

Santé, réduction des risques et usages de drogues Nº 62 / 1er trimestre 2011

Édito / 24

L'alcool au seuil de la réduction des risques /2

Csapa: le choc des cultures /6

Dessine-moi une action de RdR liée à l'alcool /9

Pourquoi l'évaluation de l'Inserm sur la RdR n'a pas abordé la question de l'alcool / 12 L'alcool dans l'infection VIH /14

2009 et la pénurie de MDMA / 17

"High Society",
I'expo événement sur les drogues / 18

Substitution: ce que les prescriptions révèlent / 20

L'alcool au seuil de la réduction des risques

Philippe Batel / psychiatre, alcoologue, service d'alcoologie, hôpital Beaujon (Clichy)

Le concept de réduction de risque pour l'alcool a eu bien du mal à voir le jour dans notre pays. Entravé par des facteurs techniques et sociétaux, il doit tirer profit de la récente fusion entre filières de soin au sein des Csapa, qui constitue une formidable opportunité.

Malgré des initiatives

immédiat lors des

beuveries organisées

intéressantes de quelques

associations de prévention,

tout reste encore à inventer

dans la réduction de risque

L'alcool est, devant le tabac, le produit psychotrope le plus consommé dans les pays industrialisés. Si la mortalité directement attribuable à son mésusage dans notre pays a fait l'objet ces dernières années d'un débat épidémiologique français révisant à la baisse de moitié le nombre de décès, de 45 000 à 23 000, sa morbidité multifocale (somatique, psychique et sociale) reste majeure pour un coût social annuel évalué à 17,6 milliards d'euros¹.

Ainsi, la réduction des dommages attribuables à la consommation d'alcool devrait être la priorité des politiques publiques dans ce domaine. Pourtant, depuis l'époque des hygiénistes et malgré une intention proclamée par les gouvernements successifs de s'attaquer à ce problème, la mise en place du concept même de réduction de risque pour l'alcool a eu bien du mal à voir le jour dans notre pays.

Élaborées pourtant au plus haut niveau par l'Organisation

mondiale de la santé, l'Union européenne ou les sociétés savantes, des stratégies de repérage précoce des consommateurs à risque et des interventions visant à diminuer le risque alcool ont été validées. Leur implémentation dans les secteurs sanitaire et social a été sollicitée, organisée et promue sur tout le territoire. Pourtant, la mayonnaise semble avoir

bien du mal à prendre. Les alcoologues, habitués depuis 1 Fenoglio P. Parel V. Kopp P. "Le coût social qu'ils existent à prendre en charge des alcoolode l'alcool, du tabac et des drogues illicites dépendants généralement très sévères, ont inipublique", 2006, 55, 06, 69-74 tialement été, dans leur grande majorité, résistants à ce concept. Certains pionniers s'y sont intéressés dans les années 1980 par leur implication dans un groupe de l'OMS, mais ils ont eu bien du mal à faire reconnaître la pertinence de l'approche même de réduction de risque en alcoologie et à créer un mouvement dynamique dans la discipline. Les médecins généralistes pour lesquels ces interventions brèves (lire plus bas) ont été élaborées semblent avoir quelques difficultés à se saisir de cet outil et ne se précipitent pas pour s'y former. Petit tour d'horizon d'une évidence qui peine à éclore.

Les risques, quels risques?

La consommation d'alcool est impliquée dans un très grand nombre de dommages sociaux, somatiques, psychiques, relationnels. Pourtant, le niveau de perception du grand public de ces risques reste médiocre ou parcellaire. Ceux liés à l'intoxication aiguë sont confondus avec

> ceux de l'ivresse. Si la communication ancienne sur l'alcool au volant a permis d'identifier ce double risque (accidentel et juridique), la plupart des conducteurs continuent de considérer qu'ils ne sont pas dangereux au volant tant qu'ils ne sentent pas ivres. Ainsi, une mesure simple de réduction de risque consisterait à

exclure du vocabulaire médiatique le terme "conduite en état d'ivresse" en rappelant que la plupart de contrevenants à une "conduite en état d'alcoolisation" ne se sentent pas ivres (et ils le sont rarement d'ailleurs).

en 2000. Actualités et dossier en santé

Mais il reste encore beaucoup à faire pour informer sur l'implication de l'alcoolisation aiguë dans les passages à l'acte suicidaire, les accidents domestiques, les accidents du travail, les rapports sexuels non protégés, la violence commise ou subie, etc. Malgré des initiatives intéressantes de quelques associations de prévention, tout reste encore à inventer dans la réduction de risque immédiat lors des beuveries organisées (fêtes votives, apéros géants, soirées étudiantes).

Les risques liés à la consommation "chronique" sont mal identifiés, sous-estimés et confondus. Le terme "chronique" reste encore trop souvent associé à la fois à la notion de régularité de la consommation et au concept de dépendance. Pourtant, les études épidémiologiques castémoins ont démontré que seule la quantité totale cumulée d'alcool consommée sur la vie entière intervient dans le risque d'émergence de dommages, quelles que soient la fréquence ou la régularité de la consommation.

La dépendance n'est d'autre part ni un facteur nécessaire ni suffisant chez un consommateur d'alcool pour développer des dommages, notamment somatiques. La perception des risques de ces derniers se limite généralement aux maladies du foie. L'implication de la consommation d'alcool dans l'hypertension artérielle ou les cancers est ignorée ou sous-estimée non seulement en population générale mais aussi chez les soignants. Combien de médecins généralistes ou de cardiologues évaluent-ils la consommation déclarée d'alcool de sujets chez qui une hypertension artérielle idiopathique vient d'être identifiée?

Pour les cancers, seule l'implication de l'alcool dans la survenue des tumeurs des voies aérodigestives est généralement connue malgré le rapport récent de l'Institut national du cancer dont les résultats critiqués (lire plus bas) et pas assez diffusés ont montré que l'alcool intervient comme facteur de risque des cancers de l'œsophage, du sein, du foie et du cancer colorectal². Si l'augmentation du risque apparaît faible pour le cancer du sein (risque relatif de 1,2), sa prévalence élevée permet d'espérer qu'une diminution de la consommation d'alcool contribuerait à une baisse importante de son incidence. Ainsi l'alcool intervient dans les trois causes majeures de mort prématuré évitable: les cancers, l'hypertension artérielle et les accidents. Historiquement, la baisse de la consommation moyenne d'alcool par habitant s'est

accompagnée d'une baisse proportionnelle de la mortalité relative de ces trois causes³. de santé publique. Collection rapports Quelles preuves pourraient encore manquer à novembre 2007, 60 p. Disponible sur le site la justification de l'absolue pertinence d'une réduction du risque alcool pour la santé d'une population? Cependant, la quantification du

 $^{\mathbf{2}}$ Alcool et risque de cancers. État des lieux des données scientifiques et recommandations et synthèses. Institut national du cancer, www.e-cancer.tr

³ Boffetta et coll., The burden of cancer attributable to alcohol drinking, Internationa Journal of Cancer, Vol 23, mars 2006 risque n'est pas simple.

Le difficile calcul du seuil dommageable

Toute consommation d'alcool n'est pas dommageable, loin s'en faut. La majorité des consommateurs s'exposent même à des risques faibles ou inexistants. Cette réalité est d'ailleurs une différence fondamentale de l'enjeu de la réduction de risque telle qu'elle a été développée dans l'usage d'héroïne. S'il semble exister pour la plupart des dommages un "effet dose" mettant en lien la quantité d'alcool consommée et le risque de survenue, le calcul d'un seuil de consommation se heurte à quatre difficultés principales:

Une vulnérabilité interindividuelle très importante. La même quantité d'alcool expose chez des sujets différents à des risques très inégaux. Les facteurs génétiques jouent un rôle global majeur comme en témoigne la vulnérabilité beaucoup plus élevée chez les femmes. Ils peuvent également intervenir dans le développement d'alcoolopathies comme les atteintes neurologiques, les maladies alcooliques du foie, les cancers ou la pancréatite. Les recommandations doivent, autant que possible, tenir compte de ces variations. La réduction du risque alcool doit donc être individualisé et identifier des populations à haut risque pour lesquelles elle doit développer des actions ciblées.

L'existence de cofacteurs de risque. L'alcool n'agit pas toujours seul dans la genèse des dommages. Il est souvent associé à des cofacteurs viraux ou toxiques qu'il faut bien évidemment contrôler dans les études castémoins pour isoler l'imputabilité de l'alcool et calculer le risque spécifique.

La prise en compte du contexte d'alcoolisation.

L'âge, la grossesse, les postes de sécurité, la prise de médicaments et d'autres substances psychoactives exposent à des risques spécifiques dont il faut tenir compte dans les recommandations.

Les résultats contradictoires de certaines études cas-témoins. Les conclusions des études cas-témoins ou des trop rares travaux prospectifs sur une large population n'ont pas toujours été convergentes ou superposables dans l'identification de l'alcool comme facteur exposant ou protecteur. L'exemple le plus caractéristique concerne le rôle de la consommation d'alcool sur le risque cardio-vasculaire.

Ainsi, la fameuse hypothèse d'un rôle protecteur d'une consommation faible d'alcool sur l'incidence d'infarctus du myocarde (le "French Paradox" introduit en 1992 par le Bordelais Serge Renaud) est régulièrement validée ou invalidée par de nouveaux travaux. Ce doute fait la joie des alcooliers et constitue un des précieux axes de leur communication, minimisant les risques et tentant de pro-



dépendants / 3%

consommateurs nocifs / 10-15%

consommateurs à risque / 10-15 %

consommateurs à faible risque / 60%

abstinents / 10-15%

Figure 1. Pyramide Skinner classant les adultes selon un risque alcool croissant de la base au sommet

mouvoir l'alcool comme un produit "bon pour la santé" sous prétexte que les hommes abstinents entre 35 et 55 ans meurent plus d'infarctus du myocarde que ceux qui boivent en moyenne deux verres par jour. Ils ne précisent néanmoins pas que, dès cinq verres en moyenne par jour, les consommateurs ont un risque près de deux fois plus élevé d'infarctus du myocarde.

Le périlleux exercice des recommandations de consommation

Ainsi, l'établissement de recommandations d'une consommation à risque faible ou nul est difficile, compte tenu des limites citées plus haut dans la mise en évidence du risque. Il se complique lorsqu'un risque est établi dès le premier verre. Ce fut le cas dans les conclusions du rapport de L'INCA² entraînant une polémique sur l'absence de seuil de recommandation. Les seuils proposés sont sensiblement différents d'un pays à l'autre. Ceux promus par l'Institut national pour l'éducation pour la santé (Inpes) sont de 210 grammes d'alcool pur (21 verres standard) hebdomadaires pour les hommes et de 14 verres pour les femmes à l'exception de la grossesse (abstinence recommandée). Il est précisé qu'une consommation ponctuelle de plus de 4 verres pour un homme et 3 verres pour une femme expose aux risques de l'alcoolisation aiguë.

Ces recommandations sont souvent présentées comme celles de l'OMS, alors même qu'aucun document officiel de cette organisation n'en atteste. Ainsi la stratégie de réduction du risque alcool pourrait souffrir d'un consensus mou sur les définitions des risques et une validation officielle et incontestable des recommandations à promouvoir aux populations.

Une obsession de la dépendance

Mais la diffusion du concept de la réduction du risque alcool souffre d'un bien plus grand handicap en France; celui de la représentation des troubles de l'alcoolisation. Rarement appréhendés comme un risque progressif et gradué comme le propose la pyramide de Skinner dans la figure 1, les dangers d'une consommation d'alcool sont trop souvent encore résumés à l'existence ou pas d'une alcoolodépendance. Ainsi le seuil d'alerte d'un grand nombre de cliniciens est la mise en place d'une dépendance physique ou l'absence de modification comportementale malgré l'accumulation de dommages.

Pourtant, il est probable qu'un très grand nombre de consommateurs meurent des conséquences de leur consommation sans jamais en avoir été dépendants. C'est l'objet même la récente campagne de L'Inpes, "Boire un peu trop tous les jours, c'est mettre sa vie en danger" (lire encadré ci-contre).

De plus, les consommateurs à risque ou les nocifs sans dépendance sont beaucoup plus nombreux que les dépendants et sensibles aux interventions brèves visant à réduire la consommation lorsqu'ils sont repérés précocement par des outils simples et validés. Ces conseils standardisés et minimaux, élaborés pour être diffusés au cours d'une consultation de médecine générale ou d'une visite

annuelle de médecine du travail, ont été démontrés efficaces pour réduire de moitié la consommation d'alcool⁴.

Enfin, même chez les sujets dépendants, la réduction du risque (et donc de la consommation) peut être bénéfique sur la mortalité ou le pronostic des alcoolopathies. Or, la persistance chez un grand nombre d'alcoologues du dogme de l'abstinence totale et définitive comme seul objectif thérapeutique de l'alcoolodépendance met à mal ces stratégies de réduction de la consommation d'alcool qui commencent à chercher des supports notamment pharmacologiques.

Les raisons d'une inertie et une opportunité en perspective

Ainsi, le développement du concept de réduction de risque en alcoologie semble avoir été entravé par plusieurs facteurs convergents, comme les difficultés de qualification et de quantification des risques, compte tenu de la grande variabilité inter-individuelle des consommateurs, la prééminence de la dépendance dans les représentations des dangers de l'alcoolisation ou l'abscence d'incontestabilité d'un consensus d'experts sur les recommandations d'une consommation à faible risque.

Bien que des outils de repérage et de prévention aient été validés et diffusés, il semble exister une résistance à l'implémentation du modèle. Cette dernière n'est sans

4 Batel P. Michaud P. "Risky alcohol drinking" doute pas liée exclusivement aux difficultés or problems and brief interventions", techniques déjà citées. La société et les B158-62 hommes sont également résistants à l'idée de

modifier les rapports qu'ils entretiennent avec l'alcool et de considérer potentiellement dangereux ce produit investi comme une valeur majeure d'identité, de convivialité et de gastronomie. D'abord parce que ce produit est implanté dans nos habitudes, nos traditions et notre histoire si puissamment et depuis si longtemps. Ensuite parce que notre pays en est le premier producteur au monde et que des lobbies organisés défendent ses intérêts économiques et limitent la marge de manœuvre des politiques, écartelés entre les impératifs de santé publique et le poids électoral des emplois de la filière alcoolière.

La prise de conscience des risques est donc lente. Pas d'épidémie de sida pour frapper les esprits, réveiller les consciences et faire émerger des militants inspirés qui inventent des stratégies de réduction de risque diffusées ensuite par des lobbies efficaces. Non, une mortalité constante et sourde de 23 000 consommateurs par an, dont la majorité ignoraient les risques qu'ils prenaient. Il y a donc encore beaucoup à faire, et la mobilisation des acteurs naturels de la RdR alcool que sont les préven-

teurs et les soignants de première ligne doit s'intensifier. Celle-ci sera facilitée par une valorisation des actions et par une évolution des représentations du risque alcool dans le grand public.

La fusion récente des filières de soins de toxicomanie et d'alcoologie est enfin une opportunité formidable pour faire que la culture de la première en matière de réduction de risque contamine la seconde.

Gastroenterol Clin Biol, 2002, 26, 5 Suppl,

Les dangers de la consommation quotidienne

Intitulée "Boire un peu trop tous les jours, c'est mettre sa vie en danger", la nouvelle campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été lancée en mars. Le spot télévisé illustre les effets cumulés d'une consommation quotidienne d'alcool, par l'utilisation d'un compte à rebours, de plus en plus sonore à chaque verre bu par le personnage.

Les hommes de plus de 40 ans, les plus concernés selon les premiers résultats du Baromètre Santé 2010, en sont le cœur de cible. La consommation quotidienne d'alcool est en effet presque inexistante avant 40 ans (3,4 % des 15-39 ans). Elle concerne en revanche 16,6% des 40-75 ans: plus d'un quart des hommes (25,1%) et moins d'une femme sur dix (8,7%).

femmes (avec un seuil à 2 verres par jour).

La campagne télévisée – visible aussi sur internet – renvoie vers deux dispositifs d'information: le site www.alcoolinfoservice.fr et la ligne téléphonique 0 811 91 30 30.

Philippe Batel espère que la campagne permettra de prendre conscience des seuils d'alerte pour des consommations "qui apparaissent anodines — un apéro à midi, deux verres de vin à table"

"On n'est pas dans la dépendance, on n'est pas dans l'excès perceptible, mais ça n'est pas rien, a-t-il déclaré à l'AFP. On a beaucoup communiqué sur l'ivresse, sur les jeunes et sur les femmes. Or la grande majorité des sujets qui sont en danger à cause de leur consommation d'alcool sont des hommes entre 40 et 60 ans."

Il a également rappelé le rôle des médecins généralistes et des médecins du travail dans le repérage précoce des consommations à

ALCOOL ET RÉDUCTION DES RISQUES

Csapa: le choc des cultures

Patrick Fouilland / médecin addictologue, Csapa Nautilia, président de la FFA Jean-Pierre Couteron / psychologue, Csapa Mantes-la-Jolie, président de la Fédération Addiction

Réalisée en 2010, la mise en place d'un pôle médico-social de l'addictologie constitué par le rapprochement des CCAA et des CSST a pour ambition le développement d'une clinique du sujet, et non plus du produit. Inventaire des blocages et des avancées que ce regroupement d'équipes d'origines différentes a entraînés.

Une pratique

transdisciplinaire où

le médical, le social, les

psychothérapies, le travail

éducatif s'associent pour

l'aspect mutidimensionnel

une réponse adaptée à

de la conduite addictive

La réforme Csapa vient de boucler sa première année. Cette réforme demandait aux acteurs de l'addictologie médico-sociale (les anciens CCAA et CSST) de se rappro-

cher dans un cadre commun, celui du Csapa (Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie), simple "statut juridique commun"...

mais nul n'est dupe d'une ambition qui est bien de déve-

La phase des regroupements "administratifs" a occupé les années passées, avant le fameux "passage" en Csapa. Avec, au bout du compte, moins de dégâts que prévu. Celle qui s'ouvre, souvent initiée par la visite de conformité, privilégie la mise en œuvre des pratiques communes. C'est donc l'occasion de se demander "comment on fait Csapa" et quelles sont les difficultés que I'on rencontre.

Les Csapa se doivent d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins identifiés et les ¹ Association nationale des intervenants moyens proposés, d'offrir un service (notamlations concernées. Ils sont également ressource/recours pour des partenaires. Leur originalité, c'est une pratique transdisciplinaire où le médical, le social, les psychothé-

rapies, le travail éducatif s'associent pour une réponse adaptée à l'aspect mutidimensionnel de la conduite addictive.

Mais si ces regroupements d'équipes d'origines différentes (équipes d'alcoologie, de soins aux toxicomanes, du travail de rue, de réduction des risques), facilitent leur composition pluridisciplinaire, l'acquisition d'une pratique de

travail transdisciplinaire reste parfois encore à faire. La fusion est une chose, la rendre opérationnelle est plus complexe tant les différences culturelles s'avèrent profondes. Mais c'est en acceptant cette complexité que des solutions sont élaborées. Y contribuer est une des ambitions de la Fédération Addiction, née de la fusion de l'Anitea et de la F3A¹.

Les pratiques en débat

Le texte de la circulaire détaille les missions obligatoires et facultatives, communes ou spécialisées. La mission obligatoire commune est "l'accueil de tous les publics". Prise en charge et réduction des risques sont des missions obligatoires, mais "spécialisées": si l'objectif reste le Csapa "double spécialité", alcool/drogues illi-

pour constituer, au côté des Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue), le pôle médicosocial de l'addictologie. Le texte prend la précaution de dire qu'il s'agit d'un

lopper une culture et des pratiques communes, une clinique du sujet, plus qu'une clinique du produit.

en toxicomanie et addictologie, Fédération des acteurs de l'alcoolgie et de l'addictologie ment des consultations de proximité) aux popucites/addictions sans produit², on peut donc opter pour l'une ou l'autre des spécialités.

Le premier enjeu est l'accueil des personnes concernées par un problème d'addictions dans un lieu unique. Il doit faciliter la rencontre avec le professionnel et, au-delà, l'accès au soin. Mais il faut être motivé pour frapper à la porte d'un établissement au sigle aussi mystérieux que "Csapa", aucune communication spécifique n'ayant à ce jour été faite! Cet accueil est un premier challenge pour les équipes. Salle d'attente commune ou pas, horaires décalés ou pas, les usagers de tous produits et de tous âges se croisent. La sécurité est due aux usagers comme aux professionnels, avec des dispositions adaptées. Les conditions de l'accueil (par les professionnels du soin ou de l'accompagnement, par des secrétaires ou d'anciens usagers...) doivent être repensées. D'autres aspects jouent aussi, anonymat hérité de la loi de 1970 et de la pénalisation de l'usage simple, stigmate de la maladie alcoolique signant l'échec d'un accès au savoir boire encore très socialement toléré. Et se rajoute, parfois, une confusion entre cette mission d'accueil commun et l'organisation d'un secrétariat commun (enregistrement des actes, gestion du courrier, etc.)!

Blocages et ouvertures

Les missions de prise en charge et de réduction des risques ont leurs propres enjeux. La culture alcoologique est d'essence médicale: "l'alcoolisme est une maladie", (presque) tout le monde le dit à commencer par les personnes alcoolodépendantes elles-mêmes. C'est donc une

affaire de médecin, d'abord quelques pionniers un peu seuls, puis des médecins de terrain qui se lancent dans l'aventure des CHA. Pour les drogues illicites, l'histoire avait fait du séjour résidentiel, de la postcure, le temps fort d'un trajet de soin dans lequel le traitement médicamenteux n'avait que peu de place. Ce refus du traitement est

maintenant dépassé, comorbidités psychiatriques, traitements du VIH, du VHC, et traitements de substitution aux opiacés (TSO) ayant modifié l'équilibre ambulatoire/résidentiel.

Dans le domaine de la pratique médicale, le choc des cultures se décline sous des figures simples: implication parfois problématique de médecins ex-alcoologues pour prescrire des TSO. Refus et hésitation des uns — "je sais pas faire, c'est autre chose" —, début de remplacement, d'une prudente implication pour d'autres, engagement

complet dans une pratique commune pour les en fait partie derniers, tous les cas de figure sont là! La question du manque de temps est légitimement évoquée, dans un cas comme dans l'autre, mais elle n'est pas la seule: celle de la formation vient aussi vite. Le mésusage des traitements, la question de la compliance, la gestion ou nom d'une pharmacie, le lien avec les pharmaciens de ville (implication ou non dans les TSO, avec les réglementations spécifiques, etc.) vont ajouter d'autres différences. Si au vu de ces blocages on peut s'inquiéter de l'avenir, des perspectives intéressantes s'ouvrent aussi. Ainsi, décrivant les effets du baclofène sur le craving de l'alcool, le Dr Pascal Gache montre l'intérêt qu'il y aurait à inscrire cette prescription dans un "accompagnement" sous une forme qui ressemble à ce qui se propose pour les TSO!

La crainte d'une surmédicalisation

L'organisation au quotidien de cet accompagnement est un autre versant du choc culturel. L'accompagnement social et thérapeutique avait une place centrale dans le traitement des drogues illicites, centrale mais pas forcément homogène: référentiel analytique pour les uns, priorités insertion pour les autres, travail éducatif enfin. Et la place à faire à la médecine a suscité des craintes, celles de la "pathologisation" des comportements, d'une surmédicalisation du soin et d'un affaiblissement de la qualité de l'accompagnement.

En symétrie, le refus de cette surmédicalisation peut cacher une difficulté à évoluer, à prendre en compte la dimension médicale et à l'intégrer à l'accompagnement. En témoignent des stratégies de "passage de relais",

vers l'hôpital, vers la psychiatrie. Et là encore, si les difficultés sont réelles, les convergences sont aussi fortes, car l'alcoologie dispose d'un vrai savoirfaire en termes d'accompagnement, original et complémentaire: pratiques de groupes, souvent bien rodées, bonne articulation avec les groupes d'entraide, et de nombreux ateliers de thé-

rapie. Et puis des expériences nouvelles se font: refondation des consultations jeunes usagers pour mieux répondre aux pratiques de poly-usage par exemple.

RdR et alcool

Il faut être motivé

d'un établissement

que "Csapa", aucune

pour frapper à la porte

au sigle aussi mystérieux

communication spécifique

n'ayant à ce jour été faite!

La réduction des risques, concept central des réponses aux usages de drogues illicites, s'applique de plus en plus souvent aux consommations problématiques d'alcool. La RdR offre des perspectives d'intervention renouvelées (considérer d'abord les risques les plus immédiats, sortir du dogme de l'abstinence). Face aux problématiques d'exclusion, elle est même centrale. Et

Le tabac, non mentionné explicitement en kait partie elle donne lieu à des pratiques convergentes et innovantes dans le domaine festif, des grands rassemblements publics. Le choc des cultures, ici aussi, débouche sur une amélioration des pratiques. Il est l'occasion de dépasser le clivage, parfois involontairement maintenu, entre Csapa/soin et Caarud/RdR, au plus grand profit des usagers.

Soin résidentiel et hébergement social sont aussi l'occasion d'exprimer des contradictions: les cadres sont multiples, centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques, appartements thérapeutiques doivent clarifier l'offre qu'ils structurent: abstinence ou pas, comme condition d'entrée ou comme objectif de sortie,

place des TSO, gestion de consommations "annexes"... Il faut faire le lien avec d'autres offres (SSRA, etc.). Des pistes nouvelles sont explorées, associant un hébergement "sans condition d'usage" et des centres de jour qui, eux, cherchent à modifier l'usage. Il n'est pas possible de plus le détailler ici, mais elles ouvrent des perspectives plus qu'intéressantes.

simple, privé, est susceptible d'être poursuivi. Le consommateur d'alcool est mieux loti, son "produit" lui est proposé partout, à des prix relativement abordables, voire offert. La consommation est valorisée socialement, elle reste un facteur d'intégration. La loi n'intervient que pour réguler à la marge l'accessibilité au produit et pour sanctionner la conduite automobile ainsi que des faits délictueux commis sous alcool, délits qui emplissent les geôles de garde à vue et les audiences des tribunaux. Dans les équipes, tout se passe parfois comme s'il fallait

drogues illicites est un délinquant par nature; l'usage

dans le premier cas protéger les usagers de l'arbitraire de la loi et dans l'autre, les protéger d'eux-mêmes. L'arrivée

Refus et hésitation des uns.

d'une prudente implication

pour d'autres, engagement

complet dans une pratique

commune pour les derniers,

tous les cas de figure

sont là!

début de remplacement.

du concept "d'alliance thérapeutique" permet peu à peu de conjuguer, sans les opposer, ces deux approches.

Les contraires ne sont pas toujours contradictoires, mais ils sont sources de contradiction. Dans les Csapa comme dans les Caarud, l'arrivée de l'addictologie met donc les équipes en tension. Elles ont su s'adapter au cadre médicosocial, passer la première étape d'une

réforme administrative plus complexe qu'il n'y paraît: elles s'affrontent maintenant à une mutualisation des pratiques, qui nécessite plus de temps, mais permettra une vraie amélioration des réponses apportées pour peu que réussisse la définition de cette clinique commune.

Le concept d'"alliance thérapeutique"

Finissons cet inventaire sur la question du rapport à la loi, lui aussi exemplaire. Pour le législateur, l'usager de

Des salles de consommation pour buveurs?

Ouvert depuis plus d'un an à Kiel, une ville portuaire du nord de l'Allemagne, le Sofa Bar est une expérience novatrice en matière de réduction des risques: il a été conçu pour accueillir des chômeurs alcooliques. L'idée est la suivante: proposer un endroit accueillant où ceux-ci peuvent amener leurs propres boissons (le bar ne vend que des sodas et du café).

Le but est double: il s'agit d'éviter les perturbations de l'ordre public créées par des personnes en état d'ébriété, mais aussi de permettre aux services sociaux de pouvoir entrer beaucoup plus facilement en contact avec ces per-

Subventionné par la mairie, le Sofa Bar compte quelque 70 habitués, âgés de 18 à 70 ans. Selon Guido Kleinhubbert, l'envoyé spécial du *Spiegel*, il ressemble à n'importe quel

bar du coin de la rue, et il n'est pas interdit d'y fumer mais seulement du tabac. Des posters de football ornent les murs, une télé est allumée dans un coin, et la radio envoie un bon vieux hard rock des familles.

Le responsable du lieu, Reinhard Böttner, s'insurge contre les critiques présentant l'expérience comme une capitulation des services sociaux, ou comme une tentative de "parquage". Il revendique une approche basée sur une "offre de bas seuil", typique de la réduction des risques, consistant à donner des conseils quand les usagers le demandent et à leur proposer une aide pour leurs problèmes administratifs, mais aussi à proposer des petits boulots derrière le bar ou dans la cuisine.

Immédiat, le succès du Sofa Bar a provoqué l'intérêt de nombreuses municipalités allemandes. Un projet est notamment en cours d'élaboration dans la banlieue de Dortmund, à Nordstadt, un autre quartier durement touché par le chômage. Après l'ère des "shooting rooms", assiste-t-on au début de celle des "drinking rooms"? - NH (d'après un article paru le 21 avril 2010 dans le Spiegel)

Dessine-moi UNE action de RdR liée à l'alcool

Fabrice Perez / Techno +

La réduction des risques liés à l'alcool existe. Et depuis longtemps. C'est même le principal pilier de la politique de santé publique en la matière. Tentative de démonstration.

"À quoi pourrait ressembler la politique de RdR appliquée à l'alcool?" Cette question apparemment sans réponse résulte mécaniquement de la fin de deux grandes hypocrisies: d'un côté, la reconnaissance officielle de l'alcool comme drogue, de l'autre, l'avènement tout aussi officiel d'actions sanitaires autres que le sevrage et l'abstinence en matière d'usage de stupéfiants. Ainsi ces vingt dernières années ont vu grandir jusqu'à s'imposer deux nouveaux concepts à l'origine de la politique de santé publique actuelle en matière de drogues: l'addictologie et la réduction des risques (RdR). Cette dernière ayant fait ses preuves auprès des consommateurs de produits illicites, elle est à présent priée de se mettre à l'alcool.

Prévenir ou réduire les risques identifiés

tique efficace en matière de drogue et l'alcool étant une drogue, on doit donc pouvoir inventer des actions tout aussi efficaces de RdR liés à l'alcool relève probablement du paralogisme. C'est oublier que la particularité de la RdR est d'avoir pris d'assaut le vide béant induit par la loi de 1970 dont la palette se limitait à deux réponses coercitives, punir pénalement ou punir médicalement. L'objectif de la non-consommation n'a engendré que des mesures publiques de prévention de l'usage ou d'arrêt de l'usage. Mais en acceptant la consommation des drogues illicites, la RdR s'est donné d'autres objectifs centrés sur les conséquences sanitaires et sociales de l'usage. Les

Mais la proposition selon laquelle, la RdR étant une poli-

mesures visent alors à prévenir ou réduire des risques identifiés tels que la contamination du VIH, les overdoses, le manque... L'abstinence n'est plus une finalité mais l'une des solutions possibles pour éviter certains de ces risques.

Ce travail de désignation et de hiérarchisation des dangers définit en creux un usage acceptable des stupéfiants. De plus, la RdR se refuse à utiliser la coercition et préfère l'adhésion des consommateurs pour lesquels elle reconnaît des droits dont celui de choisir pour euxmêmes. Ces deux caractéristiques en font certes un opposant naturel à la prohibition de la consommation mais contribuent également à rapprocher le traitement sanitaire et social des drogues illicites vers celui des drogues licites en général et de l'alcool en particulier.

Du Moyen-âge à aujourd'hui

En quoi consiste une politique de santé publique en matière d'alcool? Culturellement, il n'est pas question, notamment en Europe, d'interdire totalement la consommation des boissons alcoolisées mais plutôt de l'accompagner. De fait, le regard se porte d'abord sur les aspects dommageables comme par exemple les risques liés à l'ivresse et la consommation abusive voire pathologique. Acceptation de l'usage, objectivation des risques, ce cadre sociétal est naturellement favorable au développement de mesures assimilables à de la RdR liés à la l'alcool dont certaines ne datent pas d'hier.

En Espagne, dès le XIII^e siècle, pour réduire les risques



liés à la consommation de vin à jeun, le Roi, suite à son expérience personnelle avec ce produit, imposa la présence d'amuses-bouches, les fameux tapas, dans tous les châteaux de Castille chaque fois que du vin y était servi. Puis au XV^e siècle, les tapas furent obligatoires dans les tavernes afin de réduire les risques liés à l'ivresse excessive reconnue comme facteur de violences et d'accidents. Il s'agissait bien d'objectifs de réduction voire de prévention des risques assez proches finalement de ceux d'aujourd'hui.

Pour autant, du Moyen-Âge à nos jours, il faut admettre que ce n'est pas la santé publique qui a guidé l'évolution des consommations d'alcool. Le vide à ce sujet est très longtemps resté aussi béant que celui comblé par la RdR avec les stupéfiants. Mais il a été comblé lui aussi.

À partir du XVIII^e siècle les avancées médicales et scientifiques au sujet de l'alcool ont permis, après des siècles de banalisation, une prise de conscience des dangers pour la santé et la société.

À tel point qu'au début de XXº siècle des associations de tempérance prennent le contre-pied culturel en dénonçant les méfaits dus au produit et demandent son éradication.

L'ampleur de ces mouvements oblige les pouvoirs publics à se positionner. Le choix de ne pas interdire l'alcool tout en devant en reconnaître les dommages oblige les États, sous l'impulsion de l'OMS, depuis le milieu du XX^e siècle, à

mener une politique de santé publique en la matière. Comme la RdR bien plus tard, on détermina des risques (dépendance, pathologies, violence, accidents...) que l'on classa entre eux, définissant ainsi le canon sanitairement et socialement acceptable du "boire avec modération". C'est toujours cette logique qui est à l'œuvre actuelle-

Une comparaison éclairante

De son côté, que fait la RdR liés aux drogues illicites? Elle informe objectivement aussi bien les consommateurs que les non-consommateurs sur les conséquences de l'usage. Elle favorise l'adoption de meilleures pratiques d'usage pour les consommateurs. Elle prend en charge les consommateurs dont l'usage est problématique. Cet ensemble de mesures, portées à la connaissance de tous, permet à chacun de faire un choix responsable sur sa consommation. C'est bien ce qui se fait en matière d'alcool, non?

Étrangement, le saut intellectuel qui peut l'affirmer ne relève pas de l'évidence.

Comparons 2 exemples de mesures publiques qui sont certainement les plus abouties sur des risques identifiés et considérés comme prioritaires. L'une visant à réduire les contaminations infectieuses suite à une consommation de drogue. l'autre le risque d'accident routier sous l'emprise de l'alcool.

cas nº 1 situations

Pour ne pas être contaminé suite à une consommation de drogue, le mieux est

Si je consomme alors le mieux est de choisir un mode de consommation autre que l'injection. Si je m'injecte alors le mieux est d'utiliser du matériel neuf stérile. Si j'utilise du matériel ayant déjà servi alors le mieux est de le stériliser ayant. Si j'utilise du matériel non stérile alors le mieux est de ne le partager avec personne d'autre.

Si je partage mon matériel alors le mieux est de connaître ma sérologie et celle des gens avec qui je le partage.

actions possibles

éducation aux autres modes de consommation mise à disposition de matériel neuf stérile éducation aux techniques de nettoyage du matériel information

orientation dépistage

cas nº 2 situations

Pour ne pas avoir d'accident suite à une consommation d'alcool, le mieux

Si je bois de l'alcool alors le mieux est de ne pas dépasser 2 verres standards avant de conduire.

Si je bois plus de 2 verres standards alors le mieux est d'attendre la baisse de mon alcoolémie avant de conduire.

Si je n'attends pas la baisse de mon alcoolémie alors le mieux est de faire des tests psychomoteurs d'équilibre ou de réflexe.

actions possibles

éducation sur la notion de verre standard

mise à disposition d'outil de mesure de l'alcoolémie

éducation aux techniques des tests

Ces exemples laissent entrevoir la caractéristique fondamentale qui donne tout son sens à la RdR: partir des situations réelles des personnes afin de proposer des solutions réalistes adaptées. Le champ des possibles est plus complexe que ces déroulés séquentiels et c'est en réalité une pyramide arborescente qui schématiserait au mieux l'ensemble des branches de scénarios.

Le sommet est toujours la réduction du risque à zéro, un principe de précaution imparable. Chaque situation peut donner lieu à une action spécifique a minima informative mais parfois nécessitant de la mise à disposition de matériel ou de compétences spécifiques. Au fur et à mesure que l'on descend dans la pyramide le risque est de moins en moins réduit et sa réduction est de moins en moins probante. C'est certes une limite de cette politique, mais c'est aussi son grand atout en donnant la possibilité d'agir pas à pas, d'où que l'on parte, jusqu'à un niveau de risque acceptable pour la personne et/ou la société selon les cas.

Chaque exemple se termine par des étapes très certainement polémiques. Ce fut le cas pour la distribution de seringues lorsque la représentation dominante était l'irresponsabilité des injecteurs. Idem lorsque le déni prévalait au sujet de la responsabilité de l'alcool dans les accidents routiers. Le pragmatisme de la RdR bouscule souvent les préjugés. C'est un frein parfois puissant à sa mise en œuvre.

Des actions complémentaires

Dépendance, violence, cancer, coma éthylique... Les risques déjà identifiés liés à la consommation d'alcool font l'objet d'actions pouvant être représentées selon une telle pyramide. Ils s'inscrivent forcément dans une démarche de RdR. La difficulté à le percevoir vient de l'absence trop fréquente de liens explicites entre ses actions. Elles semblent donc davantage opposées que complémentaires.

Pour reprendre le cas d'étude n°2, comment comprendre qu'un message du type "boire ou conduire, il faut choisir" n'est pas incompatible avec d'autres du type "2 verres ça va, 3 verres bonjour les dégâts!" ou "à partir de 3 verres c'est l'éthylo qui gère", si ces trois actions ne sont pas unifiées par la logique de la RdR?

La RdR liées à l'alcool n'est donc pas à inventer: elle existe et demande juste à se révéler et à être reconnue.

Les avantages de l'alcool sans les inconvénients?

Depuis 2009, le professeur David Nutt dirige une équipe de recherche au Collège impérial de Londres afin de mettre au point un alcool à moindre risque.

expert en politique publique des drogues, il serait illusoire d'interdire l'alcool malgré son coût pour la santé publique. Nutt affirme que les connaissances scientifiques actuelles sont suffisantes pour mettre au point une substance produisant les effets recherchés par les consommateurs (euphorie, désinhibition, détente...) et dont les conséquences (gueule de bois, amnésie, hépatotoxicité, dépendance...) seraient moindres, voire nulles. Dans la revue *The Scientist* du mois de janvier¹, il explique que les récepteurs neuronaux activés par l'alcool sont trop nombreux. Certains produisent les effets recherchés, d'autres les dommages. Il est alors possible de créer une substance qui activerait seulement les zones du cerveau responsables du plaisir. Nutt va plus loin en détaillant qu'il est possible, parallèlement, de développer l'antidote correspondant. Ainsi après quelques verres d'alcool synthétique, il serait possible d'en annuler les effets pour pouvoir conduire sa voiture par exemple.

La famille des benzodiazépines fournit d'excellents candidats pour remplacer l'éthanol. Mais si la science avance vite, la société est à la traîne: le Pr Nutt se heurte à la loi anglaise sur les médicaments et les drogues et aux conventions internationales sur les stupéfiants qui régissent les benzodiazépines. Il dénonce régulièrement le manque de volonté politique à réduire les risques liés à l'alcool en produisant une drogue légale plus saine qui aurait, comme l'alcool, un statut souple proche de celui des aliments plutôt que d'être soumis au cadre strict des médicaments.

¹ Nutt D, "Can we use science to reduce the harms of alcohol?", The Scientist, 2011, 25, 1, 23

ALCOOL ET RÉDUCTION DES RISQUES

Pourquoi l'évaluation de l'Inserm sur la RdR n'a pas abordé la question de l'alcool

Dr Pierre Poloméni / psychiatre, service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (Sevran) Pierre Poloméni, qui a fait partie du groupe de travail chargé de l'expertise collective de l'Inserm présentée en juin 2010, revient sur les raisons qui ont conduit à écarter l'alcool de cette évaluation.

> De nombreux arguments cliniques et théoriques nous amènent au quotidien à nous interroger sur l'intérêt d'une réduction des risques vis-à-vis de la consommation d'alcool.

> En effet, les addictologues sont tous les jours confrontés à des personnes qui boivent de façon massive de l'alcool (bière, vin, alcools forts, avec ou sans produits illicites). Les toxicités s'additionnent. Comment ne pas intégrer les produits licites dans une logique de prévention? Les dommages constatés ne reconnaissent pas de frontière entre les produits! La nocivité de la bière ou de la vodka, alors même que nous voulons permettre l'accès aux soins des usagers et une réduction des dommages, nous

amène donc à penser une limitation — et non to accessing generic health and social care plus un arrêt complet — des consommations. Cette limitation que nous négocions parfois, 16, 147-154 manque fâcheusement de substrat scienti-² Williams H, Norman M, Pates R et al., fique. Nous ne savons pas quel est le bénéfice, finalement, à prôner cette réduction. De quoi Blackwell Publishing, 2005 doit-elle être faite? Baisser la quantité totale ³ Tatarsky A, "Harm reduction de boisson? Limiter le rythme? Retarder l'heure de la première bière? Amener à une baisse J Subst Abuse Treat, 2003, 25, 249-256 dans les degrés d'alcool pour un même ⁴ Kellogg Scott H, "On "Gradualism" and Volume? II paraît donc important d'évaluer les modalités de mise en œuvre et les résultats 25, 241-247 d'intervention de réduction des risques inté-

1 Neale J. Tompkins C. Sheard L. "Barriers services: a qualitative study of injecting drug users". Health Soc Care Community, 2008.

"Sater Injecting: Individual Harm Reduction Advice, In: Injecting illicit drugs".

psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment".

the building of the harm reduction-abstinence continuum. J Subst Abuse Treat", 2003,

⁵ Coppel A, 1996 grant tous les produits...

Produits licites et concepts de RdR

Les aspects théoriques nous amènent aussi à intégrer les produits licites dans le vaste concept de réduction des risques. En effet, lorsque l'on travaille sur la littérature, on retrouve des définitions ou plutôt des réflexions riches d'enseignement, d'humanisme et de pragmatisme.

Ainsi, pour Neale et coll.¹, la réduction des risques est un principe de santé: il s'agit d'éviter une aggravation ou de baisser les probabilités de survenue de pathologies, et ce, quel que soit le domaine. La RdR peut aussi conduire à proposer une procédure idéale d'utilisation d'une substance psychoactive².

De nombreux auteurs insistent sur des aspects philosophiques (chacun a le droit de vivre, selon la façon qu'il a choisie, le soin ou la prévention devant s'adapter au mode de vie), et en déduisent une position pragmatique (il faut aménager la rencontre entre un individu et un

La RdR se conçoit comme une prévention, au cours, tout au long du comportement de consommation³.

Des concepts plus élaborés peuvent être développés: Le gradualisme, par exemple⁴, construit un pont entre RdR et abstinence. Chaque action de santé est positionnée sur ce pont. De même, avoir une vision chronologique du "parcours de vie" d'un usager⁵ doit amener à faire le meilleur choix (intervention, outil...) à chaque moment.

Ce travail s'appuie sur la capacité des usagers à modifier leur comportement si on leur en donne les moyens⁶.

Il faut effectivement savoir si l'outil nécessaire est disponible, et s'il améliore (statistiquement) l'état de l'usager. Ce regard statistique est parasitant mais incontournable: pour les médicaments, par exemple, même des produits inactifs (les placebos) peuvent améliorer des patients. Pour qu'un médicament soit effectivement mis sur le marché et remboursé (et utile), il faut que l'amélioration soit significative et... ses effets secondaires limités (!).

Une logique d'évaluation

C'est dans cette logique d'évaluation que se construit la démarche des expertises collectives de l'Inserm. L'expertise sur la réduction des risques a répondu à une commande précise: "réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues". Cette question a été posée à l'Inserm dans un contexte particulier, marqué par des attaques répétées contre les acquis de la substitution et de la RdR, contre les professionnels et le financement de leurs structures, contre les usagers vécus à nouveau comme délinquants. C'est bien de la place de la "toxicomanie et des toxicomanes" dont il s'agit.

De fait, le terme de "signaux" utilisé à plusieurs reprises ces derniers mois montre que, par principe, certaines actions pourraient, devraient être arrêtées par les pouvoirs publics. Les associations et les professionnels mènent un combat pour faire valoir leur travail; le ministère de la Santé a fait le choix d'ouvrir une évaluation indépendante, ciblée, s'appuyant sur des données internationales, qui pourrait donner (ou non!) une validation majeure, un "corps" scientifique à des interventions de terrain, les protégeant peut-être des mouvements d'opi-

Cette expertise collective a donc produit un document conséquent, évidemment imparfait, incomplet, mais très fiable quant à la question posée, ce qui n'a pas manqué de générer un certain nombre de réactions!

Problème de temps, problème de méthode

Dès le début de ce travail, les experts réunis ont interrogé

le choix de cibler ainsi la réduction des risques. usagers de drogues: une "compétence de vie" Au-delà de la question de la commande, brièvement expliquée ci-dessus, se sont imposés Universitaires de France, 2005, 401-425 des problèmes de temps et de méthode. ⁷ Anderson K, "How to change your drinking Problème de temps bien sûr, car la quinzaine d'experts a travaillé plus d'un an sur des cen-Jork, 2010 taines de publications, avec des réunions mentravail quotidien. Elargir le champ aurait retardé dangereusement la parution de ce travail.

Problème de méthode aussi: comme nous l'avons évoqué, "prouver l'efficacité" s'appuie sur des indicateurs. La question de la réduction des risques infectieux nous donnait accès aux volumineuses bases de données sur le VIH et le VHC, avec de réelles possibilités d'exploitation et donc une visibilité des évolutions. La force de la preuve, que nous avons ensuite développée dans le rapport, est un appui solide pour poursuivre et développer la réduction des risques.

Ne peuvent donc être expertisés que les domaines dans lesquels des données suffisantes, exploitables, acceptées par les différents pays, sont disponibles.

Certes, de nombreux travaux existent en matière d'alcool, mais on conçoit qu'un indicateur permettant d'évaluer un bénéfice (qualité de vie? cirrhose?...) pour le patient de boire "moins" (moins, c'est combien?), ou de boire "mieux" (mieux c'est comment: un alcool moins fort? en mangeant?) n'est pas systématiquement accessible dans des publications internationales.

Pour un nouveau travail évaluatif

Ce qui n'empêche pas bien sûr des initiatives, des mouvements, des programmes. Citons par exemple HAMS (Harm reduction, Abstinence, and Moderation Support) où K. Anderson et S. Peele argumentent pour l'information par les pairs, l'aide au contrôle de la consommation. De grandes actions gouvernementales, telles que l'"Alcohol Harm Reduction Strategy for England"⁸, en 2004, proposent des constats, des objectifs, des actions.

Les campagnes pour réduire les effets nocifs de l'alcool (sur la route par exemple, pour les femmes enceintes...) sont importantes. Mais on retrouve systématiquement cette difficulté d'évaluation. Pour ce dernier exemple, le nombre de syndromes d'alcoolisme fœtal est très mal connu en France, le nombre de femmes enceintes qui s'alcoolisent aussi: comment évaluer le bénéfice d'une action si les constats de départ ne sont pas fiables?

Ce champ de la réduction des risques / prévention / accès aux soins est immense. Après les expertises "Alcool: effets sur la santé" (2001) et "Alcool: dommages sociaux, abus et dépendances" (2003), appelons de nos vœux un nouveau travail évaluatif, sur lequel devra s'appuyer la future loi de santé publique et les prochains plans addictions, afin de rappeler que le toxique alcool est un des principaux problèmes de santé en France, afin de donner aux professionnels les moyens nécessaires à la prévention et à la prise en charge.

⁶ Jauttret-Roustide M, "L'auto-support des reconvertie en expertise", In: Le recours aux experts, raison et usages politiques, Presses

⁽a harm reduction guide to alcohol)", 2nd edition, The Harm Reduction Network, New

⁸ Plant M, "The alcohol harm reduction strategy for England", BMJ, 2004, 328, 905 Suelles, de façon volontariste et en plus de leur

ALCOOL ET RÉDUCTION DES RISQUES

L'alcool dans l'infection VIH

Camille Fontaine / Médecin, soins de suite infectieux de l'hôpital Cognacq-Jay, Centre de santé sexuelle "190" (Paris) Même si les études scientifiques n'ont pas, jusqu'à présent, démontré un impact de l'alcool sur l'immunovirologie, plusieurs facteurs suggèrent un rôle délétère sur l'évolution de la maladie VIH. La forte association entre risque d'infection VIH et consommation d'alcool est, elle, bien documentée.

> L'influence de l'alcool sur le VIH est bien étudiée depuis les années 1990, à la fois en termes d'incidence de l'infection et de progression de la maladie. La requête sur Pubmed des items "Alcohol" et "HIV" renvoie en effet à plus de 4900 références. L'alcool est la 3º cause de mortalité et de morbidité dans les pays développés et la population VIH a un risque double de celui de la population générale d'avoir une consommation d'alcool à risque². Pour autant il n'y a pas, en France, de recommandation spécifique pour la prise en charge des problèmes d'alcool des patients infectés par le VIH.

Une forte association

Une revue de la littérature datant de 2010 a confirmé la forte association entre l'incidence de l'infection VIH et la consommation d'alcool³. Une analyse concernant uniquement les études prospectives a montré les faits suivants:

- définit une consommation d'alcool à risque par une consommation plus de 4 verres standards (soit 10 g d'alcool pur) en une que ceux qui n'en consomment pas. occasion et plus de 14 verres par semaine de 3 et plus de 7 pour les femmes
- ² Hahn JA, Samet JH. "Alcohol and HIV disease" par rapport aux autres. progression: Weighing the evidence Curr HIV/AIDS Rep, 2010, 7, 226-33
 - ³ Shuper PA, Neuman M, Kanteres F et al., and HIV/AIDS: a systematic review
- 1 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) Les individus qui consomment de l'alcool ont un risque d'infection VIH 77 % plus important
 - pour les hommes, et respectivement plus Ceux qui consomment avant ou pendant un rapport sexuel ont un risque majoré de 87 %
 - Ceux qui pratiquent le "binge drinking" (fortes quantités d'alcool consommées en peu "Causal considerations on alcohol de temps) ont un risque plus que double com-Alcohol Alcohol, 2010, 45, 2, 159-66 paré à ceux qui ne le font pas³.

Si l'alcool agit comme facteur de risque comportemental dans l'acquisition du VIH, il agit également au niveau biologique. En effet, son rôle immunosuppresseur augmente la susceptibilité aux infections en diminuant la réponse inflammatoire et en altérant la production de certaines cytokines (des hormones du système immunitaire)³. De plus, l'alcool joue indirectement un rôle immunosuppresseur par sa toxicité hépatique et le développement éventuel de cirrhose, par les carences nutritionnelles qu'elle entraîne, et par la translocation bactérienne intestinale qu'elle favorise².

Un lien avec la progression de la maladie pas toujours mis en évidence

Les études évaluant le rôle de l'alcool sur la progression de la maladie VIH sont nombreuses. Hahn a proposé en 2010, à partir de la littérature des vingt dernières années, une synthèse des liens entre alcool et progression du VIH, présentée dans la figure ci-contre.

Sur le plan biologique, les études expérimentales disponibles – limitées au virus de l'immunodéficience simienne (SIV) chez le primate — s'intéressent à des paramètres différents (lymphocytes CD4, charge virale et survenue d'infections opportunistes), mais convergent vers la même conclusion: l'alcool aurait un effet délétère sur la progression de la maladie SIV. Chez l'homme, les résultats des études cliniques sur le sujet ne sont pas univoques: pour la période "pré-trithérapie", les études prospectives ne retrouvent pas de lien entre consommation d'alcool et évolution de la maladie. Parmi les études "post-trithérapie", la moitié ont trouvé un lien entre consommation d'alcool et au moins l'un des marqueurs biologiques².

L'alcool peut aussi théoriquement faire progresser l'infection VIH par son action pharmacologique sur les médicaments antirétroviraux (ARV). En effet, il devient inducteur enzymatique en cas de consommation chronique et inhibiteur enzymatique en cas d'alcoolisation aiguë². La concentration de ces ARV peut donc diminuer en présence d'alcool et entraîner un échec thérapeutique. Certaines études ont effectivement montré des différences de concentration de certains ARV en présence d'éthanol mais sans différence cliniquement significative, n'entraînant donc pas de recommandation particulière à ce jour.

Sur le plan comportemental, l'alcool peut influencer de diverses façons l'évolution de la maladie VIH. Plusieurs études ont montré que l'accès aux soins et la mise sous ARV des patients VIH sont retardés par la consommation

importante d'alcool². Dans la cohorte suisse regroupant plus de 6300 patients, ceux préassociation with adherence and outcome of traités avec des CD4 < 200/mm³ avant une Study", Antivir Ther, 2009, 14, 3, 349-57 forte consommation d'alcool étaient moins

et al., "Alcohol use and antiretroviral Concernant l'observance aux ARV, le rôle de Immune Deție Syndr, 2009, 52, 2, 180-202 l'alcool sur ce facteur a fait l'objet d'une abon-

dante littérature. Une récente méta-analyse a évalué 40 études totalisant plus de 25 000 patients sur ce sujet. Elle a montré que les patients consommant de l'alcool sont 50 % à 60 % moins observants que les patients abstinents ou ayant une faible consommation⁵. Ces résultats ont été également retrouvés dans la cohorte suisse: parmi les 4519 patients sous ARV, la consommation d'alcool était fortement liée au fait d'oublier des comprimés⁴.

Un effet sur les maladies liées au VIH

Enfin l'alcool a une influence sur certaines maladies liées à l'infection VIH. Le syndrome dépressif, la plus fréquente des comorbidités psychiatriques, est un facteur de mauvaise observance aux ARV et le rôle aggravant de l'alcool sur les syndromes dépressifs est bien établi². Par ailleurs, la consommation d'alcool est très souvent associée à la consommation d'autres produits psychoactifs, en particulier la cocaïne, dont la consommation diminue la survie des patients VIH².

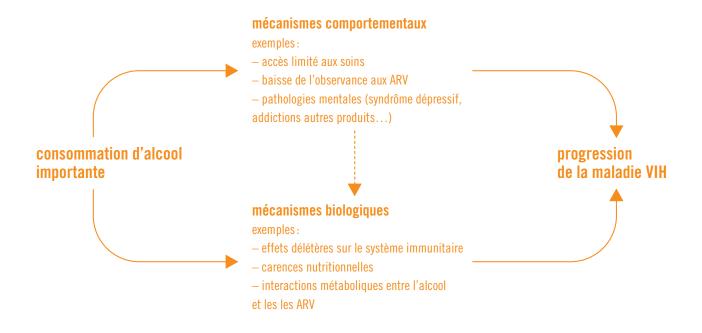
Les fréquentes co-infections par les virus des hépatites B et C (respectivement 7 % et 24 % des patients VIH en France) sont évidemment directement aggravées par la toxicité hépatique de l'alcool. L'action hypertensive de l'alcool aggrave les pathologies cardiovasculaires, qui représentent la 4^e cause de décès des patients VIH français. Enfin, sur le plan cérébral, l'alcool a une toxicité propre qui peut s'additionner avec celle

⁴ Conen A, Fehr J, Glass TR et al., "Self-reported alcohol consumption and its antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohor

5 Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW traités par ARV que les autres 4. adherence: review and meta-analysis", J Acquir

Mécanismes potentiels du lien entre consommation d'alcool importante et progression de la maladie VIH

D'après Hahn JA, Samet JH, in "Alcohol and HIV disease progression: weighing the evidence", Curr HIV/AIDS Rep, 2010, 7, 226-33



du VIH et de certains ARV, favorisant l'évolution des complications neurologiques.

Il existe donc beaucoup de facteurs suggérant un rôle délétère de l'alcool sur l'évolution de la maladie VIH. La difficulté des études cliniques à démonter un impact sur les paramètres immunovirologiques est donc surprenante. On peut en partie expliquer ce paradoxe par certains problèmes méthodologiques que posent ces études. Dans le recueil des données, la quantité d'alcool consommée et l'observance aux ARV, telle que déclarées par les patients, ne sont pas faciles à recueillir de façon objective. Parmi les définitions choisies, les seuils de consommations d'alcool à risque ne sont pas toujours les mêmes, compliquant le travail des méta-analyses. Enfin, la consommation d'alcool évolue dans le temps et tend à diminuer à mesure que l'état de santé s'aggrave, ce que beaucoup d'études ne prennent pas en compte. Au total, d'autres données cliniques sont donc nécessaires pour préciser le rôle de l'alcool sur l'évolution immunovirologique de l'infection VIH.

Dépistage et prise en charge

Su le plan pratique, il est donc nécessaire d'intégrer dans le suivi des patients VIH le dépistage et la prise en charge des consommations problématiques d'alcool. Si celle-ci nécessite une orientation vers un addictologue, les spécialistes du VIH ont un rôle déterminant dans leur dépistage. Aborder le sujet par une simple question quantitative sur la consommation d'alcool peut suffire à

6 Samet JH, Philipps SJ, Horton NJ et al., OUVrir le dialogue sur le sujet. On dispose "Detecting alcohol problems in HIV-infected ensuite de questionnaires qui permettent AIDS Res Hum Retroviruses, 2004, 20, 2, 151-5 d'identifier les patients à risque. Le question-

naire "DETA", en 4 questions simples, a montré son utilité pour le dépistage des patients infectés par le VIH⁶. L'auto-questionnaire "AUDIT", développé par l'OMS, est également facilement utilisable avec ses 10 items et permet de dépister une probable dépendance à l'alcool. Quoi qu'il en soit, aborder ce sujet permettra au patient, s'il était un jour en demande, d'identifier un interlocuteur qui pourra l'adresser vers un addictologue, de même que cela est recommandé pour le sevrage tabagique. Citons à ce propos l'étude française "InterACTIV", qui évalue l'efficacité de la varénicline dans l'aide au sevrage tabagique des patients VIH. On ne peut qu'espérer que des études testant les molécules d'aide au maintien du sevrage alcoolique - comme l'acamprosate ou la naltrexone – soient mises en place pour améliorer la prise en charge des nombreux patients VIH ayant des consommations d'alcool à risque.

patients: use of the CAGE questionnaire".

Abonnement

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

nom	prénom	
profession	organisme	
adresse		
code postal	ville	
tél.	e-mail	

2009 et la pénurie de MDMA

Nestor Hervé / Pistes (Paris)

Les observations du dispositif Trend mettent en évidence trois phénomènes marquants pour l'année 2009 : l'extension géographique de l'usage de crack, le développement de l'usage de kétamine ainsi qu'un bouleversement du marché des drogues de synthèse provoqué par la pénurie de MDMA.

> L'OFDT a publié dans le n°73 de sa revue *Tendances* une synthèse des principaux résultats du 11° exercice de son dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles

> Le dispositif apporte des informations sur l'augmentation de la disponibilité de la cocaïne, la réinscription de l'héroïne dans le paysage, ainsi que sur la plus grande proportion d'usagers jeunes, féminins et/ou précaires, et insiste en particulier sur l'émergence de points de vente de crack en dehors de la région parisienne, notamment à Rennes. Toulouse et Metz.

De la MDMA au mCPP

Mais le fait marquant de cette édition concerne les consommations dans l'espace festif. Il apparaît en effet que l'importante pénurie de MDMA, que ce soit sous forme de poudre ou de comprimé, apparemment due à "la destruction massive au Cambodge d'un précurseur indispensable à sa fabrication, le safrole", a entraîné son remplacement partiel par le mCPP (métha-chloro-phenyl pipérazine), décelé pour la première fois en France en décembre 2004 et non classé comme stupéfiant.

Le mCPP a ainsi été retrouvé dans 70 % des comprimés présentés comme de l'ecstasy et 10 % des poudres présentées comme de la MDMA en 2009, selon les données analysées dans le cadre de Sintes (système d'identification national des toxiques et substances). Autre produit ayant "profité" de cette pénurie, le 2C-B, un stimulant synthétique, et, à un degré moindre, ses "cousins" comme le 2C-D et 2C-E, des analogues légaux, mais aussi la méthylone, la fléphrédone, la FMP, le DOB et DOC, la I-PEA ou la pFPP, et, last but not least, la méphédrone, médiatisée au début de l'année 2010 puis interdite en juin de la même année.

Néanmoins, selon Emmanuel Lahaie, pharmacien en charge de Sintes à l'OFDT, "la principale nouveauté de

1 Gandilhon M. Cadet-Taïrou A. Lahaie E. Ces "legal highs" est leur disponibilité et Chalumeau M, "Drogues illicites: l'étendue de l'offre que permet internet. Ils ne Tendances n° 73, décembre 2010 Sont pas considérés comme apportant de nou-

velles sensations par rapport aux produits qu'ils sont censés imiter comme la MDMA, la cocaïne, ou l'amphétamine, qui demeurent les substances de référence". De plus, "l'engouement pour ces "legal highs" dans l'espace festif habituellement consommateur d'ecstasy ou d'amphétamine reste pour l'instant relativement restreint". Cette effervescence du marché des drogues de synthèse est sans doute à rapprocher des récentes annonces de saisies effectuées par les douanes. Celles-ci ont en effet constaté dans leur bilan 2010 une hausse des saisies de ce type de produits. Et la tendance semble perdurer: le 25 février 2011, 52 kg de 4-MEC, un dérivé de la méphédrone, ont été saisis en provenance de Chine. Cependant, le plus souvent, la destination finale n'était pas le marché français mais l'Europe du Nord.

Un nouveau public pour la kétamine

L'autre fait notable touchant l'espace festif est lié à l'usage de kétamine. Anesthésique détourné pour ses propriétés hallucinogènes et dissociatives, ce produit était jusqu'à présent consommé en France par des personnes appartenant à un milieu minoritaire et "bien circonscrit", "fréquentant l'espace festif alternatif, notamment les travellers, composé généralement d'usagers de substances expérimentés". Or, cet usage déjà ancien aurait entraîné un processus de "domestication" du produit: notamment une meilleure maîtrise des liens entre dose et effets, améliorant par là-même l'image liée à la kétamine.

Allié à un accroissement de sa disponibilité, ce changement d'image expliquerait donc la diffusion du produit auprès d'usagers plus jeunes, en particulier ceux en situation d'errance.

En outre, l'usage commence à affecter d'autres milieux comme celui des clubs, notamment dans le cadre du clubbing homosexuel ou des soirées privées, mais aussi parmi des "usagers précarisés de l'espace urbain". "La nouvelle dynamique de diffusion du produit est à surveiller de près", conclut Tendances.

les observations du dispositif Trend en 2009"

CULTURE

"High Society", l'expo événement sur les drogues

Jimmy Kempfer

Féru de la "culture des drogues", votre serviteur ne pouvait manquer l'exposition High Society, organisée récemment à Londres. Visite guidée.

> Les substances psychoactives nous accompagnent depuis l'aube des civilisations et ont joué, pour certaines, un rôle fondamental dans les domaines religieux, coutumier, médical, politique... Elles furent l'enjeu (ou le carburant) de bien des conflits. Toutes sortes de "spécialistes" s'évertuent à les expliciter, mais rares sont ceux qui procèdent selon l'angle de l'anthropologie historique. La prestigieuse Wellcome Gallery de Londres vient de consacrer une magnifique et très pédagogique exposition (gratuite) aux drogues et à leur histoire. Un immense et magnifique "open space" doté d'une librairie dédiée au thème des drogues et d'une cafétéria accueille les visiteurs avant l'entrée proprement dite dans l'espace dédié. Le tout souvent teinté d'une note d'un humour typiquement british.

This is terrific!"

D'emblée, une certaine démesure empreinte de solennité donne le ton. Une énorme pipe à opium de près de 10 mètres accueille les visiteurs. Ce genre d'objet figurait quelquefois comme enseigne devant les plus luxueuses fumeries des grandes villes chinoises. Certaines de ces pipes, opérationnelles, invitaient les amateurs à tirer une colossale bouffée, histoire d'apprécier la qualité des drogues proposées.

Les visiteurs, ébahis, murmurent devant les objets qu'ils découvrent dans les vitrines. Des dizaines de jolies boîtes, style victorien ou Belle-Époque, de morphine, opium, héroïne, cocaïne, flacons d'opiacés divers, vins de coca...

"This is terrific!", s'exclame une grand-mère pour leurs propriétés antitussives mais dont indignée devant les pages centenaires de aussi hallucinogènes sont connus tabloïds où des enfants joufflus vantent la

teneur en narcotiques de "cordiaux" aux noms évocateurs (Gripe Cordial, Cough Killer, Infant's Préservative...) souvent étoffés avec des solanacées¹, des vins de coca, et même des bonbons opiacés ou à la cocaïne pour calmer les douleurs dentaires des tout-petits.

Tout ça est bien sûr à resituer dans le contexte de l'époque, quand ces médications "terrifiantes" étaient les seules efficaces pour soulager les affres de la tuberculose ou de la syphilis.

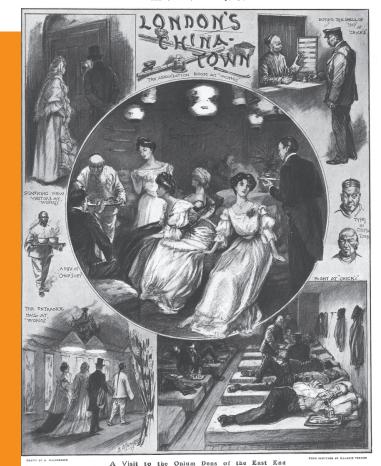
'Tu crois que c'est encore bon?"

Je suis en train de me dire que les flacons de cocaïne, la très jolie boîte de "cocaine & heroin pills", savamment décorée ainsi que les nécessaires à morphine en or finement ouvragé ont dû faire rêver quelques visiteurs lorsqu'un retentissant et franchouillard "Viens voir ça!" lancé à l'adresse d'un compatriote soulève quelques haussements de sourcils. Il s'agit d'une très jolie boîte française datée de 1900, "Cigarettes indiennes au cannabis" de chez Grimault et Cie, Paris. "Tu crois que c'est encore bon?", demande le copain alors que je me pose la même question à propos d'un flacon (encore scellé) de Forced March: un sirop à la cocaïne hautement tonique, recommandé aux militaires et aux alpinistes, et en vente libre jusqu'en 1920.

Le Dr Charcot sous l'effet du haschisch

Sur les murs se succèdent les originaux de gravures et tableaux célèbres, comme La Morphinomane d'Eugène Grasset, et des manuscrits parmi les plus fameux: Confessions d'un mangeur d'opium, de Thomas de

les effets narcotiques, soporifiques mais



Quincey, le légendaire Kubla Khan de Coleridge – pour les aficionados, la quintessence d'un rêve opiacé – et les tout premiers traités sur l'opium des 17° et 18° siècles, dont cette apologie de l'opium de Sydenham, l'inventeur du Laudanum², remerciant Dieu "qui a accordé à la race humaine, en réconfort de ses souffrances, nulle autre médecine de la valeur de l'opium".

D'éloquentes eaux fortes témoignent de l'ampleur du tra-

fic entre Albion et la Chine – entrepôts d'opium de multiples maux du XVIIº jusqu'au début monumentaux, flottes d'opium clippers³ ainsi que les inévitables fumeries - mais aussi de la ³ Navires rapides spécialisés dans le mobilisation des mouvements "anti-opium" sur fond d'expansion coloniale.

Plus loin, dans l'espace consacré aux littérateurs, le fantasmagorique univers dessiné par à la culture psychédélique tel Timoty Leary le Dr Charcot, père de la neurologie et mentor de Freud, lors d'une expérimentation personnelle du cannabis, a sans doute intrigué nombre de and Culture, de Mike Jay, Ed. Thames psychanalystes... et de chercheurs de paradis artificiels. De même que cet autoportrait de Baudelaire sous haschisch, gigantesque et sidéral devant une tour Eiffel minuscule.

² Fameux sirop opiacé employé pour traiter du XX^e siècle

transport de l'opium entre l'Inde et la Chine

⁴ Feuilles de buvard imprimés de motifs divers, prédécoupées et imprégnées de LSD. Un petit carré équivalent à une dose. Ils sont dédicacés par des personnalités liées

 5 www.youtube.com/watch?v=Hd4rgyZzseY

⁶ High society - Mind Altering Drugs in History & Hudson. Véritable exégète de l'histoire culturelle des drogues, Mike Jay est l'auteur de plusieurs livres anthologiques sur le thème, comme Emperors of Dreams ou Artificia

Un membre du Parlement sous mescaline

Plus loin, un espace archéologique où trônent tablettes millénaires sumériennes ou babyloniennes et effigies diverses. Les statuettes précolombiennes aux joues gonflées de feuilles de coca éclairent le visiteur sur le rôle social, parfois majeur, de certains psychotropes dans les civilisations andines, étayé par des documents séculaires relatant les usages souvent incompris lors des grandes explorations exotiques.

Ailleurs encore, des créations à vocation pédagogique sur les effets, conséquences ou représentations de certaines drogues montrent avec une élégance toute british l'ampleur du phénomène de nos jours et sa déclinaison au regard des sensibilités politiques, culturelles ou des enjeux corporatistes.

Ça et là, entre une magnifique collection de LSD blotters⁴ dédicacés, les dessins mescaliniens d'Henri Michaux, des objets rituels liés à l'ayahuasca, aux cérémonies du peyotl, kawa et diverses plantes hallucinogènes, des vidéos restituent explications et reportages parfois hilarants. Ainsi ce très distingué membre du Parlement filmé sous mescaline⁵, qui confie ensuite que ce fut une des expériences les plus intéressantes qu'il ait jamais faites. Juste à côté, des light shows restituent les psychédéliques années 1960.

Panacée, vice... ou loisir

N'oublions pas l'importante partie de l'exposition consacrée aux campagnes anti-opium, pour la prohibition et la prévention de l'alcool, contre le trafic... Telle cette mise en scène montrant les armes serties d'or des barons mexicains de la drogue et cette saisie de 3,5 millions de dollars représentant une masse de billets débordant d'un monceau de cartons, démontrant imparablement à tout visiteur comment la gestion et/ou l'instrumentalisation de l'usage d'un produit peut, selon les contextes, en faire un crime, un vice, une maladie, un loisir, un médicament, un fléau ou une panacée.

Comme le lecteur peut sans doute le constater, votre serviteur a passé allègrement une journée mémorable dans cette exposition, s'adonnant sans modération aucune à toute cette culture. Se retrouvant gravement affecté du redoutable syndrome d'addiction à la "narcodocumentation", il put toutefois décrocher tout en douceur grâce au magnifique ouvrage High Society, prolongement littéraire de l'expo signé Mike Jay⁶, coorganisateur de l'événement et véritable exégète de la question.

Substitution: ce que les prescriptions révèlent

Tiphaine Canarelli / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Comment évolue la substitution aux opiacés en France? Une étude de données de remboursement en 2006 et 2007 d'un échantillon représentatif d'assurés sociaux met notamment en évidence une nette diminution de la part des sujets recevant plus de 32 mg/j de BHD et la montée en puissance des génériques.

> Environ 120 000 personnes étaient traitées par médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en France en 2007 avec, spécificité française, une nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (BHD) représentant 80% de l'ensemble devant la méthadone (MTD). Si l'impact des MSO est très clairement positif, 15 ans après leur mise sur le marché, des mésusages ont aussi pu voir le jour, rendant nécessaire un suivi de la prescription de ces produits.

¹ Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement, 2002, OFDT, Cnamts, 85 p.

régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002: pratiques et disparités à travers

relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse plus de 4 500 patients en 2006 et 2007 Tendances nº 65, OFDT, mai 2009, 6 p.

⁴ Canarelli T, Coquelin A, "Données récentes opiacés. Analyse de données de remboursement de patients en 2006 et en 2007' OFDT, décembre 2010, 127 p.

⁵ Générique Arrow® mis sur le marché en 2006 en 2007 (devenu Mylan® tin 2008)

⁶ Ceux n'ayant bénéficié que d'une seule la sécurité sociale^{3,4}. prescription de MSO n'ont pas été inclus dans médicaments au cours de l'année ("traitement mixte") ont été étudiés à part

⁷ Le plus souvent dans le cadre d'un switch

8 La part de prescription des génériques 2006. Fin 2008 ils représentaient ainsi en

C'est dans ce contexte qu'une coopération entre la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'OFDT relative à l'étude des données ² Cadet-Tairou A, Cholley D, "Approche" de remboursement de MSO s'est mise en place depuis environ 10 ans. Une première collabora-13 sites français", 2004, OFDT, 120 p. tion avait ainsi donné lieu à la publication en ³ Canarelli T, Coquelin A, "Données récentes 2002 d'un rapport sur l'accessibilité de la BHD et de la méthadone sur 5 sites géographiques de données de remboursement concernant français entre 1999 et 2000, et un deuxième paru en 2004 était venu compléter cet état des lieux sur les deux années suivantes sur un terrelatives aux traitements de substitution aux ritoire élargi (13 sites)². Cette nouvelle étape concernant un échantillon représentatif s'inscrit dans la lignée de ces travaux en se basant, pour la première fois, non plus sur l'étude de sites régionaux mais sur l'ensemble et générique Mercke mis sur le marché du territoire à partir de deux échantillons représentatifs de bénéficiaires du régime général de

les analyses et ceux ayant reçu les deux Pour 2006 et 2007, une première requête sur les bases de données de l'Assurance maladie a permis de tirer au sort des sujets parmi ceux princeps vers générique ayant reçu au moins un remboursement en ville de BHD (Subutex® et/ou génériques⁵) de BHD a progressivement augmenté depuis et/ou de méthadone entre le premier et le dertermes de volume près de 30 % des prescriptions nier jour des mois de janvier 2007 et janvier 2008. Une requête complémentaire a ensuite permis de recueillir de manière rétrospective les données de remboursement de MSO (BHD et/ou méthadone) de ces sujets sur chacune des deux années précédentes (du 1^{er} janvier au 31 décembre inclus) afin de les analyser⁶. Plusieurs variables relatives aux MSO ont été créées pour effectuer l'analyse, comme le délai de délivrance (intervalle de temps entre les dates de prescription et de délivrance d'un MSO) ou des variables propres à chaque sujet (dose délivrée, durée de traitement et dose quotidienne moyenne (DQM)). Après suppression des enregistrements incomplets ou non-conformes, l'analyse a porté sur 4736 sujets en 2006 et 4607 en 2007.

Les génériques en progression

Parmi les sujets recevant de la BHD en 2006, la spécialité princeps (Subutex®) est principalement prescrite, seule (72%) ou en association avec le générique Arrow® (28%)⁷; le générique seul n'étant prescrit qu'à 12 sujets (0,3%). La pénétration des génériques progresse de manière conséquente l'année suivante puisque près de la moitié des sujets (48,8%) reçoivent à la fois Subutex® et génériques en 2007 et que la part de ceux bénéficiant de génériques seuls est multipliée par 10 en un an (3,9%)8. Quel que soit le MSO prescrit, les sujets sont le plus souvent de sexe masculin (78 % des cas) avec un âge moyen de 35 ans. Il est toutefois plus faible chez les bénéficiaires de génériques de la BHD (25,5 ans en 2006 pour la forme Arrow® et 30,1 ans l'année suivante pour la forme Merck®), laissant supposer que ces formes sont plus facilement prescrites chez des patients jeunes et en début de traitement.

Un quart des sujets bénéficient d'autre part de la couverture maladie universelle (CMU) avec une surreprésentation chez les femmes (une sur trois versus un homme sur quatre) et chez les bénéficiaires de BHD. Les sujets ne recevant que la forme générique de BHD y sont toutefois moins affiliés que les autres (13,7 % versus 26 %).

Un tiers de suivis intermittents

Les doses quotidiennes moyennes (DQM) de BHD sont de 9,5 mg/j en 2006 et de 8,9 mg/j en 2007⁹. De fortes disparités régionales sont retrouvées avec des DQM particulièrement élevées en 2006 dans trois régions : Île-de-France (19,6 mg/j), Alsace (10,3 mg/j) et PACA (10,1 mg/j). Au total, sur ces deux années, près de 90 % des individus reçoivent une DQM inférieure ou égale à 16 mg/j parmi lesquels près du tiers ont des doses moyennes de moins de 4 mg/j.

Les DQM de méthadone sont quant à elles respectivement de 48,8 mg/j et de 49,5 mg/j. Seuls un quart des patients ont une DQM entre 60 et 100 mg/j, près des deux tiers ayant une dose comprise entre 20 et 70 mg/j et seuls 6 % des doses supérieures à 100 mg/j.

Quel que soit le MSO reçu, ces patients ont vu en moyenne deux médecins en 2007 et seuls un quart d'entre eux en ont vu au moins trois (en baisse par rapport à 2006 où ils étaient 32 % dans ce cas parmi les bénéficiaires de la BHD). Le nombre maximal de médecins par patient recevant de la BHD par région est également en fort recul (33

en 2007 versus 51 en 2006). Ces praticiens sont dans la quasi totalité des cas des généramaximum) et pour la méthadone de 60 à listes (97 %) alors que les rares spécialistes impliqués dans la prescription des MSO sont le plus souvent des psychiatres (47 % en 2006 et 55% en 2007). Les trois quarts des médecins L'enquête de 2002 qui retrouvait que 65 % des généralistes impliqués ne suivraient d'autre part qu'un seul patient dans le cadre d'une

versus la moitié de ceux sous méthadone) Quant aux pharmacies, si 20% des patients se sont rendus dans trois d'entre elles ou plus au fait des alternances de suivi possibles entre cours de l'année, sont surtout concernés les patients recevant de la BHD (22,6% versus 8,2% pour la méthadone en 2007). Le nombre maximal de pharmacies consultées au cours de importante des comorbidités psychiatriques l'année 2007 est de 42 chez un sujet sous BHD, en diminution là encore (67 en 2006).

Des "profils" de sujets ont d'autre part été 13 Le Rohypnol®, dont la prescription est définis en fonction de la durée de leur traitement et des intervalles entre deux délivrances de MSO sur l'année. Un traitement "régulier" correspond ainsi à une prise en charge durable chez des patients ayant régulièrement consulté un trație à visée abortive de ce produit et présenté vraisemblablement l'ensemble de dans le cadre d'un réseau prostitutionnel leur traitement au remboursement. Les deux tiers des personnes étudiées entrent ainsi dans cette catégorie, alors que le tiers restant est en traitement "non régulier" impliquant un suivi intermittent associé à une plus grande précarité ou à des mésusages 11.

Certains indicateurs déjà préétablis au travers d'un large panel d'études menées dans le champ des MSO et plus particulièrement pour la BHD, permettent d'appréhender le type d'usage des patients. Ils correspondent en effet à des seuils à partir desquels existe une forte présomption de détournement, surtout si ces indicateurs coexistent. Il s'agit ainsi d'une DQM supérieure à 32 mg/j de BHD et/ou d'un nomadisme médical (5 prescripteurs ou plus) et/ou officinal (5 pharmacies ou plus). Selon l'étude de 2002, 6 % des sujets bénéficiant de BHD avaient reçu une DQM supérieure ou égale à 32 mg/j au cours du deuxième semestre et autant des prescriptions d'au moins cinq médecins essentiellement sur les sites de Paris, sa banlieue Nord et Marseille. Les résultats pour 2006 et 2007 font apparaître une diminution importante de ces dosages supérieurs à 32 mg/j ne concernant plus que 2% de l'ensemble des sujets en 2006 (n=84) puis 1,6% (n=61). Ces sujets sont très majoritairement de sexe masculin (84 et 88%), plus âgés (36,1 et 38,6 ans) et principalement repérés en Île-de-France, PACA et Alsace, comme en 2002.

Du côté des associations médicamenteuses

En plus des MSO, ces sujets ont pu bénéficier d'autres prescriptions dont des médicaments psychotropes utilisés à des fins thérapeutiques le plus souvent mais aussi parfois de mésusage¹². Les niveaux de prescription de plusieurs médicaments psychotropes potentiellement mésusés comme certaines benzodiazépines (Rohypnol® et Rivotril^{®13}) mais aussi l'Artane[®] – antiparkinsonien de synthèse parfois consommé pour ses effets psychotropes - ou d'autres produits marqueurs d'un possible mésusage comme la Fucidine® – antibiotique local fréquemment utilisé en cas d'abcès cutané et donc indicateur potentiel d'utilisation intraveineuse de produit(s) – voire d'un trafic professionnel comme le Cytotec® – antisécrétoire gastrique détourné et exporté comme produit abortif¹⁴ – ont ainsi été observés parmi différents groupes de patients (échantillon global, bénéficiaires de la CMU et sujets recevant plus de 32 mg/j de BHD).

Si l'ensemble des bénéficiaires de BHD recourent pour un peu moins de la moitié d'entre eux (40 %) à des benzodiazépines (Lexomil® et molécules hypnotiques en particulier) en 2007, ils ne reçoivent pas de prescriptions de produits suspects de mésusage et présentent un profil de consommation proche des bénéficiaires de méthadone. Les sujets

- ⁹ Les posologies d'entretien recommandées sont pour la BHD de 8 mg/j (jusque 16 mg/j 100 mg/j (voire au-delà pour certains patients)
- 10 Ce résultat est conforme avec d'autres travaux menés antérieurement dans ce domaine
- 11 Ces résultats sont en adéquation avec sujets étaient inclus dans un processus thérapeutique. Les sujets bénéficiant de BHD sont toutefois plus souvent en telle prise en charge 10. traitement régulier (2/3 d'entre eux s'expliquant sans doute par une prise en charge plus entrecoupée chez ces derniers du centres de soins et médecine de ville
- 12 Tout usage d'un médicament psychotrope chez un usager ou ex-usager de drogues n'est toutehois pas systématiquement synonyme de recherche de "défonce", la fréquence chez ces usagers s'accompagnant souvent de symptômes anxieux motivant un usage (encadré ou non) de ces produits
- encadrée depuis 2001 du fait du mésusage dont il a fait l'objet est toutefois encore mésusé au sein d'une population socialement très marginalisée, tout comme le Rivotril dont l'effet "défonce" serait moins marqué
- 14 Il existe en effet depuis quelques années à destination de pays d'Afrique de l'Ouest



affiliés à la CMU ont un niveau de prescription en benzodiazépines légèrement supérieur (53 %) quelque soit le MSO reçu et recourent plus fréquemment à la crème Fucidine^{®15} (13% *versus* 8%). Ceci laisse supposer une injection plus fréquente chez des individus plus précarisés et fragilisés mais très peu concernés par le trafic (puisque seuls 0,7 % d'entre eux bénéficient de Cytotec®). Enfin, les patients bénéficiant de plus de 32 mg/J de BHD reçoivent pour une grande part d'entre eux des benzodiazépines (85%) avec un profil de consommation différent (Rivotril® et Rohypnol®) et une prévalence importante de recours au Cytotec® (15%). Il s'agit en effet de sujets tournés vers une activité de trafic (BHD et/ou Cytotec®) ou

¹⁵ La crème Fucidine® est utilisée contre un marqueur indirect d'injections problématiques

 16 Des publications récentes ont d'ailleurs pait état de plus grands risques de partage eux ont reçu de la Fucidine®). de matériel au sein d'une sous-population téminine vue au travers des Caarud - donc ayant toutețois accès à des remboursements

tout au moins suspects de mésusage dans un les injections cutanées et constitue Contexte de grande difficulté induisant une forte consommation de médicaments et un recours important à l'injection (15% d'entre

Les femmes, réputées plus anxieuses que les en dehors du système de soins-mais hommes, consommeraient d'autre part davanplus ou moins ponetuels de BHD tage de molécules anxiolytiques (Lexomil® en

particulier) sans toutefois prendre part aux trafics de médicaments. Plus vulnérables psychologiquement, en particulier chez les jeunes, elles s'adressent davantage à des psychiatres (80 % versus 58 % des spécialistes consultés chez les moins de 30 ans) et seraient amenées à s'injecter des produits plus fréquemment dans la même tranche d'âge (10,4% reçoivent de la Fucidine® versus 5.6% des hommes)¹⁶.

Conclusion

2006

Cette nouvelle coopération avec la CNAM permet de faire un état des lieux des niveaux de consommation de MSO au plan national en apportant en particulier la constatation d'une nette diminution de la part des sujets recevant plus de 32 mg/j de BHD (moins de 2% dès 2006 versus 6% en 2002) avec une accentuation de cette diminution opérée entre 2006 et 2007. Ce phénomène est en lien direct avec la mise en œuvre du plan d'action de l'Assurance maladie mené depuis 2004 auprès des assurés suspects de détournement voire de trafic de MSO et renforcé en 2006.

2007

effectifs (BHD + MTD) BHD		n=4736 82% (n=3884)	n=4607 80,5 % (n=3711)		
caractéristiques de la population traitée	part hommes / femmes (%)	78 / 22	79 / 21		
	âge moyen	34,5	35		
	bénéficiaires de la CMU "CMU +" (%)	23	21		
niveaux d'usage, indicateurs de mésusage	DQM (mg/j)	9,5	8,9		
et type de traitement	DQM ≤ 16 mg/j (%)	87	87,2		
	16 < DQM ≤ 32 mg/j (%)	11	11,2		
	DQM > 32 mg/j (%)	2 (n=84)	1,6 (n=61)		
	$\geq 3 / \geq 5$ prescripteurs (%)	32,3 / 9,7	24,5 / <mark>6,3</mark>		
	$\geq 3 / \geq 5$ pharmacies (%)	24,3 / 8	22,6 / <mark>6,9</mark>		
	traitement régulier (%)	66	65		
		échantillon global	BHD "CMU +"	BHD > 32 mg/j	
associations médicamenteuses en 2007	Benzodiazépines* (%)	40	53	85	
selon le groupe	Fucidine®** (%)	8	13	15	
	Artane®*** (%)	0,3	0,5	3,3	
	Cytotec®*** (%)	0,4	0,7	15	
MTD		18% (n=852)	19,5 % (n	19,5 % (n=896)	
caractéristiques de la population traitée	part hommes / femmes (%)	75 / 25	74 / 26		
	âge moyen	35,1	34,7		
	bénéficiaires de la CMU "CMU +" (%)	17	18		
niveaux d'usage, indicateurs de mésusage	DQM (mg/j)	48,8	49,5		
et type de traitement	$DQM \le 100 \text{ mg/j} / 100 < DQM \le 300 \text{ mg/j} (\%)$	94 / 6	94 / 6		
	≥3/≥5 prescripteurs (%)	28,5 / 4,1	26 / <mark>3,8</mark>		
	$\geq 3 / \geq 5$ pharmacies (%)	7,4 / 0,3	8,2 / 0,9		
	traitement régulier (%)	45,5	42,8		
	<u> </u>	échantillon global	MTD "CMU	+"	
associations médicamenteuses en 2007	Benzodiazépines*(%)	44	54		
selon le groupe	Fucidine®**(%)	7,8	12		
	Artane®***(%)	0,2	0		
	Cytotec®***(%)	0,3	0,6		

^{*} prescription d'au moins une benzodiazépine au cours de l'année / ** médicament indicateur de mésusage / *** médicaments suspects de mésusage source: Données CNAM 2006-2007, estimations OFDT

Naissance du Réseau français de réduction des risques

Constitué en février autour du collectif du 19 mai (Asud. la Fédération Addiction, Act Up-Paris, Gaïa, Safe, **SOS Hépatites, SOS Drogues** International, salledeconsommation.fr), qui a mené le débat sur les salles de consommation, le Réseau français de réduction des risques se veut un outil d'échange entre organisations et personnes intéressées, permettant la communication en direction des médias et du grand public. Le Réseau s'est doté d'un comité scientifique pluridisciplinaire et indépendant, dont l'objectif est de contribuer à l'amplification, la structuration, la diffusion et la visibilité de la recherche en RdR, en intégrant les besoins des acteurs de terrain **Toutes les informations** sur www.asud.org

Les premières journées nationales de la Fédération Addiction

Issue de la fusion
entre l'Anitea et la F3A,
la Fédération Addiction
représente environ 85 %
du dispositif médico-social
en addictologie (Csapa,
Caarud, CTR, AT, consultations
jeunes...). Les premières
journées nationales de la
nouvelle association auront
lieu les 19 et 20 mai à Lyon.
Programme disponible
sur www.anitea.fr

Multitudes

"Drogues: Loi, Réduction des risques": c'est le titre du copieux dossier – pas moins d'une quinzaine d'articles – de la nouvelle livraison de la revue Multitudes. Il a été élaboré "avec Médecins du monde, des intervenants de santé et des usagers" qui estiment que la dépénalisation est la seule politique rationnelle possible.

Multitudes nº 44, printemps 2011, 240 p., 15 euros.

Marmottan fête ses 40 ans

À l'occasion du 40° anniversaire de l'hôpital Marmottan, un colloque scientifique intitulé "corps et âme, les addictions" aura lieu le 24 juin à la faculté René Descartes de Paris. Avec une impressionnante liste d'intervenants: Axel Kahn, Marc Valleur, Bernard Stiegler, Dany-Robert Dufour, Jean Dugarin, Louise Nadeau, Jean-Louis Pédinielli, Jean-Pierre Lhomme. Yves Michaud, Jean-Pol Tassin, Michel Hautefeuille. Michel Serres et Robert Castel. Renseignements sur www.hopital-marmottan.fr

Parution

"Fruit d'une rencontre improbable entre des champs épistémologiques et des courants de pensée qui ont coutume de s'opposer" comme l'écrit dans son introduction le psychanalyste Éric-Pierre Toubiana, Addictologie clinique réunit cliniciens et chercheurs d'horizons très divers pour créer un véritable manuel sur les addictions – avec ou sans produit. Parmi les nombreux contributeurs, Amine Benyamina, Michel Hautefeuille, Didier Jayle, Lila Mekaoui, Michel Reynaud, ou encore Marc Valleur... Addictologie clinique, sous la direction d'Éric-Pierre Toubiana PUF, "Quadrige Manuels", 800 p., 28 euros.

Coquelicot 2011

étude sur la santé des usagers de drogues et leurs besoins en matière de réduction des risques

L'étude Coquelicot s'adresse aux usagers de drogues majeurs ayant injecté ou sniffé au cours de la vie. Cette recherche est menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en collaboration avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) U988.

La participation des usagers de drogues à cette recherche est importante:

- parce qu'elle permettra de mieux connaître leur situation vis-à-vis du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites et d'améliorer la prévention et leur prise en charge;
- parce qu'elle va contribuer à adapter, au mieux, les politiques publiques de réduction des risques à destination des usagers de drogues.

Sa réussite repose sur le volontariat.

Entre mai et juillet 2011, des enquêteurs professionnels (soumis au secret médical) vont proposer aux usagers de drogues volontaires de répondre à un questionnaire anonyme et confidentiel.

- Cette étude se déroulera dans les villes de Bordeaux,
 Bègles, Aix-en-Provence, Marseille, Martigues, Lille,
 Roubaix, Tourcoing, Strasbourg, Schiltigheim, Paris, et
 dans les départements de la Seine-et-Marne et de la
 Seine-Saint-Denis.
- Aucune information ne permettra de retrouver l'identité de la personne interrogée. Ce questionnaire portera sur leur santé en général, leurs conditions de vie, leur histoire liée à la consommation, leurs besoins et attentes vis-àvis des stratégies de réduction des risques.
- Dans le même temps, il leur sera proposé de donner quelques gouttes de sang sur un buvard afin de tester le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B exclusivement (pas de recherche de produits stupéfiants).
- Les résultats de ces tests ne seront pas communiqués, qu'ils soient positifs ou négatifs parce que la participation est anonyme et rien dans le questionnaire ne permettra de retrouver la personne volontaire. Ensuite, parce que ces tests n'ont pas officiellement de valeur diagnostique pour le dépistage individuel.

Nous remercions les volontaires qui accepteront de participer à cette étude afin de faire progresser la recherche.

Pour toute information complémentaire, contacter Marie Jauffret-Roustide, sociologue, responsable scientifique de l'étude, à coquelicot@invs.sante.fr

Édito

Directeur de la publication

Rédacteur en chef Gilles Pialoux

> Édition **Philippe Périn**

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Vincent Bensos
Catherine Brousselle
Tiphaine Canarelli
Jean-Pierre Couteron
Isabelle Grémy
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Vincent Pachabézian
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Marianne Storogenko
Agnès Sztal
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri
Avec la participation de
Phillippe Batel

Gestion Amanda Baptista Secrétariat, abonnements Natalia De Oliveira

Réalisation graphique

Céline Debrenne
d'après une conception de

Sylvain Enguehard
Impression: Stipa/4M
Dépôt légal: à parution
ISSN: 1277-7870
Commission paritaire: en cours

Tour Maine-Montparnasse BP 54

75755 Paris cedex 15

Fax: 01 56 80 33 55 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

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





Avec le soutien du laboratoire

Reckitt
Benckiser

Une fois n'est pas coutume, Swaps fait dans ce numéro un focus sur

l'alcool! Avec une question centrale qui anime cette 62° livraison: le concept de réduction des risques, qui a fait la preuve de son efficacité pour les opiacés injectés et le VIH, est-il soluble dans l'alcool? En clair, le produit psychotrope le plus consommé dans les pays industrialisés est-il toujours au seuil des politiques de réduction des risques — et si oui pour quelles raisons techniques, sociétales ou politiques?

La réduction des dommages attribuables à l'alcoolisation excessive — qu'on en finisse avec l'ivresse! — devrait pourtant figurer parmi les priorités de politique publique de santé dans les pays industrialisés. Une résistance à la RdR bien illustrée dans l'imposante expertise collective de l'Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues (2010) où précisément l'alcool fait absence. Même si Pierre Poloméni (voir page 12), qui en fut l'un des artisans, justifie cette absence par un problème de méthode. En effet, comme l'explique très clairement Philippe Batel, psychiatre, alcoologue et addictologue (voir page 2), l'intégration de l'alcool dans un programme de réduction des risques se heurte à la difficulté de l'évaluation du dommage et du seuil dommageable, notamment compte tenu de nombreux cofacteurs viraux, toxiques, génétiques pouvant influencer les impacts négatifs de l'alcool sur l'organisme et sur les comportements.

L'inertie décrite ici ne saurait se résumer à un problème méthodologique, et il convient bien évidemment de rappeler le poids culturel, social et politique du lobby viticole dans un pays où la consommation d'alcool — et notamment de vin — est inscrite au patrimoine national. De même que la réduction des risques liés à l'alcool doit aussi intégrer la perte de chance que constitue en France le fait d'être consommateur d'alcool dès lors que l'on veut accéder à un traitement de l'hépatite C ou plus encore à une greffe hépatique, quelle qu'en soit la raison.

Reste que la mise en place des Csapa peut, par-delà le choc des cultures né du rapprochement entre CSST et CCA finement décrypté par Jean-Pierre Couteron et Patrick Fouilland (page 6), constituer une opportunité unique pour enfin conjuguer la RDR avec l'alcoologie.

DIDIER JAYLE ET GILLES PIALOUX