

INJECTION

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 64 / 3^e trimestre 2011

Édito / 28

Sulfates de morphine :
la boîte de Pandore / 2

Comment aller au-delà
des programmes d'échange de
seringues : le projet Erli
(éducation aux risques liés à l'injection) / 6

Trajectoires
d'injecteurs franciliens / 9

Les expériences de réduction
des risques à **Amsterdam**
dans les années 1980 / 18

Regard sur l'invisible
une enquête sur l'injection
en espace festif / 22



/ 13

un **bilan** du tabagisme
en France en 2010 / 26

DOSSIER

Alors que l'ouverture de salles de consommation à moindres risques en France devient une hypothèse tangible, la rédaction de Swaps a souhaité ouvrir le dossier complexe et délicat des injecteurs de sulfates de morphine, et plus particulièrement du Skenan, qui comptent parmi les usagers potentiellement concernés par la création de tels lieux.

Sulfates de morphine : la boîte de Pandore

Bertrand Lebeau / médecin addictologue

Bertrand Lebeau compte parmi les pionniers de la RdR. Il nous raconte les débuts de la prescription des TSO, avec ses hésitations et ses combats, et la place particulière des sulfates de morphine.

J'ai commencé à prescrire du sulfate de morphine dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Antoine au début de l'année 1993. Les toxicomanes infectés par le VIH étaient chaque jour plus nombreux, hospitalisés dans le service. À l'époque je partageais mon temps entre une activité de journaliste médical et un cabinet de médecine générale à Paris où j'avais commencé à prescrire du Temgésic.

L'épidémie de VIH à l'origine des TSO

la VIII^e conférence sur le sida de juillet 1992 à Amsterdam a été le détonateur. Alors que les autres pays européens bougeaient devant ce tremblement de terre qu'était la dissémination du VIH parmi les injecteurs de drogues, la France restait immobile. Nous nous sommes farouchement engagés dans la lutte pour la réduction des risques et les traitements de substitution. En septembre de la même année, je signalais, avec une dizaine de personnes, un texte publié par *Le Monde*, rédigé par Anne Coppel et Jean Carpentier et intitulé « le repère du toxicomane ». Il provoqua des réactions violentes et outrancières de nos « ennemis ». Un combat s'était engagé et nous étions devenus des « *dealers en blouse blanche* ». Au début de l'année 1993, sur l'initiative d'Anne Coppel, de Phuong Charpy et de Valère Rogissart le collectif « Limiter la casse » était créé et allait devenir le fer de lance de ce combat.

Sans avoir présent à l'esprit ce contexte explosif, on ne peut guère comprendre ce qui va suivre. À l'époque, le Subutex n'existait pas et seules trois équipes, exclusivement parisiennes (Sainte-Anne, Fernand Widal, Pierre

Nicole) avaient une expérience –très limitée– de la méthadone. Dans le cadre rassurant de l'hôpital, je commençais à prescrire du Moscontin (jamais de Skenan à cette époque) à un certain nombre de patients presque tous VIH et suivis pour leur infection dans le service. Habituellement ils étaient déjà sous Temgésic et soit les shootaient soit avaient besoin de doses peu compatibles avec des comprimés dosés à 0,2 mg (4mg correspondaient à... une boîte de Temgésic par jour !). Je savais bien que la morphine est difficile à gérer (« *Hot stuff, cant get enough* » chantent avec raison les Rolling Stones) et, sauf situation particulière, je demandais à la pharmacie dispensatrice de délivrer le Moscontin sur une base hebdomadaire.

Il me fallait aussi prendre une décision, forcément arbitraire, sur la dose maximale que j'étais prêt à prescrire sur les carnets à souche que le Conseil de l'ordre des médecins nous distribuait avec parcimonie, ce que Jean Carpentier appelait alors de la « *rétenion de papeterie* ». Considérant que 100 mg de méthadone était une dose assez élevée et qu'il existait un rapport de 1 à 4 entre méthadone et morphine, je décidais de ne jamais prescrire au-delà de 400 mg par jour. Et je m'y tins.

Je tentais, sans en être moi-même bien certain, de convaincre mes patients que le Moscontin n'était pas shootable. C'est la raison pour laquelle j'évitais le Skenan. Stratégie pas toujours convaincante, j'en conviens. Mais, et cela mériterait un long développement qui n'a pas sa place ici, j'avais une circonstance atténuante : je prescrivais aussi à quelques patients de la morphine injectable, plus rarement du Dolosal (péthidine), jamais de Palfium (dextromoramide) franchement

ingérable. Il est vrai que ma patientèle de Saint-Antoine était très limitée puisque je n'y travaillais qu'une demi-journée par semaine.

Les premiers programmes méthadone

À l'hiver 92-93, j'avais écrit un projet de programme méthadone dans le cadre de Médecins du Monde. L'idée en revenait à Anne Coppel et j'avais reçu le soutien bienvenu de Didier Touzeau. Finalement une délégation de Médecins du Monde fut reçue par Mme Simone Veil, ministre des Affaires sociales dans le gouvernement Balladur, en juillet 93. Elle donna son feu vert à l'ouverture d'un centre méthadone avec en tête, du moins je l'imagine, une idée : faire savoir aux intervenants en toxicomanie de l'époque que la méthadone se ferait avec ou sans eux, quitte à laisser une organisation médicale humanitaire commencer le boulot. La honte ! Le message fut d'ailleurs reçu 5 sur 5. Quoi qu'il en soit, en juin 1994, j'ouvrais un CSST avenue Parmentier à Paris et c'est là que les choses sérieuses commencèrent.

À l'époque la méthadone n'avait pas d'AMM. De plus, nous ouvrons les premières places de méthadone sur Paris depuis les douze places de Pierre Nicole en 1989. À l'orée des vacances, nous demandions à chacun des patients qui voulaient entrer dans le programme méthadone s'ils allaient ou non quitter Paris durant l'été. Celles et ceux qui ne bougeaient pas étaient mis sous méthadone, les autres sous sulfate de morphine (toujours du Moscontin) en attendant septembre. Pas de prescription au delà de 400 mg mais une délivrance qui s'adaptait à la durée de leur absence mais ne pouvait excéder 28 jours. Nous n'avions en effet aucune possibilité d'organiser des relais méthadone. Bref la prescription de sulfate de morphine changeait d'échelle et ma mini-expérience de Saint-Antoine s'appliquait maintenant à une bonne centaine de personnes. À l'automne, la majorité d'entre eux passèrent sous méthadone mais certains restèrent sous Moscontin. Aujourd'hui, 17 ans après, j'en suis encore quelques-uns...

Globalement, ça ne se passait pas trop mal avec le Moscontin. Ainsi dans *La méthadone et les traitements de substitution*, nous écrivions : « Notre expérience et celle d'autres confrères montre que certains patients

peuvent être parfaitement bien stabilisés avec le sulfate de morphine, le plus souvent à deux ou trois prises par jour et pour des posologies variant entre 100 et 400 mg par jour »¹. Certains patients me racontèrent qu'ils s'étaient fait peur après un « gros shoot ».

J'étais conscient du risque d'OD que j'allais rencontrer très concrètement quelques années plus tard avec des patients venant d'Europe de l'Est. Parfois, ça n'allait pas du tout : le patient consommait si vite sa morphine qu'il revenait au centre bien avant la date prévue. Il était clair que la « gestion » du sulfate de morphine restait problématique et, dans certains cas, franchement chaotique. Et ça montait vite en température avec les psychopathes. C'est à cette époque que je fus convoqué par le Conseil départemental de l'ordre. Je passais devant une sorte de jury qui me demanda de justifier mes prescriptions. Je défendis mon point de vue et les choses en restèrent là.

Le new deal : méthadone et buprénorphine sinon rien

Le grand tournant eu lieu en 1995 avec les AMM méthadone et BHD. La Direction générale de la santé (DGS), en « échange » de ces deux AMM, demandait l'arrêt des prescriptions de sulfate de morphine au 31 décembre 1995. Il fallait « switcher » du monde et vite ! Patrick Aeberhard, William Lowenstein et moi demandâmes un rendez-vous à Jean-François Girard, alors directeur de la DGS. Nous lui expliquâmes que la date du 31 décembre était injouable, que nous avions besoin de plus de temps et qu'en outre, certains patients ne pourraient probablement pas passer sous méthadone (le switch sulfate de morphine vers BHD restant une rareté). Girard fut sensible à nos arguments, nous donna six mois de plus soit jusqu'au 30 juin 1996. De plus, lorsqu'il quitta la DGS il rédigea une lettre qui autorisait sous certaines conditions parmi lesquelles un accord de l'assurance maladie un TSO par sulfate de morphine. Ce texte nous fut extrêmement utile même si sa base réglementaire était fragile. En revanche, les demandes répétées d'essais cliniques pour valider ou invalider les sulfates de morphine comme TSO (ce qui était le cas dans certains pays européens) furent systématiquement refusées. Le ministère ne souhaitait clairement pas mettre ne fut-ce que le bout du petit doigt dans un processus qui risquait de donner un cadre légal au sulfate de morphine comme TSO. Et en 2001, le rapport Montastruc concluait que le sulfate de morphine ne répond pas aux critères d'un TSO sans même soulever la question des différentes utilisations de la morphine comme TSO en Europe². Et la Sécu dans tout cela ? Elle était bien embêtée. Comment savoir si tel ou tel patient était sous sulfate de morphine comme antalgique ou comme TSO ? Difficile. Le dosage, l'âge du patient, l'origine de la prescription bien sûr ou la présence d'autres psychotropes sur l'ordonnance pouvaient orienter. Et puis il y avait un peu de trafic, difficile à éva-

¹ William Lowenstein, Laurent Gourarier, Anne Coppel, Serge Héjiez, Bertrand Lebeau, - *La méthadone et les traitements de substitution*, Doin, 1995.

² J.L. Montastruc, - *Synthèse des données scientifiques sur l'utilisation des sulfates de morphine dans le traitement des personnes dépendantes aux opiacés*, 2001.



luer. Certains remboursements étaient refusés, des experts étaient nommés. Cette histoire d'experts fut d'ailleurs assez drôle au moins à Paris. Il existait alors une commission départementale des traitements de substitution que pilotait le docteur Marie-France Chedru de la DDASS. Nous fûmes quelques-uns à nous plaindre que les experts nous donnaient systématiquement tort. Le docteur Chedru fit nommer d'autres experts qui nous donnèrent systématiquement raison... L'art de la nuance n'est pas une chose simple dans le champ des drogues...

Paradoxes

À partir de la seconde moitié de l'année 1996 et dans les années qui suivirent, j'eus le sentiment suivant : les prescripteurs « raisonnables », une petite centaine sur Paris, avaient levé le pied. À leur place, une ou deux dizaines de prescripteurs « déraisonnables » avaient pris le relais. Je me souviens ainsi d'un médecin qui, sachant parfaitement qu'un patient était suivi dans notre centre sous méthadone, lui prescrivait du Skenan (qui remplaçait de plus en plus le Moscontin mais peut-être valait-il mieux puisque presque tout le monde shootait le sulfate) à 600 ou 800 mg par jour. Au secours !

Les années passant, plus personne ne souhaitait vraiment ouvrir ce dossier, ni les autorités pour les raisons déjà exposées, ni les prescripteurs qui se contentaient d'un flou artistique qui perdure jusqu'à aujourd'hui. Bref, pour des raisons différentes voir opposées, nul ne veut ouvrir la boîte de Pandore. Le paradoxe de l'affaire, car il y en a un, c'est qu'il y a en France une sorte d'accès bas seuil à la morphine injectée (sinon injectable) pour quelques milliers de personnes alors qu'il n'existe aucun programme de prescription quotidienne de diamorphine (héroïne) à la Suisse. Il m'est d'ailleurs arrivé de consta-

ter la stupéfaction de certains collègues étrangers lorsque je leur expliquais qu'il était possible de prescrire de la morphine à des doses relativement élevées et pour... 28 jours avec délivrance en une fois !

Avec le temps, la situation semble s'être dégradée. J'ai travaillé huit ans, entre 2002 et 2010, à La Mosaïque, un CSST situé à Montreuil. Nous recevions beaucoup de toxicomanes venus de l'Est : Polonais, Russes, Ukrainiens... Et j'avais souvent l'impression que le seul mot qu'ils savaient dire en français, c'était : « Skenan ». Parmi les patients que nous suivions, certains sont morts d'overdose de Skenan souvent arrosé d'alcool et de benzodiazépines. Le sulfate de morphine, presque exclusivement au dosage de 100 mg, est devenu une drogue de rue recherchée.

Je reviens d'un mot sur le paradoxe évoqué plus haut : d'un côté les programmes suisses de diamorphine très structurés avec passage deux ou trois fois par jour 7 jours sur 7 et aucun « take home » et de l'autre un « programme » français de morphine bas seuil ou à seuil adapté trop souvent aux seuls grands déglingués servis par des médecins rarement avisés. Personne ne sait par quel bout prendre l'affaire. Quant à moi, à tort ou à raison, voilà bien longtemps que, sauf rare exception, je n'initie plus de nouvelles prescriptions. Mais je continue à prescrire à une dizaine de patients que je connais depuis 10 ou 15 ans. D'un côté, je suis soulagé : prescrire du sulfate de morphine reste un réel boulet. De l'autre, je sais que la situation qui prévaut est tout sauf satisfaisante. Je reste partisan de programmes structurés de morphine et/ou de diamorphine y compris injectable. Mais une chose est sûre : demander demain à des patients qui shootent du Skenan prescrit pour 28 jours de s'inscrire dans des programmes à la Suisse ne va pas être une entreprise facile. Et le dossier « sulfate » ne sera pas refermé de sitôt.



Abonnement

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

À retourner à l'association Pistes, Tour Maine-Montparnasse, BP 54, 75755 Paris cedex 15

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Détournement des sulfates de morphine :

Données récentes issues du dispositif TREND de l'OFDT

Les sulfates de morphine sont des opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Ils sont disponibles sous forme de spécialités à action brève (Actiskenan) et à action prolongée (Moscontin LP et Skenan LP). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Les effets des sulfates de morphine, proches de ceux de l'héroïne (flash et bien-être), leur confèrent une image favorable en tant que traitement substitutif auprès des patients mais expliquent aussi pourquoi ils sont parfois détournés de leur usage thérapeutique. C'est le cas du Skenan, dont la forme galénique (gélule), soluble dans l'eau, le rend relativement facile à injecter. Si l'effet ressenti après injection est proche de celui de l'héroïne, il est un peu plus court (environ 3 heures), conduisant certains usagers à rapprocher les prises de Skenan et majorant ainsi les risques sanitaires liés à l'injection (maladies infectieuses, abcès, endocardite, septicémie...) et les risques de surdoses. Selon l'enquête Enacaarud de 2008, près de 9 usagers sur 10 vus en structures de première ligne ayant consommé du Skenan au cours du mois précédent l'ont ainsi injecté.

Quels usagers détournent le Skenan ?

Selon les données qualitatives du dispositif TREND, il existe schématiquement depuis plusieurs années deux principaux groupes d'individus détournant ce produit :

- Des personnes de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne, en difficulté avec leur substitution en cours et pour qui le Skenan offre la possibilité de se sentir socialement mieux insérés. En milieu urbain (via les structures de soins ou plutôt les CAARUD) ont également été repérés d'autres individus, sensiblement du même âge que les précédents et originaires d'Europe de l'Est. Ces sujets, très précarisés, injectent ce produit en remplacement de l'héroïne ou de la BHD détournée.
- Une population plus jeune (18-25 ans), marquée elle aussi par la précarité mais appartenant à la population dite des « jeunes errants » vivant dans des squats et fréquemment accompagnés de chiens. Le Skenan, injecté et

consommé parfois à doses élevées (de 500 à 1 200 mg/j) constitue pour eux la base de leurs consommations quotidiennes. Certains jeunes injecteurs de Subutex ont également rapporté se retourner vers le Skenan du fait de ses effets ressentis comme très positifs et par peur des problèmes veineux et infectieux engendrés par l'injection de Subutex.

Les données TREND rapportent également, et ce essentiellement via le site de Paris, un recours au Skenan chez des usagers de crack en vue de « gérer la descente ».

Une disponibilité en baisse ?

Toujours selon les données TREND, la disponibilité du Skenan est restée très faible au cours des dix dernières années, à l'exception des sites de Paris et de Rennes. Il existe cependant un trafic à Toulouse et à Marseille, mais qui reste très limité et surtout très fluctuant au cours de l'année. Malgré les demandes des usagers, les médecins restent très réticents à prescrire les sulfates de morphine et en particulier le Skenan. Ceux qui s'en voient prescrire du fait d'indications douloureuses n'en détourneraient toutefois qu'une petite partie vers le marché noir. À Paris, alors que le marché était décrit comme « florissant » jusqu'en 2006 selon le dispositif TREND, la disponibilité du Skenan a été plus fluctuante en 2007 et l'année 2008 a même connu des périodes de pénurie. Ce recul découle à la fois du démantèlement de réseaux de revente de Subutex aussi impliqués dans le trafic de sulfates de morphine en 2007 mais aussi des contrôles de prescriptions de plus en plus renforcés par la CPAM du Nord-est de Paris. Ainsi, alors qu'il était vendu à l'unité entre 3 et 5 euros à Paris courant 2007 (3 euros en 2006), le comprimé de Skenan s'est par la suite négocié entre 10 et 15 euros pendant les périodes de pénurie en 2008 selon les sites (avec un maximum rapporté de 20 euros) et des prix pouvant doubler le week-end. Des tendances plus récentes font d'autre part état d'une baisse de disponibilité du Skenan sur les sites de Paris et de Rennes mais d'un accroissement sur le site de Metz.

¹ Et ce conformément à la note de la Direction générale de la Santé (juin 1996) et à la stricte condition que le médecin prescripteur ait au préalable obtenu l'accord du médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Les sulfates de morphine -de la même manière que la méthadone- sont classés comme stupéfiants en France.

² Le Moscontin, présenté en comprimés, serait moins apprécié en injection, l'écrasement de cette forme semblant moins aisé que celui des microbilles du Skenan en gélule.

³ Le Skenan bénéficie d'une image très positive chez les usagers le détournant qui le voient comme un produit rare mais aussi de qualité garantie et constante contrairement à l'héroïne.

⁴ Si ce produit est présent en milieu urbain, il n'est toutefois pas retrouvé au sein du milieu festif

TIPHAINE CANARELLI, OFDT

Comment aller au-delà des programmes d'échange de seringues : le projet Erli (éducation aux risques liés à l'injection)

Marie Debrus / coordinatrice du projet ERLI de Médecins du Monde

Le projet Erli se situe entre les programmes d'échanges de seringues et les salles de consommations à venir. Si ses résultats peuvent être un argument de poids dans le débat qui se poursuit, ses observations sont dès aujourd'hui utiles à tous les praticiens de la réduction des risques. Marie Debrus, de Médecins du Monde, retrace l'histoire de sa mise en place et apporte un éclairage nouveau sur les injections de Skenan.

Le projet Erli a débuté en milieu festif avec la mission Rave de Médecins du Monde (Mdm) particulièrement engagés sur la question de l'injection. Son extension en milieu urbain sous l'égide du Caarud Sida Paroles, financé par le Plan régional de santé publique (PRSP), se heurte aux autorités, qui refusent l'injection de produits apportés par les usagers. Mdm reprend alors le projet, fin 2009, en s'appuyant sur Gaïa à Paris et Sida Paroles à Colombes.

Les deux populations rencontrées, le contexte et les actions développées par ces deux structures ainsi que les questions et difficultés liées à la mise en place d'un projet expérimental y sont très différents.

À Paris

Le travail de partenariat avec Gaïa se concentre principalement sur le terrain de son programme d'échange de seringues à la gare du Nord et à la gare de l'Est. Le public rencontré y est particulièrement varié : des jeunes usagers venant du milieu festif, vivant en squat ou chez leurs parents, sans emploi pour la plupart et qui font la manche dans le métro, des usagers originaires des pays de l'Est, des usagers déjà fixés depuis des années sur les scènes de consommation du Nord Est parisien ou des

usagers insérés qui travaillent et injectent chez eux. L'équipe fait face à des demandes récurrentes d'usagers en difficulté pour trouver leurs veines ou, pour les usagers les plus précaires, d'un espace pour shooter plus tranquillement à l'abri des regards. Une partie des usagers consomment sur place autour de la gare du Nord, dans les parkings, les sanisettes ou simplement cachés derrière un muret. Entre les flics en civil, les patrouilles de police en voiture ou à vélo et les équipes de sécurité ferroviaire, la pression ne manque pas. Le travail de la mission Erli a concrètement commencé en janvier 2011 avec une première permanence commune Caarud Gaïa Paris – Erli le mercredi soir puis une seconde, le lundi soir, à partir de juillet.

Notre principale difficulté réside dans le temps très court que nous octroyons aux usagers qui viennent chercher du matériel. Ils sont « speed » et ne sont pas prêts à discuter longtemps facilement. Néanmoins, ce public vient exclusivement pour chercher du matériel d'injection ou des pipes à crack. Son intention est claire et affichée, nous facilitant la tâche pour présenter le projet et le proposer aux usagers. Ils se montrent intéressés. Jusqu'à présent, une quarantaine de personnes sont suivies à Paris, ils injectent principalement du Skenan (sulfate de morphine).

À Colombes

Le projet Erli est venu compléter la palette d'outils de la boutique ouverte du lundi au vendredi de 11h à 16h. La configuration en boutique est bien différente. Le public est constitué d'habitues qui viennent et connaissent le lieu depuis plusieurs années, issus pour la plupart de milieux socio-économiques difficiles, en majorité immigrés d'Afrique du Nord. La moyenne d'âge oscille entre 35 et 45 ans. Tous ont un passé ancien de consommation de produits.

Des injections dans les toilettes

Le Caarud est un lieu d'accueil où le matériel est distribué mais les usagers y viennent surtout pour avoir des conseils sur l'orientation vers des structures de soins pour la substitution, l'accès au logement ou à un travail ou tout simplement pour se poser. La consommation est peu discutée, elle ne fait pas partie des questions prioritaires. Comme le précisait le rapport d'activité 2009, la boutique peut ainsi incarner dans un premier temps un espace protégé de l'obligation de s'engager, de l'injonction de réinsertion. Comment alors travailler la question de la RdR liés à l'injection sans aller à l'encontre de cette envie de se poser et en respectant la volonté des usagers ? Pourtant et comme dans la plupart des boutiques, des injections ont lieu au sein même de la structure. Ces pratiques d'injection cachées se tiennent souvent dans les toilettes, un espace qui est loin d'être adapté à de telles pratiques. Ces dernières sont souvent réfutées par les usagers eux-mêmes. Comment faire pour sortir de la clandestinité et ouvrir un espace de parole autour de la pratique de l'injection ? Comment profiter de la situation pour amener l'utilisateur vers l'infirmerie et transformer cette question en travail éducatif ? La situation n'est pas aisée car ce n'est pas l'utilisateur qui est demandeur d'un soutien à l'injection, mais l'intervenant qui suggère une alternative à une situation qu'il tente d'améliorer. Il s'agit donc de créer l'envie de modifier ses pratiques, une tâche bien difficile.

La dynamique de travail est donc très différente d'un lieu à un autre. Le turn-over est relativement important sur le Caarud de Gaïa Paris avec une file active de 1 000 à 1 500 personnes rencontrées aux alentours des gares. A l'inverse, le Caarud Sida Paroles accueille une file active bien connue dont les habitudes sont particulièrement difficiles à modifier. Sur une centaine de personnes venant à la boutique durant l'année, une trentaine pratique l'injection, principalement de cocaïne ou d'héroïne. Le travail de RdR y paraît plus laborieux.

Quel que soit le terrain et le public rencontré, il est primordial de rappeler que le projet Erli ne répond pas à une



LE PROJET ERLI

OBJECTIFS

Objectif stratégique

Réduire la mortalité et les morbidités liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse (en particulier vis-à-vis du VHC)

Objectifs d'intervention

- > Favoriser l'ouverture d'un dialogue et entrer en contact avec les usagers
- > Promouvoir la santé des consommateurs, renforcer leurs capacités à adopter des comportements de prévention :
 - Améliorer leurs connaissances concernant les risques liés à l'injection
 - Agir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques
 - Promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque que l'injection (renoncement à l'injection, recours au sniff, à l'inhalation, accompagnement de l'utilisateur à l'arrêt de sa consommation, inscription dans un traitement de substitution non injecté, etc.)
- > Repérer les pratiques à risque et les facteurs de vulnérabilité en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation
- > Favoriser le recours aux soins
- > Témoigner de l'utilité d'une éducation pratique aux risques liés à l'injection à partir d'une évaluation issue de l'expérience de terrain

MODALITÉS D'INTERVENTION : UN PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Une approche éducative individuelle théorique et pratique où l'utilisateur utilise le produit qu'il consomme habituellement **sur la base d'un protocole explicite avec les usagers** (procédure d'inclusion, règles à observer, acceptation du processus d'évaluation). Un travail éducatif réalisé auprès de **différentes populations d'utilisateurs** sur des **territoires d'intervention variés**, à partir de **dispositifs existants** (Caarud Sida Paroles dans le 92 et Caarud/Csapa Gaïa Paris).

Concrètement ?

- Le consommateur réalise son injection devant deux intervenants (binôme composé d'un infirmier et d'un éducateur à la santé qualifié aux gestes de premier secours)
- Les intervenants analysent la pratique, soulignent les risques à chaque étape et rappellent les bonnes pratiques
- Les intervenants n'injectent pas (ne poussent pas sur le piston, n'introduisent pas l'aiguille dans la veine de l'utilisateur et ne posent pas ou ne tiennent pas le garrot ni aucun autre matériel), disposent d'un brevet de secouriste et de moyens d'intervention rapide.

situation d'urgence, il s'agit d'un travail de fond, de qualité. Il faut donc accepter que certains usagers ne rentrent pas immédiatement dans le programme Erli mais pourront l'intégrer plus tard.

L'injection de Skenan interroge la RdR

La majorité des usagers rencontrés sur Paris s'injectent du Skenan, sulfate de morphine à libération prolongée. Ce choix s'explique, entre autres, par la présence d'une héroïne de mauvaise qualité et dont la pureté en héroïne est très aléatoire. De plus, le Skenan est accessible au marché noir à des prix raisonnables. Avec le Skenan, même s'il ne s'agit pas d'un produit destiné à l'injection qui présente des risques, la personne sait ce qu'elle injecte.

Ce médicament est initialement utilisé pour les douleurs intenses lors de pathologies lourdes telles que les cancers. Son administration se fait par voie orale et n'est évidemment pas destinée à l'injection. Le médicament se présente sous forme de gélules contenant des granules de morphine enrobés pour assurer une libération prolongée. Les excipients utilisés pour ces granules rendent le mélange avec de l'eau plutôt pâteux et sont néfastes pour les veines¹.

Pour réduire les risques liés à cette pratique, les intervenants de RdR conseillent jusqu'à présent aux usagers, de bien écraser les billes, de mélanger à l'eau froide et de filtrer la préparation à l'aide d'un Stérifilt. Mais force est de constater que ce message n'est que trop rarement suivi par les usagers. Nous nous sommes interrogés sur la raison de cette résistance. Ainsi en discutant avec les personnes, celles-ci déclarent :

- Qu'il est trop difficile de filtrer la préparation avec le Stérifilt (soit les personnes chauffent la préparation qui en devenant pâteuse ne peut plus être filtrée avec un Stérifilt, soit à froid elles ne calent pas correctement le Stérifilt au fond de la cuillère et aspirent trop vite la préparation).
- Qu'elles n'ont pas le temps d'écraser correctement les billes qui sont particulièrement difficiles à écraser. Chauffer leur préparation est plus rapide.
- Qu'elles ne ressentent pas le même effet lorsqu'elles ont utilisé le Stérifilt et qu'elles n'ont pas chauffé leur préparation (effet moins fort et perte d'une sensation de grattage très appréciée).

Les usagers ne sont pas convaincus et ne voient donc aucun avantage à utiliser le Stérifilt et à suivre les recommandations des professionnels.

boration de celle-ci, nous avons alors effectué une recherche bibliographique afin de mieux cerner les informations disponibles sur le sujet. Nous avons constaté que très peu de travaux ont été réalisés. Une des rares études indiquerait qu'une préparation à froid aboutirait à une moins grande quantité de morphine en solution qu'une préparation à chaud et soutiendrait le point de vue des usagers. Avec la mission XBT, il nous a ainsi semblé intéressant de vérifier si les arguments avancés par les usagers et les résultats de cette étude se confirmaient. De tels résultats nous amèneraient à changer radicalement nos messages de RdR. Pour ce faire, il faudrait comparer les différentes techniques de préparation de Skenan et mesurer la quantité de morphine réellement présente dans la seringue avant l'injection.

La mission XBT a accepté de réaliser quelques mesures et de s'investir sur ce dossier. Les premiers résultats de ce travail et de cette réflexion sont attendus pour 2012.

Remerciements à Pascal Perez, initiateur du projet, Valère Rogissart, Elisabeth Avril, qui ont contribué activement à la concrétisation du programme.

Mail : marie.debrus@medecinsdumonde.net

¹ McLean S, Bruno R, Brandon S, de Graaf B. Effects of filtration on morphine and particle content of injections prepared from slow-release oral morphine tablets. *Harm Reduction Journal*. 2009; 22 (6): 37.

La mission Erli a alors contacté la mission XBT de Médecins du Monde (mission de développement de l'analyse des drogues). Avec la colla-

DOSSIER

Trajectoires d'injecteurs franciliens

Jimmy Kempfer / Pistes (Paris)

Jimmy Kempfer s'est livré pour Swaps à une enquête de terrain parmi les injecteurs de skenan. Reportage dont le récit est parfois à la limite du supportable, mais qui offre un regard concret sur les problèmes que les futures (?) salles de consommations rencontreront. Nul doute qu'elles y apporteront de l'humanité.

La question des salles d'injection est régulièrement évoquée par des associations de RdR et dans les médias, donnant lieu à de nombreux débats. À l'étranger, plusieurs dizaines d'expériences ont contribué à améliorer l'accès aux soins pour les usagers les plus exclus et à apaiser l'environnement. Mais les contextes et pratiques y sont spécifiques. Ces lieux de consommation sont-ils transposables dans l'hexagone ? Pour contribuer à éclairer le sujet, votre serviteur a rencontré usagers et intervenants en procédant empiriquement selon la bonne vieille méthode « boule de neige ». Nous nous sommes concentrés sur les injecteurs de Skenan¹, qui comptent parmi les premiers concernés par le dispositif. Quelques exemplaires d'*ASUD Journal* et de *Swaps* avec mes articles aideront à me légitimer auprès d'eux.

¹ Skenan : sulfate de morphine à libération prolongée sous forme de gélule contenant des microbilles. Dosage : 10, 30, 60, 100, 200 mg (ce dernier étant rare).

² Les prénoms ont été changés.

³ TEMGESIC : Avant le Subutex (1996), la buprénorphine (0,2mg) était disponible sous cette appellation mais n'avait pas d'AMM en tant que TSO (Traitement de substitution opiacée.) Toutefois, la première galénique de la buprénorphine disponible en France fut la forme injectable et ce jusqu'en 1990. Voir à ce sujet SWAPS N° 10 : « Au commencement était le Temgesic injectable. » http://www.pistes.fr/swaps/10_4.htm

⁴ Rhyp : Rohypnol. Un somnifère hypnotique dont les abus causèrent bien des drames, sans parler des séquelles. (voir SWAPS N° 18 : http://crips.centredoc.fr/docs/PDF_GED/S38778.pdf. Sa délivrance est sévèrement régulée actuellement.

Tom le typique

À la terrasse d'un café, Tom² et Pat me racontent leur quotidien, axé autour du Skenan. Tom a 44 ans. Visage marqué, dents cariées et souriant malgré un petit air accablé, il semble prendre un doux plaisir à montrer l'étendue de sa culture, réellement étonnante, tout en se racontant. Il faisait carrière dans la pub mais une rupture amoureuse le terrasse. Il se laisse emporter par un flux d'alcool et de calmants et dérive dans Paris au début des années 1990.

« La drogue ne m'intéressait pas. J'errais, bourré dès le matin et les seuls mecs sympas que j'ai rencontrés traînaient et se défonçaient à Beaubourg. Le premier soir, on m'a offert un shoot de Temgesic³. J'ai vomi, mais du coup, tout devenait plus supportable. Je savais que j'allais m'accrocher. Je le voulais même. J'ai vite connu les médecins qui en prescrivait. Je prenais de tout. Du speed, des Rhyp 2mg⁴ par dizaines, parfois de l'Artane... et toujours l'alcool. Quand le Subutex est arrivé (1996) j'avais déjà les bras abîmés et mettais des heures à trouver une veine. En plus, je ne sentais quasi plus d'effet. J'ai fait deux ans à la méthadone. Mes veines ont guéri un peu et j'ai pu shooter du Skenan. Au moins, ça valait le coup de se faire un trou ! Ça fait dix ans maintenant. Je me limite à 600 mg par jour, parfois même seulement 4 ou 500 et ne bois quasiment plus ». Ses mains et avant-bras rouges et gonflés sont couturés de cicatrices. Il m'explique que depuis peu, il shoote dans les doigts et même la paume de la main à l'aide d'une très fine aiguille de dentiste. « Ça fait un mal de chien et il faut parfois une heure avant d'y arriver. Ça ne va plus ! » rajoutant qu'il faudrait qu'il soit sérieux et repasse à la méthadone car il « loupe » et gâche trop de shoots.

Il n'a pas de médecin prescripteur, pas de papiers d'identité, pas de carte Vitale, pas de couverture sociale, ni de revenus depuis des années. Il a bien tenté de régulariser sa



situation. Mais à chaque fois il perdait ses documents, manquait les rendez-vous. Ça l'a découragé ainsi que son assistante sociale. Il fait la manche tous les soirs dans le métro, les bus, jusqu'à ce qu'il ait 130 euros.

« Je peux pas m'arrêter avant. Il faut 30 à 50 euros pour une boîte de « Sken »⁵ (14 gélules de 100 mg), 60 euros pour l'hôtel. Et un peu pour les clopes, les imprévus et pour Pat. Moi, avec mon petit air, ça marche vachement bien. Parfois en trois heures. Pat a plus de mal alors c'est moi qui assure le Sken et l'hôtel ! »

Ses grands yeux clairs, son air humble et très doux peuvent susciter la compassion. J'ai dû avoir l'air un peu ébahi, car avec un geste signifiant l'évidence, il me fait *« Eh, quinze ans de métier, mon pote ! »* rajoutant qu'il n'a ni sida, ni hépatite.

Il se fait « au moins » trois à quatre injections de 200 mg par jour. *« Quand j'ai loupé un shoot, après, je mets 300 mg »*. Et son copain de souligner *« Pas seulement quand t'en loupes un ! »* Il m'explique que si le contenu d'une seringue a trop coagulé et que le shoot est impossible, il se la vide dans le rectum. *« Après avoir ôté l'aiguille, bien sûr ! Au moins ça évite de tout jeter mais je crois que je ne la sens pas vraiment »*. Pat intervient *« chez moi ça provoque une bonne montée, aussi vite qu'en sniff mais plus fort ! Avant, j'avalais le contenu quand je loupais un shoot »*. Il m'explique passer au Caarud prendre sa méthadone pour *« couvrir la journée »*. Ainsi il est sûr de ne pas se retrouver en manque s'il n'a pas de Skenan. Il peut arriver que Tom en *« gâche tellement »* qu'il n'en reste plus assez. Je le taquine au sujet des 600 mg « maximum ».

« Je te jure, je dépasse très rarement les 1000 mg ! ». J'entendrai souvent ce déni quant à la quantité consommée. À l'inverse d'autres, présomptueux, font état de quantités phénoménales. Jusqu'à 2 800 mg/jour.

Mais Tom et Pat doivent partir, *« aller au taf »* dans le métro car s'ils arrivent trop tard, le Skenan peut devenir plus dur à trouver, donc plus cher, à la Gare du Nord.

Le petit monde du « Sken »

Face à l'hôpital Lariboisière, le petit monde du « Sken » (mais aussi du « Sub ») vaque à ses tractations, conciliabules, quête d'une opportunité, d'un client... Les profils

sont très divers mais bon nombre ont dépassé la quarantaine et plus. Certains sont bien stigmatisés et nombreux sont ceux qui ont les mains œdémateuses. Quelques-uns « piquent du zen », une cannette de bière forte à la main. Il est dix-neuf heures. Les effets cumulés des opiacés, de l'alcool et des benzodiazépines se potentialisent. Certains semblent s'endormir en parlant à d'autres à peine plus réveillés.

Deux blacks s'engueulent avec deux très jeunes. On sent la tension. Une histoire de « caillou⁶ ».

Le beau ténébreux

Carlos a 39 ans et cultive son look de beau ténébreux. Il semble assez connu et respecté par ses pairs. Comme il est « cool », il peut emmener des invités dans sa chambre dans un hôtel social. Pour y aller nous faisons un détour afin d'éviter le « Distribox⁷ ». Celui-ci serait parfois « maqué » par des Russes n'hésitant pas à intimider et racketter les plus vulnérables. Il m'explique qu'il a un nouveau traitement pour son VIH qui l'affaiblit et qu'il ne peut pas se payer des embrouilles. Il est également VHC positif mais n'a jamais voulu se faire traiter, confessant qu'il aurait pu éviter ses deux contaminations. *« J'étais con, j'étais à fond dans la CC. J'en avais rien à foutre. »* Sur le chemin on nous chuchotera furtivement des dizaines de fois « Sub », « Sken »...

Sa chambre, petite mais fonctionnelle, est super bien rangée et décorée. *« C'est important pour ma cote auprès du gérant et de l'asso qui paie. »*

Il déploie un champ stérile bleu sur son lit, telle une nappe. D'un coffret en bois il sort et, méthodiquement, dispose son matériel : cuillères à soupe, briquet, seringues et aiguilles de diverses tailles, stérifilts, tampons alcoolisés, coton... et plusieurs paquets formés d'un kleenex serti d'un élastique.

Il vide quatre gélules de Skenan dans une feuille de papier pliée, écrase le tout qu'il répartit dans deux cuillères, rajoute de l'eau légèrement chauffée, emboutit un stéribox sur une seringue de 2,5 cc au travers d'un agglomérat blanc : du coton plein de filtrat séché.

« Je déconnais... shootais sans filtrer... Depuis je filtre toujours »

Carlos commente *« La morphine se dissout mieux avec de l'eau chaude rajoutée »*. *« Une flamme d'alcool ne produit pas de suie. Faut pas mettre plus de 2 gélules sinon c'est trop épais, ça filtre mal et bouche les aiguilles »*. Il change plusieurs fois de stérifilt : *« Ça se bouche ! »*.

Un garrot sur l'avant-bras il commence à inspecter l'intérieur du poignet puis soulève le bas de son pantalon pour inspecter sa cheville dévoilant une cicatrice impressionnante.

« Un soir je me suis réveillé en pleurant de douleur avec la jambe paralysée et toute noire. J'étais inconscient depuis deux jours. Je déconnais, shootais le sub sans filtrer et prenais du crack, des Rhyp. En tentant un shoot en haut du mollet derrière le genou, je m'étais endormi sur la seringue. Ça a atteint des nerfs, percé la veine profonde, touché l'os, et tout envoyé dans la chair. J'ai passé deux mois à l'hosto. Y a même une infirmière qui me filait des « pompes » neuves. Depuis, je filtre toujours ». On lui

⁵ Si au détail, le Skenan est vendu en moyenne 5 euros la gélule, une boîte entière peut s'obtenir pour 30 à 50 euros. Les prix varient selon l'offre et la demande.

⁶ Caillou : le crack se vend, selon la quantité, sous forme de galette (40-50 euros), caillou (20 euros) ou tafte à 5 euros.

⁷ Distribox : Distributeur automatique de kits d'injection en échange d'un jeton. Celui du quartier, est complété par un Totem qui dispense un jeton en échange d'une seringue usagée. Ce dispositif est géré et développé par SAFE

donnait de la méthadone mais il réussissait souvent à se procurer du Skenan par les amis.

Il tente de trouver une veine autour du poignet gauche. Plusieurs dizaines de tentatives plus tard, il essuie le sang qui perle un peu partout sur sa main. Le liquide dans la seringue a rougi et, le piston tiré au maximum, il n'a plus de marge pour vérifier s'il est dans une veine. Il transvase un peu dans l'autre cuillère. Je lui demande pourquoi il ne change pas d'aiguille car, à force de piquer, la pointe en est forcément émoussée. Ma question l'agace. Il fulmine que c'est la faute de son traitement s'il n'y arrive pas. Je n'insiste pas. Il emboutit une grosse aiguille verte et se masse longuement le poignet m'expliquant qu'au milieu se trouve une belle veine très difficile

l'air très dur. Il ruisselle de sueur, me demande de lui essuyer le visage. Que ferais-je s'il me demandait de pousser le piston ? Il lui faut de longues minutes d'ahanements avant d'arriver au bout de sa seringue. Exténué, il reste prostré. J'ai peur qu'il soit gêné par ma présence. Je pense qu'il voulait me montrer sa science de l'injection mais craint d'avoir été décevant et maladroit. Soudain je me sens un peu voyeur, réalisant que je suis spectateur d'un acte extrêmement intime. Je lui dis, sincèrement, que j'ai été « *STUPÉFAIT* » par la précision de ses connaissances anatomiques. Il sourit et m'explique qu'il faut, pour faire le deuxième shoot, retirer le corps de la seringue fichée dans l'aiguille sans bouger, sous peine de sortir de la veine. Opération délicate pour sa main diminuée. Après plusieurs vaines tentatives il s'écroule sur son lit. J'ai l'impression qu'il se sent infiniment misérable. Je lui propose de l'aide, non sans une certaine appréhension... Il est tellement content, qu'il en oublie de dire merci. En nage, il emboutit la deuxième seringue pleine et met bien 5 mn à se l'envoyer, soufflant et vociférant de souffrance. « *J'ai dû effleurer un nerf !* ». Il m'explique que la douleur l'empêche de profiter du Sken. « *Ça dilue les effets, fait-il, déçu, ça m'a même pas gratté* » Puis, sort une canette éventée de son frigo, et y rajoute de nombreuses gouttes de Rivotril et quelques morceaux de sucre. « *C'est mon cocktail à moi, ça monte plus fort, plus vite et je sentirai mieux le prochain shoot !* » Il déballe une poignée de filtres toupie⁸ usagés, selon lui, « *gorgés de morphine* » comptant les casser pour récupérer le résidu. Comme il attend un copain qui va passer avec du crack il lui offrira un ou deux shoots en échange. Mais il affirme angoisser quand même un peu, car le crack (qu'il fume), en provoquant une vaso-constriction, rend l'accès aux veines encore plus problématique.

Skenan vs crack à 5 euros la « taffe »

Avant le Skenan, pas mal d'usagers injectaient du Subutex mais beaucoup aussi semblent venus au Skenan via le crack⁹.

Pour nombre de ces injecteurs, l'usage du crack semble banal, plus commun que le cannabis. Comme on peut trouver des « taffes » de crack à 5 ou 10 euros, l'effet minime et fugace est d'autant plus frustrant que la consommation est répétée dès que le consommateur dispose de 5 euros. Pour cela, certains usagers vendent leur traitement gélule par gélule.

Un ascenseur vers l'exclusion pour quelques jeunes dans la vingtaine. « *Diabolique* » explique l'un d'entre eux, au look un peu teuffeur. « *Tu loupes un peu la taffe, tu deviens fou. Dès que tu choppes 5 euros tu cours, tu chopas, tu fumes... et rebelote... le jour, la nuit... et il faut quand même racheter du Sken !* »

Filtres toupie et Stérifilt

Les filtres toupie, actuellement testés par plusieurs dispositifs de RDR, sont munis d'une membrane, qui, selon les modèles, assure une filtration jusqu'à 0,2 à 0,45 microns, ce qui élimine la plupart des agents pathogènes et bien sûr toutes les particules pouvant être présentes dans la solution. Leur usage nécessite un certain apprentissage et, selon les produits injectés, semble plus ou moins adapté, notamment lors de shoots furtifs, hors d'un minimum de confort. Nombre d'usagers se découragent, faute de persévérer. S'il demande à être sérieusement évalué en contexte réel, il va sans dire qu'il s'agit d'un outil intéressant, pouvant contribuer à limiter sensiblement les affections des veines et autres pathologies. Le Stérifilt, qui filtre les particules de plus de 1 micron, et dont l'usage était limité à un seul modèle de seringue est maintenant universel. Tous les acteurs concernés ont pu constater qu'il a très sensiblement contribué à diminuer les oedèmes (bras de Popeye) et autres pathologies dues à l'injection des excipients contenus dans les médicaments injectés.

à avoir. L'opération délicate et douloureuse lui a déjà « *paralysé la main* ». Il opte pour le bras droit. Avec une minutie extrême il enfonce l'aiguille, millimètre par millimètre, en grimaçant et sifflant de douleur. Je retiens mon souffle.

« J'ai du effleurer un nerf »

« *Ça y est, j'y suis !* » Il semble certain. Il souffle un grand coup et m'explique que, le piston étant très dur et sa main gauche affaiblie et peu sûre, il a beaucoup de mal. Avec difficulté, il aspire un peu. Le sang fuse. Il appuie. Sa main tremble. Ça a

⁸ Voir encadré.

⁹ Hormis quelques exceptions, la plupart fument le crack et injectent le Skenan.



Les trajectoires ressemblent souvent à ceci : provincial petit consommateur débarquant démuné, la combine est élémentaire. Se faire prescrire Subutex, Skenan, méthadone, jusqu'à ce que la sécu freine. Avec tant de produits l'usager devient un petit prince courtisé. Et comme le crack, très disponible, est souvent déjà expérimenté, les dégringolades sont parfois vertigineuses en un cycle infernal de dettes, arnaques, vols, embrouilles et tractations sordides. Car même hanté par l'impérieuse « envie » de crack, plus tyrannique que le « besoin » physiologique de morphine, le Skenan demeure une implacable exigence « organique ». Certains, étonnamment, n'ont jamais pris ni héroïne ni Subutex.

D'où vient le skenan ?

Deux « grossistes » achètent huit boîtes de skenan pour 300¹⁰ euros et en espèrent d'autres. « On peut les avoir moins cher mais on préfère bien payer comme ça les mecs ne font pas d'embrouilles et ont envie de nous garder comme clients ». Ils viennent régulièrement se fournir en « Sken » pour le revendre en Allemagne. Comprimés et gélules se vendent jusqu'à 30 euros. Leurs fournisseurs sont essentiellement des crackers qui se font prescrire Skenan et Subutex qu'ils ne consomment pas mais revendent pour s'acheter du crack. 300 euros : presque une fortune pour un cracker. De quoi se payer six ou sept belles galettes, histoire de passer quelques heures sans se préoccuper de la façon dont va se payer le prochain kiff.

Les médecins ont souvent bon dos

Un médecin peut-il refuser de soulager la souffrance d'un usager de drogue, porteur de pathologies lourdes, que la vie a broyé ? Quelques flagorneurs se vantent d'avoir bien « eu » des prescripteurs. La mauvaise foi d'autres est souvent criante quand après s'être plaints que leur médecin ne les ausculterait pas très souvent, ils se font fort de passer en priorité et d'obtenir leur ordonnance en quelques instants, en mettant la « bonne pression », se glorifiant parfois d'avoir « pourri » le cabinet et la clientèle. L'éternel argument du « manque », souvent mis en scène avec un mélange de fièvre feinte, de supplications, de comportements border-line, d'intimidations, marche encore. Il s'agit souvent d'un « manque » de crack et le Skenan prescrit servira à payer celui-ci. Quelques praticiens sont connus comme « sympas » à condition d'espacer les visites, ne délivrent que si les personnes ne se font pas rembourser et uniquement dans les limites de l'AMM. Le réseau spécialisé des médecins addictologues, souvent en Caarud, semble cadrer les

manière d'aider des familles sans ressources. Plusieurs mêmes ne se feraient pas payer ou font crédit notamment pour les personnes sans couverture sociale. Carlos me confie avec malice « J'en avais un qui me prescrivait tout et m'expliquait toutes les astuces. Il avait connu Che Guevara. C'était sa manière de lutter contre le système ». Quelques magouilleurs ou crackers très organisés enverraient famille et connaissances se faire prescrire Skenan et Subutex. Ce dernier est alors collecté pour l'export. À la Réunion, en Géorgie, en Arménie, le comprimé peut valoir jusqu'à 100 euros et plus. Les fausses ordonnances peuvent aussi marcher grâce à quelques pharmaciens peu regardants ou quelques fois sous la menace.

Les autorités ont déjà lourdement sévi mais le prix du Skenan demeurera stable tant que la gélule de 100 mg de morphine pure se vendra 5 euros, alors qu'à Paris le pochon d'héroïne extrêmement coupée vaut 40 euros pour un effet bien moindre.

La grande majorité le prend tout à fait normalement

Il y en aurait tant à dire. Notamment sur les mélanges liés au Skenan. Si le Rivotril est souvent son complément naturel, les injections associées de Stilnox, Havlane, Séresta et diverses benzodiazépines ne sont pas rares sans parler de l'énorme problème posé par l'alcool.

Si quelques témoignages peuvent paraître « représentatifs », les trajectoires et pratiques sont souvent très exclusives. N'oublions pas qu'il s'agit d'un sous-groupe régional¹⁰. Tous les usagers rencontrés étaient en contact avec des dispositifs de RdR. Rappelons enfin que la grande majorité des bénéficiaires d'un traitement de substitution au Skenan le prennent tout à fait normalement (même si quelques-uns, parfois, le sniffent).

¹⁰ Soit : 2,67 euros le comprimé prescriptions, en lien avec la Sécu. Mais je n'ai pas entendu de réelles accusations de corruption.

¹¹ On peut (très empiriquement) estimer la population des usagers de skenan en IdF entre 1500 et 2000 personnes dont 25 à 40 % d'injecteurs.. cartes vitales à la fois, mais ce serait une



N° 64

actu- alités scienti- fiques

Dorénavant, *Swaps* réserve un cahier central à la diffusion des connaissances scientifiques en addictologie à partir d'analyses critiques et de résumés d'articles issus de la littérature scientifique internationale.

Ce supplément régulier a été rendu possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé.

LA RÉDACTION

Suivi de patient substitués par méthadone : les chiffres parlent d'eux-mêmes

159 patients traités par méthadone. 25 ans de suivi. 106 patients décédés. Un Indice Comparatif de Mortalité (en anglais SMR, pour Standardized Mortality Ratio) estimé à 22.51, c'est-à-dire une mortalité plus de 2000% supérieure à celle observée en population générale...

Les résultats de cette petite étude ibérique sont troublants, et rappellent à quel point les usagers d'héroïne sont exposés à une mortalité importante, y compris après s'être engagés dans des processus de soins. Les patients inclus dans ce travail font partie des tous premiers usagers de drogue à avoir bénéficié de traitements substitutifs, au début des années 80. Leurs résultats ne sont malheureusement pas surprenants compte tenu de la littérature évaluant la mortalité de patients consommant de l'héroïne. La mortalité à 20 ans varie entre 20 et 50% selon les travaux, chez des patients bénéficiant de soins. Dans le présent travail, les femmes bénéficient d'un pronostic moins sombre, puisqu'aucune des survivantes ne consommait plus d'héroïne, contre 32,5% des hommes qui en consomment encore. Près de la moitié des survivants sont séropositifs pour le VIH (47,2%), et 8 patients sur 10 ont des sérologies hépatites B ou C positives (81,1%). Ces résultats extrêmement sombres ne doivent pas faire oublier d'une part la mortalité et la morbidité encore plus importantes des patients ne bénéficiant pas de soins, et d'autre part l'évolution globalement favorable du pronostic de l'usage de drogue au cours des 20 dernières années. Gageons qu'une étude incluant des patients commençant un traitement substitutif en 2011 aura une conclusion autrement plus favorable dans 25 ans.

Jimenez-Treviño L, Saiz PA, García-Portilla MP, Díaz-Mesa EM, Sánchez-Lasheras F, Burón P, Casares MJ, Marina P, Gutiérrez E, Bobes J. A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: Mortality and gender differences. *Addict Behav.* 2011 Dec;36(12):1184-1190

Yann le Strat / addictologue, Hôpital Louis Mourier (Colombes)

Les risques du tabagisme chez les personnes VIH

Les auteurs ont cherché à chiffrer les risques liés au tabagisme chez les sujets VIH-positifs, dont on sait que la prévalence du tabagisme est plus élevée que celui de la population générale.

L'étude a porté sur 5 472 personnes infectées par le VIH provenant de 33 pays inclus dans les bases des essais cliniques de traitements antirétroviraux.

Les auteurs ont évalué la relation entre le statut tabagique et le développement des maladies liées et non liées au sida et la mortalité globale.

Parmi tous les participants, 40,5% étaient des fumeurs et 24,8% étaient d'anciens fumeurs.

Chez les fumeurs, le RR ajusté de mortalité globale est de 2,4 (1,4-3,9), $p < 0,001$;

- le RR ajusté des maladies cardiovasculaires est de 2,0 (1,3-3,1), $p < 0,002$;
- le RR ajusté de cancer non lié au SIDA 1,8 (1,2-2,8), $p < 0,008$;
- le RR ajusté de pneumopathie bactérienne est de 2,3 (1,6-3,3), $p < 0,001$;
- le RR ajusté de maladies opportunistes n'est pas significativement augmenté = 1,3 (0,9-1,9).

Le risque attribuable au tabac est de 24,3% pour la mortalité globale, 25,3% pour les maladies cardio-vasculaires majeures, 30,6% pour les cancers non liés au SIDA, 25,4% pour la pneumonie bactérienne.

Les auteurs concluent que le tabagisme contribue à la morbidité et augmentent la mortalité des patients infectés par le VIH.

Le sevrage tabagique doit être systématiquement intégré dans le soin aux patients VIH.

En France un essai en cours, l'essai ANRS 144 InterACTIV étudie l'apport de la varénicline dans le sevrage des patients VIH.

Alan R. Lifson, MD, MPH, Jacqueline Neuhaus, MS, Jose Ramon Arribas, MD, Mary van den Berg-Wolf, MD, Ann M. Labriola, MD, et Timothy R.H. Read, MBBS for the INSIGHT SMART Study Group. Smoking-related health risks among persons with HIV in the strategies for management of antiretroviral therapy clinical. Trial Am J Public Health. 2010; 100: 1896-1903.

Bertrand Dautzenberg / pneumologue, hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris)

La réduction du risque tabac par la nicotine non fumée

Alors que jusqu'à une date récente l'arrêt du tabac était la seule recommandation médicale, la réduction du risque du tabagisme est développée par certains comme un moyen d'obtenir d'emblée une réduction du risque. La substitution nicotinique qui est capable d'entraîner cette réduction n'est pas abordée dans cette étude centrée sur le snus et la cigarette électronique. La synthèse des bases scientifiques de cette réduction publiée par B. Rodu.

De nombreuses études épidémiologiques et les méta-analyses confirment que chez un fumeur le remplacement du tabac fumée par le snus suédois (tabac non fumé) réduit les risques de cancer, de BPCO et d'infarctus du myocarde et que les effets buccaux et intestinaux du snus sont le plus souvent bénins et que le risque de cancer du pancréas ou du risque vasculaire est faible. Le bénéfice du switch de la cigarette fumée au snus est maintenant mesuré en Suède et en Norvège.

Le problème posé seulement de façon annexe par Rodu est celui de l'effet à long terme sur la société : Dans les études de suivi, les utilisateurs dual de cigarettes et de snus sont moins susceptibles que les fumeurs exclusifs de quitter le tabac et chez les jeunes le snus peut être une voie d'initiation à la dépendance tabagique et au tabagisme. En Suède 48% des hommes consomment ainsi quotidiennement du tabac (moitié snus, moitié cigarettes), un des taux les plus hauts d'Europe et ce taux ne baisse pas alors qu'il baisse dans tous les autres pays ! Un nouveau produit la e-cigarette qui permet de prendre sa nicotine de façon beaucoup moins toxique que la cigarette pourrait réduire le risque chez les fumeurs pose le même problème que le snus pour la persistance de l'utilisation de la nicotine.

L'auteur rappelle que la fumée du tabac va tuer 1 milliard de fumeurs au XXI^e siècle et propose le remplacement des cigarettes par le snus et la cigarette électronique qui laisserait une humanité dépendante d'une nicotine, mais à moindre risque. À l'inverse l'OMS via sa convention cadre contre le tabac (CCLAT) prône elle la sortie du tabac attendu en 2025 en Australie et désirée en 2030 en France par les associations de prévention du tabagisme.

Rodu B. The scientific foundation for tobacco harm reduction, 2006-2011 Harm Reduction Journal 2011,

8:19 <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/19>

Bertrand Dautzenberg

Être orphelin et sans domicile majoré **considérablement** le risqué d'être contaminé par le VIH

Alors que le visage de l'épidémie se transforme et que les espoirs d'un contrôle de l'épidémie VIH pointent jusque dans les pays les moins affectés, nos proches voisins en Europe voient des minorités ethniques ou socialement marginalisées porter un fardeau très lourd d'infection VIH lié à l'absence de programmes de réduction des risques et à la vulnérabilité croissante des populations marginales. La dénonciation de l'abandon des usagers de drogue par les gouvernements s'était fait entendre très fort lors de la conférence internationale sur le sida de Vienne en 2010. L'étude publiée dans une récente livraison de AIDS ajoute un éclairage complémentaire sur cette situation.

Dans trois grandes villes d'Ukraine, Kiev, Odessa et Donetsk, une équipe du CDC américain associé à une ONG ukrainienne a réalisé une enquête auprès des jeunes de rue de 15 à 24 ans. La population cible était les jeunes de 16 à 17 ans rencontrés dans la rue avec pour critère supplémentaire, un des suivants : non scolarisé régulièrement, vivant en dehors d'un foyer familial, s'identifiant comme jeune de la rue ou passant la plupart de son temps dans la rue ; pour les 18-24 ans, ces deux derniers critères étaient seuls retenus. Classiquement les chercheurs ont identifié les sites fréquentés par ces jeunes, défini un technique d'échantillonnage (time-site sampling) et contacté ces jeunes pour leur passer un questionnaire, leur offrir un dépistage associant test rapide et counseling et une orientation médicale en cas de dépistage positif. Les jeunes recevaient des vêtements, de la nourriture ou des préservatifs en cadeau pour leur participation. Les répondants ont été caractérisés pour deux critères, être orphelin (avoir perdu au moins un de ses deux parents) et être sans domicile (dormir hors d'un domicile personnel au moins deux fois par semaine).

Parmi les 929 jeunes gens (97 % des jeunes contactés), 20 % n'étaient ni orphelins, ni sans domicile, 37 % étaient sans domicile seulement, 11 % orphelins et 32 % étaient à la fois orphelins et sans domicile. Le pourcentage de cas positifs pour le VIH était de 7 %, 16 %, 17 % et 28 % respectivement dans ces 4 groupes. On retrouve associés à chacun de ces groupes des niveaux élevés et croissants selon ce même gradient d'entrée précoce dans la sexualité, d'un nombre de partenaires élevés dans les 12 derniers mois, d'ivresses fréquentes, de consommation de drogue, de recours à l'injection et de partage des

seringues. L'injection est un prédicteur indépendant (toutes choses égales par ailleurs) de l'infection VIH.

Pourquoi faire ressortir ces observations ? Vivre très jeune dans la rue est une situation d'extrême vulnérabilité, chacun le sait. Mais le nombre d'orphelins augmente dans le monde, les programmes sociaux sont en déshérence, et alors qu'on se targue des nouveaux paradigmes de la prévention combinée, ce que l'on sait efficace depuis plus de 20 ans : les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution, les programmes d'aide à bas seuil manquent toujours et de fait condamnent une fraction très importante de ces très jeunes gens dans des pays, tout proches de nous, où ils n'auront pas non plus accès aux traitements antirétroviraux.

Hillis et al

HIV seroprevalence among orphaned and homeless youth : no place like home

AIDS, 2011, ahead of print.

France Lert / Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

Et si la consommation contrôlée d'alcool pour des patients dépendants était un **objectif** acceptable ?

Avant, il y avait le dogme. Un patient alcoolodépendant ne peut plus être spontanément abstinent. Ayant perdu la liberté de s'abstenir, il perd dans un deuxième temps la liberté de consommer, avec deux issues possibles à terme : l'abstinence ou la rechute. De nombreux mouvements d'anciens buveurs et de nombreuses formes de psychothérapie sont ainsi centrés sur l'abstinence, les moyens d'y parvenir et les techniques pour y rester.

Puis l'étude, très controversée, du couple Sobell, au début des années 70, est venue semer le doute. La consommation contrôlée pourrait être un objectif acceptable pour les patients, avec des succès comparables à ceux des thérapies centrées sur l'abstinence. Si ce travail a eu peu d'impact en Amérique du nord, il a contribué à modifier, si ce n'est les pratiques, du moins l'état d'esprit de praticiens en Europe, y compris en France.

Le récent travail d'Amandine Luquiens, chef de clinique en addictologie à l'hôpital Paul Brousse, a permis de



comprendre à quel point les pratiques avaient changé en France (Luquiens et al., 2011). Par le biais d'un questionnaire passé aux acteurs de la Société française d'alcoologie (SFA), cette récente recherche a montré que **près de la moitié (48,6 %) des spécialistes en alcoologie considèrent la consommation contrôlée comme un objectif acceptable chez un patient alcoolodépendant**. Parmi les critères que ces praticiens jugeaient importants pour définir la consommation contrôlée comme un objectif thérapeutique, le choix du patient était mentionné par 88,2 % des intervenants. Au delà du changement d'opinion sur la consommation contrôlée, c'est un véritable changement de paradigme de soins, basée sur la collaboration, que ce travail met en évidence.

Ces éléments de réponse sont importants parce qu'ils complètent élégamment la littérature existante sur ce sujet. D'autres travaux ont montré que les patients ayant comme but l'abstinence sont plus volontiers des femmes sans emploi ayant un fonctionnement physique et mental de meilleure qualité et une tentative de sevrage plus récente que les patients recherchant la consommation contrôlée (Heather et al., 2010). En d'autres termes, les patients cherchant l'abstinence sont probablement les patients ayant déjà les facteurs de meilleur pronostic. Finalement, les plus 'faciles', ceux qui ont le moins besoin de soin. Et en effet, après 3 mois, puis un an de suivi, les participants de ce travail d'une équipe néo-zélandaise qui avaient choisi l'abstinence comme but avaient le moins de consommation d'alcool pathologique au cours de leur traitement (Adamson et al., 2010). La plupart des études réalisées en population clinique, essentiellement nord-américaines, montrent de plus que la moitié des patients présentant une dépendance à l'alcool souhaitent une consommation contrôlée, l'autre moitié visant l'abstinence comme but thérapeutique.

Une approche en deux temps

Ces derniers travaux ne sont pourtant pas opposés à l'approche suggérée par Luquiens et al. On peut en effet imaginer qu'un praticien accepte dans un premier temps le choix d'un patient de viser une consommation contrôlée, puis, après un temps de suivi qui pourrait être défini à l'avance avec son patient, et en cas de succès insuffisant, d'insatisfaction du patient ou de qualité de vie insuffisante, changer l'objectif thérapeutique et avoir comme but l'abstinence. C'est d'ailleurs ce qui se passe souvent en pratique clinique, puisque si la moitié des patients visent initialement une consommation contrôlée, ils sont près de deux tiers à avoir l'abstinence comme but

à leur traitement après un an de suivi.

L'acceptation, dans un premier temps au moins, de l'objectif de consommation contrôlée, permet alors au patient d'entrer dans un système de soin et de maintenir un suivi au long cours, tandis que le refus de cet objectif entraîne souvent un rejet de la prise en charge, vécue comme inadaptée à la problématique du patient, et trop doctrinaire.

Les approches « zéro tolérance » déconnectées de la clinique

Alan Marlatt, qui a contribué avec Miller et Rollnick au développement des psychothérapies de la dépendance à l'alcool, parlait dès les années 90 de réduction des risques appliquée au champ de l'alcool. Pour cet auteur, le problème principal des approches « zéro tolérance », c'est-à-dire des centres imposant un but d'abstinence à leurs patients, est leur déconnection des études cliniques et épidémiologiques. On sait en effet depuis plus de 20 ans que la plupart des sujets alcoolodépendants qui ne présentent plus de critères de dépendance ont en fait une consommation contrôlée plus fréquemment qu'ils ne sont abstinents. Le vieil adage « un verre, une rechute » n'est probablement pas aussi vrai que ce qu'on a pu croire.

La réduction des risques dans le domaine de l'alcool repose sur trois principes relativement similaires à ceux des autres champs de cette approche. 1/ Diminuer les conséquences négatives liées à la consommation d'alcool. 2/ Fournir une alternative à l'approche « tolérance zéro » qui soit compatible avec les besoins d'un individu. 3/ Fournir des accès aux soins de type bas seuil semblable à ceux existant pour d'autres toxiques.

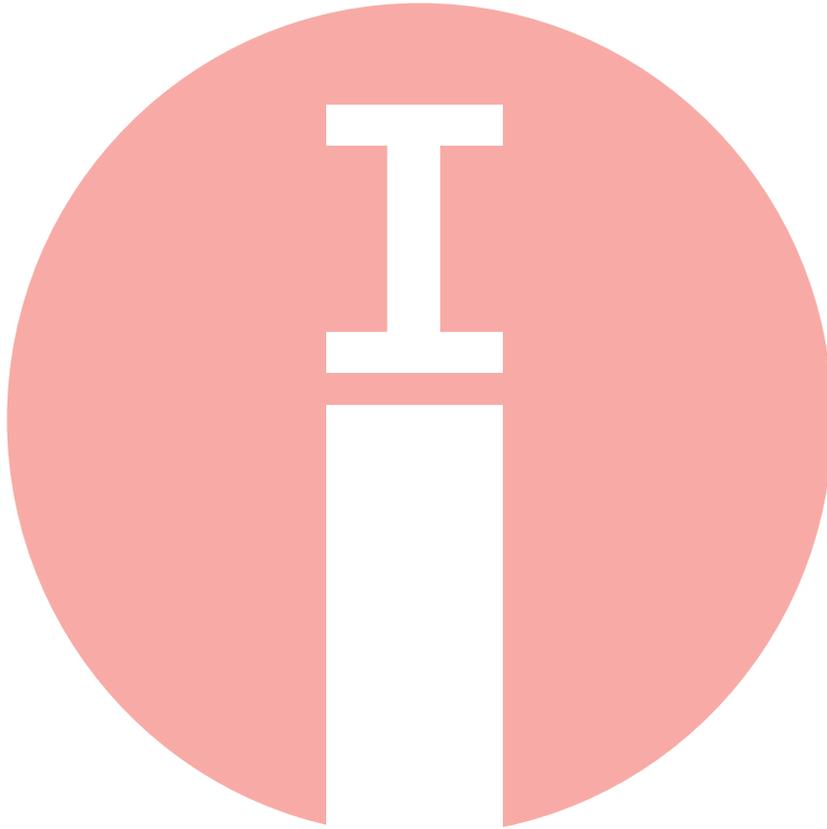
Le travail de Luquiens et al. nous montre que les alcoologues français sont prêts à ce type d'approche et de philosophie de soins.

Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2010 Mar-Apr;45(2):136-42

Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol Alcohol*. 2010 Mar-Apr;45(2):128-35

Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 Sep-Oct;46(5):586-91

Yann le Strat



Les expériences de réduction des risques à Amsterdam dans les années 1980

Alexandre Marchant / doctorant en histoire, ENS de Cachan

Dans les années 1980, Amsterdam est confronté à une hausse considérable de l'héroïnomanie. On compte environ 20 000 usagers de drogue à la fin de la décennie et la présence dans les rues de groupes de toxicomanes marginalisés devient source d'importantes nuisances¹ : déviance, criminalité, présence jugée inquiétante par certains d'une forte population étrangère (un quart sont Surinamiens), peur du sida liée aux seringues usagées (30 % des usagers d'héroïne sont infectés en 1990)... Cependant, pour répondre à ce problème d'envergure, les Pays-Bas en général, et Amsterdam en particulier, ont mis en place d'audacieux programmes méthadone allant directement à la rencontre des usagers, certes aux formes variées et aux fortunes diverses, mais qui contrastent fortement avec l'immobilisme français à la même époque sur la question de la substitution.

La naissance d'expériences de substitution variées

Le terreau amstellodamois y était favorable : depuis le début des années 1970, une impressionnante diversité d'associations et de structures médico-sociales, publiques ou privées, offrent aux toxicomanes des soins, des possibilités de post-cure ou des conseils pour la réinsertion sociale. Ces organismes regroupent des méde-

cins, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs dont certains sont d'anciens toxicomanes repentis. Au sein de cet ensemble d'acteurs œuvrant pour dédramatiser la vision que la société a du problème de la drogue, se trouvent également les groupements d'usagers de drogue, les Junkie Bonden (« ligues de junkies ») dont la première est née à Rotterdam en 1977, au nombre d'une quinzaine aux Pays-Bas en 1980. Tout comme la MDHG (Medisch Dienst Heroïne Gebruikers), fondée en 1977 à Amsterdam et défendant les intérêts des usagers d'héroïne, elles luttent pour plus de tolérance envers le libre choix des usagers de drogue, prônant aussi la dépsychiatriation et la démedicalisation de l'approche de la toxicomanie². La MDHG a de fait vu dans la méthadone, solution pourtant « médicalisée », un moyen pragmatique de respecter le style de vie du toxicomane. Enfin, un autre trait étonnant du contexte néerlandais est la bonne relation entretenue entre ces associations de terrain et les services de santé municipaux, incarnés ici par les bureaux Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), présents dans chaque ville des Pays-Bas et exerçant des compétences décentralisées en matière de politique de santé publique. En février 1979, après d'importants problèmes de nuisances posés par des squats de toxicomanes surinamiens, la GG en GD décide d'ouvrir un programme de méthadone par bus, sur la base d'un échantillon de 632

¹ Renn Heinz, *Urban districts and drug scenes: a comparative study on nuisance caused by "open" drug scenes in major European cities*, Luxembourg, Office for official publications of the European Communities, 1996.

² Geja Roosjen, *30 jaar Scoren : 30 jaar Drugsceene, 30 jaar MDHG 1977-2007*, Amsterdam, MDHG, 2007.

usagers, jusque juillet 1980, dans le but de prendre en charge une population en voie de marginalisation qui ne l'aurait peut-être pas été par d'autres moyens³. Mais, bientôt, les associations d'usagers s'associent au projet et contribuent à le transformer peu à peu en une distribution à grande échelle, à bas-seuil, peu contraignante pour l'utilisateur, ne définissant pas l'abstinence comme finalité ultime et respectant le style de vie du toxicomane. Cette dimension, à la fois tolérante et pragmatique, tranche avec ce qui se faisait auparavant : l'Institut Jellinek, ancienne clinique de soins pour alcooliques également ouverte depuis les années 1960 aux toxicomanes, disposait en effet depuis 1975 d'un programme méthadone, mais ouvert à un tout petit groupe de patients triés sur le volet, sur la base d'une prescription beaucoup plus contrôlée.

Dans le cadre du partenariat GG en GD / MDHG, sous la supervision d'Ernst Buning (GG en GD) et d'August de Loor (MDHG), deux bus méthadone se mettent rapidement à sillonner la ville, tous les jours, 24h/24, délivrant quotidiennement le produit à des dizaines de toxicomanes : à leur bord, dans un espace où sont prohibés tous types de drogues et tout comportement déplacé, deux infirmier(es) administrent des doses de méthadone qui doivent être consommées impérativement sur place. Parallèlement, quatre stations fixes (wijkposten) ouvrent à partir de 1979, en divers points de la ville. Ces centres, fonctionnant en moyenne 7 heures par jour, font intervenir un personnel composite : la GG en GD fournit le personnel médical, la SDA (Stichting Drugshulpverlening Amsterdam), fondation pour l'assistance aux toxicomanes, des travailleurs sociaux et des psychologues, et la MDHG des acteurs associatifs. Dans le bus ou aux postes, des doses quotidiennes de méthadone comprises entre 40 et 80 mg sont ainsi distribuées, sous forme orale (comprimés ou sirop), aux usagers qui doivent présenter une prescription obtenue d'un médecin. En 1986, ce sont près de 4 356 usagers qui sont ainsi enregistrés comme « clients » méthadone par les services de santé municipaux.

Ce n'est pas tout : à côté de la délivrance de produits de substitution, on trouve également, entre 1982 et

sont ouvertes à tous les toxicomanes présents en ville⁴. Enfin, notons que l'idée d'une distribution contrôlée d'héroïne à des fins médicales est soutenue dès 1977 par la MDHG, un temps reprise comme proposition en 1983 par le parti travailliste (Partij van de Arbeid, PvdA) majoritaire au Conseil d'Amsterdam, mais ne verra pas le jour à l'époque, devant le tollé des conservateurs et une réprobation officielle de la part du gouvernement de La Haye.

Des expériences **toutefois** non dénuées de problèmes...

Mais le partenariat GG en GD / MDHG est aussi un compromis entre les précautions des autorités administratives et les revendications des groupes d'usagers. Ces derniers ne conçoivent le bus que comme une expérience transitoire, le temps que la GG en GD forme les médecins généralistes à la philosophie et aux pratiques de la substitution. Pour eux, les usagers de drogue doivent pouvoir obtenir directement la méthadone chez leur médecin traitant ou au pire via la pharmacie sur prescription. Mais la GG en GD, si elle se montre sensible à l'argumentation d'August de Loor en envoyant quelques médecins généralistes se former sur le terrain dans le cadre des postes fixes, oppose quelques réticences, au nom du contrôle sur la délivrance des produits. Cependant, dans la plus grande tradition néerlandaise du compromis, la MDHG atteste avoir réussi, entre 1984 et 1997, à amener près de 2 000 usagers à obtenir leur dose quotidienne de méthadone directement chez le médecin traitant, tout en obtenant les garanties exigées par la GG en GD sur les stricts critères d'éligibilité de ces patients privilégiés⁵. Ce qui fut très utile par exemple pour les quartiers nord d'Amsterdam qui n'avaient aucun poste fixe et n'étaient hélas pas desservis par le bus.

Car les usagers, par leur plaintes diverses, ont permis d'améliorer constamment le dispositif. Dès le départ, les usagers font en effet état de problèmes d'accessibilité au bus (retard aux arrêts, oubli des quartiers nord au-delà de l'IJ dans le zonage purement administratif de la ville par la GG en GD), de problèmes dans le dosage (à plusieurs reprises, la GG en GD tente de réduire le plafond quotidien et individuel à 40 mg, en contradiction parfois avec les doses prescrites médicalement à l'utilisateur) ou encore de l'attitude froide ou méprisante du personnel paramédical (avec l'impression d'être traité comme un numéro en recevant notamment, après la délivrance, un tampon sur le bras). Cependant, ces lettres d'usagers mécontents, relayées et appuyées par la MDHG ou la Junkie Bond qui fonctionnent comme des sortes de syndicats, sont prises en considération par la commission des



³ Drs G. Sijbings, *Methadon – GG en GD Amsterdam ; Cliëntbeschrijving van het methadonverstrekkingprogramma de GG en GD te Amsterdam*, Amsterdam, SWOAD, 1981.

⁴ Institut International d'Histoire Sociale d'Amsterdam, *Archives de la MDHG, carton 11 (bus), 18 (expérience morphine) et 25 (postes fixes)*.

⁵ Louis de Jonge, *20 jaar in een roes van overwinning : belangenvereniging druggebruikers MDHG 1977-1997*, Amsterdam, De Maatschap, 1997, p. 10.

1989, une distribution contrôlée de morphine (Morfineverstrekkingsexperiment), dans le cadre d'un partenariat GG en GD / SDA. Mais il s'agit là d'une expérience plus restreinte, où des doses quotidiennes de 100mg sont distribuées à seulement 40 « clients », drastiquement sélectionnés, devant accepter un suivi psychologique poussé et être de nationalité néerlandaise là où les expériences méthadone

plaintes de la GG en GD qui réajuste régulièrement le dispositif, dont la flexibilité montre bien la dimension pragmatique et expérimentale. C'est par ces compromis successifs que les bus et les stations ont ainsi pu élargir leur cible, faisant sauter l'obligation de traiter en priorité les groupes à problèmes comme les Surinamiens (marginalisation sociale accentuée par le décalage culturel pour ces arrivants de l'ancienne colonie) ou les prostituées (maladies vénériennes et Sida), contribuant par là à la « démocratisation » progressive de la délivrance de méthadone. Et c'est par ces allers-retours entre les services municipaux et les associations d'usagers pleinement reconnues comme des experts légitimes, que le système a pu évoluer vers plus d'éthique médicale quand, dans ces mêmes années, sous la pression de la MDHG, la GG en GD abandonne son système d'archives faiblement sécurisé avec nom et détails de chaque client pour un système informatique plus sophistiqué garantissant la confidentialité et permettant d'éviter la fraude ou les erreurs de double distribution.

Evolutif, le système n'est toutefois pas sans effets pervers collatéraux, comme des cas d'overdose ou de trafic. Le décès le plus médiatique fut celui d'un jeune homme de 17 ans en 1979, Boeke : embarqué dans une croisière de post-cure sur l'IJ, il meurt accidentellement d'un surdosage de méthadone qu'il avait volée dans l'armoire à pharmacie à bord ; méthadone confiée par la GG en GD à l'HUK, association d'aide et de réinsertion supervisant le programme⁶. De fait, les vols, ou la filouterie de certains usagers qui réussissent à obtenir une ordonnance de complaisance pour le dosage, ont dès le départ alimenté un trafic de méthadone aux portes mêmes des centres de délivrance. Encore aujourd'hui, la plupart des produits en circulation dans le trafic de rue proviennent d'une distribution contrôlée par la GG en GD⁷. Cette menace du trafic nourrit évidemment les peurs des habitants d'un quartier qui voient s'installer un poste fixe ou un arrêt de bus méthadone et c'est à coup de tomates et d'œufs pourris qu'une communauté d'habitants accueille ainsi l'ouver-

ture du premier poste dans la Van Baerlestraat, dans le sud de la ville, en 1979. Par la suite, pour chaque installation de poste, la MDHG devra prendre soin de désamorcer toute réaction d'hostilité par la diffusion de lettres aux riverains expliquant la philosophie et la portée du projet. Enfin, la disponibilité d'une abondante méthadone, qu'elle vienne des points de distribution légaux ou du marché noir, dans une Europe encore peu ouverte à ces procédés, entraîne logiquement l'émergence d'un « tourisme de la méthadone », prolongeant le tou-

risme de la drogue dont Amsterdam faisait déjà l'objet depuis vingt ans. De nombreux toxicomanes étrangers (la plus forte proportion étant celle des Allemands de RFA, 37 % en 1986) viennent alors gonfler les rangs d'une population marginalisée, sans emplois et parfois sans abris. Cette année-là, 1288 usagers étrangers sont comptabilisés par la GG en GD : mais, la nationalité n'étant pas systématiquement enregistrée aux points de distribution, le chiffre doit approcher en réalité les 1500, soit plus d'un quart des clients méthadone... En 1989, la municipalité, irritée, s'offusque de ce qu'Amsterdam soit « devenue un refuge pour les toxicomanes du monde entier », et la GG en GD doit alors mettre en œuvre une politique de « découragement » pour faire comprendre aux clients que le support n'est que provisoire, l'aide sociale devant se centrer sur l'accompagnement au retour vers le pays d'origine. Si la MDHG se plaint de ces orientations au nom de droit de tous à la Santé, elle doit néanmoins se faire le relais de ces mesures dans les expériences auxquelles elle prend part⁸.

De surcroît, à la même époque, la municipalité se met à prendre une série de mesures répressives venant mettre des bâtons dans les roues des expériences de réduction des risques. Le PvdA, qui enregistre plusieurs revers électoraux, décide en effet de donner une orientation plus populiste à son action, relayant une partie des inquiétudes des citoyens. Déjà, en 1984, la mairie avait pris pour cible le quartier du Zeedijk, vieille artère du centre-ville devenue un haut-lieu de rassemblement de toxicomanes, par une pression policière accrue et la fermeture de plusieurs centres d'aide situés sur la Warmoesstraat. Devant les manifestations dénonçant une politique de stigmatisation des plus pauvres et des étrangers, la mairie avait reculé. Mais elle revient à la charge en 1989 avec des mesures visant à chasser du centre des populations définies comme nuisibles (le Straatjunks projekt oblige les toxicomanes ayant commis 4 délits mineurs en moins d'un an à intégrer un programme de sevrage, le Binnenstadverbod projekt permet de prendre des mesures d'éloignement de personnes à problème hors de zones du centre ville considérées comme « menacées »), puis exerce des pressions pour faire fermer le soir des programmes d'échanges de seringues initialement ouverts 24h/24 et impose implicitement un objectif d'abstinence aux programmes méthadone à bas seuil en rendant plus systématique le contrôle d'urine à bord du bus ou dans les stations⁹. Toutefois, la culture néerlandaise du compromis parvient toujours à laisser en place les expériences méthadone, même lorsque les marges de manœuvre sont réduites à la suite d'une bouffée de fièvre politique toute conjoncturelle.

⁶ Peter de Bie, *Bouke, leven en dood door heroïne, 18/02/1951 – 04/08/1979*, A.W. Sijthoff, Alphen, 1979 (sur la mort, pp.149-152). L'ouvrage est une biographie composée de témoignages de proches collectés par deux journalistes.

⁷ Geja Rcoosjen, *op. cit.*, p. 26.

⁸ Kim Jeurissen, *Duitse heroïneverslaafden in Amsterdam en de invloed op de Nederlandse verslavingszorg 1970-1990*, mémoire de Master non publié, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam.

⁹ Rene Mol, Franz Trautmann, "The liberal image of the Dutch drug policy. Amsterdam is singing a different tone", *the International Journal on Drug Policy*, n° 2, 1991, pp. 16-21.

Malgré quelques dysfonctionnements, une considérable avance sur la France

En France en revanche, depuis 1972, il n'existe que deux centres méthadone agréés par la Commission Méthadone au plan national... Cette dernière se réfugiant dans le silence et l'immobilisme à partir de 1976, aucune généralisation de ces expériences à la portée très limitée n'a été entreprise. Les hôpitaux Sainte-Anne et Fernand Widal à Paris proposent à eux seuls uniquement 40 places avec des conditions d'éligibilité drastiques (au moins 5 ans de parcours toxicomane, période d'essai pour juger la motivation, nécessité d'avoir utilisé auparavant d'autres moyens thérapeutiques), sans qu'aucune publicité ne soit officiellement faite de ces expériences. Le verrouillage français vis-à-vis de la méthadone durera longtemps : il n'y a toujours que 77 places en 1994, juste avant le déblocage et la généralisation de la politique de réduction des risques. Les raisons des réticences françaises ont bien été mises en lumière par les sociologues¹⁰ : domination, dans les années 1980, d'une école qui privilégie la psychothérapie et l'approche psychanalytique de la toxicomanie ; refus du dispositif officiel de voir qu'une population toxicomane croissante lui échappe de plus en plus ; coût politique trop important, avant que les ravages du Sida ne viennent changer la donne.

La comparaison avec le cas néerlandais, Amsterdam étant représentatif de ce qui se fait également dans d'autres villes (songeons à l'expérience Perron Nul de distribution de méthadone à Rotterdam près de la gare centrale entre 1987 et 1994¹¹), permet d'évoquer quelques facteurs qui, à la différence de la France, ont favorisé une généralisation et une démocratisation précoce de la substitution. La loi néerlandaise de 1976 est d'abord peu prescriptive en matière de politique de santé publique, à la différence de la rigide loi française de 1970 qui, votée dans un contexte de panique morale, impose l'idée du toxicomane-malade et l'idéal d'abstinence. Basée sur les rapports de tonalité très libérale Hulsman (1971) et Baan (1972) qui introduisent la notion de « risque acceptable », elle reconnaît au drogué une responsabilité, et

laisse beaucoup d'autonomie aux pouvoirs locaux pour ce qui est des modalités de prise en charge thérapeutique. La décentralisation est d'ailleurs un important facteur institutionnel expliquant la multiplicité des projets locaux de substitution : il n'y a guère d'équivalent de la GG en GD à l'échelon municipal en France.

Tout comme on ne trouve pas une diversité d'acteurs associatifs intégrés aux expériences

thérapeutiques : à la différence des Pays-Bas, les cultures socioprofessionnelles sont plus fermées et on ne trouve pas de personnages polyvalents comme un August de Loor, à la fois éducateur de rue, acteur associatif, travailleur social et conseiller de la municipalité assurant une partie de son travail administratif. Or, l'existence de ce type d'acteur a été cruciale aux Pays-Bas. Cette idée que l'acteur associatif de terrain plongé au cœur même des « scènes de la drogue », et les usagers eux-mêmes, peuvent être publiquement reconnus comme des experts dans la mise en place de la substitution, est d'ailleurs officiellement reconnue dans le rapport de la Commission nationale Engelsman qui, en 1985, institutionnalise le système national méthadone en fédérant les différentes initiatives locales.

Enfin, il est intéressant de noter que c'est en grande partie grâce au miroir néerlandais que les acteurs pro-méthadone français ont développé leur argumentaire.

En 1988, Médecins du Monde propose, en vain, la création d'un centre méthadone sur le modèle de ce qui se passe à Amsterdam. L'exemple du bus inspire une éphémère expérience de bus pour l'échange de seringues (sans méthadone) en Seine-Saint-Denis en 1990-1991, avant un vrai bus méthadone mis en place par Médecins du Monde en 1995. En 1992, la philosophe belge francophone Isabelle Stengers, dans *Drogues, le défi hollandais*, fait l'apologie de cette capacité des pouvoirs publics néerlandais à accorder une expertise et un pouvoir aux associations d'usagers¹² et, la même année, l'association française d'usagers ASUD se constitue en grande partie sur le modèle des Junkies Bonden hollandaises.

C'est pourquoi, même si la réduction des risques amstellodamoise est aujourd'hui questionnée par un gouvernement devenu très conservateur, elle aura néanmoins été partie intégrante d'un modèle précurseur et audacieux qui fut historiquement une importante source de réflexion pour le débat français.

¹⁰ Henri Bergeron, *L'Etat et la toxicomanie ; Histoire d'une singularité française (1970-1995)*, Paris, PUF, 1999 ; Anne Coppel, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002.

¹¹ Hans Visser, P. Blanken, Perron Nul, *opsang en andersang*, Zotermeer, Meinema, 1996.

¹² Isabelle Stengers (et Olivier Ralet), *Drogues, le défi hollandais*, Paris, Delagrangue, 1992.



Regard sur l'invisible : une enquête sur l'injection en espace festif

Vincent Benso / Technoplus

Presque totalement invisible dans les soirées techno, l'injection y existe pourtant bel et bien. Afin de documenter cette pratique, l'association Technoplus a mené une enquête par questionnaires auprès des demandeurs de matériel d'injection. Quatre ans et plus de 150 questionnaires plus tard, en voici les premiers résultats.

« Nous on veut pas de ça ici », « Si on en chope un on le cogne », « C'est mauvais et ça peut donner des idées aux jeunes »... Voilà le type de discours qu'on entend dans le milieu techno alternatif au sujet de l'injection en espace festif (IEF). Comme c'est souvent le cas des mécanismes collectifs d'auto-contrôle, la stigmatisation de l'injection est à double tranchant : d'une main elle protège l'espace festif de la diffusion de cette pratique, de l'autre elle majore les risques pris par les injecteurs en les poussant à une clandestinité souvent incompatible avec les principes d'une injection à moindres risques. Il est ainsi arrivé à l'association Technoplus (comme sans doute à aux autres associations de réduction des risques officiant en espace festif) de devoir batailler avec des organisateurs refusant que du matériel d'injection soit distribué lors de leur événement.

L'injection interroge aussi les associations de RdR « festive » en interne. Le débat se cristallise généralement autour des modalités de distribution du matériel : comment choisir entre un accès libre qui risque de favoriser les passages à l'acte et un accès sur demande qui pourrait exclure des injecteurs voulant garder secrète leur pratique...

C'est pour trancher cette polémique qu'en 2007 nous avons décidé d'interroger les demandeurs de matériel d'injection à ce sujet¹. Dans le

cadre de notre projet naissant de veille des pratiques à risques, nous décidâmes d'inclure quelques questions afin de documenter cette pratique si méconnue. Indépendamment des résultats qu'il nous a permis d'obtenir, ce questionnaire s'est aussi révélé un formidable outil d'entrée en contact avec une pratique qui mettait mal à l'aise beaucoup de volontaires². Comme le note un sondé à la fin du questionnaire : « Cette enquête ouvre le dialogue... Enfin ! »

Une sur-représentation des hommes

Le premier fait à remarquer est que les principaux lieux de distribution de matériel d'injection sont les teknivals. Cela peut être imputé à leur longue durée, ainsi qu'à leur grand nombre de participants, mais aussi au systématisme de la présence d'associations de RdR (les IEF semblent avoir pris l'habitude de compter sur les associations pour leur fournir du matériel d'injection pendant les teknivals). À noter tout de même la dizaine de questionnaires remplis en rave, un chiffre élevé relativement au faible nombre de participants et d'interventions dans cette composante de l'espace festif techno dont le cadre est réputé moins propice à l'injection que celui de l'espace alternatif³.

La répartition des sexes (33 femmes contre 133 hommes) traduit une sur-représentation des hommes qui ne peut

¹ Les résultats sont sans équivoque : 75 % d'entre les sondés plébiscitent la distribution sur demande, le plus souvent pour « ne pas inciter les plus jeunes ».

² Ce point a été détaillé lors de la conférence Club Health 2010 par E. Coutret (coordinatrice des actions de Technoplus) dans une communication intitulée « Limites d'un projet de santé communautaire : comment monter des actions de RdR autour d'une pratique qui dépasse les compétences des pairs ? ».

³ Girard G., Boscher G., « Les pratiques d'injection en milieu festif, État des lieux en 2008 », OFDT, 2009.

être seulement imputée à la sur-représentation des hommes dans l'espace festif techno (60 % environ d'après nos estimations).

Quant aux âges, ils sont compris entre 17 et 54 ans, avec une moyenne de 25 ans et quelques mois pour les hommes, 22 ans et demi pour les femmes. Cette différence d'âge demande à être expliquée : les femmes arrêtent-elles plus vite l'injection que les hommes ou bien arrêtent-elles seulement de fréquenter l'espace festif techno ? À moins tout simplement que les plus âgées prévoient leur propre matériel et ne viennent donc pas en chercher au stand ? Impossible de trancher avec nos seuls résultats.

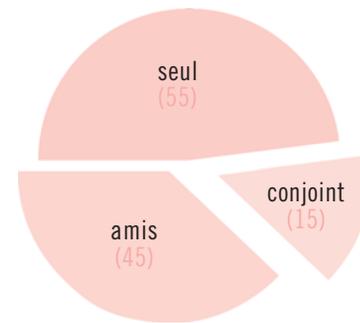
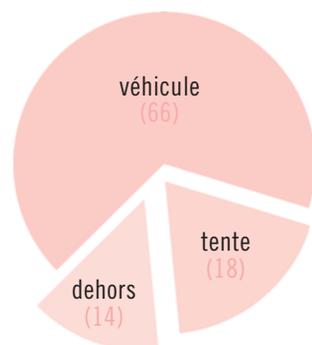
Il est en revanche à noter qu'elles essaient l'injection à peine plus tôt que les hommes (cf. « initiation ») et qu'elles découvrent l'espace festif quasiment au même âge (15 ans et demi en moyenne, ce qui semble jeune relativement aux autres participants).

Les sondés fréquentent assidument l'espace festif techno (134 habitués et anciens habitués contre 18 participants occasionnels). Ce chiffre doit être relativisé par le fait qu'on a évidemment plus de chances de rencontrer en free party un habitué de ce type d'événements. Toutefois, il indique que les injecteurs ne sont pas forcément des « touristes » du mouvement.

L'utilisation sur site

Le matériel distribué est principalement destiné à être utilisé sur site, pendant l'événement, puisque c'est le cas pour 149 répondants contre seulement 9 qui s'en serviront lors d'un usage ultérieur (after, gestion de la descente...).

Le lieu et les conditions d'injection ne sont souvent pas définis au moment de la passation du questionnaire. Nous avons choisi de privilégier les réponses problématiques, c'est-à-dire que pour une personne prévoyant de s'injecter seule ou avec des amis, dehors ou dans une tente, seules les modalités « seul » et « dehors » auront été retenues. Les chiffres de ces deux modalités sont donc légèrement surestimés.



Un éclairage s'impose sur la notion de « dehors ». Il est extrêmement rare que des personnes s'injectent aux yeux des autres, généralement ils s'éloignent ou se cachent entre des voitures, ce qui complique leur détection en cas de problème. Pratiquées sans lumière, dans des conditions d'hygiène parfois déplorables, ces injections apparaissent comme particulièrement « à risques » et interrogent les associations sur la nécessité de développer des espaces dédiés à l'injection.

Les produits injectés sur site

Globalement et sans surprise l'héroïne (83) et la cocaïne (80) arrivent largement en tête, devant les amphétamines (20), la kétamine (13), le MDMA (7) et enfin les produits de substitution (12).

Un peu plus de la moitié des répondants prévoient de s'injecter un produit unique (héroïne 39, cocaïne 30, kétamine 3, amphétamines 3, sulfate de morphine 3, buprénorphine 3, benzodiazépines 1). La polyconsommation est donc fréquente mais non majoritaire.

Un quart des répondants ont prévu de s'injecter deux produits. Pour la majorité il s'agit de speed-ball (héroïne et cocaïne) parfois de cocaïne et d'amphétamines ou encore de « Calvin-Klein » : cocaïne et kétamine. D'autres associations existent aussi, y compris certaines dont les effets antagonistes (buprénorphine-héroïne, MDMA-cocaïne) laissent penser que les produits seront injectés séparément.

Une personne sur dix a prévu de s'injecter trois produits. Le mélange le plus courant est alors speed-ball et amphétamines (8 personnes). On note plusieurs autres variantes du speed ball (speed-ball + MDMA, kétamine, sulfate de morphine...). Deux répondants prévoient de s'injecter héroïne, kétamine et amphétamines, l'un précisant qu'il injecte les trois produits simultanément. Un répondant annonce cocaïne, kétamine et MDMA et un autre cocaïne, MDMA, buprénorphine.

Une personne prévoit de s'injecter quatre produits : héroïne, cocaïne, kétamine, speed, une autre cinq produits (héroïne, cocaïne, kétamine, MDMA, amphétamines). Enfin, 5 personnes répondent ne pas encore savoir ce qu'elles vont s'injecter, et 5 autres répondent « tout »,

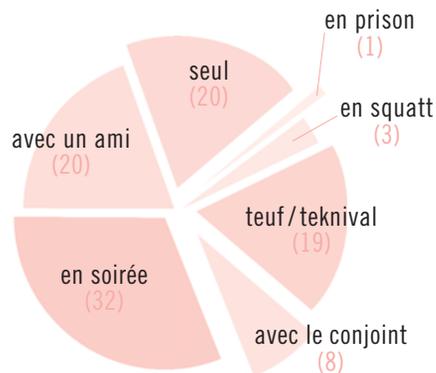


« tout ce qui traîne », ou encore « tout ce que je trouverai ».

L'initiation

L'âge de la première injection s'étale de 13 à 29 ans pour les hommes et jusqu'à un peu plus tard (de 13 à 34 ans) pour les femmes. En moyenne les femmes semblent tout de même découvrir l'injection plus jeunes : environ 19 ans et demi contre un peu plus de 20 ans pour les hommes.

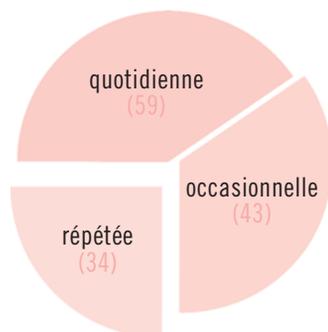
Les contextes de la première injection sont variés :



Quant aux modes d'apprentissage, les répondants évoquent d'abord un initiateur (pour 59 d'entre eux), puis l'apprentissage seul (pour 11 personnes). Précisons que cette modalité n'était pas prévue dans les réponses proposées (ils ont coché la mention « autre » et écrit « seul » ou « tout seul » à côté.), ce qui laisse supposer que ce résultat doit être revu à la hausse. D'autres modalités non prévues telles que le squat, la rue, la galère sont aussi parfois annotées à cet endroit.

Pratiques d'injection hors site

Pour la fréquence d'injection, nous avons distingué trois modalités : quotidienne, répétée (plus d'une fois par mois) et occasionnelle (moins d'une fois par mois).



Les injecteurs « occasionnels » sont un peu moins fréquemment consommateurs d'opiacés (50 %) que les « répétés » (60 %), qui eux-mêmes le sont moins que les « quotidiens » (90 %). La proportion de consommateurs

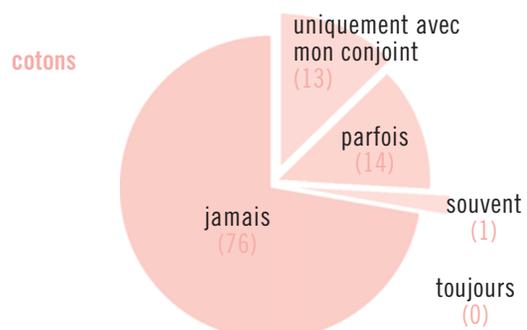
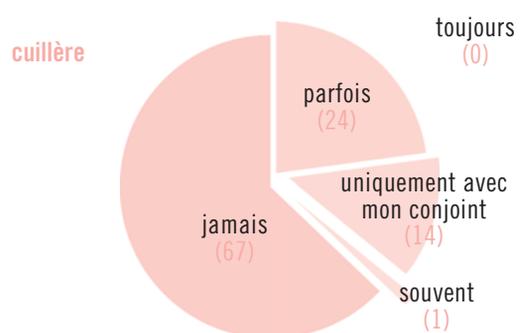
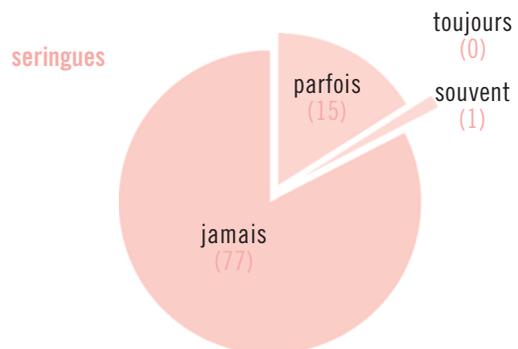
de cocaïne est inversement proportionnelle à celle des consommateurs d'opiacés.

Le taux de substitués parmi les sondés est très important (78 face à 34 non substitués). La buprénorphine et la méthadone semblent répartis également (39 contre 38). Notons que le taux de personnes suivies médicalement (médecin généraliste ou centre de soins spécialisés) est directement indexé sur celui des substitués : seules 5 personnes sont suivies médicalement sans être substituées !

Réutilisation et échange de matériel

La réutilisation du matériel est extrêmement fréquente, notamment en ce qui concerne les seringues, réutilisées par 70 % des répondants (32 % parfois, 28 % souvent et 10 % toujours) et les cuillères (80 % de réutilisation : 41 % parfois, 26 % souvent et 13 % toujours). Moins fréquente, la réutilisation des cotons semble s'apparenter à une pratique de « dépannage » (50 % de réutilisation : 26 % parfois, 13 % souvent et 11 % toujours).

Quant aux pratiques d'échanges de matériel, nous avons été surpris de leur fréquence élevée, y compris pour les seringues :



Évaluation de la distribution des kits en espace festif

Nous avons voulu savoir ce qu'auraient fait les sondés si des seringues stériles n'avaient pas été proposées lors de l'événement. Tout d'abord, se seraient-ils injectés ? 83 nous répondent que oui, 48 que non.

Attention toutefois à ne pas simplifier la réponse de ces 48 personnes. En effet, dire qu'ils ne se seraient pas injectés sans matériel stérile disponible est très différent de dire qu'ils s'injecteront parce que du matériel stérile est disponible.

Et puis n'oublions pas la majorité qui aurait tout de même pratiqué l'injection. Seuls 19 d'entre ces 83 répondants nous disent disposer de matériel stérile. La plupart d'entre eux ont leur propre matériel qu'ils comptent réutiliser, et 3 répondent qu'ils auraient emprunté... L'un précise « à mon meilleur pote qui est séronégatif », un autre parle d'une « vieille pompe passée de bras en bras ».

Le questionnaire faisant aussi office de boîte à idées, les sondés nous ont proposé un certain nombre d'améliorations de notre dispositif. En premier lieu ils regrettent la disparition des kits sniff (8 personnes), du testing (7 personnes) et des stéribox (7 personnes). Les sérifilts, que nous avons parfois oubliés, ont été demandés par quatre personnes. Autant que les demandeurs d'un espace d'injection. Viennent ensuite pêle-mêle des demandes de seringues plus grosses (2cc, 5cc), de couleur, ou encore d'acide citrique ou ascorbique, de tampons alcoolisés plus gros et mieux imprégnés, de kits base, de garrots et de pommade cicatrisante.

En matière d'information, les produits de coupe, les autres drogues, le sevrage et le bien-être/médiation ont été désignés comme thèmes sur lesquels travailler.

La dernière partie du questionnaire, « remarques », aura surtout été l'occasion pour les sondés de nous adresser de chaleureux messages de remerciement et d'encouragement. On y trouve aussi quelques perles dont les deux suivantes sur lesquelles nous concluons cet article :

- « Engager plus de mannequins serait une bonne chose »
- « À quand une augmentation pour les bénévoles ? »

Des résultats à interpréter prudemment

Le questionnaire a été proposé directement en espace festif aux injecteurs venus chercher du matériel d'injection (seringues, kits+, etc.) au stand (sur certaines interventions interassociatives, d'autres structures ont collaboré à la passation du questionnaire : merci à Keep Smiling, au Tipi, à Preventeuf et à Korzeame). Afin de ne pas exclure de profils de répondants, nous avons opté pour une méthode de passation adaptable à la personne. Selon le choix du répondant le questionnaire a donc pu être rempli par l'intervenant ou auto-administré (avec présence d'un intervenant à proximité pour répondre aux éventuelles questions). De la même façon, nous prévoyons un coin du stand pour pouvoir remplir les questionnaires mais proposons à la personne un espace privé, plus discret, si elle le souhaite.

Afin de déterminer la représentativité des répondants par rapport à l'ensemble des demandeurs de matériel, les refus de répondre au questionnaire ont aussi été comptabilisés. Leur nombre est de 20 contre 156 questionnaires remplis. Ce taux de réponse élevé confirme l'intérêt des résultats de cette enquête, mais gardons en tête que les demandeurs de matériel ne sont pas les IEF dans leur ensemble et qu'il est difficile d'imaginer à quoi ressemble la partie immergée de l'iceberg ou même d'en estimer la taille. Il faut donc rester prudent quant à la généralisation des résultats présentés ici.

un bilan du tabagisme en France en 2010

Aurélie Lermenier / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Malgré les augmentations itératives du prix du tabac qui pèsent de plus en plus lourdement sur le revenu des plus défavorisés, la consommation de tabac ne baisse plus depuis 2003. Les petites augmentations progressives de prix augmentent un peu les rentrées fiscales, augmentent le risque de développement des trafics, mais n'ont aucun impact sur les consommations. Tout le monde le sait, mais les pouvoirs publics restent sourds aux arguments des associations et mécontentent autant le lobby anti-tabac que les fumeurs invétérés. Aurélie Lermenier, de l'OFDT, fait le bilan de la politique publique menée depuis 2003.

Depuis 2004, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) centralise un ensemble d'indicateurs clés relatifs au tabac au sein d'un tableau de bord. Alors que les résultats du Baromètre Santé 2010 de l'INPES et d'une étude de l'OFDT sur les achats transfrontaliers sont parus récemment, cet article se propose de faire la synthèse de ces éléments afin de dresser un bilan du tabagisme en France en 2010.

Les ventes de tabac stagnent

Conformément aux engagements du premier Plan Cancer, de fortes hausses de prix ont lieu en 2003-2004, atteignant au total 39 % pour les cigarettes et 48 % pour le tabac à rouler. Les ventes globales de tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigares...) enregistrées dans le réseau buraliste français chutent alors de 90 000 à 65 000 tonnes. Depuis, le niveau global des ventes reste quasiment stable, répartis à 85 % en cigarettes, 11,5 % en tabac à rouler et 3,5 % pour les autres tabacs (cigares et cigarillos, tabac à mâcher, etc.). Néanmoins, un report de la consommation d'une partie des fumeurs vers le tabac à rouler, meilleur marché que les cigarettes (0,17 euros le gramme de tabac à rouler vs 0,28 euros la cigarette¹ en moyenne) est observé depuis quelques années.

Si les augmentations de prix en 2003-2004 ont entraîné une nette rupture dans les ventes, elles ont aussi durablement ancré les achats transfron-

¹ Le poids d'une cigarette est ici égal à un gramme, ce qui peut être un peu surestimé.

Les dernières grandes mesures anti-tabac :

- 2003** - interdiction de vente aux moins de 16 ans
- 2003-2004** - hausses fortes et répétées des prix du tabac
- 2007** - remboursement des traitements à hauteur de 50 euros par an et par personne
- 2007-2008** - interdiction de fumer renforcée dans les lieux publics¹
- 2009** - interdiction de vente aux mineurs

Le premier Plan Cancer (2003-2007) déclarait la « guerre au tabac », avec un arsenal de mesures allant dans ce sens. Le second, pour la période 2009-2013, est moins orienté vers la réduction du tabagisme, même s'il vise à poursuivre les efforts engagés. Parallèlement, la loi HPST² (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) édicte des mesures pour réduire notamment l'exposition des jeunes. Mais sur les prix ou la fiscalité, aucune action concrète n'est inscrite dans un texte de loi.

¹ Décret N°2006-1386 du 15 nov. 2006 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. NOR SANX 0609703D, JO du 16 nov. 2006.

² Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR SASX 0822640L, JO du 22 juillet 2009.

taliens dans les habitudes des fumeurs : entre 2005 et 2007, les achats de cigarettes à l'étranger sont estimés à plus de 10 000 tonnes par an, selon une étude de l'OFDT². Les prix français ayant peu évolué, tout comme l'écart avec ceux des pays frontaliers, ce volume peut être présumé comparable en 2009-2010. Près de 18 % des cigarettes consommées en France proviendraient donc de l'étranger, créant un manque à gagner annuel de deux milliards d'euros de taxes pour l'État.

La consommation des fumeurs français serait ainsi plus proche de 65 000 tonnes de cigarettes que des 55 000 vendues dans le réseau officiel. Néanmoins, cela reste bien inférieur aux 80 000 tonnes vendues au début de la décennie : la hausse des taxes reste donc un levier efficace pour faire baisser la consommation.

Le nombre de fumeurs augmente à nouveau...

Entre 2000 et 2005, la prévalence tabagique était passée de 33 % à 30 % chez les 12-75 ans mais la consommation moyenne des fumeurs quotidiens avait un peu augmenté (14,8 cigarettes/jour vs 13,9 en 2000). Ces évolutions opposées s'expliquent par un effet mécanique : sensibilisés par les campagnes de prévention et les hausses de prix, ce sont surtout les petits fumeurs qui ont réduit ou arrêté leur consommation, faisant augmenter la moyenne globale.

Le Baromètre Santé 2010 aboutit à des conclusions inverses : chez les 15-75 ans, alors que la consommation moyenne a reculé (13,7 vs 15,3 en 2005), la prévalence est passée de 31,8 à 33,7 %. Il s'agit de la première hausse significative observée depuis la loi Évin, à un niveau supérieur à celui de 2000. Les quelques mesures et les faibles hausses de prix (+ 6 % en 2007 et en 2009) n'ont eu qu'un impact très modéré sur la consommation.

... mais les tentatives d'arrêt semblent plus nombreuses

En 2010, plus de deux millions de fumeurs ont recouru à un traitement de sevrage tabagique³, soit 8 % de plus qu'en 2009. Les substituts nicotiques sous forme orale constituent le type de traitement le plus utilisé (47 %), devant les timbres transdermiques (37 %) et le Champix (13 %). Ce médicament, tout comme le Zyban, perd du terrain sur le marché français : les possibles effets secondaires, objets d'une vigilance accrue par

l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), influencent probablement leur prescription.

Les consultations de tabacologie accueillent en moyenne 14,6 nouveaux patients par mois, et ce de manière stable depuis 2007. Si un professionnel de santé est à l'origine de cette consultation dans 56,5 % des cas, le fumeur en est moteur dans 39 % des cas.

Plus de 48 000 appels ont été traités au premier niveau⁴ de la ligne téléphonique Tabac Info Service en 2010 (+ 45 % par rapport à 2009), le volume le plus important enregistré depuis l'ouverture de la ligne en 1998⁵. Les tabacologues du service ont pour leur part traité 20 238 appels, soit 47 % de plus qu'en 2009, avec un renforcement du suivi (55 % des appelants ont eu au moins deux entretiens vs 40 % en 2009). Cette affluence est due à la simplification du numéro (de dix à quatre chiffres) et à l'intensité des campagnes de prévention, dont le budget est passé de 5,4 à 6,1 millions d'euros. Par ailleurs, plus de 707 000 visites ont été dénombrées sur le site www.tabac-info-service.fr (+ 8,5 % par rapport à 2009) et 6 620 fumeurs se sont inscrits au coaching personnalisé d'aide à l'arrêt.

Le bilan de la lutte contre le tabagisme en France apparaît très mitigé. Le nombre de fumeurs a augmenté en 2010 par rapport à 2005, bien que la proportion de gros fumeurs (plus de 10 cigarettes/jour) soit en baisse et les initiatives d'arrêt en hausse. Même si le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics a probablement permis de réduire l'exposition au tabagisme passif et ses conséquences sur la santé⁶, le tabagisme actif perdure, lui, à un niveau relativement élevé. Des mesures ont pourtant été promulguées et mises en application depuis 2005, mais les associations anti-tabac estiment que sans une stratégie globale et à long-terme, basée sur de nouvelles augmentations massives des prix, la consommation de tabac ne reculera pas.

² Ben Lakhdar C., Lermenier A., Vaillant N., « Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007 », Tendances n°75, OFDT, 2011.

³ Les ventes brutes de ces produits sont traduites en mois de traitement, soit 60 comprimés de Zyban® ou de Champix®, 30 timbres transdermiques ou 300 formes orales (estimation OFDT). Compte tenu des échecs précédents, la durée moyenne de traitement est ici estimée à un mois, ce qui équivaut à un patient traité. Les parts dans les ventes sont aussi calculées en nombre de patients traités.

⁴ Le premier niveau de la ligne Tabac Info Service adresse de la documentation, répond à des questions simples sur le tabac, et organise la prise de rendez vous avec les tabacologues, assurant le deuxième niveau et accompagnant les fumeurs dans leur arrêt.

⁵ Données d'activité 2010 de Tabac Info Service (disponible sur le site de l'INPES).

⁶ Dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'InVS n°19-20 (Numéro thématique Journée Mondiale sans Tabac) du 25 mai 2010 : GUÉRIN S., BORGET L., « Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur le risque d'infarctus » et THOMAS D. et al., « Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les hospitalisations pour syndrome coronarien aigu en France : étude EVINCOR-PMSI, résultats préliminaires ». Se reporter aussi au sondage « Les Français et l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité deux ans après sa mise en place » réalisé par l'institut LH2 pour Dimanche Ouest-France (23 janvier 2010).

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles PIALOUX

Édition
Philippe Périn

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Tiphaine Canarelli
Jean-Pierre Couteron
Isabelle Grémy
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Vincent Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Marianne Strogenko
Agnès Sztal
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Natalia De Oliveira

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

SWAPS
Tour Maine-Montparnasse
BP 54
75755 Paris cedex 15

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

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
du sida :



Avec le soutien
du laboratoire



Avec le soutien de la
Direction générale de la santé

N° 64 / 3^e trimestre 2011

À l'image du débat qui anime aujourd'hui la réduction des risques sexuels (RdRS) notamment vis-à-vis du risque VIH, celui sur la réduction des risques lié à l'usage de drogues n'a jamais été un fleuve tranquille...

En atteste l'échange argumenté, et quelque peu musclé, qui a suivi la publication sur le site vih.org du texte de Didier Jayle initialement paru dans *Swaps* n° 63 sur la question des priorités pour la réduction des risques en prison, notamment concernant la mise en place de programmes d'échange de seringues.

Autre question riche et complexe abordée dans cette nouvelle livraison de *Swaps* : celle des injecteurs de sulfates de morphine, à l'heure où l'ouverture de salles de consommation à moindres risques en France devient plus qu'une hypothèse gratuite.

Bertrand Lebeau expose les raisons qui ont amené, dans les années 1990, certains médecins à prescrire ce type de produits et s'interroge sur l'évolution du phénomène (page 2), Marie Debrus présente le projet ERLI d'éducation aux risques liés à l'injection, et explique comment il tente de s'adapter au mésusage des produits de substitution et plus particulièrement au détournement des sulfates de morphine (page 6), tandis que Jimmy Kempfer expose en détail les itinéraires de certains injecteurs de Skenan, et les galères auxquelles ils sont confrontés (page 9).

Injection toujours, avec l'analyse de Vincent Benso (page 22), de Technoplus, sur « l'espace festif » cette fois, où se mêlent données qualitatives et quantitatives sur les pratiques d'initiation, le type de produits injectés et les pratiques à risques de réutilisation et d'échange de matériel.

Dans le débat sur les programmes d'échange de seringues en prison comme en ce qui concerne l'interprétation de ces données et témoignages, le maître-mot reste sans doute « prudence ».

Mais cette dernière livraison de *Swaps* propose aussi de faire une pause historique avec un retour sur les expériences de réduction des risques menées à Amsterdam dans les années 1980 (lire page 18 l'article d'Alexandre Marchant), et l'avance considérable que celles-ci avaient alors sur la situation française. Pas certain, d'ailleurs, à la lecture de cet article, que le retard ait été comblé.

GILLES PIALOUX