représentants des huit pays disposant pour l'heure de tels lieux, s'est d'ailleurs créé tout récemment.

On notera aussi l'intérêt potentiel de lieux incitant à un usage par inhalation. Néanmoins, comme le notait un participant à la conférence, les salles de consommation ne sont pas une solution miracle, notamment en matière de lutte contre l'épidémie VHC: "À la salle de Bilbao, l'âge moyen des usagers est 37 ans. Ce n'est pas comme ça qu'on touchera les jeunes!"

N. H.

## COMMENTAIRE

# L'OICS, ennemi de la RdR ?

*Aujourd'hui, peu de monde imagine à quel point le contrôle international des drogues et des substances dites "psychotropes" se trouve aux mains d'une poignée de personnes. Certes, on pourrait être rassuré de les savoir sous la responsabilité des Nations Unies, mais les récentes déclarations de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, ou INCB en anglais) confirment son aveuglement face aux acquis de la réduction des risques.*

## Le contrôle international de drogues

Le contrôle international des drogues est passé sous la responsabilité des Nations Unies après la seconde guerre mondiale. Trois conventions ont été élaborées sous les auspices de la Ligue des Nations. La Convention unique sur les stupéfiants (1961) a tracé les fondements sur lesquels reposent les mécanismes de contrôle actuels. Cette convention concernait alors les substances d'origine végétale telles que l'opium, l'héroïne, la cocaïne et le cannabis. En 1971, la Convention sur les substances psychotropes étendit le contrôle à un grand nombre de produits, souvent utilisés à des fins médicales, mais qui font l'objet d'abus et de détournement vers le marché illégal. En 1988, la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes élargit les contrôles à l'ensemble de la chaîne des marchés, du contrôle des matières premières aux mesures pour prévenir le blanchiment d'argent.

## L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

Aujourd'hui, le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes est placé sous l'égide d'un organe des Nations Unies, l'International Narcotics Control Board (INCB), ou Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). Chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues,

ce bureau constitué de 13 membres est indépendant et ne tient pas compte des autres priorités de l'ONU telles la lutte contre la pandémie VIH et la réduction de risques (RdR).

Signée par 183 États, la Convention unique de 1961 édicte que "les parties envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées".

Ainsi, le rôle de l'OICS est de contrôler l'utilisation des substances pouvant faire l'objet d'abus ou de détournement (stupéfiants et autres substances psychotropes) tout en permettant leur mise à disposition à des fins médicales et scientifiques.

En 1993, l'OICS a décrété que les programmes de réduction des risques pouvaient constituer une partie de la stratégie globale de réduction de la demande, mais qu'ils ne devaient pas être mis en œuvre aux dépens – ou considérés comme des substituts à d'autres politiques importantes (telles que la prévention) de réduction de la demande de produits illicites.

Cependant, l'interprétation des textes des conventions faite récemment par l'OICS inspire de sérieuses inquiétudes<sup>1</sup>. Alors qu'il est censé veiller à la bonne application des règles concernant les drogues, cet organe s'éloigne

<sup>1</sup> Csete J, Wolke D. "Progress or backsliding on HIV and illicit drugs in 2008?", *Lancet*, 2008, 371, 9627, 1820-1

en effet de son rôle en cherchant plus à accroître la liste des produits sous contrôle dans une perspective de “tolérance zéro” qu’à anticiper les conséquences en termes d’accès à ces produits utilisés à des fins médicales. À titre d’exemple, l’OICS a proposé la reclassification internationale de la buprénorphine sur la liste des stupéfiants, proposition heureusement rejetée par le comité d’experts sur la dépendance aux drogues de l’OMS en 2006 en raison des bénéfices reconnus de la buprénorphine en termes de prévention du VIH et de réduction de la mortalité associée aux drogues<sup>2</sup>.

Afin de contrôler l’abus, l’OICS influe sur les politiques internationales et tend à réduire de manière inquiétante l’accès, non seulement aux traitements de substitution et aux programmes de RdR pourtant reconnus pour leur efficacité en termes de santé publique, mais aussi aux antalgiques opiacés<sup>3</sup> qui jouent un rôle majeur dans le traitement de la douleur. Il prône de plus une politique de plus en plus répressive sur le contrôle des drogues dont les conséquences directes peuvent se mesurer par le nombre d’arrestations et d’incarcérations, une augmentation du VIH<sup>4</sup> et des overdoses<sup>5</sup>.

Dans un article récemment paru dans *The Lancet*, Joanne Csete et Daniel Wolfe exposent comment l’OICS a dérogé à ses missions<sup>1</sup>. En n’opposant aucune sanction à un pays tel que la Russie, où buprénorphine et méthadone sont considérées comme illégales, même dans un cadre médical, le bureau va à l’encontre des principes édictés par la Convention de 1961. De même, l’OICS ne

s’est jamais prononcé sur les méthodes de traitement utilisées dans certains pays qui incluent l’incarcération, les travaux forcés voire les électrochocs ou la lobotomie. Au cours de la “guerre aux drogues” menée par la Thaïlande en 2003, plus de 2 500 usagers de drogue ont trouvé la mort et 50 000 ont été incarcérés. L’OICS n’a pourtant pas hésité à exprimer sa confiance envers le gouvernement thaïlandais, l’encourageant à continuer ses “recherches” en termes de lutte contre la toxicomanie, estimant qu’elles auraient permis de diminuer la consommation de méthamphétamine.

Alors que l’efficacité des approches de RdR est désormais prouvée scientifiquement, l’OICS apparaît ainsi comme un dangereux “totem” des approches répressives, inefficaces et obsolètes. C’est pourquoi Csete et Wolfe plaident dans leur article pour un renouvellement des membres de l’OICS afin d’y associer des personnes favorables à la RdR.

## De Galilée à la réduction des risques

L’article de deux experts nord-américains, Dan Small et Ernest Drucker, publié dans *Harm reduction Journal* le 7 mai 2008 établit un parallèle audacieux entre la vision copernicienne de l’univers soutenue par Galilée au XVII<sup>e</sup> siècle et la politique des drogues qui reconnaît aujourd’hui la RdR comme un outil majeur de prévention<sup>6</sup>. Deux visions du monde s’affrontent au temps de l’Inquisition : l’une, soutenue par l’Église, dans laquelle la Terre se trouve au centre de l’univers, et l’autre où le soleil tient cette place centrale que nous lui connaissons tous aujourd’hui et qui était celle de Galilée. Pourtant, le 22 juin 1633, il est condamné par le Saint-Office à la prison à vie pour avoir soutenu et rédigé la thèse de l’héliocentrisme dans son ouvrage intitulé *Dialogue sur les deux grands systèmes du monde*.

Actuellement, à l’instar de la censure exercée au temps de l’Inquisition sur toutes les informations arguant que la Terre tournait autour du soleil, l’usage du terme “réduction des risques” n’est pas autorisé dans les documents du gouvernement fédéral des États-Unis, signe d’un déni farouche des réalités locales et des besoins de santé des populations concernées. On perçoit ici un lien entre le contrôle mené par l’OICS et la politique américaine des drogues.

Début mars 2008, l’OICS, sous la présidence de Philip Emafo, présentait son nouveau plan de contrôle des stupéfiants et produits illicites, dans lequel il enjoit non seulement aux pays ayant développé des actions innovantes de RdR d’y renoncer mais aussi d’admettre publiquement leur erreur, sous peine d’être accusés d’hérésie en matière de politique contre la drogue. Ironie du sort, à quelques jours d’intervalle, l’académie des sciences pontificales érigeait une statue de Galilée en signe de reconnaissance des erreurs de l’Église.

Cette riche leçon sur la relation entre croyance et développement du savoir humain n’a manifestement pas été retenue par l’OICS. Porté par des croyances depuis longtemps révolues, celui-ci déploie une violente et dangereuse politique prohibitionniste et fait à son tour preuve d’aveuglement en condamnant les mesures phares de RdR, telles que l’accompagnement à l’injection dans des populations marginalisées et l’accès aux traitements de substitution dans des pays où les épidémies de VIH et d’hépatites ne cessent de croître et tuent chaque année des milliers de personnes.

## Le cas français

Avant les années 1990, la France menait une politique proche de celle prônée par l’OICS<sup>7</sup> et présentait des résultats catastrophiques : 40 % de prévalence du VIH

<sup>2</sup> ECDD. Buprenorphine (final decision). Geneva, World Health Organization, 2006

<sup>3</sup> Taylor AL. “Addressing the global tragedy of needless pain: rethinking the United Nations single convention on narcotic drugs”. *J Law Med Ethics*, 2007, 35, 4, 556-70, 511  
NDLR : Par ailleurs, la Miltà a proposé en 2006 de créer un fonds mondial destiné à favoriser la prescription des opiacés pour lutter contre la douleur. Cette initiative a été reprise par l’UE et votée à la session 2006 de la commission des stupéfiants de l’ONU à Vienne. L’OICS et l’OMS sont chargés de la mettre en route.

<sup>4</sup> Friedman SR, Sherman SG. “Public health principles for the HIV epidemic”. *N Engl J Med*, 2006, 354, 8, 877-8; author reply 877-8

<sup>5</sup> Hammersley R, Cassidy MT, Oliver J. “Drugs associated with drug-related deaths in Edinburgh and Glasgow, November 1990 to October 1992”. *Addiction*, 1995, 90, 7, 959-65

<sup>6</sup> Small D, Drucker E. “Return to Galileo ? The inquisition of the international narcotic control board”. *Harm Reduct J*, 2008, 5, 16

<sup>7</sup> Carrieri MP, Spire B. “The INCB, harm reduction and controlling HIV among injecting drug users in France”. *Lancet*, 2008 (sous presse)



chez les usagers de drogues et 500 overdoses annuelles, sans parler de la criminalité liée aux drogues. À partir de 1995-96, la France est passée à une politique intégrant la réduction des risques qui a largement démontré son efficacité<sup>8</sup> : impact sur l'épidémie à VIH, réduction des pratiques d'injection et des overdoses...

Le chemin de la réduction des risques a été judicieusement pris, mais de nombreux efforts restent à fournir, tout particulièrement au sein du système pénitentiaire. En matière de législation sur la consommation de drogues, le risque d'un renforcement du système pénal aurait pour conséquence de gonfler les effectifs en milieu carcéral. Or les conditions actuelles de détention en France – surpeuplement des prisons, risques de contamination par le VIH et les hépatites et enfin, absence de programme de réduction des risques – sont dangereuses<sup>9</sup>.

La Mildt, organisme chargé de coordonner l'action du gouvernement français dans tous les domaines touchant à la toxicomanie, paraît pourtant emprunter le même chemin que l'OICS, suscitant l'inquiétude de nombreux

cliniciens, chercheurs et représentants d'associations, comme en témoigne la prise de position publiée dans *Libération* le 26 mai<sup>10</sup>.

Notre système de prise en charge des usagers de drogues est utilisé comme modèle pour des pays nécessitant la mise en œuvre de mesures urgentes pour faire face à l'épidémie VIH. Puisse ce système rester un exemple et le chemin déjà parcouru en matière de réduction des risques ne pas être anéanti par le spectre de l'Inquisition.

PERRINE ROUX, PATRIZIA CARRIERI

Inserm U912, ORS PACA, Marseille

<sup>8</sup> Emmanuelli J, Desenclos JC. "Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003". *Addiction*, 2005, 100, 11, 1690-700

<sup>9</sup> Michel L, Carrieri MP, Wodak A. "Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review". *Harm Reduct J*, 2008, 5, 17

<sup>10</sup> Augé-Caumon M-J, Batel P, Beauverie P, Lhomme J-P, Lowenstein W, Morel A, Bourdillon F, Hejz S, Micheletti P, Rogissart V, Sanchez M, Segas K, Spire B. "Addictions: vingt ans en arrière ?" *Libération*, 26 mai 2008.

# Brèves...

## Les Américains plus grands consommateurs de drogues

Les Américains sont les plus gros consommateurs de cannabis et de cocaïne malgré une législation répressive, révèle une étude menée à travers 17 pays publiée fin juin dans *PLoS Medicine*. Selon cette recherche conduite par des chercheurs australiens à partir des données de l'OMS, 16,2 % des Américains ont essayé la cocaïne au moins une fois dans leur vie, alors qu'ils sont 42,4 % à avoir déjà utilisé du cannabis. L'enquête met en évidence l'existence d'un groupe socio-économique plus enclin à faire usage de drogues illégales. Ainsi, un jeune adulte de sexe masculin au revenu élevé, célibataire ou divorcé, a généralement plus tendance à utiliser régulièrement des stupéfiants. La consommation "ne semble pas avoir de lien direct avec les politiques nationales en matière de lutte contre la drogue", affirment les chercheurs. En effet, "les pays ayant une législation plus rigoureuse n'enregistrent pas une moindre utilisation de ces drogues que les nations plus tolérantes", relèvent-ils. Les Pays-Bas en sont le parfait exemple puisque malgré leur politique libérale dans le domaine des stupéfiants, ils comptent seulement 1,9 % de consommateurs de cocaïne et 19,8 % d'utilisateurs de cannabis.

(AFP)

## Les adolescents suisses évoluent

Les adolescents suisses boivent moins d'alcool et consomment moins de tabac ou de cannabis qu'il y a quatre ans, mais les drogues dures gagnent du terrain, selon une étude publiée début juillet. Augmentation des prix, interdiction de vente et prise de conscience liée à la prévention expliquent cette évolution "réjouissante", s'est félicité l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Isipa), à l'origine de l'étude, menée auprès de 7 634 élèves de 13 à 16 ans. En 2007, les "bitures express" ne concernaient plus que 14 % des garçons de 15 ans contre 20 % en 2003. 30 % des jeunes de 15 ans ont fumé le mois précédant l'enquête, contre 34 % en 2003. Le cannabis suit la même tendance : sa consommation concernait un garçon sur cinq en 2007, soit trois points de moins que quatre ans plus tôt. Les filles ne sont plus que 12 % à fumer des joints, contre 17 % en 2003. En revanche, la consommation de drogues dures a augmenté parmi les ados de 15 ans, amphétamines, speed, cocaïne, champignons et LSD en tête. Ces substances ont été chacune consommées au moins une fois par 3 % des jeunes sondés. (AFP)



# Caarud l'épreuve de l'institutionnalisation

## PRISE EN CHARGE

*Créés en 2005, les Caarud ont profondément transformé le paysage français de la réduction des risques. Si ce passage marque une étape importante de la reconnaissance de la politique de RdR, ils ne présentent pas que des avantages pour les structures qui ont dû s'institutionnaliser. Petit bilan avec le docteur Catherine Pecquart, directrice générale de l'association Charonne, à Paris.*

Les Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques auprès des usagers de drogues (Caarud) ont été créés en 2005. Le but était simple : intégrer les structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux, et les placer sous le financement de l'assurance maladie.

Les missions des Caarud ont été clairement définies dans la circulaire qui les a créés :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

Si sur le papier, la définition est claire, la confrontation au principe de réalité est une tout autre affaire...

## Une mise en place difficile

Dès leur création, les Caarud ont rencontré quelques difficultés, différentes selon la taille des structures et la région. Lors du congrès organisé par l'AFR pour réaliser un premier bilan de leur mise en place, le problème qui revenait le plus souvent était l'interaction avec les DDASS. Si le problème paraît réel en province, ce n'est

pas le cas à Paris par exemple. Pour Catherine Pecquart, de l'association Charonne, à Paris, la situation est assez hétérogène : globalement les grosses structures s'en sortent mieux que les petites, et les implantations locales en province sont celles qui rencontrent le plus de difficultés. En matière d'institutionnalisation, mieux vaut être une grosse structure parisienne...

## Plusieurs problèmes financiers

Outre ces problèmes de communication avec les DDASS, la principale difficulté liée à la mise en place des Caarud est d'ordre financier. En s'institutionnalisant, les structures de RdR sont en effet financées par l'assurance maladie. Un passage qui ne s'est pas fait de manière simple. "Les financements étaient calculés à partir de budgets datant de trois ans en arrière" souligne Catherine Pecquart. Mais l'assurance maladie semble avoir réagi assez vite, et des ajustements ont été faits.

Autre difficulté : le fait que ce financement par l'assurance maladie soit exclusif. Certes, cela permet une certaine stabilité des ressources pour les structures de RdR. Mais c'est au prix d'un certain manque de souplesse. Impossible ainsi de mettre en place un cofinancement, pour rattraper un manque à gagner ou compléter un budget.

## Quels outils pour la RdR ?

L'institutionnalisation a indirectement induit un profond changement : la diminution de l'innovation et de l'adap-



tation au terrain. Toutes les petites structures proches de la réalité des usages et des usagers, qui proposent des outils adaptés, ont plus de difficultés pour le faire. Il devient notamment difficile de faire financer le matériel de réduction des risques. Une difficulté liée notamment aux critères définis par l'assurance maladie pour l'utilisation de matériel validé : *“Les outils de réduction des risques doivent être choisis sur des preuves scientifiques d'efficacité, lesquelles doivent être la référence principale pour sélectionner et maintenir les meilleures actions à mener.”*

Mais comme l'explique Catherine Pecquart, exiger des études, c'est bien, encore faut-il les permettre : *“On a toutes les peines du monde à faire payer les outils d'une étude pour la RdR sur le crack. On peut faire financer la recherche mais on ne peut pas payer les outils”*. Difficile de prouver l'efficacité du matériel s'il n'est pas possible de l'acheter pour le tester...

Cet encadrement, cette nécessité de conformité, de calibrage est certes logique pour éviter les dérives et fixer le champ d'action de la RdR. Mais concrètement, cela remet également en cause la spécificité des associations, leur réactivité et leur inventivité.

## La fin de l'amateurisme

Autre exigence de l'institutionnalisation : l'emploi de personnel qualifié. En clair, il faut dorénavant que les intervenants des structures soient diplômés du secteur sanitaire et social. Or de nombreuses structures fonctionnent notamment avec d'anciens usagers, qui interviennent sur le terrain. En théorie, il est possible d'entamer pour ceux-ci un processus de validation des acquis par l'expérience (VAE), qui leur permettrait d'obtenir une qualification correspondant à leur expérience professionnelle. Mais concrètement, comme le note Catherine Pecquart, *“la plupart ne s'engagent pas dans un processus de validation des acquis, souvent compliqué et au résultat incertain. Or ne plus faire participer d'anciens usagers non qualifiés, c'est la disparition d'une richesse liée à l'expérience personnelle et également d'un certain militantisme”*. Sans parler de la question de budget que pose l'emploi de professionnels spécialisés.

Autre problème du même ordre : en devenant des établissements sanitaires et sociaux, les Caarud ont moins de souplesse quant aux règles en matière de droit du travail. Difficile alors de réaliser une intervention sur le terrain, en milieu festif sur un événement qui dure toute la nuit ou même plusieurs jours d'affilée, en restant dans le cadre légal d'un point de vue professionnel.

Cette “professionnalisation” des structures passe aussi par un aspect supplémentaire : l'évaluation. Un outil a

priori très utile, mais qui peut devenir une contrainte : *“Évaluer son activité et en rendre compte, c'est un processus assez compliqué pour la plupart des Caarud, souligne Catherine Pecquart, car cela veut souvent dire un accompagnement par un prestataire extérieur, un professionnel référent.”* Si les grosses structures pratiquent souvent déjà ce type d'évaluation, les petites doivent ainsi le mettre en place... et l'ajouter à leur budget.

## Un bilan mitigé

Certes, le passage en Caarud présente également de nombreux avantages pour les structures, notamment en termes d'image. *“Cela a permis une véritable reconnaissance, reconnaît Catherine Pecquart, une considération non seulement de la part des institutions mais aussi du public. Lorsque l'on est soutenu par les DDASS, cela peut permettre de résoudre plus facilement les conflits avec les riverains, d'être moins sujet aux attaques que lorsqu'on est une simple association”*.

Mais le bilan est donc contrasté. *“Dans notre structure, le passage au Caarud a été bénéfique, mais si l'on fait le bilan au niveau national, je ne suis pas sûr qu'il soit positif, estime Catherine Pecquart. Disons que les grosses structures semblent avoir bénéficié de cette institutionnalisation, mais les petites ont eu beaucoup d'inconvénients et peu d'avantages.”*

L'institutionnalisation, si elle participe à la pérennisation de la politique de réduction des risques, est néanmoins un outil à double tranchant. D'un côté elle a permis plus de reconnaissance et de stabilité, de l'autre, elle a bloqué la réactivité, l'adaptabilité et la souplesse de cet outil.

Le prochain enjeu de l'institutionnalisation sera donc certainement de trouver un moyen de préserver les petites structures et leur dynamique. Les Caarud doivent évoluer pour permettre plus d'innovation et de création. Mais comme le souligne Catherine Pecquart, *“avec l'institutionnalisation, les structures sont devenues très dépendantes des orientations que les pouvoirs publics veulent bien accorder à la RdR. Les structures militantes ont moins de marges de manœuvre”*. Au-delà des annonces, l'engagement concret des pouvoirs publics sur la RdR sera à éprouver dans les mois à venir.

ALAIN SOUSA

# Une enquête sur les profils et les pratiques des usagers des Caarud

L'OFDT a mené fin 2006 la première enquête nationale ENa-Caarud dans les 114 structures reconnues comme Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues afin de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif. Les personnes qui fréquentent ces structures de réduction des risques sont, en majorité, des polyusagers de drogues en situation de précarité sociale.

Les principaux résultats de cette enquête ont été présentés par Abdalla Toufik en mai à Barcelone à l'occasion de la conférence de l'IHRA, et sont résumés dans le n°61 de la revue *Tendances*<sup>1</sup>.

L'enquête a été menée de manière exhaustive sur une semaine. Sur les 4 651 questionnaires remplis, 4 197 ont été conservés après identification des doublons et exclusion pour non respect du protocole.

Les principales données concernant le profil des usagers sont une représentation plus forte des femmes parmi les jeunes générations (plus de la moitié chez les moins de 20 ans), associée à un niveau de précarité supérieur aux hommes (43 % vs 33 %).

La précarité est justement l'autre caractéristique retrouvée, avec 77,1 % d'usagers en situation précaire modérée ou forte. Près d'un usager sur deux est sans domicile fixe ou habite dans un logement provisoire, et la moitié des usagers ne vivent que des prestations sociales.

Au chapitre des consommations, le principal enseignement de l'enquête est le classement de la buprénorphine (BHD) en tête des produits posant le plus de problèmes aux usagers des Caarud, avec 19,2 % des réponses, devant l'alcool (16,5 %), l'héroïne (14,8 %) et le cannabis (14,5 %).

<sup>1</sup> Première enquête nationale sur les usagers des Caarud

Abdalla Toufik, Agnès Cadet-Tairou, Éric Janssen, Michel Gandilhon  
*Tendances* n°61, mai 2008

Dans le domaine des pratiques, près de sept usagers sur dix (68,7 %) ont utilisé la voie

intraveineuse au moins une fois. Autre fait notable, le niveau élevé de partage des matériels d'injection, qui concerne un usager sur cinq au cours du dernier mois, quel que soit le produit injecté. De plus, ce niveau est plus élevé chez les usagers les plus jeunes, avec des prévalences de partage allant de 25 % à 50 % selon le matériel considéré chez les moins de 20 ans.

Enfin, les facteurs fortement associés à la contamination par VIH ou VHC sont le partage de seringues, l'âge et la précarité.

N.H.

## Fréquence de citations des produits posant le plus de problème à chaque usager des Caarud en 2006 (n = 3 149)

Source : Ena-Caarud 2006/OFDT, DGS

produit	citation %
BHD	19,2
alcool	16,5
héroïne	14,8
cannabis	14,5
cocaïne	9,7
crack/free base	9,1
sulfate de morphine	6,7
benzodiazépines	3,3
méthadone	2,0
amphétamines	1,3
ecstasy	1,0
autres	1,9
total	100

# CPDD

## ou la vision américaine de la dépendance

### ACTUALITÉ

*La 70<sup>e</sup> édition de la célèbre manifestation a offert un large éventail d'informations scientifiques malheureusement trop souvent "américano-centrées".*

Le 70<sup>e</sup> congrès du "College on Problems of Drug Dependence" (CPDD) s'est tenu mi-juin 2008 à Porto Rico. Ce collège organise depuis 1929 (!) des rencontres annuelles de haut niveau, considérées communément comme la manifestation la plus importante en matière de connaissances dans le domaine des addictions. Nombreux sont pourtant les Français qui ignorent ces rencontres, mais l'évolution actuelle des Csapa rend nécessaire de multiplier les sources d'informations.

Quels types d'informations? Qu'il s'agisse de posters, de communications orales ou plénières, les publications proposées se caractérisent d'abord par leur construction rigoureuse. Elles comprennent systématiquement une partie d'"explication méthodologique" avec analyse des biais. Les "outils" tels que questionnaires, données biologiques et imagerie sont utilisés dans ce cadre, accompagnés par des entretiens. Même si les études sont inégales – elles souffrent en particulier d'être souvent basées sur des

l'opposé les facteurs améliorant la prise en charge avec méthadone<sup>2</sup> ou buprénorphine<sup>3</sup>.

Malgré la prédominance de l'axe "drogues", de nombreux posters sur le tabac (prévention et traitement) permettent de constater que cette morbidité spécifique est désormais prise en compte<sup>4</sup>.

Le détournement des médicaments opiacés prescrits contre la douleur – un des principaux problèmes rencontrés aux États-Unis – est lui aussi examiné en détail: étude des personnalités susceptibles de détourner les produits, voire de se les injecter, travail sur les galéniques, analyse des origines de ces produits: relations, Internet, fabrication illicite de fentanyl<sup>5</sup>... De nombreuses thérapeutiques sont testées en sevrage, la buprénorphine par exemple<sup>6</sup>.

Et la réduction des risques? Elle n'était que peu présente. L'axe général du congrès s'y prête peu. De ci-de là, on notait un poster ukrainien signalant l'intérêt de l'échange de seringues, un venu de France (présenté par l'équipe de Bordeaux) montrant la fiabilité de la réaction de Marquis pour l'identification des comprimés d'ecstasy (en particulier sa relation à la dose de MDMA)<sup>7</sup>, une présentation confirmant la place que prend la RdR dans le système de soins brésilien<sup>8</sup>. Et puis, en cherchant un peu mieux, les travaux sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que les études psycho-comportementales sur les motivations et rituels des usagers de drogues<sup>9</sup> permettaient de retrouver les questions telles qu'elles nous apparaissent en France. En résumé, si cette édition du CPDD n'a pas produit d'annonce tonitruante (vaccin contre la cocaïne, substitution au cannabis...?!), elle a permis aux universités et aux centres spécialisés – essentiellement américains – d'échanger sur leur axes de travail et leurs résultats, en particulier sur la question de l'addiction à la cocaïne<sup>10</sup>. Cet ensemble de recherches menées avec rigueur sur les problématiques qui font notre quotidien constitue néanmoins un appui pour améliorer notre pratique et développer nos désirs de recherche... encore faut-il que les moyens mis à disposition par les pouvoirs publics suivent – même s'ils restent sans commune mesure avec ceux des États-Unis.

<sup>1</sup> voir sur le site du CPDD, [www.epdd.veu.edu](http://www.epdd.veu.edu), le cahier spécial consacré à cette problématique.

<sup>2</sup> Stolier K et al., "Consistent exposure to methadone associated with lower cost to MCO".

<sup>3</sup> Liberto JG et al., "Barriers for buprenorphine treatment in the Veterans health administration".

<sup>4</sup> Lo SJ et al., "Reported morbidity and level of tobacco dependence in adolescents seeking cessation treatment".

<sup>5</sup> Fant RV et al., "Fentanyl related deaths: abuse and off-label use of licit and illicit sources of fentanyl".

<sup>6</sup> King SD et al., "Outcomes predictors in a 30-day buprenorphine detoxification".

<sup>7</sup> Pradeille J et al., "The marquis reaction as a harm reduction element in party atmospheres: an assessment of the on-site testing of ecstasy tablets".

<sup>8</sup> Marisa Feliceissimo, "Brazilian Drug Policy and Harm Reduction".

<sup>9</sup> King VL et al., "Predictors of treatment enrolment in syringe exchange participants".

<sup>10</sup> Farré M, "Anticonvulsive drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis".

recrutements trop limités –, la démarche analytique qui les structure est essentielle, permettant par exemple de mettre en évidence des différences claires entre deux thérapeutiques, ou au contraire, l'absence de contribution.

Cette année, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) avait érigé en priorité les études concernant les différences entre hommes et femmes face aux addictions. Plus d'une centaine de communications déclinaient ce thème<sup>1</sup>. De même, plusieurs sessions étaient consacrées aux adolescents: on en retiendra essentiellement la mise en évidence certaine de dommages lorsque les consommations (du cannabis jusqu'aux amphétamines...) commencent précocement.

Bien entendu, l'analyse des bénéfices des traitements de substitution occupe une place spécifique du congrès, et l'expérience acquise en la matière permet une analyse plus fine, mettant en évidence les limites, les barrières, et à

# Cannabis et schizophrénie : le débat n'est pas clos

## NOTE DE LECTURE

*Contrairement à ce qu'ont pu faire croire réactions et commentaires à des publications récentes, le lien de causalité unique entre l'usage de cannabis et l'occurrence d'une schizophrénie n'est pas formellement établi, estime le Dr Hassan Rahioui. Néanmoins, l'usage de cannabis chez des individus vulnérables avec un usage important et précoce peut accélérer l'apparition d'une schizophrénie. Une double vigilance s'impose donc.*

Dans un article publié en 2007 dans la revue *Addiction*, Hickman et coll. montraient, en partant de l'hypothèse qu'il existe un lien de causalité entre la consommation de cannabis et l'émergence de la schizophrénie, que la prévalence de cette pathologie mentale ainsi que l'incidence de cette maladie allaient augmenter en Angleterre et au Pays de Galles dans un futur proche<sup>1</sup>. Se basant sur l'estimation des tendances de l'usage de cannabis selon un recensement national anglais de 2003 (montrant une accentuation de l'usage de ce produit entre 1970 et 2002) et sur l'incidence de la schizophrénie selon une enquête menée dans trois centres anglais entre 1997 et 1999, Hickman prévoit une hausse de l'ordre de 29 % et 12 % respectivement de l'incidence et de la prévalence de cette maladie entre 1990 et 2010.

Pour rappel, l'incidence compte le nombre de nouveaux cas dans une population donnée sur une année (c'est un taux), alors que la prévalence mesure la proportion d'individus vivants qui manifestent le trouble à un temps donné (prévalence annuelle, prévalence sur une vie).

Selon Hickman, si le cannabis constitue un facteur de risque de la schizophrénie, tout en admettant que les autres causes restent inchangées, une augmentation substantielle de la prévalence et de l'incidence de cette psychose devrait donc être visible à partir de 2010.

## Les données australiennes

Cette étude s'inspire en fait un travail effectué en 2003 en Australie sur le même modèle par Degenhardt et coll.<sup>2</sup>. Ces derniers avaient comparé les tendances projectives de l'incidence et de la prévalence de la schizophrénie et de l'usage de cannabis durant une même période (30 ans) en testant quatre hypothèses :

- l'usage de cannabis précipite l'apparition de la schizophrénie chez des individus vulnérables ;
  - le cannabis exacerbe la symptomatologie de la schizophrénie ;
  - les patients souffrant de schizophrénie ont plus tendance à devenir des consommateurs réguliers.
- Après avoir mis en évidence une stabilité de l'incidence de la schizophrénie en dépit de l'augmentation de l'usage de cannabis enregistrée ces trente dernières années en Australie, Degenhardt concluait que l'usage de cannabis n'apparaît pas être lié de façon causale à cette maladie. Néanmoins, la constatation d'une diminution de l'âge d'apparition de la schizophrénie chez des consommateurs comparativement aux psychotiques non usagers l'amenait à conclure que cette consommation peut précipiter l'apparition de cette pathologie mentale chez des personnes vulnérables.

## Trois niveaux de critiques

Les résultats obtenus par Hickman appellent trois niveaux de critiques qui concernent l'analyse de l'hypothèse de la relation causale entre l'usage de cannabis et la schizophrénie, les biais méthodologiques de l'étude et les répercussions de ce type de conclusions.

L'existence d'une relation entre usage de cannabis et schizophrénie a déjà été évoquée dans les années 1980. Récemment, cinq études longitudinales à grande échelle ont été conduites en Suède, en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas. Ces travaux estiment que l'usage du cannabis multiplie par deux le risque d'évolution vers une schizophrénie, et que ce risque devient plus grand quand il s'agit d'un usage débutant à l'adolescence. En dépit de leur rigueur méthodologique, les conclusions de ces études n'ont pas manqué de soulever quelques questions quant à la solidité de cet effet causal. L'usage de cannabis est-il une cause nécessaire ou suffisante pour le développement de la schizophrénie ?

Les études citées montrent que l'usage de ce produit

<sup>1</sup> M. Hickman, P. Vickerman, J. Macleod et al. "Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales" *Addiction*, 2007, 102, 4, 597-606.

<sup>2</sup> L. Degenhardt, W. Hall, M. Lynskey "Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis" *Drug Alcohol Depend*, 2003, 71, 1, 37-48



n'est clairement pas une cause nécessaire pour le développement de cette psychose, car tous les adultes souffrant d'une schizophrénie n'ont pas consommé de cannabis à l'adolescence, de même qu'il est aussi évident que l'usage de cannabis n'est pas une cause suffisante pour la survenue de cette maladie car la majorité des consommateurs de cannabis à l'adolescence ne développent pas une schizophrénie à l'âge adulte. En attendant d'autres preuves, nous pouvons seulement conclure que le cannabis représenterait un facteur parmi d'autres appartenant à une constellation causale impliquée dans le développement de la schizophrénie chez des individus vulnérables avec un usage important et précoce<sup>3</sup>.

Des facteurs génétiques sont peut-être partiellement responsables de cette augmentation de vulnérabilité. En ce sens, Caspi et coll. ont identifié en 2005 un polymorphisme fonctionnel du gène COMT codant pour une enzyme (Catechol-O-Méthyl Transferase) qui métabolise la dopamine comme un médiateur potentiel de cette augmentation du risque de la maladie psychotique associée à l'usage de cannabis.

## Biais méthodologiques

La simulation est réalisée à partir de données issues des dossiers médicaux. Il s'agit donc d'une étude rétrospective qui, sur un plan méthodologique, n'est pas la meilleure façon de prouver un lien causal. De plus se pose le problème de l'imprécision du terme "psychose" : les définitions utilisées sont très larges, allant de simples symptômes psychotiques tels qu'hallucinations auditives ou idées paranoïdes jusqu'à une véritable schizophrénie. Il n'est pas non plus tenu compte des différences en teneurs du principal principe psychoactif du cannabis ; le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) qui peuvent varier entre 5 % et 40 % en fonction des consommations.

Par ailleurs, ce travail ne concerne qu'un sous-groupe de population, ce qui ne permet pas, d'un point de vue épidémiologique, de faire des extrapolations pertinentes et opérationnelles, d'autant que l'incidence de la schizophrénie varie largement d'un pays à l'autre et qu'elle est aussi fonction de variables démographiques tels que le sexe, le lieu de naissance, celui de résidence, et l'émigration.

Hickman et coll. reconnaissent d'ailleurs les limites de leur analyse, puisqu'ils concèdent volontiers qu'ils n'ont pas inclus dans leur modèle certaines variables tels que l'allaitement maternel, l'âge paternel ou l'environnement.

Enfin, les auteurs ne peuvent contrôler plusieurs cofacteurs potentiels importants, comme les histoires génétiques familiales. Or même dotées d'une robustesse méthodologique (ce qui n'est pas le cas ici), les études épidémiologiques ne

parviennent que rarement à prouver l'existence d'une cause entre deux événements, en particulier en raison de la difficulté d'identifier tous les facteurs confondants pouvant être à l'origine des résultats observés.

## Réactions et répercussions

Largeement repris dans les médias, le type de conclusions apportées par Hickman a conduit à un appel au renforcement des politiques coercitives. On peut citer les réactions déclenchées par la publication d'un article de Moore et coll. consacré à une méta-analyse sur les liens entre cannabis et schizophrénie dans la célèbre revue *Lancet*<sup>4</sup>. Les résultats de cette revue systématique de la littérature n'apportent pas d'évidences supplémentaires par rapport à l'analyse développée ci-dessus. Pourtant, un groupe d'experts recommandaient que le législateur informe les citoyens à propos de ce risque.

De son côté, l'éditorialiste du *Lancet* écrivait : "En 1995, nous avons écrit que le cannabis, même après un usage chronique, n'est pas nocif pour la santé. La recherche publiée depuis cette date, y compris l'analyse de Moore et coll., nous amène aujourd'hui à conclure que le cannabis pourrait augmenter le risque de psychoses." Ces réactions peuvent laisser croire, à tort, que la question est réglée et le débat clos.

## Un équilibre à trouver

En résumé, d'une part le lien de causalité entre l'usage de cannabis et l'occurrence d'une schizophrénie n'est pas formellement établi, et d'autre part un usage important et précoce du cannabis chez des individus vulnérables peut accélérer l'apparition d'une schizophrénie.

Quelle attitude adopter face à ces données scientifiques ? Il faut trouver un équilibre entre, d'un côté, la nécessité du dépistage de l'usage régulier et important du cannabis chez les adolescents, qui devrait être considéré comme un comportement à haut risque, et de l'autre, la vigilance à ne pas criminaliser les plus de 80 % de consommateurs qui n'ont pas de difficultés psychiatriques avec cet usage. Certes, les études récentes sont là pour nous rappeler que le cannabis ne peut pas être considéré comme un produit tout à fait bénin ; néanmoins, un renforcement des politiques coercitives n'a jamais démontré son efficacité dans la réduction des risques inhérents aux substances psychoactives.

Même s'ils prouvent quelque chose, ces travaux devraient avoir plus d'impact pour le clinicien que pour le législateur. Cela passe, par exemple, par une implication plus importante des services de psychiatrie dans le soutien des acteurs de première ligne qui sont en contact avec les adolescents usagers de cannabis.

HASSAN RAHIOUI

Hôpital Henri Ey, Paris

<sup>3</sup> H. Rahioui, E. Malapert, M. Reynaud "Données actuelles sur les liens entre cannabis et schizophrénie" *Synapse*, décembre 2005, 220, 35-40

<sup>4</sup> T.H. Moore, S. Zammit, A. Linsford-Hughes et al. "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review" *Lancet*, 2007, 370, 9584, 319-28

# Addictions et comorbidités psychiatriques

*Que pensent addictologues et psychiatres français du sujet sensible des interactions entre cannabis et schizophrénie ? Les assises nationales<sup>1</sup> de la Fédération française d'addictologie permettent de se faire une idée sur la question.*

Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité. Pour le Pr Jean Adès, qui s'appuie sur des études épidémiologiques récentes (notamment la grande étude Nescarc aux États-Unis), trois types de relations peuvent être envisagées entre addictions et pathologie mentale :

- les troubles mentaux préexistants peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité aux addictions, à travers notamment des conduites à visée d'automédication ;
- les troubles secondaires aux prises de produits s'avèrent être plus des symptômes psychiatriques (anxiété, affect dépressif par exemple) que des pathologies mentales avérées ;
- la co-occurrence fortuite serait, elle, plus rare (la notion d'éventuelle vulnérabilité commune n'est pas mentionnée ici).

Selon le Dr Alain Dervaux, qui s'est penché sur la question de l'évolution de la schizophrénie lors d'abus de substances, les consommations d'alcool, de stimulants ou de cannabis aggraveraient les symptômes dits positifs (c'est-à-dire exprimés par des hallucinations, un délire) ainsi que les troubles cognitifs liés à la schizophrénie. Les surconsommations auraient aussi pour conséquence une moindre compliance au traitement, une survenue plus fréquente de troubles dépressifs, de conduites suicidaires, de violences. Les réhospitalisations sont plus fréquentes, et la désinsertion sociale plus marquée.

La fréquence plus élevée des addictions parmi les patients schizophrènes apparaît complexe, multifactorielle :

- anomalies du cortex hippocampique qui pourraient "favoriser" les fortes consommations chez le patient schizophrène (notion de vulnérabilité commune) ;
- influence de traits de personnalité ;
- recherche d'amélioration de l'anxiété et de l'humeur sous cannabis et alcool ;
- lutte contre l'apragmatisme à travers des consommations de cocaïne ou d'amphétamines ;
- amélioration de certains troubles cognitifs par le tabac ;

– mais aussi effets psychotisants du cannabis d'autant qu'il est consommé jeune (sur un cerveau en cours de développement), en quantité, et qu'il existe des antécédents familiaux.

Une fois sevrés, ces patients ont la particularité de bénéficier d'un meilleur pronostic que ceux dépourvus de trouble addictif. Aussi existerait-il un sous-groupe de patients à la fois schizophrènes et "addicts".

S'appuyant sur les données épidémiologiques et notamment la méta-analyse publiée sur le sujet dans le *Lancet* (lire p...), le Dr Amine Benyamina souligne plusieurs aspects alarmants quant au possible rôle du cannabis dans le déclenchement de certaines schizophrénies :

- l'existence d'un effet dose dépendant dans le lien cannabis/trouble schizophrénique ;
- la constatation clinique de possibles éléments dissociatifs lors d'ivresses cannabis, après forte consommation, et ce également chez le sujet "sain" ;
- l'existence de "flash-back" cannabiques ;
- l'âge précoce de début du cannabis comme facteur de risque de psychose.

Le Dr Benyamina fait état des conclusions de cette étude, selon lesquelles la consommation de cannabis apparaît causale dans l'apparition de certaines schizophrénies. Mais confrontée à la clinique, la remise en cause de l'hypothèse d'automédication apparaît pour partie contradictoire. En effet, si des patients schizophrènes relatent les effets déclencheurs du cannabis sur certaines bouffées délirantes, ceux-ci disent aussi rechercher anxiolyse et "mieux-être au contact d'autrui" à travers ces consommations.

Aussi le Dr Benyamina conclut-il que *"le cannabis n'est ni une cause suffisante, ni une cause nécessaire pour une schizophrénie mais une composante s'incluant dans le groupe de facteurs impliqués dans cette maladie"*. Il y aurait selon lui une vulnérabilité commune entre schizophrénie et dépendance au cannabis. Du point de vue du risque de psychose, une consommation importante de cannabis serait donc problématique chez des sujets vulnérables, à savoir adolescents ou personnes présentant déjà des troubles psychotiques.

CATHERINE BROUSSELLE

<sup>1</sup> *Secondes assises nationales de la Fédération française d'addictologie (FFA), septembre 2007.*

# Le **nouveau** plan gouvernemental de lutte contre les drogues

## ACTUALITÉ

Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, présenté début juillet, comprend près de 200 mesures et recommandations en termes de prévention, répression, soins, recherche et coopération internationale<sup>1</sup>. Ces mesures sont envisagées sur cinq axes – prévention ; application de la loi ; soin, insertion, réduction des risques ; formation, recherche ; international. *“La priorité en matière de prévention doit être d’éviter les entrées en consommation de drogues”*, assure le plan gouvernemental. Au niveau de l’abus d’alcool et des pratiques de “défonce” venues notamment de Grande-Bretagne, le plan insiste sur la nécessité *“d’interdire l’offre, dans les lieux publics, et la vente de toute boisson alcoolique aux jeunes de moins de 18 ans”* comme cela a été rendu largement public par la ministre de la santé Roselyne Bachelot.

Sur le plan répressif, le plan gouvernemental entend lutter en France même contre *“la culture illicite de cannabis et le détournement de médicaments psychotropes”* qui *“alimentent le marché de la drogue”* et veut mieux surveiller le commerce de la drogue sur internet. Il déplore également qu’*“en dépit d’évolutions juridiques notables, les sommes confisquées en France dans le cadre d’affaires de stupéfiants restent très en-deçà des résultats obtenus par plusieurs de nos voisins européens”* et prévoit d’élaborer *“de nouveaux outils juridiques et de mécanismes de gestion de l’argent et des biens saisis”*, notamment par le biais d’accord bilatéraux.

Concernant les soins, l’insertion sociale et la réduction des risques, le gouvernement veut renforcer les capacités d’hébergement, notamment par le développement de nouvelles communautés thérapeutiques. Il prévoit de

<sup>1</sup> voir sur [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

<sup>2</sup> [www.addictologie.org](http://www.addictologie.org)

<sup>3</sup> [www.anitea.fr](http://www.anitea.fr)

<sup>4</sup> [www.asud.org](http://www.asud.org)

nouvelles modalités de prise en charge des usagers de cocaïne et des actions ciblées auprès des détenus et des femmes enceintes ainsi qu’un dispositif de réduction des contaminations par le VHC.

*“Nous savons aujourd’hui que nous n’en aurons jamais fini avec les drogues”*, a souligné Étienne Apaire, actuel président de la Mildt, lors d’une conférence de presse. Le plan, a-t-il indiqué, vise donc *“à donner à l’ensemble de la société la force de dire non”*, en particulier *“en clarifiant le discours public par des campagnes de communication”* destinées aux jeunes mais aussi aux parents.

La Fédération française d’addictologie (FFA) a regretté que le plan *“n’échappe pas aux contradictions qui traversent nos sociétés quant aux conduites d’addiction”* et que le tabac en soit *“absent”*<sup>2</sup>. La FFA salue en revanche dans le plan notamment *“la nécessité d’intervenir précocement”*, l’accent mis sur la recherche et la formation, la prise en compte de la nécessité d’une action internationale, et *“le parti pris de clarté”*, avec déclinaison en fiches et volonté d’évaluer régulièrement le plan.

De leur côté, l’Anitea (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie, ex-Anit) et la Fédération des acteurs de l’alcoolologie et de l’addictologie (F3A)<sup>3</sup> jugent que le plan *“promeut une réorientation de l’approche préventive basée essentiellement sur un rappel de la dangerosité et de l’interdit, là où il faudrait une refondation de l’éducation préventive”*. Pour eux, cette éducation préventive devrait mettre *“concrètement au centre de son travail le lien à l’autre, mis à mal par l’évolution sociétale et permettant que s’établissent et s’apprennent les limites et les repères”*. Prenant acte de la *“reconnaissance”* de leur travail, ils affirment qu’ils resteront *“vigilants quant aux conditions de mise en œuvre des mesures annoncées”*.

Pour sa part, Fabrice Olivet juge sur le site d’Asud<sup>4</sup> que le plan *“fait dans le sérieux, le technique. Et n’en déplaie aux critiques, dans la continuité”*. Mais pour lui, le problème est ailleurs : *“Les consommateurs ne sont pas les destinataires du plan qui sont, par ordre de préséance, les partis politiques, les associations familiales, les personnels en charge du secteur, les policiers et les douaniers.”* (avec AFP)

## PUBLICATIONS



### **Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolution Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)**

ORS Île-de-France, juin 2008, 164 p.

Rapport et synthèse disponibles sur [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

Trend est le dispositif mis en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 1999 avec pour objectif de repérer les nouvelles tendances de consommation de drogues. Coordonné par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, le dispositif parisien de Trend étudie les tendances récentes à Paris. Les observations ont été menées en 2007 dans l'espace urbain (Caarud et lieux ouverts) et dans les espaces festifs (clubs, discothèques, bars, soirées, free parties, teknivals...) parisiens. Le rapport dresse un état des lieux des caractéristiques des usagers, des modalités et des contextes de consommation, de l'évolution et de l'organisation des trafics. Il décrit ensuite pour chaque produit la disponibilité, le prix, les trafics, les usagers et les usages. L'évolution 2007 confirme la diffusion de l'usage de certains produits dans de nouveaux groupes, notamment auprès de populations socialement insérées.

Les principales tendances en évolution sont :

- la poursuite de la diffusion de la cocaïne,
- la disponibilité croissante de l'héroïne,
- la fréquence d'un usage d'alcool orienté vers la recherche d'ivresse,

- le développement de l'auto-production de cannabis ou de champignons hallucinogènes,
- une précarisation accrue des usagers de crack,
- l'installation du trafic de buprénorphine haut dosage générique et du trafic de rue de méthadone,
- de nouvelles formes d'organisation du trafic.

La lecture de ce rapport s'avèrera utile pour appréhender les nouveaux enjeux auxquels sont confrontés les dispositifs de prévention et de soins.



### **Rapport annuel 2008 de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime**

300 p., version française à paraître (un résumé détaillé est disponible en français). [www.unodc.org](http://www.unodc.org)

Le rapport annuel 2008 de l'ONUDC résume les tendances et les évolutions concernant la production, le trafic et l'usage de drogues illicites dans le monde. Alors que les tendances mondiales de la production de drogues marquent une stabilisation ces dernières années, on observe en 2007, une augmentation de la culture de la coca et de la culture du pavot à opium, dans deux zones géographiques spécifiques (respectivement la Colombie et l'Afghanistan). La production de cannabis et celle de stimulants de type amphétamines sont stables. Sur le plan du trafic de drogues, le rapport montre, cartes à l'appui, les grands itinéraires de trafic et leur évolution.

En ce qui concerne les tendances mondiales de la consommation, le rapport estime que la part des usagers de drogues dans la population mondiale est stable : près de 5 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans

a consommé des drogues illicites au moins une fois au cours des 12 derniers mois ; les usagers problématiques représentent environ 0,6 % de la population mondiale adulte. À l'issue d'un siècle de contrôle international des drogues, le rapport retrace également un bref historique des mesures prises depuis la crise de l'opium en Chine jusqu'aux conventions internationales plus récentes et analyse les effets et conséquences du système de contrôle mis en place.

CLAUDINE VALLAURI



### **Plantes et chamanisme Conversations autour de l'ayahuasca et de l'iboga**

Jan Kounen, Jeremy Narby, Vincent Ravalec  
Mama éditions, 208 p., 24 euros

Le cinéaste Jan Kounen, réalisateur du très hallucinant *Blueberry*, l'écrivain Vincent Ravalec et l'anthropologue Jeremy Narby, auteur de *Serpent cosmique*, ont tous les trois fait de nombreuses sessions à l'ayahuasca et d'autres plantes chamaniques comme l'iboga. Tous les trois ont à cœur d'établir des passerelles entre notre univers cartésien et ces connaissances auxquelles les plantes visionnaires, utilisés depuis des temps immémoriaux, peuvent donner accès dans certaines cultures amazoniennes ou africaines. Dans ce livre, qui est un recueil de dialogues entre les trois compères, ils révèlent ce que leurs expériences ont modifié, souvent de façon déterminante, dans leur vie et dans leur rapport au monde en général.

Voici le premier ouvrage facile d'accès sur la question de l'ayahuasca. Les trois auteurs, parfaitement complémentaires, nous éclairent avec une simplicité, une intelligence et un bonheur rare sur la réalité de cet outil d'exploration de soi et de la prise de conscience du rapport à la nature. L'objectif n'était pas de faire un guide de "l'apprenti ayahuasquero", même si les auteurs mettent en garde contre les dangers de l'exploration des "espaces infra-psychiques". Les dialogues sont pleins de sagesse, de réflexions profondes. Les auteurs maîtrisent le sujet et en parlent avec esprit et humilité. Aucun prosélytisme mais une vibrante incitation au respect de la nature et des autres en général.

JIMMY KEMPFER

# Édito

Directeur de la publication  
Didier Jayle

Directeur administratif  
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Rédaction  
Philippe Périn  
Alain Sousa

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Mustapha Benslimane  
Catherine Brousselle  
Tiphaine Canarelli  
Lydie Desplanques  
Clotilde Genon  
Isabelle Grémy  
Mélanie Heard  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Vincent Pachabézien  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Olivier Smadja  
Marianne Strogenko  
Agnès Szal  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Natalia De Oliveira  
Secrétariat  
Anne-Sophie Woreth

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

SWAPS  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 54  
75755 Paris cedex 15

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

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

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

**CRIPS**  
Ile-de-France

**CRIPS**  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Avec le soutien  
du laboratoire

 Schering-Plough

Pour le moins, le choix du lieu retenu par Roselyne Bachelot-Narquin pour communiquer sur la politique gouvernementale en matière de toxicomanie a de quoi rassurer. C'est en effet au centre d'accueil de l'association Charonne, rue Beaurepaire à Paris, que la ministre de la santé a présenté en juin des mesures concernant la prévention et le traitement de l'hépatite C, confirmé le lancement de l'étude Méthaville centrée sur la dispensation de méthadone en ville tout en annonçant un arrêté pour limiter le trafic de buprénorphine. La communication ministérielle a privilégié la réduction des risques en prévoyant un vaste projet d'évaluation des kits d'injection actuellement disponibles et en initiant un programme d'éducation à l'injection dans les Caarud.

Plus récemment, la ministre s'est engagée médiatiquement sur le front du "binge drinking", annonçant l'interdiction de l'offre dans les lieux publics et de la vente de toute boisson alcoolique aux jeunes de moins de 18 ans et le lancement d'une campagne de sensibilisation (avec l'Inpes) en direction des jeunes et d'un site internet ([www.boiretrop.fr](http://www.boiretrop.fr)).

Prise entre ces deux salves ministérielles, l'annonce du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a eu du mal à capter l'audience. Pourtant, il ne comprend pas moins de 193 mesures, mises en fiches, élaborées autour de cinq grands axes : prévention, application de la loi, soins/insertion/réduction des risques, formation/recherche et international (lire page 22). Dans cette période estivale, peu d'analyses critiques des 193 mesures ont été livrées, hormis celles des associations directement impliquées (FFA, Anitea, F3A, Asud).

Reste que l'ambition de la Mildt est pour le moins copieuse puisqu'il s'agit, selon son président Étienne Apaire, "de donner à l'ensemble de la société la force de dire non" (sic). En tout état de cause, le plan ne paraît pas à même de calmer les inquiétudes des signataires du "Rebond" paru dans *Libération* le 26 mai dernier sous le titre "Addiction : 20 ans en arrière?". Notamment pour ce qui en sera du juste et nécessaire équilibre entre prévention, réduction des risques, soins et répression.

Par contre, les interventions de la ministre de la santé répondent clairement à la question de savoir qui veut gouverner en France les politiques de santé et de prévention envers les addictions, sujet pourtant fortement interministériel. À moins qu'il ne s'agisse de communiquer sur le champ sanitaire pour mettre sous un silence relatif la partie répressive du plan ?

GILLES PIALOUX