



# SWAPS

## RdR SANS FRONTIÈRE

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 75 / 2<sup>e</sup> trimestre 2014

**Médecins du Monde en Géorgie :**  
un programme de réduction des risques  
et de plaidoyer / 8

**Médecins du Monde à Dar-es-Salaam :**  
premiers pas de réduction des risques  
en Afrique de l'est / 12

La réduction des risques vue de  
**Vancouver** / 16

**Uruguay : légaliser**  
pour réduire les risques / 18

**Du clystère à la seringue :**  
**l'injection** à travers l'histoire / 3

Ce que nous disent **les eaux usées**  
de la consommation de drogue / 20

**Les antipsychotiques**  
**atypiques** sous surveillance / 23



## *Jimmy Kempfer*

*était un homme libre. La complexité de son parcours lui avait fait connaître la vie dans toutes ses dimensions. Il n'était dupe de rien ni de personne. Insensible aux modes, au politiquement correct, il naviguait en solitaire.*

*Fondamentalement indépendant, il était toujours prêt à participer à des combats collectifs, à tout projet audacieux, pourvu qu'on lui laisse son espace de liberté, son indépendance. Il pouvait participer simultanément à plusieurs cercles sans jamais se laisser englober par aucun. Généreux, curieux, fidèle, attentif aux autres, il aimait partager sa passion des objets, des images, du passé. Recherchait-il sa propre histoire dans les vestiges des anciens ? Jimmy avait une place unique à *Swaps*, son arrivée au comité de rédaction était toujours un événement, car à chaque fois il apportait des objets insolites, ses dernières trouvailles. Il apportait aussi des idées, des projets d'études, une vision originale des enjeux. Il alliait une fraîcheur dans le choix des sujets comme dans la façon de les aborder, à une absence de complaisance ou d'illusion. Ses articles pour *Swaps* étaient le fruit d'un travail minutieux tant pour la réalisation de ses enquêtes de terrain que pour leur restitution.*

*Il est parti avec un courage hors du commun. Il a regardé la mort en face, s'y est préparé, y a préparé les autres, avec une détermination lucide impressionnante. Chapeau Jimmy !*

*Didier Jayle*

*Je connais Jimmy depuis 1994 lorsqu'il a rejoint « Limiter la casse », vingt années de travail, de discussions, d'échanges, vingt années où il a traversé l'univers associatif comme il avait voyagé à travers le monde, curieux de tout connaître, tour à tour acteur de terrain et chef de projet, chercheur et journaliste, confrontant sa propre expérience à celle des autres, les idées et les discours aux réalités de terrain, soucieux avant tout de préserver sa liberté de pensée. S'il affichait volontiers son scepticisme, il ne se serait pas engagé avec autant de passion et de rigueur s'il n'avait pas eu avec les usagers engagés dans le mouvement associatif un sentiment d'appartenance, une façon commune de vivre l'usage de drogues, sans culpabilité, mais responsable de ses actes. Il s'est reconnu dans la civilisation des drogues et c'est ce qui nous a liés. Il venait de loin, Jimmy, et avait déjà une longue expérience des êtres humains, aux travers d'expériences limites et de prises de risques qui font tomber les masques. Individualiste, il avait choisi de vivre sa vie en aventurier, et a priori, rien ne le destinait à devenir un militant associatif, mais il s'est engagé néanmoins, aux côtés de ses compagnons d'aventure, solidaire sans jamais le revendiquer — l'affichage des bons sentiments n'était pas sa tasse de thé ! — et aussi, très certainement, parce qu'au travers des rencontres, des enquêtes et des lectures, il avançait dans la compréhension de sa propre histoire. Il a construit avec rigueur son domaine d'expertise, et c'est sans doute ce qui lui a permis de tenir le cap, malgré les aléas de l'engagement associatif. Sa toute dernière enquête, nous l'avons faite ensemble au mois de mai dernier, une semaine qu'il avait minutieusement organisée pour interviewer des témoins et des acteurs des années 1970 et 1980 vivant actuellement dans le sud de la France, et sa contribution à la recherche sur l'histoire de la diffusion de l'héroïne est précieuse. Il souffrait déjà, mais il ne savait pas que ses souffrances étaient dues à des métastases d'un cancer du foie. Lorsqu'il a compris la gravité de son état, il a choisi de vivre ses derniers moments avec courage et sérénité. Lucide, modeste, cet anti-héros a aussi fait preuve d'un sacré équilibre psychique, la tête pouvait être dans les étoiles, mais les deux pieds étaient solidement sur terre ! Jimmy fait étroitement partie de l'histoire française de la réduction des risques ; outre la mémoire de rencontres nombreuses et souvent décisives, il laisse derrière lui des articles documentés qui attestent des recherches et débats qui ont jalonné cette histoire. Tu nous manques Jimmy.*

*Anne Coppel*

# Du clystère à la seringue : l'injection à travers l'histoire

Jimmy Kempfer† avec la collaboration d'Alexandre Marchant

*Ovide, dans ses Métamorphoses, décrit comment Médée, après avoir vidé Éson de son sang, lui injecte des liqueurs de plantes magiques pour le rajeunir. Les Anciens avaient-ils déjà intégré la notion d'injection (d'un produit dans le corps puis directement dans le sang) dans le but de soigner les corps ou d'en changer le métabolisme ? De fait, depuis l'Antiquité, l'idée a fait son chemin durant près de 20 siècles. Par la suite, aucune invention médicale ne bouleversera autant les pratiques thérapeutiques que la seringue hypodermique associée à l'emploi des opiacés. L'usage de cet instrument a profondément modifié le rapport à la douleur et permis des interventions d'une efficacité et d'une rapidité inouïes. Mais l'injection, de morphine ou autre, échappa rapidement aux mains expertes des praticiens...*

## Au commencement était le clystère...

Selon Pline l'ancien, l'idée d'injecter un produit dans le corps serait venue aux hommes en observant les ibis. En effet, en s'alimentant, ces échassiers ingurgitent du sable, ce qui les constipe. Pour y remédier, ils aspirent de l'eau de mer et, avec leur long bec courbe servant de canule, se l'injectent dans le rectum<sup>1</sup>. Nos ancêtres observateurs eurent ainsi l'idée de la « poire à lavement » en fixant des tiges creuses de roseau sur des vessies, qui, comprimées, font gicler leur contenu. Tout cela ne serait que facéties si l'étymologie ne portait effectivement la trace de ces curieuses origines : « seringue » vient du grec ancien « syrxin » (« syringa » en latin) qui signifie « roseau taillé »...

Mais cette technique fut aussi auparavant utilisée par les Égyptiens pour injecter des substances dans le corps lors de l'embaumement. D'antiques descriptions sumériennes grecques, chinoises, mésoaméricaines, etc. évoquent le procédé. Il servait à purger, soigner et, accessoirement, pouvait entraîner des états de conscience modifiés selon les sub-

stances employées. De fait, de nombreuses médications, extrêmement amères, étaient impossibles à avaler et le bon sens commandait alors d'utiliser la voie rectale. Les fouilles de Pompéi ont ainsi révélé de nombreux clystères en étain (appelés « strigillis ») tout à fait fonctionnels. Par la suite, s'il semble disparaître en Occident au haut Moyen Âge, on retrouve le principe du clystère à piston aussi bien à Byzance qu'en terre d'Islam. Avicenne en explicite l'usage dans ses traités et certaines sources rapportent même que le père de la médecine arabe serait décédé d'une overdose d'opium en plein lavement. En Occident, en revanche, où, pendant des siècles, toute dispensation de « filtre » pouvait valoir le bûcher, le clystère ne réapparaît timidement, sous le nom de « ceringue », qu'aux XII-XIII<sup>e</sup> siècles<sup>2</sup>. Plus qu'aux médecins son usage est d'abord dévolu aux barbiers puis aux marchands d'épices qui deviendront les apothicaires. On l'emploie également pour aspirer le pus, laver les plaies, voire traiter des affections vétérinaires, gynécologiques, etc.

<sup>1</sup> Pline l'Ancien, *Histoire Naturelle*, Livre Huit.

<sup>2</sup> Collectif (mélanges offerts à Guy Beaujouan), *Comprendre et maîtriser la nature au Moyen-Âge*. Paris : Droz, 1994. p.363.



À partir du xv<sup>e</sup> siècle, toujours marqué par l'antique théorie des humeurs de Galien, saignées et clystères sont les « traitements de base ». Les lavements « d'infusions », à des températures variées, sont souvent répétés plusieurs fois par jour pour le plus grand bénéfice des officiants. Si les plus riches utilisent la porcelaine, les clystères sont généralement en étain pour éviter les risques d'oxydation et d'interaction entre le métal et les « infusions ». L'embout du piston qui assure l'étanchéité est, selon les époques, composé de rondelles de cuir, d'étoupe, de laine mélangée à de la cire ou des résines... Par décret royal, seule la corporation des apothicaires bénéficie du privilège d'administrer les clystères, ce qui lui assure une prospérité croissante. L'objet devient ainsi le symbole de la profession, figurant sur d'innombrables blasons et enseignes de cette guild. On rapporte qu'un apothicaire de Lyon aurait eu pour épitaphe :

« Ci-gît qui, pour un quart d'écu  
S'agenouillait devant un cul »<sup>3</sup>.

Toutefois, en ces temps excessivement prudes, il serait toutefois inconvenant d'exposer « les parties ». La morale exige donc l'utilisation d'une « perruque à tonsure » comportant un minuscule orifice pour passer la canule...

Les constipations opiniâtres, voire les occlusions, sont alors fréquentes chez les riches dont les régimes sont essentiellement carnés. Mais de nombreux « patients » ont certainement pris goût à la sensation que procure une tiède et bienfaisante montée (surtout s'il y a des opiacés dans le mélange) qui envahit le fondement et en réclament donc plus que prescrit. À partir du xv<sup>e</sup> siècle, il est du dernier chic de se « seringuer », au minimum une fois par jour, histoire « d'évacuer les humeurs » et de « libérer le ventre ». Louis XIII subira 215 lavements (et 45 saignées) en une année<sup>4</sup>. Et le duc de Liancourt, grand maître de la garde-robe, a fait un récit savoureux de l'administration d'un de ses derniers remèdes à Louis XV mourant, le visage enfoncé dans l'oreiller, provoquant la panique du garçon de chambre qui voulut couvrir ce séant que sa lumière avait soudain fait apparaître devant lui<sup>5</sup>...

## Des expériences des apprentis sorciers et de ceux qui y survécurent

À partir de la Renaissance et de l'explosion des maladies vénériennes, des seringues sont fabriquées pour injecter des sublimés mercuriels dans l'urètre. Le terme injection date d'ailleurs de cette époque. Quelques audacieux, dont Ambroise Paré et Léonard de Vinci, ont l'idée de transfuser du sang, voire directement des « infusions » de médicaments dans le sang : c'est la naissance de l'injection parentérale. Les chances de survie sont certes exceptionnelles mais l'idée de « l'infusoir » fait son chemin. Il s'agit ici d'un récipient prolongé d'un tuyau sur lequel on emboutit une canule ou la base taillée d'une plume qu'on insère dans la veine. Au xvii<sup>e</sup> siècle, ayant compris le principe de la circulation sanguine, divers expérimentateurs (Wren en Angleterre, J.B. Denis en France, etc.), tentent la transfusion entre animaux puis entre humains mais aussi de l'animal (mouton, veau) à l'homme. Certains, dit-on, auraient survécu... On tente également l'injection d'alcool et/ou d'opiacés à des chiens : ceux qui survivent, « stupéfaits », titubent en pissant et vomissant partout.

L'Allemand J.D. Major a l'idée de faire de même sur l'homme. La méthode consiste à dénuder puis ligaturer une grosse veine du bras. Une fois extraite, on coupe au milieu et on insère la canule (la veine sera définitivement hors service)<sup>6</sup>. On injecte ainsi lait, bière, vin, opiacés, antiémétiques, bouillons divers, etc. L'Allemand Elscholtz tente (vainement) l'anesthésie via la voie parentérale et théorise le procédé dans *Clysmatica Nova*. Il parvient toutefois à guérir des soldats atteints du scorbut grâce à des injections d'eau de plantain. Autre apprenti sorcier, Jean-Baptiste Denis transfuse en 1667 à Paris du sang de mouton à des humains. Trois sur quatre cobayes survivent<sup>7</sup>. Mais la faculté, dont Denis ne fait pas partie, intrigue auprès de l'Église qui condamne alors toute tentative de transfusion sans son aval, dissuadant les expériences. Plus tard, en 1776, l'Italien Vallisneri sauve un jeune homme mordu par une vipère par une injection d'« esprit de corne de cerf » : entendons, plus prosaïquement, de l'ammoniaque.

Mais les réticences des autorités ecclésiastiques font abandonner pour un temps la voie veineuse. La voie royale reste donc toujours celle du rectum, notamment grâce à la découverte de nouvelles plantes venant d'Asie ou d'Amérique comme le tabac. Des praticiens anglo-saxons mettent au point divers systèmes de clystère embouti sur un soufflet de cheminée pour « injecter du concentré de tabac » sous forme de fumée dans le fondement.

<sup>3</sup> Mogniat Michel. *Le Masochisme sexuel*. Paris : L'Harmattan : 2009. p.135.

<sup>4</sup> Cadeac Marcel. *Médecins, médecines, drogues et poisons à la cour de Louis XIII*. Communication, Société française d'histoire de la médecine, février 1970.

<sup>5</sup> Site « Histoire de la pharmacie », <http://histoirepharmacie.free.fr/>.

<sup>6</sup> Norn S, Kruse PR, Kruse E. *On the History of injection*. *Dan Medicinhist Arbes* 2006;34:104-13.

<sup>7</sup> Institut national de la transfusion sanguine. « Histoire de la transfusion sanguine ». [www.ints.fr/TransfusionHistorique.aspx](http://www.ints.fr/TransfusionHistorique.aspx).

Bien que l'Église s'indigne et préconise plutôt les saignées, de nombreux prélats semblent prendre goût au lavement. Le peuple voulant toujours imiter ses élites, aux xvii<sup>e</sup> et xviii<sup>e</sup> siècles, en Occident, on aura tendance à se « purger » pour n'importe quel prétexte. Molière en fera une arme de dérision massive en brocardant ces malades imaginaires soumis à la pédanterie des médicastres. Mais les très sérieux Ronsard, Richelieu et autre Voltaire furent aussi de grands amateurs de clystères opiacés.

## Trouver le bon moyen d'injecter pour calmer la douleur

À partir du début du XIX<sup>e</sup> siècle, dans le cadre des sanglantes guerres napoléoniennes, quelques audacieux et respectés médecins tels Larrey, Percy, Desgenettes, etc. tentent d'injecter du laudanum à l'aide d'une canule et d'une poire de l'eau de plantain à trois soldats victimes d'abcès ou de scorbut : ils guérissent. La violence des guerres contemporaines rend de fait encore plus cruciale la question de l'apaisement de la douleur par l'injection rapide d'opiacés, dont la morphine, découverte en 1804. Dans les années 1820-1830, on cherche ainsi désespérément le moyen d'introduire au mieux la morphine dans l'organisme pour traiter la douleur. On tente des coupures dans lesquelles on distille de la poudre de morphine jusqu'à ce qu'elle soit absorbée par les chairs. En 1836, Lafargue, médecin de Saint-Émilion, se sert pour ce faire d'une lancette pour introduire la morphine en pâte sous la peau.

Mais c'est en 1841 qu'on invente la seringue hypodermique « moderne ». En France, Charles Pravaz et, en Angleterre, Alexander Wood (en 1850), mettent au point la seringue à aiguille creuse, perfectionnant ainsi un modèle expérimental jadis mis au point au début du XVIII<sup>e</sup> siècle par le chirurgien français Anel. Cette seringue est en argent et en verre, ce qui rend visible la quantité de substance injectée<sup>8</sup>. Cependant, personne ne pense encore à l'époque à l'injection intraveineuse : on injecte essentiellement en sous-cutané. Toujours est-il que l'efficacité hypodermique a très rapidement révolutionné les pratiques médicales. Les guerres de Crimée, de Sécession, franco-prussienne permettent ensuite de découvrir l'efficacité quasi fulgurante de cette méthode. Les hôpitaux militaires, habitués aux cris et aux hurlements des grands blessés deviennent étrangement calmes après que le médecin soit passé de lit en lit avec sa seringue injectrice de morphine. Mais peu à peu les praticiens comme le public se mettent à parler de la « maladie du soldat », c'est-à-dire en réalité la dépendance à la morphine injectée.

Des soldats, le mal nouveau, qualifié de « morphinisme » ou d'« ivrognerie morphinomaniaque », s'étend aux femmes. Le premier cas de « perversité dipso-morphiniste » connue fut d'ailleurs la femme du Dr Pravaz. Son cas est évoqué à l'académie en 1858. Les premiers morphiné(e)s sont donc d'origine iatrogène. Mais l'usage puis l'abus de la morphine se propagent rapidement des demi-mondaines et de certains milieux interlopes jusque dans la bonne société, où il devient de bon ton de se piquer en cachette. Mais curieux de constater qu'à une époque où

## La voie rectale

Depuis l'Antiquité, la voie rectale est connue comme étant d'une efficacité et d'une rapidité souveraine. Particulièrement opportune lorsque le patient a tendance à vomir (fréquent avec les opiacés per os) ou ne peut avaler, elle peut être utilisée même lorsque le patient est inconscient. L'ampoule rectale étant très vascularisée, le passage des principes actifs dans le flux sanguin s'opère au bout de quelques minutes. L'adjonction d'opiacés, notamment sous forme de thériaque puis de laudanum, contenant de l'alcool, potentialise le processus. Pour les grandes douleurs on rajoute parfois mandragore, jusquiame, etc. (mais les dosages étant aléatoires, les surdoses ne sont pas rares et on préférera les éponges soporifiques).

Submergé par la combinaison des effets de ces substances, un engourdissement soporeux envahit le malade qui sombre dans la narcose. Mais comme il peut aussi se retrouver délirant et agité, le dosage optimum étant aléatoire et délicat, il est en principe toujours solidement attaché.

## Motivation de ceux qui se faisaient « seringuer »

Il n'est pas déraisonnable de penser qu'à force de « prendre leur remède » (appellation du clystère à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle), des personnes se soient trouvées pharmacodépendantes des opiacés. Mais ce concept étant inconnu, quand les symptômes du manque se manifestaient, ils étaient souvent assimilés à un retour ou à une évolution du mal que la drogue était censée traiter. Certaines descriptions de « fièvres tierces » accompagnées de flux de ventre, bâillements, insomnie et d'un état de « marasme », ne cédant que devant l'action souveraine d'un clystère opiacé, semblent assez explicites pour le lecteur d'aujourd'hui (Helvetius, Whytt, etc.). La motivation de ceux qui se faisaient « seringuer » quotidiennement pouvait être une combinaison de plaisir, de nécessité, de soins préventifs et curatifs. Mais c'était là essentiellement un sport de riche, car les thériaques et laudanums de qualité étaient fort chers.

<sup>8</sup> Vautherot Audrey. La seringue, histoire d'une invention. [www.gralon.net/articles/materiel-et-consommables/materiel-medical/article-la-seringue--histoire-d-une-invention-886.htm#evolutions-de-la-seringue](http://www.gralon.net/articles/materiel-et-consommables/materiel-medical/article-la-seringue--histoire-d-une-invention-886.htm#evolutions-de-la-seringue).



la vision d'une cheville pouvait scandaliser, les représentations des morphinées sont toujours des femmes qui se piquent en relevant leur jupe tout en haut des cuisses. Le jugement moral implicite double ainsi lentement la maladie d'une déviance. Le caractère lascif est toujours fortement suggéré, aussi bien dans la célèbre toile d'Albert Matignon de 1905 que dans la chanson de Jean Lorrain qui parle du « froid délicieux sous la peau » causée par l'injection de morphine<sup>9</sup>.

Ensuite, au fur et à mesure de la démocratisation de l'accès aux alcaloïdes en pharmacie ou de l'avènement de la psychiatrie hygiéniste, la gamme des patients morphinomanes ne cesse d'augmenter. Ces vicieux intoxiqués, tantôt pervers polymorphes tantôt innocents malades, font rapidement le bonheur de l'industrie pharmaceutique naissante. Mais, la morphine, ou bien l'héroïne mise de façon éphémère sur le marché en 1898, étant chères, les plus pauvres doivent commettre des actes délictueux pour s'en procurer. Dans les colonnes des faits divers des journaux, les scandales se multiplient. Mais tout en s'indignant hypocritement de ces pratiques, des publications comme *Le Petit Journal* suscitent intérêt et fascination. C'est aussi la « Belle Époque » pour la morphine. Et, à côté des masses anonymes, les grands de ce monde sont également d'après « morphinistes » : le général Boulanger, Bismarck, etc. Dans le monde des écrivains, Sir Arthur Conan Doyle, tout comme son héros Sherlock Holmes, s'injecte régulièrement, pour augmenter ses capacités intellectuelles, un mélange de cocaïne et de morphine, très apprécié des élites victoriennes.

## L'injection intraveineuse, comme incarnation de la toxicomanie

L'histoire de l'injection est cependant loin d'être terminée : la voilà qui rebondit avec la généralisation de l'emploi en intraveineuse, aussi bien dans le domaine médical que dans celui des usages désormais qualifiés de toxicomaniaques, les deux univers se séparant au <sup>xx</sup> siècle avec l'évolution de la législation. Perfusions et injections de sucre ou d'autres solutions dans le sang sont pratiquées par les médecins depuis la fin du <sup>xix</sup> siècle. Mais la voie veineuse est aussi empruntée par les toxicomanes dans l'entre-deux-guerres. Dans les années 1960, cet usage, confidentiel, se massifie. Quelques expérimentateurs avaient de fait découvert que la morphine ou l'héroïne, une fois dans le sang, procuraient des effets plus violents et optimisés, avec un « flash » surve-

nant au bout de 15 à 20 secondes. Lorsque « l'épidémie de drogue » chez les jeunes suscite dans le monde occidental une véritable panique morale, avec emballement médiatique et adoption un peu partout de nouvelles législations anti-drogue (comme la loi de 1970 en France), c'est la figure de l'injecteur d'héroïne en intraveineuse qui marque le plus les esprits, à l'image de l'overdose hautement médiatisée de la jeune Martine à Bandol pendant l'été 1969. La seringue devient alors un des éléments favoris de la nouvelle iconographie qui se met en place autour de cette épidémie : *Le Nouvel Observateur* la place entre les mains d'une poupée sur la couverture de son numéro spécial « pourquoi vos enfants se droguent ? » en 1972, on ne compte plus dans les journaux les photos (de scènes réelles ou reconstruites) de jeunes en train de se piquer ou les allusions à la « maudite seringue pleine de sang » que des parents ont retrouvée dans la chambre de leur fils junky<sup>10</sup>. La « shooteuse » fait partie, avec la cuillère et le briquet, de la petite panoplie qu'ont dans leurs sacs à main les adolescentes héroïnomanes de Marseille<sup>11</sup>. Pour les entrepreneurs de morale comme l'écrivain Jean Cau, la seringue incarne le mal : « Jetez la seringue qui avance vers votre veine sa fine langue de vipère et écrasez-là sous votre talon, faites la guerre à l'hydre et tranchez toutes ses têtes » clame-t-il dans son article « La drogue, c'est la peste », paru dans *Elle* en 1969<sup>12</sup>. Tandis que les effets du « flash » à l'héroïne sont dépeints par le roman éponyme de Charles Duchaussois en 1971 et par toute une littérature autobiographique de jeunes drogués revenus des chemins de Katmandou.

Mais, si l'usage de l'héroïne se fait essentiellement par voie intraveineuse dans les années 1960-1970, il se diversifiera ensuite avec un recours plus massif à l'inhalation comme le montrent les observations conduites aux Pays-Bas, au Royaume-Uni ou en France<sup>13</sup>. De même, complémentaiement, l'héroïne est loin d'être le seul produit consommé par injection. Dans les premières années de « l'épidémie de drogue », l'héroïne fait même écran dans l'opinion publique, masquant une grande diversité de pratiques : on s'injecte ainsi copieusement des amphétamines, la plupart obtenues légalement en pharmacie avant les décrets du début des années 1970 qui les retireront du marché ou en restreindront la vente aux prescriptions médicales : Tonédrone®, Corydrane®, Maxiton®, Préludine®, etc. sont ainsi broyés pour ensuite être injectés. L'usage semble être si massif qu'en haut lieu, au cabinet du ministre de la Santé, on s'en inquiète : « Au moyen d'ordonnances vraies ou fausses, les jeunes intoxiqués se procuraient la Préludine®, dissolvaient dans de l'eau les comprimés et s'injectaient la solution obte-

<sup>9</sup> Jvoret Jean-Jacques. *La morphinée: une femme dominée par son corps*. *Communications* 1993;56:105-13.

<sup>10</sup> *Le Monde*. *Être les parents d'une épave*. 06/08/1971.

<sup>11</sup> *Le Figaro*. *Lamentables confidences d'adolescentes*. 09/1969.

<sup>12</sup> *Elle*. n° 1245. 27/11/1966.

<sup>13</sup> Toufik Abdallah. *La diffusion de l'injection intraveineuse de l'héroïne en France*. *OFDT «Tendances» décembre 1999*. n° 5.

nue. D'un médicament devant être pris par voie orale et dont l'indication thérapeutique est l'obésité, les toxicomanes en ont ainsi fait un médicament injectable utilisé pour son action excitante qui n'est qu'un de ses effets secondaires »<sup>14</sup>.

En février 1971, un colloque à la faculté de pharmacie de Paris, organisé par Jean Mabileau, membre de la Commission interministérielle sur les stupéfiants, fait état de l'inquiétude montante au sein de la profession quant à ces nouveaux cas d'urgence alors constatés dans les officines : abcès, septicémies, hépatites, infections accompagnées de fièvres, etc. autant de pathologies associées à l'injection d'un nombre toujours plus grand de substances et aux « conditions proprement délirantes » dans lesquelles se font les injections intraveineuses (comprimés écrasés avec le talon à même le sol, eau prélevée dans les cuvettes des W.-C., aiguille piquée au revers de la veste) »<sup>15</sup>.

Par la suite, dans les années 1980, les seringues usagées ou les morceaux de citron jonchant les rues de l'îlot Chalon ou les cages d'escalier des H.L.M. de banlieue seront autant d'indices de la présence de scènes de l'héroïne, visibles ou invisibles, tandis que les pratiques se

et injectés directement dans le sang alors qu'ils étaient initialement prescrits en gélules. Mais ce n'est là que le dernier chapitre en date d'une longue histoire à travers laquelle les hommes ont tenté de s'injecter des substances dans le corps dans un but médical et/ou récréatif.

diversifieront encore avec des mélanges injectables comme le *speed-ball*. Toujours dans l'ambiguïté entre le thérapeutique et l'addiction, des opiacés prescrits médicalement comme le Palfium® ou le Skénan® seront broyés

<sup>14</sup> Note pour le directeur de cabinet du ministre de la Santé, 10 septembre 1969, Archives du ministère de la Santé, CAC 19900545/1.

<sup>15</sup> *Moniteur des pharmacies*, 10 04 1971, n° 981 (à propos du colloque à la faculté de pharmacie de février 1971).

# Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

# Médecins du Monde en Géorgie : un programme de réduction des risques et de plaidoyer

Elisabeth Avril / Directrice de Gaïa-Paris / Véronique Miollany / Coordinatrice générale Géorgie, Médecins du Monde

*Depuis le début des années 2000, les programmes de réduction des risques (RdR) de Paris, Lyon et, dans une moindre mesure, Marseille, Nice et Metz ont vu émerger une population d'usagers de drogues originaires des pays de l'ex-Union soviétique, en particulier de Géorgie. L'association Gaïa Paris, fondée et soutenue par Médecins du Monde (MdM) a reçu 455 usagers de drogues Géorgiens depuis 2000 et a développé un accueil plus spécifique pour cette population au fil des ans. Ces personnes sont majoritairement des hommes usagers d'opiacés par voie intraveineuse. Leurs demandes de soins sont centrées sur les traitements de substitution, et sur l'évaluation et le traitement d'une hépatite C chronique.*

La rencontre de cette population géorgienne a eu un impact important sur l'équipe de Gaïa et le fonctionnement de nos programmes, ce qui a poussé à organiser une mission exploratoire en Géorgie en juin 2007, dans le cadre du groupe thématique Europe de l'Est de MdM. Cette mission, qui avait pour objectif d'établir un diagnostic de santé et d'évaluer la pertinence d'une intervention et ses modalités éventuelles auprès des usagers de drogue, a validé la pertinence d'une intervention et MdM a choisi de travailler en priorité dans la capitale de la Géorgie, Tbilissi, où se trouve la majorité des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI)<sup>1</sup>, en créant un partenariat avec l'association New Vector, première organisation d'autosupport locale du Caucase.

L'ouverture du projet a été retardée par la guerre de 2008 qui a opposé la Géorgie à la Russie, faisant des centaines de milliers de déplacés d'Ossétie du sud, et par la difficulté à trouver un financement en complément des fonds propres de MdM. Fin 2010, une coordinatrice générale et une chargée de projet RdR sont parties sur place pour implanter le projet avec le support du siège et

la responsable de mission.

L'objectif était double, contribuer à réduire les risques de transmission du VIH/VHC/VHB et autres infections sexuellement transmissibles (IST) chez les usagers ainsi qu'à réduire les

dommages liés à la consommation de drogues tout en améliorant la qualité et la visibilité des actions de RdR. L'idée de s'associer avec une organisation existante était nouvelle pour MdM et représentait un challenge dans un contexte assez difficile. New Vector, est une association d'usagers et d'ex-usagers de drogues qui développait depuis 2008 des actions de RdR financées par le Fonds mondial. Ces actions étaient peu nombreuses, peu coordonnées et l'association manquait de moyens, de visibilité et de support.

En collaboration étroite avec New Vector, nous avons ouvert un centre d'accueil dans un quartier central de Tbilissi, une grande bâtisse de trois étages ayant pignon sur rue. La répression policière étant particulièrement forte en Géorgie, la grande crainte était que les usagers n'osent pas se rendre au centre. L'équipe de New Vector composée d'ex-usagers et d'usagers a été renforcée, formée, un centre dentaire a été créé, une infirmière, un médecin et une psychologue ont été recrutés localement. Le service dentaire a permis d'augmenter la file active au *drop-in* et d'attirer de nouveaux usagers. Un poster a été présenté lors de la conférence internationale de RdR à Vilnius en 2013, montrant la possibilité d'attirer les usagers au *drop-in* malgré un contexte répressif.

Un important travail d'*outreach* est mené par les travailleurs sociaux (dénomination des pairs en Géorgie), ils

<sup>1</sup> 27 000 sur Tbilissi pour un total de 40 000 environ dans toute la Géorgie — *Estimating the prevalence of injecting drug use in 5 cities of Georgia, 2009. D'après la dernière étude en 2012 de Curatio International Foundation — Behavioral surveillance on injecting drug users — le nombre d'usagers dans toute la Géorgie est de 45 000.*



se rendent au domicile des usagers et apportent le matériel d'injection, récupèrent le matériel souillé et distribuent du Narcan en formant les usagers à son utilisation. En Géorgie, pays d'un peu moins de quatre millions d'habitants, les usagers sont injecteurs d'opiacés historiquement. Il y a eu une épidémie d'usage de drogues dans les années 1990, appelées les années noires par la population. Pendant dix ans, l'économie du pays, les infrastructures étaient dévastées, la criminalité était omniprésente et l'usage de drogues (héroïne) s'est développé de façon exponentielle. Les Géorgiens disent que c'était à la mode, être dans le coup, être un homme impliquait un usage de drogues par voie intraveineuse. Tous les milieux étaient touchés, et particulièrement l'élite. La corruption était permanente et l'usage de drogues touchait également la police, les milieux d'affaires, l'université et le corps médical. Il circule en Géorgie des histoires drôles, histoires nationales partagées que les gens se racontent en famille, histoires d'usagers et de drogues. La Géorgie était en passe de devenir un « narco État », avec même des tentatives de plantation de coca sur la côte où règne un climat subtropical.

À l'arrivée au pouvoir de Mikheil Saakashvili, les choses ont changé, la lutte contre la corruption et la drogue a été féroce, sur le modèle des États-Unis, grand support du régime. Licenciements dans la police et parmi les médecins, des universitaires. Chaque année, la police procède à plus de 60 000 tests urinaires forcés et arbitraires dans la population. Un test positif aux opiacés entraîne une amende élevée par rapport au niveau de vie et une récidive amène très rapidement à de longues incarcérations.

L'usage de drogues a longtemps été dominé par l'opium et l'héroïne sur le modèle russe, les usagers préparaient des décoctions d'opium qu'ils injectaient. La répression entraînant une raréfaction de l'héroïne et une augmentation de son coût, il y a eu dans les années 2006 à 2008 un trafic de buprénorphine avec la France, un comprimé de Subutex® se négociait 120 à 240 dollars en 2007 à Tbilissi. Depuis 2008, les usagers se sont rabattus sur les « home made drugs », cuisinées à domicile et dont les principes actifs sont moins réprimés que les drogues illicites. Ces drogues, les principales étant le krokodil, la vinte et la jeff, sont très répandues et constituent l'essentiel des consommations. Elles commencent tout récemment à être supplantées par les drogues de synthèse achetées sur Internet, les « bios » qui sont également sniffées ou injectées.

Le krokodil est fabriquée à base de codéine (extraction de la désomorphine), la préparation dure environ 45 minutes, le travail et les coûts sont souvent répartis entre quatre ou

cinq usagers : l'un va acheter la codéine, l'autre le soufre, le troisième les autres composants (acide chlorhydrique, DesTop®, iode), l'un cuisine (cela nécessite certaines compétences) et le dernier peut être le « piqueur ». Le travail est bien réparti et les usagers peuvent se faire jusqu'à six, sept injections par jour. La vinte et la jeff sont des drogues psychostimulantes à base de pseudoéphédrine contenue dans les comprimés d'Actifed® et autres médicaments contre le rhume. La vinte a le même effet que la cocaïne mais plus long ; la jeff, dont la préparation est particulièrement dangereuse, nécessitant du manganèse, occasionne rapidement des dommages neurologiques irréversibles de type pseudoparkinsonien.

Les usagers se cachent, ont peu accès à l'information et prennent beaucoup de risques.

Les seringues ont toujours été en vente libre en pharmacie, mais elles sont peu accessibles du fait du harcèlement policier et de la peur d'être interpellé avec du matériel. Elles sont souvent réutilisées ou échangées après les avoir bouillies quelques minutes.

Sur le plan social, la situation est assez paradoxale, les usagers géorgiens ne sont pas stigmatisés, ni montrés du doigt, la structure familiale est forte, les Géorgiens se marient jeunes et sont parents rapidement. Les usagers restent dans les familles, il y a peu de gens à la rue. Le taux de chômage est très important et beaucoup de Géorgiens migrent ou restent dans les familles où un système de débrouille est bien installé, reposant en partie sur les ressources de la famille restée à la campagne.

Le système de soins a été totalement privatisé sous Saakashvili, les soins sont payants. Une couverture maladie de base pour les plus pauvres a été mise en place récemment mais ne couvre que les soins primaires. Un traitement standard contre l'hépatite C (interféron pégylé, ribavirine) coûtait jusqu'à l'année dernière 12 000 dollars plus les examens complémentaires de suivi, totalement à la charge du patient. Peu de gens accèdent à ce traitement.

Des élections parlementaires se sont déroulées en octobre 2012 avec la victoire de la coalition de différents partis d'opposition au gouvernement en place, dont le leader (le multimilliardaire Bidzina Ivanishvili) est devenu le nouveau Premier ministre. En octobre 2013, les élections présidentielles ont confirmé la victoire du nouveau parti de coalition. Cependant, son leader a souhaité se retirer de la vie politique publique et c'est le ministre de l'Intérieur qui est devenu le Premier ministre, renforçant ainsi la position « dure » du nouveau gouvernement concernant la politique sur les drogues.

Trois conséquences majeures en lien avec le programme durant toute cette période :



- un « gel » de toutes les discussions entamées, réformes envisagées, etc. le temps de la mise en place définitive de tous les nouveaux acteurs politiques, ainsi que la nécessité de recréer des liens avec les nouvelles équipes en place ;
- une accélération sans précédent de la mise en liberté de prisonniers (de 24 000 en janvier 2012 à environ 10 500 en janvier 2013) entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires dans les programmes d'échange de seringues, notamment au *drop-in* ;
- une politique qui ne s'est finalement pas assouplie sur la législation des drogues, contrairement à ce qui avait été annoncé au départ, nécessitant donc la reprise des activités de plaidoyer dans ce domaine.

Un des objectifs du projet est le plaidoyer concernant l'accès aux traitements de l'hépatite C qui représente un fléau national, 7 à 13 % de prévalence en population générale.

Depuis l'ouverture du programme en juin 2011, les équipes de MdM et de New Vector se mobilisent pour améliorer l'accès des usagers aux services de RdR et que ces services soient de qualité. Un gros volet du projet concerne la formation directe des acteurs de terrain et la formation de formateurs pour étendre les bonnes pratiques aux régions que MdM et New Vector ne touchent pas directement.

Un aspect important de ce projet est l'implication des usagers eux-mêmes dans les programmes, ils sont les acteurs de ce dispositif. New Vector a fondé un groupe de patients vivants avec l'hépatite C, Hépa+, supporté également par MdM, qui est très actif dans les actions de plaidoyer auprès de la société civile, des autorités gouvernementales et présent au sein des instances de coordination sur la prévention VIH/VHC/VHB. Ces instances sont nouvelles et sont le résultat des actions militantes de ces associations (manifestations publiques, interventions télévisées, témoignages, etc.)

Les capacités locales, nationales et internationales des usagers en termes de plaidoyer et de défense de leurs droits ont été renforcées, le directeur de New Vector est membre du réseau géorgien de RdR et a fondé « Georgian network of people using drugs » (Genpud) sur le modèle anglais d'Inpud qui permet une visibilité de leurs actions au niveau international et des soutiens financiers (Soros entre autres).

<sup>2</sup> Centre d'accueil pour usagers. Cette collaboration a permis la mise en œuvre

<sup>3</sup> Chiffre qui correspond aux standards internationaux. d'un « *drop-in center* »<sup>2</sup> visible à Tbilissi, un travail direct auprès des bénéficiaires, les formations dans le champ de la RdR et les formations de formateurs en coopération avec le

<sup>4</sup> Hepatitis C among People who inject drugs in Tbilissi, Georgia: an urgent need for prevention and treatment. Juin 2013 pour l'International Journal of Drug Policy (IJDP). réseau géorgien de RdR dont fait partie MdM.

Ces actions ont permis une importante augmentation de la file active en quatre ans (de 600 à plus de 3 000 bénéficiaires directs) au *drop-in* sans compter les bénéficiaires touchés dans les régions par les actions de formation (100 personnes fourchette basse). La fréquentation du centre continue à augmenter régulièrement, passant de 200 par mois à l'ouverture à 1 000 actuellement.

Au *drop-in* ou lors des visites en *outreach*, les bénéficiaires ont accès à du matériel stérile ainsi qu'à des préservatifs. Le Fonds mondial distribue de manière très irrégulière et en quantité insuffisante des seringues et des tampons alcool. MdM complète donc cette distribution et, après concertation auprès des bénéficiaires, a décidé d'élargir la palette de matériel stérile disponible afin de diminuer les risques liés à l'injection avec : de l'eau stérile, du coton, des serviettes désinfectantes, des garrots, des masques et des gants (utilisés lors de la préparation des produits). Ainsi, 690 308 seringues servant à l'injection (de 1 à 5 cc) ont été distribuées durant la période (soit 227 seringues en moyenne par an et par bénéficiaire<sup>3</sup>), ainsi que 115 416 préservatifs.

Les actions de plaidoyer sont développées sur deux volets : accès gratuit aux diagnostics et traitement de l'hépatite C/renforcement des bonnes pratiques de RdR (décriminalisation).

Afin d'étayer notre plaidoyer, MdM a mis en place une action FibroScan® depuis septembre 2012. Nous avons débuté par une étude, la seule à ce jour portant sur les usagers de drogues en Géorgie, sur les besoins en traitement des usagers de Tbilissi du 15 octobre au 2 novembre 2012 dont les résultats ont été publiés en 2013<sup>4</sup>. Sur les 217 participants dépistés dans le cadre de l'étude, 90 % sont affectés par le virus de l'hépatite C et 22 % d'entre eux développent une fibrose sévère du foie et ont besoin d'un traitement rapidement.

Le 28 juillet, journée internationale sur les hépatites, est devenue l'occasion de parler de ce problème en organisant des événements dans tout le pays.

MdM a choisi en priorité, en collaboration avec Soros et le Réseau géorgien de RdR, d'axer son plaidoyer sur :

- l'accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite C ;
- le développement de la législation pour une décriminalisation des pratiques de RdR, notamment la récupération de seringues et l'accès à la naloxone en cas d'overdose.

Les activités de plaidoyer clés concernant l'hépatite C se déroulent en lien avec la journée mondiale des hépatites le 28 juillet de chaque année. En 2012, à l'occasion de cette journée, les équipes ont organisé une conférence de presse sur l'hépatite C et une action de rue où les activistes ont installé des barrières devant le Parlement.

Les personnes infectées par le VHC (ou leurs représen-

1. Installation des barrières représentant les coûts.
2. 24 juillet, action de rue devant les laboratoires Merck et Roche.
3. Concert à Batumi.
4. Action de rue à Zougdidi.
5. Signatures sur la liste d'attente.

1  
23  
4

5

© Véronique Miollany

tants) le souhaitant pouvaient s'inscrire sur une liste d'attente pour un traitement.

26 juillet : table ronde en présence du représentant de l'Union européenne, des vice-ministres de la Santé et de la Probation.

Depuis 2013, le nouveau gouvernement a lancé un programme de prise en charge de l'hépatite C dans les prisons. Ainsi, 10 000 traitements (interféron pégylé, ribavirine) sont disponibles pour la somme d'environ 3 500 euros par traitement (48 semaines). Mais ce prix reste élevé pour une grande partie de la population.

En mars 2014, seuls 700 dossiers ont été envoyés, du fait de la barrière financière.

En 2015, MdM souhaite mettre en place un programme de traitement de l'hépatite C.

En conclusion, l'action de MdM en Géorgie a permis, depuis 2012, un développement et une visibilité des actions de RdR au niveau national. New Vector est devenu un acteur majeur, visible et reconnu de la RdR à travers les actions de mobilisation et de plaidoyer. Le drop-in

occupe désormais une place centrale dans les activités de RdR dans ce pays.

Le plaidoyer devra se poursuivre pour un accès au traitement qui, malgré la prise de conscience, n'est toujours pas effectif dans le pays, notamment en raison de la barrière financière.

# Médecins du Monde à Dar-es-Salaam : premiers pas de réduction des risques en Afrique de l'est

Céline Debaulieu / Coresponsable de mission

*En 2010, Médecins du Monde-France ouvre le premier programme pour les usagers de drogues en Afrique de l'est. Après une mission exploratoire en février de cette même année, qui s'est déroulée à la fois à Zanzibar et sur le continent, à Dar-es-Salaam, et qui a révélé une consommation d'héroïne en forte augmentation. La mise en place d'un projet est apparue comme une priorité.*

Depuis plusieurs années, la Tanzanie est l'un des pays où transite l'héroïne en provenance des pays d'Asie centrale. En devenant un lieu de passage, la consommation d'héroïne s'est développée à la fin des années 1990, souvent injectée. Si l'héroïne brune a tout d'abord été la forme retrouvée jusqu'au milieu des années 1990, par la suite et jusqu'à aujourd'hui, c'est sous la forme d'héroïne blanche qu'elle est vendue et consommée. On estime à 8 000 à 10 000 le nombre d'usagers par voie injectable. L'arrivée de Médecins du Monde (MdM) n'a pas été sans difficultés. Politiquement, la région est très influencée par une présence américaine forte, et cette dernière ne voyait pas d'un bon œil l'ouverture d'un programme dans la capitale.

Il est vrai que le positionnement des différentes agences gouvernementales américaines portait plutôt un message d'abstinence et promouvait le développement de structures proposant un sevrage à la dure ou une démarche de type « Narcotiques Anonymes ». De fait, les politiques tanzaniens étaient, eux aussi, façonnés selon ce modèle, et personne n'était très enclin à promouvoir un programme d'échange de seringues (PES).

Le programme s'est finalement établi dans l'un des trois districts, Temeke, le plus pauvre de Dar-es-Salaam, et dans lequel vivent environ 2 millions d'habi-

tant. Le programme inclut l'accès à des soins et services médicaux et sociaux en proposant un lieu d'accueil fixe (*drop-in center*), le travail de rue et un PES. Les traitements de substitution aux opiacés sont disponibles dans les hôpitaux.

## Modes de consommation et usages

À Temeke, les consommations, surtout les injections, se font en grande majorité dans la rue. Les usagers, dans chaque quartier, se regroupent dans ce qu'ils appellent des « maskani »<sup>1</sup>, auxquels ils donnent des noms – Sherif, Sheraton, Zakhem, Charambe, etc. Ces lieux servent à la fois à la vente et à la consommation, et permettent aux usagers de se retrouver ensemble et de s'entraider. Les « docteurs », d'anciens usagers ou des usagers toujours actifs, proposent leurs services pour injecter : ils sont réputés pour trouver des veines partout, sur tout le monde... Ils se font rémunérer en échange d'une partie du produit, ou en argent. Certains usagers organisent aussi leur lieu de vie pour qu'il devienne un espace de consommation.

Ainsi, un usager, qui fréquente depuis les débuts le projet de MdM, permet aux autres usagers de consommer chez lui et sert aussi de « docteur ». Il a permis beaucoup de contacts, a été un des premiers à se former aux risques liés à l'injection et il a mis à disposition du matériel stérile chez lui. Des usagers comme celui-ci, on en retrouve un ou deux dans chaque « maskani », ce sont les leaders

<sup>1</sup> Maskani : lieux de regroupements des usagers (coins de rue, maison d'un usager, lieu abandonné, etc.).

tants. Le programme inclut l'accès à des soins et services médicaux et sociaux en proposant

du lieu, une personne de confiance qui sert de référence. Les « maskani » sont fréquentés à la fois par les hommes (80 %), et les femmes (20 %). Les lieux pour injecter et ceux pour inhaler sont distincts. Les deux groupes de consommateurs se mélangent peu, et on retrouve beaucoup d'aversion de la part des non-injecteurs envers les injecteurs, qui sont rejetés, exclus et marginalisés, à la fois par la société et par leur famille.

En ce qui concerne l'inhalation, la méthode est de mélanger l'héroïne avec du tabac et de la marijuana dans une cigarette. C'est sous le nom de « cocktail » que la consommation est la plus largement répandue pour fumer de l'héroïne dans le district de Temeke.

L'héroïne est calibrée dans des petits sachets, appelés « kete », un sachet est vendu 1 000 shillings tanzaniens (environ 0,50 euros). Pour obtenir 1 g d'héroïne, il faut 36 sachets. La manière de consommer est semblable pour tous : l'héroïne est mélangée avec de l'eau dans un coin de sachet en plastique, ou bien le mélange peut se faire directement dans la seringue. Puis les usagers secouent rapidement et injectent. L'utilisation de garrots est très répandue (lacets de chaussures). Ils injectent en majorité dans les bras et les jambes, plus rarement dans l'aîne, voire dans le cou.

Les conditions d'hygiène étant désastreuses, l'accès à l'eau difficile, il est très courant de ne pas se laver les mains avant une injection. Les premières mesures de RdR mises en place ont donc été de promouvoir l'utilisation de tampons alcoolisés avant d'injecter, à la fois pour se laver les mains et pour nettoyer le point d'injection. Comme ils utilisent généralement leurs doigts pour arrêter le saignement après avoir injecté, il a fallu montrer l'intérêt des tampons secs pour réaliser une hémostase correcte. Leurs veines étant très abimées – l'habitude étant de garder l'aiguille un certain temps dans le point d'injection –, il a fallu échanger avec eux sur leurs croyances, afin de les aider à protéger leur capital veineux.

Quant aux populaires « docteurs », leurs connaissances du corps est très parcellaire, et relève plus de la croyance que de la science. Ils ont bénéficié en premier de formations plus appuyées sur les pratiques moins à risque concernant l'injection, et ils se sont montrés tout à fait enclins à apprendre, car ils avaient tout à y gagner en termes de notoriété.

## Le projet : travailler avec les usagers et limiter les risques

Le travail préliminaire a été facilité par deux associations locales, Tayohag et Poverty fighters, qui avaient à leur disposition deux petits espaces et qui mettaient en place de manière bénévole des actions auprès des usagers de

drogues, à la fois dans un objectif de sevrage et de prévention. Ces deux associations, connaissant très bien les lieux de consommation et les usagers, nous ont permis d'avoir un contact immédiat pour échanger avec les usagers, d'observer leurs pratiques de consommation et ainsi d'affiner l'implantation du programme.

En 2010, une fois l'équipe recrutée par la coordinatrice Sandrine Pont, une période de prospection d'un mois a permis d'identifier les espaces de consommation, le nombre d'usagers sur ces sites (que ce soit des fumeurs ou des injecteurs). Ensuite, nous avons décliné le projet en deux axes : un travail de terrain mené avec une unité mobile permettant de rejoindre des sites parfois très éloignés, et ainsi proposer l'échange de seringues sur les lieux de consommation, et un accueil au sein du lieu fixe, qui, lui, proposerait en plus de l'échange de seringues des tests de dépistage rapide VIH, hépatites et syphilis, ainsi que la possibilité de faire une pause, de prendre une douche, etc. Des séances d'injection à moindre risque ont été organisées dès le début de l'année, afin de travailler avec les usagers sur leurs pratiques et de limiter les risques pris lors de leurs consommations. Lors des séances organisées chaque semaine, un ou plusieurs usagers montraient leur rituel de consommation, un échange s'ensuivait sur ce que les autres faisaient ou non de manière similaire et comment adapter ces pratiques pour les rendre moins à risque. Ensuite, nous avons adapté le film « 17'10 », pour une injection à moindre risque en le traduisant en kiswahili, la langue du pays, une personne lisait cette version pendant que le film était projeté. Cette méthode a favorisé les échanges et a aidé à visualiser des meilleures pratiques, tout en les adaptant aux conditions de consommation.

Le PES a démarré en janvier 2011 sur le terrain, de manière tout à fait discrète avec l'accord du psychiatre en charge de la santé mentale au sein du ministère de la Santé, le Dr Joseph Mbatia, qui a été un soutien précieux. Il s'est tout de suite saisi du dispositif et a réalisé que le projet apporterait un réel changement, à la fois pour les usagers et dans les pratiques professionnelles.

En parallèle, un travail d'information a été mené auprès des chefs de police dans les commissariats de quartier, qui ont été rencontrés successivement afin d'expliquer notre travail et nos objectifs.

Dès le mois de février 2011, les premières formations auprès des soignants, médecins et infirmiers de l'hôpital public voisin, ont débuté, et ont permis de mettre en place les premières collaborations. Un des premiers constats a été de mettre en lumière l'état de santé très dégradé des usagers, qui ne trouvaient pas d'écho auprès des services hospitaliers publics. Il est vrai que



## Comportements à risque résultats de l'étude de MdM en 2011

Sur 430 usagers, 83 % sont des hommes, 17 % des femmes et l'âge médian est de 30 ans, 65 % des hommes et 49 % des femmes sont des injecteurs. Cette étude met en avant des taux de prévalence à VIH et VHC très élevés et des comportements à risque liés à l'échange de seringues et/ou à la réutilisation du matériel d'injection comme à une faible utilisation du préservatif et à un recours important à des rapports sexuels tarifés, en particulier chez les femmes.

Parmi les injecteurs, 30 % des hommes et 67 % des femmes ont été dépistés VIH+ et 28 % des hommes comme des femmes sont porteurs du virus de l'hépatite C ; 15 % des hommes et 28 % des femmes sont co-infectés (VIH/VHC).

Parmi les non-injecteurs, 3 % des hommes et 41 % des femmes ont été dépistés VIH+ et 8 % des femmes VHC+ (aucun homme non injecteur n'est porteur du VHC). Par

comparaison, les estimations nationales dans la population générale pour le VIH sont de 5 % pour les hommes et de 7 % pour les femmes.

Parmi toutes les personnes interrogées, 32 % des hommes et 52 % des femmes déclarent des rapports sexuels tarifés dans les 12 derniers mois et 40 % des hommes et 27 % des femmes des partenaires sexuels occasionnels.

Parmi les injecteurs, 77 % ont déclaré avoir réutilisé leur propre seringue le mois passé, 23 % avoir utilisé une seringue cachée (pour éviter d'être arrêté, beaucoup d'usagers ne gardent pas leurs seringues sur eux et les « cachent », mais souvent dans la rue, ils ne sont jamais sûrs de récupérer « leur » seringue ni que personne ne l'ait utilisée entre temps). Enfin, 18 % des hommes et 8 % des femmes se sont injectés avec une seringue utilisée par une autre personne avant eux.



Espace de consommation où les « docteurs », proposent leur savoir-faire. © David Seban

leurs croyances les portaient plus à aller vers les médecins traditionnels que vers la médecine occidentale. Les maladies sont souvent associées à une malédiction, ou à un sort porté sur eux par un proche dont il faut être désenvoûté. Néanmoins, devant l'urgence de certaines situations, il a fallu établir rapidement une collaboration avec les services de soins, à la fois publics et privés. Ces collaborations ont ainsi favorisé la prise en charge d'usagers pour accéder aux antirétroviraux (ARV), ou à des traitements antibiotiques pour soigner des abcès. Enfin, nous avons mené un travail pédagogique auprès des autorités locales du district afin de permettre à nos actions d'être comprises et surtout de faire de nos interlocuteurs des alliés.

## Des moments d'échanges réservés aux femmes

Une attention particulière a été portée aux consommatrices d'héroïne dès la mise en place du projet. En effet, plusieurs études<sup>2,3</sup> réalisées dans les années 2000 avaient mis en lumière des pratiques particulièrement à risque pour les femmes. Elles avaient à l'époque l'habitude de consommer entre elles et de réaliser des injections en prenant du sang à une femme qui venait juste de s'injecter : c'est la pratique du *flashblood*. Ainsi, lorsqu'une femme n'avait pas suffisamment de ressources pour s'acheter de l'héroïne, une autre du groupe préparait une seringue remplie de sang juste après sa propre consommation, et cette seringue était utilisée par la femme en manque à ce moment-là. Ces pratiques expliquaient notamment le taux de contamination par le VIH très élevé chez les femmes. De plus, cela montrait le fonctionnement très spécifique des femmes, qui se soutenaient et étaient solidaires.

Au début du travail de prospection dans les différents quartiers de Dar-es-Salaam, ces pratiques n'avaient plus cours, même si les usagères restaient plus cachées et parfois difficiles à approcher. En effet, elles continuent à assurer la gestion du quotidien quelles que soient leurs pratiques (préparation des repas, garde des enfants, etc.), et beaucoup couplent leur usage de drogues avec le travail du sexe. Les femmes sont donc peu disponibles en journée et se reposent le matin. Le *drop-in center* a donc adapté ses horaires afin de leur proposer un accueil spécifique une fois par semaine en fin de journée. Les hommes ont seulement accès à la distribution de matériel, les activités, réservées aux femmes, ont pris, au fil du temps, différentes formes. Elles ont tout d'abord commencé par des moments de détente avec des

soins du corps. Ces moments d'échanges ont permis aux femmes d'exprimer le besoin de retrouver ces moments leur permettant de s'extraire du monde de la rue et de la pression masculine qu'elles subissaient au quotidien. Elles ont aussi très vite affirmé leur volonté de se prendre en charge et de mettre en place des activités génératrices de revenus. Certaines ont utilisé le centre pour créer des tissus, revendus ensuite sur les marchés. Cela a permis d'ouvrir, en 2013, un département spécialement dédié aux activités génératrices de revenus, avec l'embauche d'une coordinatrice.

L'arrivée de MdM a permis de développer un programme qui répond aux besoins des usagers, et de sortir de la seule proposition de l'abstinence, qui prévalait jusqu'en 2010. Aujourd'hui, le programme est reconnu mais aussi demandé pour son expertise, à la fois par les partenaires tanzaniens et par d'autres pays d'Afrique de l'est.

Ainsi, le dernier plan tanzanien de prévention du VIH réalisé en 2014, auquel MdM a été associé, reprend les fondements de la RdR pour que cette dernière soit associée aux programmes de prévention.

Par ailleurs, le projet est soutenu depuis 2011 par les autorités locales qui ont mis à disposition du personnel soignant intégré depuis à l'équipe de MdM.

En juin 2011, une étude a été menée au sein du lieu fixe<sup>4</sup> pour recueillir des données précises au regard des contaminations VIH et hépatites parmi un échantillon d'usagers, à la fois injecteurs et fumeurs (cf. les résultats dans l'encadré).

La RdR était totalement méconnue à notre arrivée en Tanzanie; quatre ans plus tard, un travail important, pédagogique et précis, a permis de faire du programme de MdM un modèle à suivre et à modéliser. Les fondements même de la RdR, s'ils ne sont pas encore appliqués par tous, sont mieux compris et acceptés. Des liens avec le programme ouvert l'année dernière au Kenya à Nairobi sont créés, et on peut donc imaginer que la RdR en Afrique de l'est va pouvoir se développer et permettre à de nouveaux projets d'émerger dans les pays voisins.

Le développement du centre de ressources et de formation, qui s'appuie sur l'expérience pratique des actions de MdM (travail de terrain et lieu d'accueil fixe) va permettre à d'autres programmes de s'ouvrir dans tout le pays, puis dans d'autres pays africains. Il s'agit de proposer de nouveaux modèles d'intervention, notamment sur un continent très exposé face à l'épidémie de VIH, pour laquelle il est nécessaire de sortir des approches de prévention globale pour proposer des actions en direction de populations cibles.

<sup>2</sup> McCurdy SA, Ross MW, Williams ML, Kilonzo GP, Leshabari MT. Flashblood: blood sharing among female injecting drug users in Tanzania. *Addiction* 2010;105:1062-70.

<sup>3</sup> Ross MW, McCurdy SA, Kilonzo GP, Williams ML, Leshabari MT. Drug use careers and blood borne pathogen risk behavior in male and female Tanzanian heroin injectors. *Am J Trop Med Hyg* 2008;79:338-43.

<sup>4</sup> Bowring A, Van Gemert C, Toujik A, Dietze P, Stooze M. Assessment of risk practices and infectious disease among drug users in Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: Prepared for Médecins du Monde-France. Melbourne: Centre for Population Health, Burnet Institute. 2011.

## La réduction des risques vue de Vancouver

Gilles Pialoux / Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Tenon, Paris

*Vancouver est aujourd'hui, dans le paysage de la lutte contre le VIH et le VHC, une figure emblématique de la RdR mais aussi du « test and treat », ce concept né dans le milieu des années 2000 et qui veut que plus on dépiste, plus on traite, mieux on informe sur la prévention, plus on maintient les personnes dans le système de soins, plus on contrôle les pratiques et les virémies, plus on diminue la circulation de ces deux virus.*

Vancouver, située au sud-ouest de la province de Colombie-Britannique, sur la côte pacifique et la municipalité canadienne la plus densément peuplée, s'est illustrée depuis longtemps dans ce qui fait le champ de la revue *Swaps*. Le premier programme d'échange de seringues a été implanté à Vancouver à la fin des années 1980 au moment où le taux de prévalence VIH se situait à 2% parmi une population de 6 000 à 10 000 usagers de drogues injectables. Ce programme d'échange de seringues (PES) a été considéré comme le plus gros du continent américain avec 2,3 millions de seringues échangées en 1996. *Transcriptases*<sup>1</sup> avait rendu compte de la première étude de cohorte, mise en place en 1996, pour y étudier la prévalence du VIH et de l'hépatite C. Cette séroprévalence était alors de 23,2% (intervalle de confiance (IC) 95% : 20,6-25,8) pour le VIH et pour le virus de l'hépatite C de 88% (IC95% : 85,2-90,8).

Vancouver a aussi ouvert, dès 2003, une salle d'injection, la première au Canada<sup>2,3</sup>. Les drogues illicites que les usagers se sont procurés antérieurement y sont injectées avec une supervision médicale. Même si le gouvernement fédéral avait refusé de subventionner le développement de ce service avant que la Cour suprême dise « oui » à *Insite*, sise au 139, East Hasting Street ! Les chercheurs de l'université de Colombie-Britannique, menés par Julio Montaner et Thomas Kerr ont montré dès 2011<sup>4</sup> qu'*Insite* réduisait de 35% les overdoses mortelles autour de la salle.

Dix ans après, le projet « Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP) » se présentait comme un projet pilote triennal financé par le ministère de la Santé Canadien qui a pris fin le 31 mars 2013. Le projet avait pour but d'élargir les services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien en vue de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, application stricte du *test and treat*. Ce projet a parfaitement réussi, tel que le résume le site *Catie*<sup>5</sup>, à transformer tout le système de soins dans la ville en associant dépistage du VIH, diagnostic, repérage des cas et arrimage aux soins pour les clients actuels et nouveaux, traitements du VIH et aide à l'observance thérapeutique, ainsi que les services de soutien en lien avec le VIH. Il visait les objectifs suivants concernant le VIH/sida : en réduire l'incidence ; améliorer le dépistage précoce ; assurer un accès en temps opportun à des soins et à des traitements sécuritaires et de grande qualité ; améliorer l'expérience du client à chaque étape de son parcours ; et démontrer une optimisation du système et des coûts. En 2010, à son lancement, des données indiquaient que le modèle de dépistage fondé sur le risque, à Vancouver, ne joignait pas tous les individus qui avaient besoin d'un test de dépistage, environ 25% des personnes vivant avec le VIH n'étaient toujours pas au courant de leur séropositivité, et ce malgré de nombreuses occasions de dépistage. Dans 60% des cas, le diagnostic était jugé tardif et la personne dépistée devait débiter un traitement anti-VIH. Ce projet a aussi permis d'élargir et d'améliorer la notification des partenaires par la santé publique (qui n'existe

<sup>1</sup> Julie Bruneau. L'échange de seringues à la lumière de l'expérience de Vancouver. *Transcriptases* n° 62 ; janvier 1998.

<sup>2</sup> [www.pistes.fr/swaps/51\\_149.htm](http://www.pistes.fr/swaps/51_149.htm)

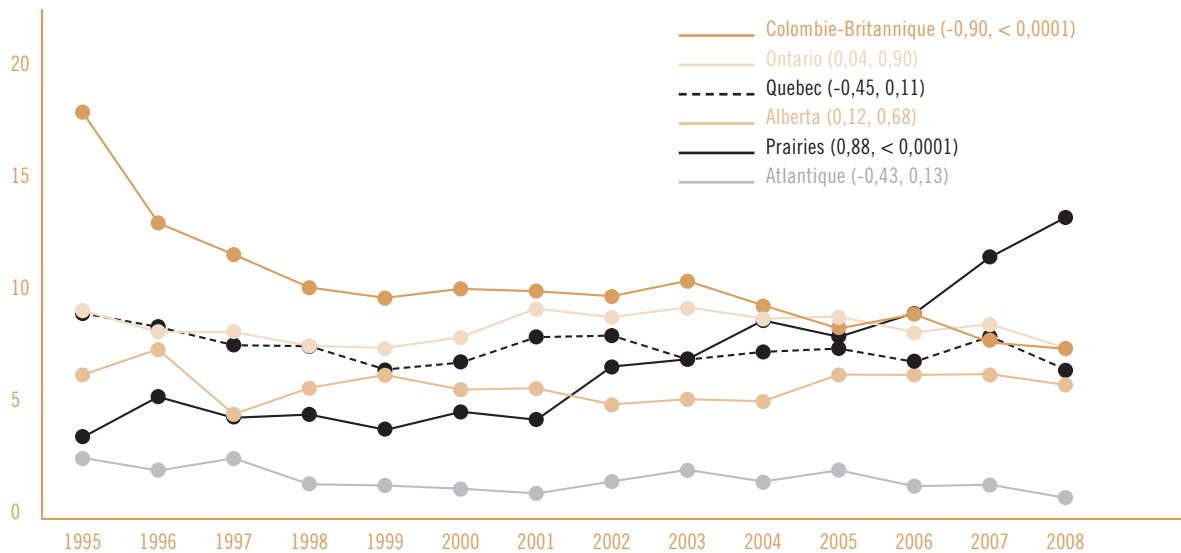
<sup>3</sup> [www.pistes.fr/swaps/68\\_01.htm](http://www.pistes.fr/swaps/68_01.htm)

<sup>4</sup> Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377:1429-37.

<sup>5</sup> Christine Johnston. Vers un nouveau paradigme. L'histoire du Projet STOP de Vancouver. [www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/vers-nouveau-paradigme-histoire-projet-stop-vancouver](http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/vers-nouveau-paradigme-histoire-projet-stop-vancouver)



Figure. Canada : VIH + tests par région par années (taux pour 100 000 habitants)<sup>9</sup>.



pas en France) et de l'intégrer plus efficacement aux traitements, aux soins et au soutien liés au VIH. En mettant en œuvre le traitement comme outil de prévention (*Treatment as Prevention* [TasP])<sup>6,7</sup> dans le monde réel, il a réussi à atteindre ses objectifs, mais a aussi permis de recueillir beaucoup de renseignements sur l'état idéal des services liés au VIH à Vancouver, comme ailleurs.

Julio Montaner (Vancouver, Canada), avec sa gouaille sud-américaine, fait désormais le tour du monde et de ses congrès pour montrer le succès du modèle de la Colombie-Britannique<sup>8</sup> où « le TasP, c'est si simple ». Opposition avec les États-Unis, leur cascade de « linkage of care » désastreuse, où tout est si compliqué, tant les deux modèles sanitaires et sociaux diffèrent. Selon Montaner, les nouvelles infections VIH ont considérablement baissé sous le poids de la prévention combinée et de l'accès au soin « gratuit », il martèle souvent le mot

*free* sous les applaudissements des Américains présents dans la salle (prévention combinée : préservatif + échanges de seringues + produits de substitutions aux opiacés + counseling + TasP, etc.). La Colombie-Britannique est elle-même un modèle à l'intérieur du Canada par rapport à d'autres provinces (figure).

En Colombie-Britannique dès 2004 (!), par l'intermédiaire de son Centre d'excellence sur le VIH/sida, le TasP VIH a été institué, principalement dans une population d'usagers de drogues. Dans les cinq années qui ont suivi, le nombre de personnes vivant avec le VIH trai-

tées dans le cadre du TasP est passé d'environ 3 500 à 5 500. En 2009, près de neuf personnes sur dix avaient une charge virale indétectable, ce qui les rendaient peu ou pas contaminants. Parallèlement, entre 2004 et 2009, le nombre de nouvelles infections est passé de 404 à 338, démontrant l'impact du traitement sur la circulation du VIH. Plus globalement, cette province canadienne a observé un déclin de 1 % dans le nombre de diagnostics de VIH pour chaque augmentation de 1 % de la couverture antirétrovirale. Et ces améliorations ont été les plus marquées chez les usagers de drogues injectables.

<sup>6</sup> Gilles Pialoux. *Offre de TasP, proposition de traitements et libertés individuelles*. <http://vih.org/20120726/offre-de-tasp-proposition-de-traitements-et-libertes-individuelles>

<sup>7</sup> Renée Frégosi. *4<sup>e</sup> workshop - HIV Treatment as Prevention (TasP)*. <http://vih.org/20140526/4e-workshop-hiv-treatment-prevention-tasp>

<sup>8</sup> Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS et al. *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*. *AIDS* 1997;11:F59-65.

<sup>9</sup> Hogg RS, Heath K, Lima VD, Nozyk B, Kanfers S, Wood E, et al. *Disparities in the burden of HIV/AIDS in Canada*. *PLoS One* 2012;7:e47260.

# Uruguay : légaliser pour réduire les risques

Michel Gandilhon / Swaps

*En 2013, le parlement uruguayen a décidé de légaliser la production et l'usage de cannabis, une décision historique qui rompt avec le paradigme prohibitionniste à l'œuvre sur le plan international depuis près d'un siècle. En septembre dernier, une délégation de ce pays, à l'invitation de l'association Aurore et de la Fédération addiction, et en partenariat avec l'ambassade d'Uruguay, est venue à Paris afin d'expliquer les tenants et les aboutissants de cette politique novatrice.*

Le moment fort de cette visite aura été la grande réunion publique, tenue le 2 septembre dernier, à la mairie du XI<sup>e</sup> arrondissement, laquelle aura permis, notamment aux acteurs investis dans le champ de la réduction des risques (RdR), et plus largement à toutes les personnes intéressées, d'obtenir des informations de première main sur la politique en cours et de débattre directement avec les membres de la délégation uruguayenne<sup>1</sup>. Cette réunion aura permis également de mieux connaître un « petit » pays (3,5 millions d'habitants) largement méconnu en France. En effet, à l'exception de ceux qui, dans les années 1960 et 1970, avaient suivi les actions spectaculaires de la guérilla urbaine des Tupamaros, dont proviennent aujourd'hui bon nombre des actuels dirigeants du pays<sup>2</sup>, peu nombreuses sont les personnes qui savent que l'Uruguay a souvent été, au cours de son

histoire, un pays pionnier en matière de droits politiques (vote des femmes en 1932) et de politique pénale, s'agissant des drogues notamment. Ainsi, l'ambassadeur d'Uruguay en France, Omar Mesa Gonzalez, en guise d'introduction à la réunion, a insisté sur la continuité de la politique impulsée par le président José Mujica, puisque le pays avait dépénalisé, il y a exactement quarante ans, la consommation des stupéfiants, à condition toutefois qu'elle ne trouble pas l'ordre public. L'usage

dans un cadre privé, comme en France avant la loi de 1970, étant toléré au nom du respect de la liberté individuelle<sup>3</sup>.

## Loi de 2013, continuité et rupture

Cette loi, votée en décembre 2013, se fixe trois grands objectifs : « protéger les habitants du pays des risques concernant le lien avec le commerce illicite et le trafic de drogues ; attaquer les conséquences sanitaires, sociales et économiques de l'usage problématique de substances psychoactives ; réduire l'incidence du trafic de drogues et du crime organisé »<sup>4</sup>. Si elle s'inscrit donc dans une tradition libérale – l'Uruguay est aussi connu sous le nom de « Suisse de l'Amérique latine » – la loi votée n'en marque pas moins une rupture inédite en légalisant la production et l'offre de cannabis. Cependant, contrairement à ce qui se passe dans les États de Washington et du Colorado aux États-Unis, la légalisation est placée sous un contrôle étatique rigoureux, conforme à la politique interventionniste du gouvernement dirigé par une coalition de gauche (Frente Amplio). Ainsi, l'État, par le biais de l'Institut national de régulation et de contrôle du cannabis (IRCCA), organisme public *ad hoc* chargé de la mise en œuvre de la loi, devra donner son aval à toutes personnes majeures (particuliers ou coopératives) souhaitant cultiver du cannabis dans le cadre prévu par la loi. Si celle-ci autorise la production, elle fixe les limites de l'autoculture à six

<sup>1</sup> La délégation était composée de Luis Yarzabal, président du Comité scientifique consultatif en charge de l'évaluation de la loi ; Luis Gallo (sénateur) ; Amalia Laborde (médecin addictologue) et Julio Calzada, secrétaire général de la Secretaria nacional de Drogas (SND).

<sup>2</sup> Labrousse A. *Les Tupamaros, des armes aux urnes*. Éditions du Rocher, 2009.

<sup>3</sup> En 1998, le législateur autorisait la possession de petites quantités de marijuana.

<sup>4</sup> Yarzabal L. *Progrès dans le monitoring et l'évaluation de la loi sur la régulation et le contrôle du cannabis en Uruguay*.

plants par foyer pour une production n'excédant pas 480 g par an. S'agissant des coopératives (Cannabis Social Clubs), le nombre maximum de sociétaires est fixé à 95 membres, tandis que le nombre de plants cultivés est limité à 99. La production de cannabis réalisée dans ce cadre n'est bien sûr pas destinée à faire l'objet d'une revente. En la matière, la loi prévoit que seul l'État, via le réseau de pharmacies bénéficiant de licences délivrées par l'IRCAA, aura le monopole de la revente de marijuana à raison de 40 g maximum par mois par usager.

Au cours de la réunion publique, le point qui a sans doute soulevé le plus de questions aux yeux d'une partie du public est celui de l'enregistrement nominatif des personnes, que ce soit au titre de la production ou de l'usage. Cette mesure apparaissant comme une menace potentielle à la liberté des personnes et une discrimination ; les usagers de cannabis, contrairement à ceux de tabac ou d'alcool par exemple, étant les seuls à faire l'objet d'une obligation de recensement. À ces craintes, Julio Calzada, secrétaire général de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) répondait, d'une part, que la loi prévoyait une protection particulière des données et, d'autre part, que l'acceptabilité sociale de celle-ci, compte tenu de l'opposition d'une majorité d'Uruguayens, passait par un encadrement rigoureux du processus de légalisation du cannabis. Sur ce plan, la loi prévoit également un certain nombre de sanctions, pouvant aller jusqu'à dix ans de prison, pour les personnes se livrant à des reventes de cannabis ou de substances illicites sans autorisation légale. Par ailleurs, la publicité autour du cannabis est interdite, de même que l'usage en public. On le voit donc, la politique uruguayenne en matière de drogues ne s'apparente en rien à une libéralisation anarchique, mais vise, par un encadrement strict de la loi, à protéger les usagers, non seulement sur le plan sanitaire, mais aussi sur le plan de leur sécurité.

## Légalisation et réduction des risques

<sup>5</sup> Global Commission on Drug Policy, *prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, septembre 2014.

<sup>6</sup> Voir le portrait de José Mujica réalisé par le journaliste du Guardian, Gilles Tremlett : « Is this the world's most radical president ? » (18 septembre 2014) : [www.theguardian.com/world/2014/sep/18/sp-is-this-worlds-most-radical-president-uruguay-jose-mujica](http://www.theguardian.com/world/2014/sep/18/sp-is-this-worlds-most-radical-president-uruguay-jose-mujica)

<sup>7</sup> Aurore, Fédération Addiction, *Groupe de travail romand d'études des addictions (GREAA), avec le soutien de l'ambassade de l'Uruguay. Dossier de presse « Légalisation du cannabis : l'expérience uruguayenne », téléchargeable à l'adresse suivante : [www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2014/09/DP-uruguay.pdf](http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2014/09/DP-uruguay.pdf)*

Les différents intervenants ont mis en avant la question de la RdR comme raison d'être d'une loi, conçue comme une sorte de mesure ultime et logique couronnant cette politique. Si la dimension sanitaire est évidente (contrôle de la qualité et des taux de tétrahydrocannabinol [THC]) visant à protéger la santé des 150 000 usagers de cannabis que compte le pays, la délégation a insisté sur l'aspect sécuritaire visant à couper la partie de la jeunesse la plus vulnérable de la criminalité organisée. Même si l'Uruguay est loin d'être, contrairement au

## Légalisation sur le cannabis aux États-Unis

Le 4 novembre 2014, trois États ont rejoint le Colorado et l'État de Washington : Oregon (adulte de plus de 21 ans et vente dans un réseau de magasins franchisés), Alaska (possession autorisée d'une once et six plans pour des adultes de plus de 21 ans et vente dans un réseau de magasins franchisés) et Washington DC (possession de deux onces et six plans mais la vente reste illégale).

Brésil, à la Colombie ou au Mexique, le pays latino-américain le plus affecté par la violence liée au trafic de drogues – le taux d'homicides y est l'un des plus bas du continent –, cette dimension demeure extrêmement sensible compte tenu de l'extension de la criminalité à des pays plutôt épargnés comme l'Argentine, pays voisin de l'Uruguay. Une criminalité qui trouve des recrues dans les fractions les plus prolétarisées de la jeunesse, notamment via la proximité avec le marché illégal de drogues. Ainsi, selon Julio Calzada, la quasi-totalité des personnes condamnées pour trafic de stupéfiants relèvent de milieux sociaux défavorisés.

Il est bien évidemment trop tôt pour dire si cette loi permettra de réaliser les objectifs qu'elle s'est fixés. Un comité de suivi, le comité scientifique consultatif, présidé par Luis Yarzabal et constitué d'un certain nombre d'experts et de scientifiques uruguayens ou non, est en charge de l'évaluation et devra dire, à partir d'un certain nombre d'indicateurs, si la légalisation contrôlée mise en place permet d'améliorer la situation en matière criminelle et sanitaire. D'ores et déjà, cependant, il est important d'affirmer que la politique uruguayenne constitue une rupture salutaire à l'heure où de plus en plus de voix, issues aussi bien de la société civile que du monde politique, s'élèvent<sup>5</sup> pour contester le bilan de la stratégie de « guerre à la drogue ». Comme l'a dit le président uruguayen<sup>6</sup> en juin 2012 : « *Quelqu'un doit être le premier ; quelqu'un doit commencer en Amérique du Sud, parce que nous perdons la bataille contre les drogues et le crime sur le continent* »<sup>7</sup>.

# Ce que nous disent les eaux usées de la consommation de drogue

**Thomas Nefau, Sara Karolak, Yves Levi** / Laboratoire de santé publique-environnement/écologie, systématique et évolution (UMR 8079), université Paris sud, 5 rue Jean-Baptiste-Clément, 92290 Châtenay-Malabry. Association SAFE, 11 avenue de la Porte-de-la-Plaine, 75015 Paris

*Pour la première fois en France, l'analyse des eaux usées a permis d'estimer les consommations de drogues illicites dans différentes zones urbaines. Les composés recherchés étaient les suivants : la cocaïne et ses métabolites, la benzoylecgonine, l'ecgonine méthylester, la norcocaïne et le cocaéthylène ; l'héroïne et ses métabolites, la 6-monoacétylmorphine et la morphine ; l'amphétamine, la méthamphétamine et les dérivés synthétiques : 3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine (MDMA), 3,4-méthylènedioxy-N-éthylamphétamine (MDEA) et 3,4-méthylènedioxyamphétamine (MDA) ; le carboxy-tétrahydrocannabinol (THC-COOH) métabolite principal du THC ; la méthadone et son métabolite le 2-éthylidène-1,5-diméthyl-3,3-diphénylpyrrolidine (EDDP) et la buprénorphine.*

L'estimation de la consommation de drogues est le plus souvent calculée à partir des résultats d'enquêtes de populations réalisées à plus ou moins grande échelle, des chiffres d'arrestations et de saisies de la police et des cas recensés dans les hôpitaux (hospitalisation, décès). Les enquêtes de population sont difficiles à mettre en place, coûteuses et longues à réaliser et, par conséquent, ne sont effectuées que périodiquement. De plus, la collecte des résultats, le traitement et les analyses statistiques des données recueillies prennent du temps, ce qui se traduit par des données de consommation publiées parfois un à deux ans après l'enquête. Cet intervalle de temps entre la collecte des données et la publication des résultats entraîne un décalage entre les estimations et la réalité pour un domaine qui subit des évolutions rapides et nécessite des réponses rapides sur le terrain.

Le besoin d'une source d'information objective et réactive, permettant d'obtenir des données immédiates, a suscité le développement de nouveaux outils d'estimation des consommations qui soient plus proches de la réalité du terrain. C'est dans cette optique que Daughton (2001)<sup>1</sup> puis Zuccato et al.<sup>2</sup> ont développé la méthode appelée « *sewage epidemiology* » qui consiste à estimer la consommation de drogues illicites à partir des quantités de résidus de drogues ou

de leurs métabolites mesurées dans les eaux usées. Cette méthode permet d'obtenir des résultats très rapidement, les analyses chimiques et le traitement des données étant effectués en quelques jours. Ainsi, le suivi des consommations est plus rapide, plus localisé et moins coûteux que les enquêtes de population.

Une méthode analytique adaptée à la charge organique complexe des eaux usées a été développée et validée dans notre laboratoire pour mesurer les quantités de drogues et métabolites dans les affluents de 26 stations d'épuration en France métropolitaine et d'Outre-mer. Les composés sélectionnés étaient les suivants : la cocaïne et ses métabolites, la benzoylecgonine, l'ecgonine méthylester, la norcocaïne et le cocaéthylène ; l'héroïne et ses métabolites, la 6-monoacétylmorphine et la morphine ; l'amphétamine, la méthamphétamine et les dérivés synthétiques : 3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine (MDMA, appelée communément ecstasy), 3,4-méthylènedioxy-N-éthylamphétamine (MDEA) et 3,4-méthylènedioxyamphétamine (MDA) ; le carboxy-tétrahydrocannabinol (THC-COOH) métabolite principal du THC ; la méthadone et son métabolite le 2-éthylidène-1,5-diméthyl-3,3-diphénylpyrrolidine (EDDP) et la buprénorphine. Ce choix de molécules a été réalisé en fonction des données de consommation déjà disponibles ainsi que la faisabilité analytique des dosages.

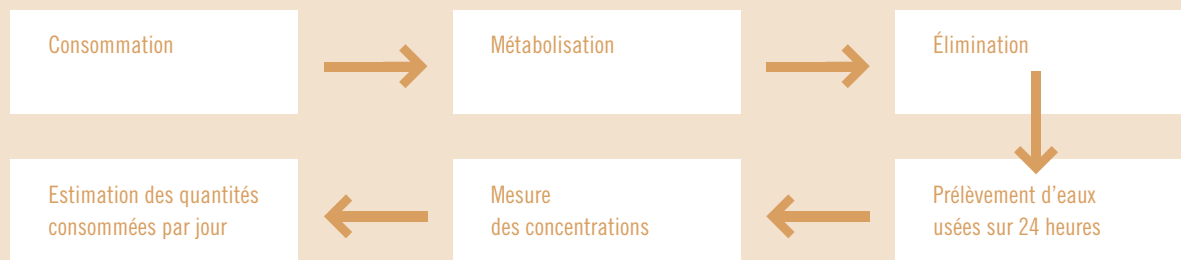
<sup>1</sup> Daughton CG. Emerging pollutants, and communicating the science of environmental chemistry and mass spectrometry: pharmaceuticals in the environment. *J Am Soc Mass Spectrom* 2001;12:1067-76.

<sup>2</sup> Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Calamari D, Bagnati R, Schiarea S, Fanelli R. Cocaine in surface waters : a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environ Health* 2005;4:14.

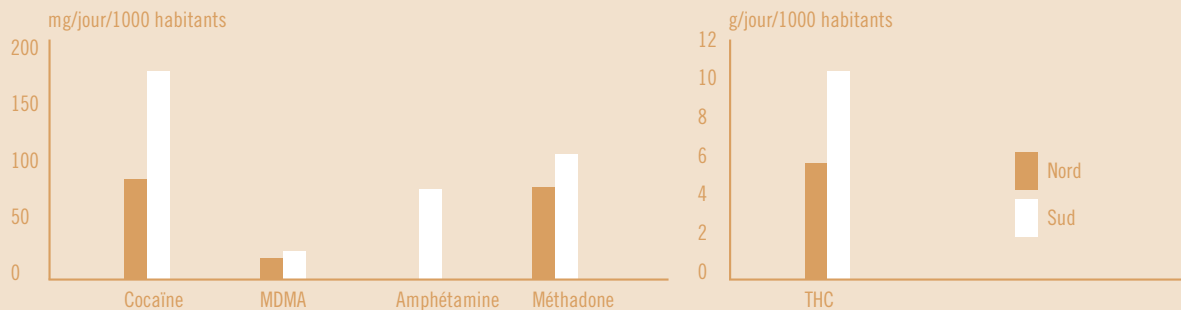
**Tableau.** Liste des drogues illicites et de leur traceur sélectionné pour le calcul des consommations.  $U_{ex}$  : pourcentage d'élimination urinaire,  $M_{ratio}$  : rapport des masses moléculaires (drogue/traceur métabolique)<sup>3</sup>.

Drogue	Traceurs métaboliques (TM) pour le calcul de la consommation	$U_{ex}$ (%)	$M_{ratio}$ (drogue/TM)
Cocaïne (COC)	Benzoylécgonine	45	1,05
MDMA	MDMA	65	1,0
Amphétamine (AMP)	Amphétamine	30	1,0
Méthamphétamine (MET)	Méthamphétamine	43	0,91
Héroïne (HER)	6-monoacétylmorphine	9	1,15
Méthadone (MTD)	EDDP	13	0,82
THC	THC-COOH	0,6	0,91

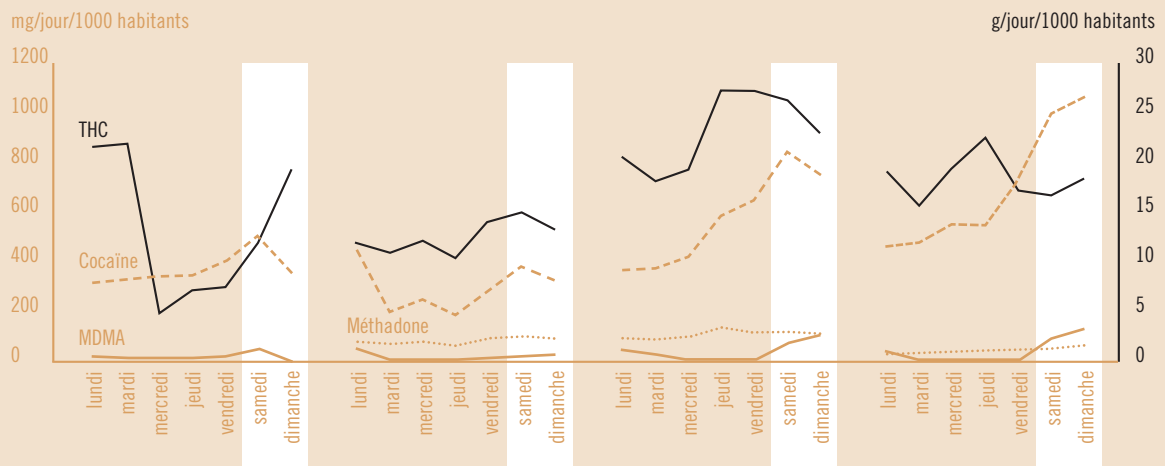
**Figure 1.** Schéma du principe de l'estimation des quantités de drogues consommées à partir de l'analyse des eaux usées.



**Figure 2.** Médianes des estimations de consommation de drogues (en mg/j/1 000 habitants et en g/j/1 000 habitants pour le THC) en fonction de la localisation des sites dans les moitiés nord ou sud du territoire métropolitain.



**Figure 3.** Quantités estimées de drogues illicites consommées sur Paris et sa banlieue entre 2009 et 2013. Les consommations de THC et méthadone n'ont été estimées respectivement qu'à partir de 2011 et 2012.



## Principe de la méthode

Les consommations de drogues sont estimées à partir des concentrations de résidus mesurées dans les eaux brutes en tenant compte de plusieurs paramètres : le métabolisme et le taux d'élimination de la drogue ou de son métabolite, le volume d'eau journalier à l'entrée de la station d'épuration (STEP) et le nombre d'habitants raccordés à la STEP (figure 1). Elles sont estimées par un calcul « en retour » selon l'équation publiée par Zuccato et al. (2008)<sup>3</sup> :  $Q_{\text{conso}} C_{24\text{h}} \times V_{24\text{h}} U_{\text{ex}} \times M_{\text{ratio}} \times 1000/N_{\text{habitants}}$  où :

- $Q_{\text{conso}}$  : quantité consommée durant 24 heures ;
- $C_{24\text{h}}$  : concentration mesurée pour le traceur (drogue ou son métabolite) ;
- $V_{24\text{h}}$  : volume d'eau qui s'est écoulé au point de prélèvement pendant les 24 heures de prélèvement ;
- $U_{\text{ex}}$  : pourcentage d'excrétion du traceur ;
- $M_{\text{ratio}}$  : rapport des masses moléculaires de la drogue et du traceur (égal à 1 lorsque le calcul est réalisé à partir de la drogue) ;
- $N_{\text{habitants}}$  : nombre d'habitants raccordés à la STEP.

Les traceurs sont soit la molécule psychoactive libérée par la drogue, soit un métabolite lorsqu'il est excrété dans des proportions plus importantes que la molécule mère ou s'il présente une plus grande stabilité dans l'eau (tableau).

## Résultats

### Variations géographiques

La réalisation des prélèvements dans des bassins de collecte de taille variable, situés sur l'ensemble du territoire français, en zones rurales et urbaines, a permis d'établir une première cartographie limitée<sup>4</sup> des consommations des différentes drogues étudiées afin de rechercher d'éventuelles disparités régionales. Ces cartes doivent être associées à la prudence évidente liée au fait que le nombre de campagnes de prélèvements par site est réduit. Cependant, la consommation estimée de cocaïne (COC) apparaît significativement plus élevée dans la moitié sud au cours de la semaine et au cours du week-end après élimination d'une donnée relative à une

zone urbaine particulière (les prélèvements ayant été effectués durant un événement festif) (figure 2). Une tendance similaire est observée

pour le cannabis, mais seulement le week-end de façon significative. Ces observations sont en accord avec les données de l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) qui montre que l'usage du cannabis ou l'expérimentation de la cocaïne chez les jeunes de 17 ans sont plus élevés dans les régions du sud (OFDT, 2012)<sup>5</sup>.

### Variations temporelles : zone urbaine de Paris

Depuis 2011, des campagnes annuelles ont été effectuées sur Paris. Elles correspondent à des prélèvements quotidiens pendant une semaine à la même période de l'année afin de tenir compte des différences de consommation au cours d'une semaine et d'écarter les différences saisonnières au cours d'une année. La consommation moyenne de cocaïne est passée de 367 mg/j/1 000 habitants en 2011 à 686 mg/j/1 000 habitants en 2014, l'évolution étant surtout marquée entre 2012 et 2013. Celle de MDMA, beaucoup plus faible que celle de cocaïne, montre également une augmentation de 17 mg/j/1 000 habitants en 2011 à 36 mg/j/1 000 habitants en 2014, qui résulte principalement d'une hausse durant le week-end, car ce composé n'a pas été détecté pendant trois jours de semaine consécutifs (mercredi, jeudi, vendredi) aussi bien en 2012 qu'en 2013. La MDMA est donc de plus en plus consommée dans un cadre festif comme le décrit l'OFDT (Trend, 2013)<sup>6</sup> qui montre un regain de popularité de la MDMA dans les milieux récréatifs et auprès d'un public jeune et « bien inséré ». Celle de cannabis paraît stable durant les deux premières années de campagne (2010 et 2011), 13 g de THC/jour/1 000 habitants puis augmente en 2013 jusqu'à 27 g de THC/jour/1 000 habitants. Celle de la méthadone, estimée seulement pour les deux dernières années de campagne, reste stable autour de 100 mg/j/1 000 habitants et présente une baisse jusqu'à 44 mg/j/1 000 habitants en 2014.

## Conclusion

Ces deux séries de résultats, extraites d'une étude plus large débutée en 2009, illustre la possibilité de réaliser une cartographie à l'échelle fine d'estimation des consommations de drogue illicites. Ainsi, des différences de consommation aussi bien quantitatives que qualitatives ont pu être mises en évidence à la fois dans le temps et dans l'espace.

L'accroissement du nombre de prélèvements par site et du nombre de sites permettrait, à terme, de mieux connaître les consommations de drogues illicites région par région dans le but de mieux comprendre les différentes pratiques de consommation et de suivre les évolutions de consommation et de la nature des produits consommés. Cette connaissance permettrait aux associations et organisations publiques d'adapter leurs campagnes de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, de mieux cibler les lieux de leurs interventions et de mieux répartir leurs effectifs et leurs budgets d'action.

<sup>3</sup> Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect* 2008;116:1027-32.

<sup>4</sup> Neřau T, Karolak S, Castillo L, Boireau V, Levi J. Presence of illicit drugs and metabolites in influents and effluents of 25 sewage water treatment plants and map of drug consumption in France. *Sci Total Environ* 2013;461-462:712-22.

<sup>5</sup> OFDT. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). *Tendances* 2012; 78.

<sup>6</sup> OFDT. Rapport national 2013 (données 2012) à l'OFDT.

# Les antipsychotiques atypiques sous surveillance

Pierre Poloméni / Psychiatre, service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (Sevran)

Les neuroleptiques ne sont pas considérés, a priori, comme des substances susceptibles d'être détournées dans le cadre d'une addiction. Certes, la pratique clinique amène à prendre en charge, de façon non fréquente, des consommateurs abusifs de Tercian®, mais l'usage des antipsychotiques atypiques semblait non concerné. Quelques cas rencontrés dans certaines structures éveillent notre attention: le Risperdal®, par exemple, prend une place pour certains patients au-delà (nombre de comprimés, heures de prise) du strict cadre thérapeutique. Dans notre expérience, un patient utilisait l'association Risperdal®-alcool pour modifier son comportement et se sentir capable d'aller acheter et de consommer du crack.

Récemment, un travail présenté au 24<sup>e</sup> congrès annuel de The American Academy of Addiction Psychiatry (AAAP) apporte un constat et des éléments d'analyse complémentaire. Ces antipsychotiques atypiques (APA) permettraient, chez certains patients, d'augmenter l'effet d'autres substances ou de contrôler les effets indésirables de certaines drogues.

Au vu de l'importance des comorbidités psychiatriques dans la population des patients dépendants, la fréquence de « contact » avec un APA est réelle. Ces produits sont disponibles et volontiers prescrits. Les auteurs du

travail incitent les praticiens à réaliser un « screening » attentif avant de prescrire un APA, que ce soit pour l'addiction elle-même ou pour une psychose, interrogeant soit la réalité de l'indication, soit l'observance, chez des patients connus comme « mésuseurs » des médicaments. L'étude de Haller<sup>1</sup> donne une place particulière à la quétiapine. Sur 429 patients suivis dans des centres spécialisés d'addictologie à New York, 73 (17 %) rapportaient un usage non médi-

cal des APA en association avec d'autres substances. Dans 85 % des cas, c'est la quétiapine qui était utilisée, suivie par le Risperdal® (25 %). Il faut interroger le potentiel addictogène de cette substance, mais noter que sa disponibilité et son utilisation aux États-Unis sont sans commune mesure avec la nôtre. Cette molécule<sup>2</sup> est en effet très présente sur le marché américain et est davantage susceptible d'être détournée (effet masse/effet seuil: communication personnelle). Il faut noter aussi que la majorité de ces neuroleptiques provenaient des pharmacies familiales, mais qu'il existait aussi un marché de rue (produit tarifé). Les raisons les plus souvent évoquées pour leur usage étaient d'éviter les effets indésirables de drogues ou d'alcool, d'augmenter leur effet, ou avec un désir d'expérimentation « juste se sentir différent ».

Aux États-Unis comme en France, il est noté que les indications des APA s'élargissent bien au-delà des psychoses. Les troubles de l'humeur sont concernés, mais aussi pour les troubles du sommeil, les troubles anxieux et dépressifs, augmentant potentiellement leur présence sur le marché.

Une recherche sur Medline (« quétiapine addiction ») apporte quelques éléments contributifs: un cas de dépendance et de sevrage à la quétiapine a été observé chez un homme de 37 ans. Un article en turc (abstract seul disponible) propose en 2010 une revue de la littérature sur ce point<sup>3</sup>, signalant l'usage en prison et le mode de prise, intranasal et intraveineux. Le premier cas probable de sniff de quétiapine est signalé en 2004<sup>4</sup>. La recherche « rispéridone addiction » ne donne aucun résultat: est-ce une nouvelle spécificité française?

Ces données nous amènent à être vigilants sur l'indication et le suivi des prescriptions, et à savoir établir une alerte d'addictovigilance sur ces molécules passant souvent inaperçues dans nos anamnèses.

<sup>1</sup> Haller, Bogunovic, Miller American Academy of Addiction Psychiatry (AAAP) 24<sup>th</sup> Annual Meeting & Symposium: Abstract 16, presented December 7, 2013 — Medscape Medical News.

<sup>2</sup> Jargic I, Caferov C. Quetiapine dependence and withdrawal: a case report. *Subst Abuse* 2011;32(3):168-9.

<sup>3</sup> Erdogan S. Quetiapine in substance use disorders, abuse and dependence possibility: a review. *Turk Psikiyatri Derg* 2010;21(2):167-75.

<sup>4</sup> Pierre JM, et al. Intranasal quetiapine abuse. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1718. No abstract available.

# Édito

Directeur de la publication  
Didier Jayle

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction  
Brigitte Hulín

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Élisabeth Avril  
Philippe Batel  
Mustapha Benslimane  
Vincent Benso  
Catherine Brousselle  
Jean-Pierre Couteron  
Michel Gandilhon  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer†  
France Lert  
Alexandre Marchant  
Isabelle Michot  
Philippe Périn  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Antonio Ugidos  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista

Réalisation graphique  
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM  
case 216  
2, rue Conté  
75003 Paris

Téléphone : 01 58 80 87 31

swaps@pistes.fr

www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida),  
qui édite aussi Transcriptases  
et [www.vih.org](http://www.vih.org)

Avec le soutien financier de la  
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



**Cette 75<sup>e</sup> livraison de *Swaps* est dédiée à notre ami Jimmy Kempfer,** membre du comité de rédaction jusqu'à ce qu'un cancer du foie a décidé de l'enlever à notre affection, à celle des siens et aussi à notre histoire. Comme le soulignent dans leur hommage Didier Jayle et Anne Coppel (voir page 2), Jimmy était une figure de proue de la réduction des risques (RdR) et de tous ses aspects associatifs, individuels. Il a marqué de son érudition, de son expérience, de sa lucidité – qui ne l'a pas quitté jusqu'à ses derniers jours – l'histoire française de l'univers des drogues et de la RdR. C'est ainsi que, tout naturellement, il avait rejoint le comité de rédaction de *Swaps*. Aujourd'hui, le comité est orphelin de sa présence. Ses écrits et ses travaux lui survivront. À l'instar de cette histoire de l'injection (voir page 3) qu'il avait commencé, avant l'apparition si violente des symptômes de sa maladie et qu'il poursuivit jusqu'à son lit de souffrance, aidé par Alexandre Marchant, une histoire qui commence sous le règne de Pline l'Ancien, et qui dérive vers l'actuel détournement des opiacés ou des traitements de substitution à visée addictive. Cette histoire dans l'histoire reflète parfaitement ce qu'était l'apport de Jimmy Kempfer aux écrits et aux travaux sur la RdR : à la fois éclectique, documentée, imprégnée de ses propres expériences tout en maintenant le recul nécessaire à la vérité. En écho à son implication sur la scène française de la RdR, ce numéro de *Swaps* donne par ailleurs un reflet des expériences innovantes sur la RdR de par le monde, avec notamment l'expérience assez singulière de Médecins du Monde (MdM) en Géorgie (voir page 8) confronté aux « home made drugs » et aux drogues de synthèse achetées en toute facilité sur le Net, avec l'émergence de l'hépatite C comme problème majeur de santé publique. Plus loin, tout aussi spectaculaire, l'expérience menée par MdM à Dar-es-Salaam en Tanzanie, dans une scène ouverte africaine, à Temeke, où, comme à Vancouver, toutes les pratiques et la trame sociale qui est associée sont regroupées dans une même unité de temps et de lieu, de l'injection à la prostitution, du deal à la consommation, de l'entraide à la violence, le tout pour une population évaluée à 10 000 personnes. Les prévalences VIH/VHC sont édifiantes, limitées par les difficultés d'accès aux molécules. Enfin, dernier continent visité par ce dossier spécial de ce numéro de *Swaps*, encore plus spécial, l'Uruguay où le parlement a décidé, en 2013, de légaliser la production et l'usage du cannabis, décision historique rompant avec le paradigme prohibitionniste et que nous relate Michel Gandilhon.

GILLES PIALOUX