

SWAPS

PROHIBITION DES DROGUES LE DÉBUT DE LA FIN ? / 2

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 66 / 1^{er} trimestre 2012

La « légende noire »
du décret Barzach / 19

Aujourd'hui, 45 000 patients
reçoivent un traitement
par la méthadone en France



/ 13

/ 24

Édito / 28

Prohibition des drogues

le début de la fin ?

Didier Jayle / Centre national des arts et métiers / **Bertrand Lebeau** / Hôpital Saint-Antoine /
William Lowenstein / Clinique Montevideo

À l'heure de la mondialisation, les conventions internationales contre les drogues demeurent inefficaces contre les mafias. Laisser miroiter la possibilité d'une société sans drogue est aujourd'hui irresponsable. Vieille d'un siècle, la prohibition des drogues est une construction historique. Il est logique, alors que cet édifice traverse une crise grave, que la revendication d'une sortie de la prohibition porte d'abord sur le cannabis, une drogue dont la dangerosité est relativement faible. Le réexamen des conventions internationales est aujourd'hui nécessaire à la lumière des connaissances scientifiques, en intégrant dans la réflexion l'alcool et le tabac.

Le débat sur la prohibition des drogues a, récemment, été relancé par quatre prises de position :

– la Déclaration de Vienne¹, lancée par la communauté scientifique internationale dans la ville qui a accueilli la 18^e conférence mondiale sur le sida et qui se trouve être également le siège permanent de l'organe international du contrôle des stupéfiants de l'ONU. Cet appel demandait que « l'on reconnaisse les limites et les préjudices de la prohibition des drogues » et réclamait « une réforme des politiques en matière de drogues afin d'éliminer les obstacles à la mise en place de régimes efficaces de prévention, de traitements et de soins du VIH ».

– Plus récemment, le rapport de la « global commission »², un aréopage de 19 personnalités de très haut niveau qui critique frontalement la politique des Nations Unies et demande la généralisation de la réduction des risques à l'ensemble de la planète, la dépénalisation de l'usage de drogues et la légalisation du cannabis.

¹ www.ladeclarationdevienne.com

² www.globalcommissionondrugs.org/Report – Enfin, la commission Vaillant³ d'une part,

³ *La légalisation contrôlée du cannabis, rapport du groupe de travail du groupe SRC, juillet 2011*

⁴ « Pour en finir avec les dealers », Grasset et Fasquelle, Paris, 2011

puis le livre de Stéphane Gagnon et de Serge Supersac⁴ de l'autre, plaident pour la légalisation du cannabis tout en s'invitant dans les débats de la présidentielle française.

Les origines de la prohibition

Rappelons les conditions dans lesquelles la prohibition s'est imposée au monde au début du siècle dernier ; et la façon dont les États-Unis en ont fait un axe majeur de leur politique.

Il nous faut remonter au XIX^e siècle lorsque les États européens, en particulier le Royaume-Uni et la France, trouvèrent un stratagème audacieux pour équilibrer leur commerce extérieur extrêmement déficitaire (déjà) avec la Chine. Dans le but de récupérer les lingots d'or et d'argent exigés par les Chinois en échange de leurs denrées si convoitées (le thé, les épices, la porcelaine, les soieries), les Anglais organisèrent le plus grand trafic de l'histoire en important des quantités massives d'opium indien en Chine. Quand le faible gouvernement mandchou essaya d'interdire ce commerce aux conséquences désastreuses, la Grande-Bretagne lui déclara la guerre. Une guerre rapidement gagnée qui obligea la Chine à accepter ces échanges. Elle obtint, au passage, des comptoirs ainsi que la propriété de Hong Kong. Ce fut la première guerre de l'opium (1842).

Pour achever l'entreprise de pénétration dans l'Empire du milieu, il fallut une deuxième guerre (1856-1858), où les alliés franco-britanniques écrasèrent l'armée chi-

noise et assurèrent définitivement leur domination économique sur la Chine. Le commerce de l'opium triompha et toucha plusieurs dizaines de millions de Chinois et d'Indochinois. Il s'étendit aussi en Indonésie avec les Hollandais et aux Philippines avec les Espagnols.

Ce « *commerce inique* », selon l'expression des mouvements américains, résolument hostiles, ne relève pas de la « main invisible » du marché. Les drogues ne sont pas des marchandises comme les autres, affirment les prohibitionnistes. En 1898, les États-Unis prirent le contrôle des Philippines (et de Cuba) à la suite de la guerre hispano-américaine, première victoire d'un pays anciennement colonisé sur une grande puissance coloniale. Le nouvel évêque de Manille, Mgr Brent, s'indigna devant la situation désastreuse induite par l'opium en Asie et partit en croisade pour arrêter le « deal »

des États européens. Soutenu par les mouvements puritains et les ligues de tempérance, il convainquit le président américain, Theodore Roosevelt, d'agir. Celui-ci vit une bonne occasion de défendre « l'axe du Bien » et d'affaiblir la France et l'Angleterre en Asie. Il invita les principaux États concernés à

une première conférence internationale sur l'opium qui eut lieu à Shanghai, en 1909, sous la présidence de Brent, bientôt suivie par une seconde à La Haye, en 1912, où fut signée la première convention internationale pour la prohibition de l'opium mais aussi de l'héroïne et de la cocaïne, ces dernières substances ayant été introduites à la demande des Britanniques pour contrer la puissante industrie chimique allemande qui les produisait.

Ce mouvement fut une entreprise inédite dans l'histoire du monde. Elle visa à établir une liste toujours plus grande de substances et à en interdire toute production, toute distribution, bientôt toute consommation sauf à but thérapeutique au moment même où ces produits faisaient l'objet d'un commerce lucratif de la part des entreprises pharmaceutiques anglaises et surtout allemandes, principales productrices de morphine, d'héroïne et de cocaïne prescrites par les médecins et délivrées par les pharmaciens.

Par quelles forces de si puissants intérêts économiques ont-ils été vaincus ? Comment les États-Unis, pays encore jeune sur la scène internationale, a-t-il fait triompher la prohibition ? Comme l'ont noté Anne Coppel et

Christian Bachmann, ce mouvement est né de

l'alliance conjoncturelle entre deux types de forces : d'un côté, des groupes réactionnaires présents dans les syndicats ouvriers blancs, xénophobes et volontiers racistes, qui assimi-

lent chaque drogue à une minorité : l'opium des Chinois, la cocaïne des Noirs, la marijuana des Mexicains et jusqu'au whisky des Irlandais. De l'autre, des féministes qui réclament « *des lois pour protéger les jeunes filles, diminuer le temps de travail des ouvriers, abolir l'exploitation des enfants, ou réfréner la consommation d'alcool* »⁵, des travailleurs sociaux qui veulent que l'État Providence assume son rôle dans la santé publique et la lutte contre les grands fléaux sociaux, bref des progressistes. « *Une passerelle historique s'établit donc, dans le plus parfait malentendu, entre deux courants qui souhaitent changer le monde, chacun à sa manière. D'un côté, ceux qui redoutent les Chinois, haïssent les Nègres, pourchassent les Chicanos ; en face, les vertueux militants de la tempérance et de l'amour du prochain.* »⁶ C'est donc au nom

des Droits de l'Homme que deux mouvements différents, voire antagonistes, se sont retrouvés momentanément alliés.

Les gouvernements américains se sont emparés de cette cause et l'ont défendue avec énergie et sans discontinuité. De Théodore Roosevelt à George W. Bush, en passant par Woodrow Wilson qui imposa les conventions internationales

au lendemain de la première guerre mondiale, sans oublier Richard Nixon, qui déclara la guerre à la drogue après celle du Vietnam. La lutte contre la drogue devint un pilier de la politique internationale des États-Unis. La prohibition, un dogme auquel se sont ralliés tous les États.

L'impact des conventions sur la diffusion des drogues

Quel fut l'impact positif ou négatif de ces conventions – qui se sont traduites par l'élaboration de lois nationales – sur la diffusion des produits concernés ? Il reste difficile à évaluer. Les « États dealers » (la Grande-Bretagne, la France) ont dû s'exécuter et arrêter progressivement le commerce de l'opium. La consommation ne cessa pas pour autant, car les Chinois continuèrent à consommer de l'opium produit en Chine. C'est le régime communiste de Mao qui, après dix ans d'efforts et de « rééducation », réussit à l'éradiquer.

Pour l'héroïne, les conventions eurent pour effet d'arrêter sa production légale par l'industrie chimique allemande après la première guerre mondiale. Mais son explosion en Occident date des années 1970 et provient là aussi des réseaux mafieux qui échappèrent au contrôle des États. Malgré la guerre à la drogue de Nixon, malgré la loi de 1970 en France. L'Union soviétique fut inondée par l'héroïne afghane après la guerre d'Afghanistan et surtout

⁵ Anne Coppel et Christian Bachmann, « Le dragon domestique », Albin Michel, 1989, p. 231, réédité en poche au Seuil sous le titre « La drogue dans le monde »

⁶ *Ibid.*, p. 232



l'effondrement de la dictature communiste, jusque là meilleur rempart contre les drogues. La production afghane représente actuellement près de 90% de la production mondiale. Elle a doublé depuis que les forces de la coalition occidentale occupent le pays, et que le gouvernement Karzaï promet de détruire les cultures !

La cocaïne, quant à elle, connut une certaine vogue en France et en Allemagne durant les années folles, et ce, malgré la convention de La Haye de 1912 et la première

sèrent aux conventions qu'ils avaient pourtant signées sous la pression américaine. Le gouvernement bolivien les a récemment dénoncées et a exigé que la coca soit retirée de la liste des produits classés stupéfiants.

En dépit d'une consommation quasi inexistante, le cannabis, interdit en France dès 1916 puis par la convention internationale de Genève de 1925 (la consommation mondiale était alors infime sauf en Egypte), a connu une diffusion modérée dans les années 1970, (malgré la promulgation de la loi de 1970 censée l'interrompre), puis massive dans les années 2000. Depuis 2008, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a renoncé à mesurer sa production tant elle est ubiquitaire et importante.

Quant aux drogues de synthèse – plus récentes – produites par les laboratoires clandestins du Nord, elles se sont développées dans les années 1980⁸ et jusqu'au milieu des années 2000. La méthamphétamine, la plus redoutable, est présente essentiellement en Amérique du Nord et en Asie, quasiment absente jusqu'à ce jour en Europe où c'est l'ecstasy, moins toxique, qui domine le marché. La convention de 1971, destinée à contrer la production de ces drogues, s'est montrée incapable de lutter efficacement contre les minuscules laboratoires clandestins qui les produisent, notamment aux Pays-Bas et en Europe de l'Est. La dernière convention de 1988 sur les précurseurs chimiques, qui avec la précédente vient compléter la convention unique de 1961, peaufine le dispositif de contrôle. L'effet réel est minime car les précurseurs utilisés pour fabriquer les drogues sont des produits extrêmement courants dans l'industrie chimique et leur traçabilité est quasiment impossible. En outre, les chimistes peu scrupuleux qui monnaient leur savoir pour fabriquer des comprimés de couleur coupent les produits avec n'importe quoi.

L'absence de contrôle de qualité des substances illicites est une atteinte à la sécurité des personnes. Cela reste vrai pour toutes les drogues, et d'autant plus pour les drogues de synthèse. La réduction des risques exige ce contrôle pour protéger les jeunes citoyens, aussi imprudents soient-ils. Mais le dispositif actuel ne le permet pas. Si les conventions prohibitionnistes se sont montrées efficaces pour arrêter les productions des « États dealers », elles se révèlent incapables de lutter contre les réseaux mafieux qui défient et contournent les lois et les frontières. Quand la lutte contre le trafic s'intensifie, la violence et la corruption augmentent, mais la production ne baisse pas ; tout au plus, elle se déplace.

En 1998, une session extraordinaire des Nations Unies à New York a solennellement pris une résolution visant à éradiquer ou à baisser sensiblement la production de

L'absence de contrôle de qualité des substances illicites est une atteinte à la sécurité des personnes. Cela reste vrai pour toutes les drogues, et d'autant plus pour les drogues de synthèse. La réduction des risques exige ce contrôle pour protéger les jeunes citoyens, aussi imprudents soient-ils

loi française de prohibition de 1916. Cependant, elle disparut progressivement, l'industrie légale finissant par s'exécuter. La véritable flambée de la cocaïne s'est produite dans les années 1980 aux États-Unis et plus récemment, dans les années 2000, en Europe Occidentale. Cette cocaïne n'est pas issue de l'industrie mais des réseaux mafieux. Pour freiner la production de coca au Pérou et en Bolivie dans les années 1990, la politique américaine fut relativement efficace, mais ne fit que déplacer le problème : la culture s'implanta en Colombie⁷. Depuis 2000, les campagnes de fumigation des cultures colombiennes financées par les Américains ont nui aux cultures voisines sans jamais faire baisser la production. Le développement des cultures de substitution largement financées par l'Union Européenne fut un

échec.

⁷ Labrousse Alain, « Géopolitique de l'offre de cocaïne », *Swaps* n°58, 2009

⁸ voir *Swaps* n°16

Notons au passage que les pays andins, consommateurs traditionnels de coca, s'oppo-

toutes les drogues. En 2008, face à l'échec patent de cet engagement, il n'y eut pas de nouvelle session extraordinaire, mais une simple réunion de la commission des stupéfiants à Vienne, qui se félicita des succès obtenus (on se demande lesquels à la lecture des chiffres de l'ONUDC) et décida de reconduire les mêmes politiques pour les dix ans à venir⁹. Beaucoup attendaient de l'élection d'Obama un changement dans la politique des États-Unis¹⁰. Il est peu perceptible.

La prohibition a ainsi connu trois périodes. La première s'étend des premières conventions internationales, au début du siècle dernier, jusqu'au début des années 1960. Le bilan est « globalement positif » : l'accès aux substances devient beaucoup plus compliqué et bientôt, seuls quelques groupes interlopes, artistes, musiciens de jazz, marginaux de tout poil continuent à consommer des drogues illicites et il suffit de se plonger, au hasard, dans la vie de Billie Holiday, pour constater qu'être un usager de drogues dans les années 1940 et 50 n'était pas une sinécure. Il est vrai qu'elle était femme et noire.

La seconde période s'ouvre avec la lame de fond de la contre-culture et de la révolte de la jeunesse sous un slogan que l'on pourrait résumer par la chanson programmatique du regretté Ian Dury : *Sex & drugs & rock & roll*. De fait, cette sous-culture va, au fil des années, devenir « mainstream ». Et les parfums, pour prendre ce seul exemple, se nommeront Opium, Poison, Addict ou Loverdose. La « culture de la drogue » irrigue largement nos sociétés.

La troisième période nous fait entrer de plain-pied dans l'actualité. Elle débute avec la chute du mur de Berlin et l'effondrement de l'Union soviétique, le bouleversement des routes de trafic, la montée en puissance des groupes criminels, la massification des consommations. Elle est aussi marquée par les questions de santé publique comme le VIH et le VHC.

La mondialisation a bouleversé le monde des drogues dans ses trois dimensions : production, distribution, consommation. Du côté de la production, des pays qui n'avaient aucune tradition dans la culture de certaines plantes à drogues, le pavot par exemple, se sont mis à en produire (Mexique, Colombie). Du côté du trafic, les « zones

Pour la première fois, depuis que les conventions internationales ont interdit cette plante et ses dérivés, nous pouvons parler d'un échec patent

⁹ voir swaps n°54

¹⁰ Le remplacement de Walters par Kerlikowske à la tête de l'ONDCP*, en 2009, avait laissé espérer un changement. Pourtant en 2010, Obama renomme à la tête de la puissante DEA un adversaire proclamé du cannabis thérapeutique, Michele Leonhart, au grand dam des associations anti prohibitionnistes. En 2010 encore, il laisse les Russes, adversaires de la réduction des risques, prendre le contrôle de l'ONUDC.

grises », ces lieux où ne s'exerce aucune autorité étatique (et ils sont nombreux en Afrique, devenue une plaque tournante), permettent aux groupes criminels de travailler en toute tranquillité. De plus, le développement des drogues de synthèse, essentiellement des stimulants (ecstasy, amphétamines), a ouvert un immense marché. Et ce, d'autant que la dialectique

offre/demande tourne à haut régime : les jeunes écoutent la même musique, portent les mêmes vêtements, consomment les mêmes substances à Paris, Rio ou Bangkok.

L'échec patent de la prohibition du cannabis

Prenons le cas du cannabis dans les pays d'Europe de l'Ouest. La principale justification de la prohibition, et ce malgré son coût et ses effets pervers, réside dans le fait qu'elle protégerait la très grande majorité de la population de la consommation des drogues illicites. Mais la consommation de cannabis n'a jamais atteint un tel niveau ! Pour la première fois, depuis que les conventions internationales ont interdit cette plante et ses dérivés, nous pouvons parler d'un échec patent. Un échec qui concerne la première et la plus convaincante justification de la prohibition aux yeux mêmes des prohibitionnistes.

La crise de la prohibition est profonde. Il suffit de songer aux milliers de victimes des guerres entre cartels en Colombie ou au Mexique ou aux enjeux politiques liés à la culture du pavot en Afghanistan. Mais les prohibitionnistes peuvent continuer à dire que les conventions internationales protègent la très grande majorité des terriens de drogues comme la cocaïne ou l'héroïne. Pour le cannabis, cela devient chaque jour plus difficile à soutenir.

Les deux courants anti-prohibition

Examinons un instant la situation du côté de ceux qui sont opposés à la prohibition. On tombe, là aussi, sur un paradoxe lourd de sens. D'un côté, une tradition libérale qui trouve ses lettres de noblesse avec le *De la liberté* de John Stuart Mill (1859) et se prolonge avec l'économiste Milton Friedman et le libertarien Thomas Szasz.

Tentons de résumer leur argumentation. Pour Friedman, la prohibition est un système « soviétique » c'est-à-dire inefficace et despotique. Inefficace car il transforme des substances à très faible valeur ajoutée en marchandises hors de prix sur lesquelles le crime organisé jette nécessairement son dévolu. Despotique, parce que l'État n'a pas à se mêler de ce que consomment des citoyens adultes dans la mesure où ils ne mettent pas en danger la vie d'autrui. D'une certaine manière, il en est de la prohibition comme il en était de l'Union Soviétique : elle est condamnée mais nul ne sait quand ni comment elle disparaîtra. Friedman, on s'en doute, n'est pas partisan de quelque monopole d'État que ce soit. La main invisible du marché lui suffit.

De l'autre une tradition de gauche, beaucoup plus récente et qui, des écologistes et d'une partie de l'extrême gauche



jusqu'à certains secteurs minoritaires du parti socialiste, veulent sortir de la prohibition du cannabis avec une proposition clé : un monopole d'État semblable à celui de la défunte Seita pour le tabac. C'est également la position de Vaillant et de Gatignon/Supersac.

Inévitable corruption

Profitons d'une actualité française toute récente pour examiner la situation actuelle. Un grand flic lyonnais est en garde à vue, soupçonné d'être passé du côté des truands en particulier dans des affaires de... stupéfiants. La question de savoir comment lutter contre le trafic international de stupéfiants hante la prohibition qui se présente aussi et peut-être d'abord comme une machine à produire de la corruption. Ce n'est évidemment pas un hasard si Eliott Ness jouait, dans la fameuse série télé consacrée à la prohibition de l'alcool (1919-1933), le rôle d'un « incorruptible ». Car incorruptible, il faut certainement l'être pour ne pas succomber à la tentation.

Les Américains avaient autorisé la DEA à utiliser un moyen qui devait permettre de remonter les grosses filières : le « buy and bust ». Les policiers américains avaient le droit de se faire passer pour des acheteurs, y compris de grandes quantités de drogues, afin de prendre en « flag » des trafiquants de haut vol. Sur le terrain, les choses furent plus compliquées : on peut acheter 10 kg de cocaïne pour appâter un achat de 100 kg. Mais cet achat peut lui-même n'être qu'un moyen d'en acheter une tonne, etc. Dans les faits, le « buy and bust » fut un échec et on finit par y renoncer. Trop de policiers avaient succombé.

Nous parlons de la police des pays dits développés où les salaires, sans être mirifiques, restent corrects et où existe encore un sens du service public. Mais quid de la police du Mexique, du Nigeria ou de l'Afghanistan ?

Les anti-prohibitionnistes font aussi remarquer qu'il existe, à côté de la corruption de secteurs entiers de la police, de la justice et de l'appareil d'État, de nombreux pays, une hypocrisie infernale qui mine la prohibition : les paradis fiscaux.

Le débat français

Penchons-nous sur le débat français concernant le cannabis. Commençons par noter que, une fois n'est pas coutume, la France et les Pays-Bas jouent à fronts renversés. Tandis que

les Pays-Bas durcissent leur position sur les coffee shops¹¹, les Français discutent de la légalisation du cannabis. Précisons plutôt : une poignée de Français. Mais reconnaissons tout de même qu'un ancien ministre de l'Intérieur et qu'un élu local, maire d'une ville « difficile », affichent clairement et de manière argumentée une position en faveur de la légalisation du cannabis constitue, en soi, un événement. C'est si vrai que lors du premier débat des primaires socialistes, ô surprise, la question du cannabis s'est invitée et a montré que le consensus n'existait pas sur cette question.

Notons ensuite qu'il n'existe pas de consensus non plus parmi les experts sur la dangerosité du cannabis. Le rapport Roques¹² et l'analyse d'un collectif britannique présidé par David Nutt¹³ classent le cannabis loin derrière l'alcool et les drogues « dures ». En opposition, les rapports de l'Académie nationale de médecine dominée par une poignée d'adversaires farouches du cannabis, malgré Roger

Henrion qui reconnaît avoir « baissé les bras »¹⁴. Cela étant, la majorité des spécialistes penchent plutôt pour Roques que pour l'Académie, même si tous ont conscience que la dangerosité évolue avec les modes de consommation.

Autre difficulté – Vaillant et Gatignon en conviennent –, la décision de légaliser le cannabis ne peut être seulement française mais, au minimum, européenne. C'est dire que le chemin sera long¹⁵.

Les arguments économiques ont été au cœur du référendum californien sur la légalisation du cannabis récréatif à l'automne 2011 (perdu 47% contre 53% par les anti-prohibitionnistes) : des taxes importantes pour l'État, des économies liées à la fin des dépenses du système policier et juridique. Ces deux arguments, mis en avant par Vaillant et Gatignon, ne sont pas négligeables, mais il n'est pas certain que ces derniers emportent jamais l'adhésion d'une majorité de citoyens¹⁶.

Pourtant, deux hommes politiques français ont travaillé sur ce dossier, se sont confrontés aux arguments et contre-arguments et sont aujourd'hui capables de tenir tête aux partisans du statu quo. C'est probablement le début d'une révolution des esprits qui n'est pas prête de s'éteindre car chaque jour qui passe voit les effets pervers de la prohibition s'aggraver. De ce point de vue, il est assez triste de constater que la droite, qui n'a pas à rougir de certaines avancées (Michèle Barzach et la mise en vente des seringues, Simone Veil et les traitements de substitution, Jean-François Mattei et l'inscription de la RdR dans la loi), ne trouve rien à dire sur cette question, sinon condamner en bloc.

¹¹ Qui est une forme de légalisation partielle du cannabis : tout ce qui entre dans un coffee shop par la porte de derrière, back door, est considéré comme relevant du marché clandestin.

¹² Roques B, « La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé », 1999. Odile Jacob

¹³ Nutt JD et al., "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis", *The Lancet*, november 1, 2010, pp. 1-8

¹⁴ Communication personnelle (DJ)

¹⁵ En 2004, la Suisse avait prévu de légaliser et préparé de façon très précise l'encadrement : déclaration des quantités récoltées, interdiction de la vente aux mineurs et aux non Suisses pour décourager le tourisme de la drogue. Mais la montée du parti populiste de Christian Blocher mit un coup d'arrêt au projet gouvernemental.

¹⁶ La prohibition, on ne doit pas l'oublier, s'est construite contre de puissants intérêts économiques et financiers, comme le montre de manière convaincante David Courtwright (« De passion à poison. Les drogues et la construction du monde moderne », *Les presses de l'université Laval*, 2008 pour la traduction française).



**PROHIBI
DÉ
PÉ
NA
LI
SA
TION**

**LEGG
LISA
ON**

Les adolescents français premiers consommateurs de cannabis en Europe

Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011, extraits de la note de synthèse
Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet

OFTD - Pôle « enquêtes en population générale », 31 mai

Cette note présente les résultats du volet français de l'enquête ESPAD réalisée auprès des adolescents scolarisés de 15-16 ans sur leurs consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites. Le rapport complet publié par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) est disponible à l'adresse suivante www.espad.org.

En France... une consommation récente de cannabis en hausse

En 2011, près de deux élèves sur cinq (39%) âgés de 15-16 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie, les filles l'ayant fait aussi souvent que les garçons. L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) concerne pour sa part 24% des adolescents avec une légère prédominance masculine (26% contre 22%).

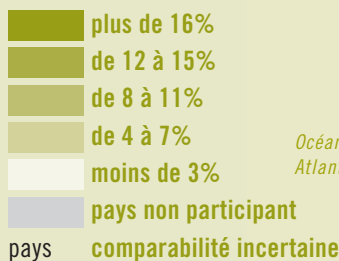
Entre 2007 et 2011, les usages déclarés de cannabis au cours du mois des jeunes Français (chez les filles comme

chez les garçons) ont fortement augmenté passant respectivement de 15% à 24%. Après une baisse conséquente en 2007, les jeunes garçons retrouvent un niveau quasi équivalent à ceux de 1999 et 2003 contrairement à celui des jeunes filles qui progresse.

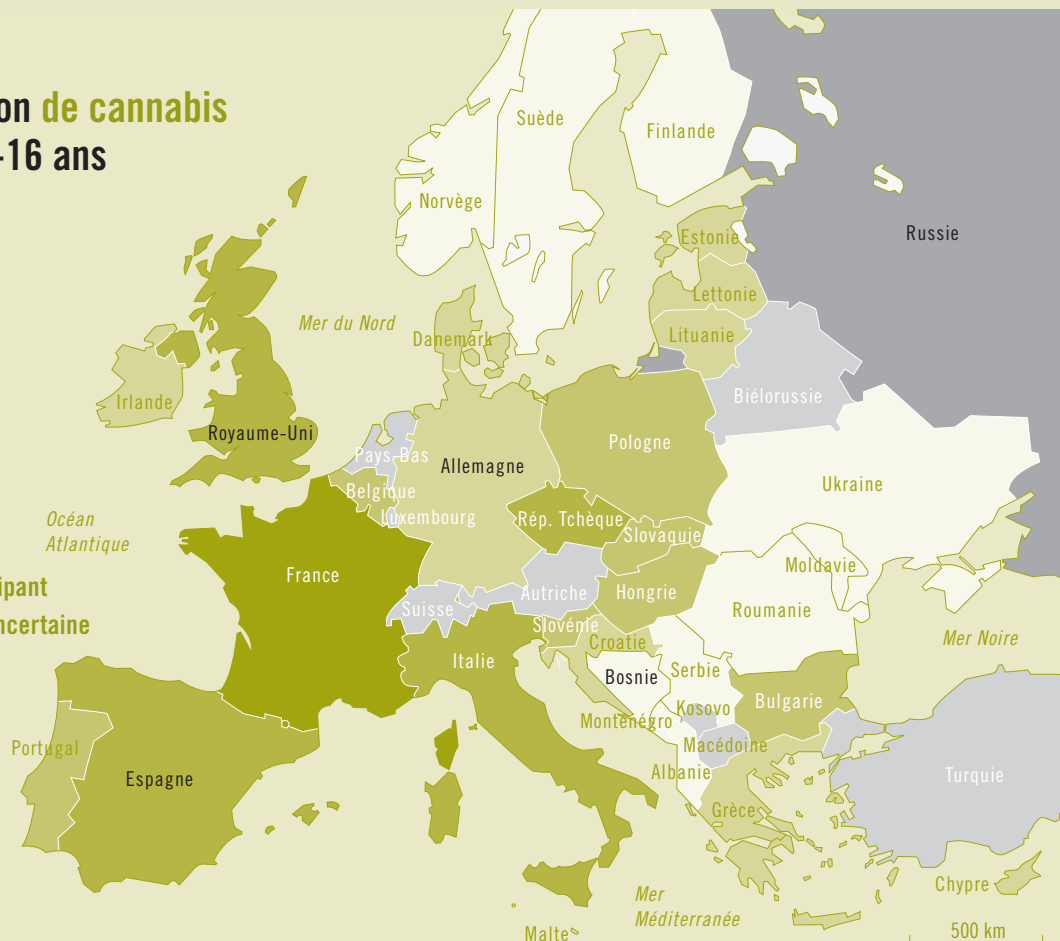
Les niveaux d'usages de cannabis opposent aujourd'hui schématiquement l'Europe occidentale à l'Europe de l'est, les niveaux d'usage diminuant progressivement de la façade atlantique à l'Oural. Par ailleurs, la France se distingue clairement des autres pays d'Europe, en étant le seul pays avec un niveau largement supérieur à 15%. Parmi les pays d'Europe centrale où les usages au cours du mois sont généralement modérés, la République tchèque occupe une place particulière avec un niveau d'usage déclaré supérieur à celui de ses voisins frontaliers directs. Les élèves tchèques demeurent, en 2011, les premiers expérimentateurs de cannabis en Europe juste devant les élèves français (42% vs 39%) alors que les Norvégiens et jeunes Moldaves restent parmi ceux dont les niveaux sont les plus faibles (6%). L'Albanie, pays qui participe à ESPAD pour la première fois, enregistre le niveau le plus faible (4%) suivi de la Bosnie-Herzégovine. Par ailleurs, la France partage avec la Russie, la singularité d'afficher des niveaux d'expérimentation entre filles et garçons identiques.

Le niveau d'usage au cours du mois observé parmi les jeunes Français est trois fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7%). Un tel niveau positionne aujourd'hui les adolescents français comme les premiers consommateurs de cannabis en Europe.

La consommation de cannabis en Europe à 15-16 ans



source : rapport ESPAD



Limites de la légalisation du cannabis

La prohibition des drogues a un siècle. C'est une construction historique. Il est logique, alors que cet édifice traverse une crise grave, que la revendication d'une sortie de la prohibition porte d'abord sur le cannabis, une drogue dont la dangerosité est relativement faible. Rien ne dit que ce combat sera victorieux dans les prochaines années. Mais s'il l'était, ce premier pas ne réglerait qu'une petite partie du problème. Car la prohibition et ses effets pervers continueraient à s'exercer sur toutes les autres drogues, à commencer par la cocaïne et l'héroïne. Car il existe au moins trois questions délicates. La première concerne les mineurs. Personne ne songe à légaliser le cannabis pour les moins de 18 ans, qui représentent pourtant une part non négligeable des consommateurs et des quantités consommées. Ensuite, la co-consommation d'alcool et de cannabis augmente l'accidentalité routière : boire et fumer du cannabis ou conduire, il faut choisir. De même, la consommation de cannabis n'est pas compatible avec des postes de travail à risque.

Enfin, une faible proportion d'usagers de cannabis ont des troubles psychiatriques parfois sévères. On débat du fait de savoir si le cannabis ne fait que révéler ou bien contribue à provoquer ces troubles chez des sujets prédisposés. Même si ce segment de consommateurs est faible en proportion, il concerne tout de même un nombre non négligeable de personnes à cause de l'augmentation considérable de l'usage. Le problème, c'est qu'actuellement, nous ne disposons d'aucun moyen pour les repérer a priori.

Ces questions peuvent être discutées. Elles ne sont pas insurmontables. Il serait, en revanche, naïf et contre-productif de penser pouvoir les éluder.

Faire évoluer les lignes de clivage

Le politologue Ethan Nadelmann, probablement le plus brillant représentant des partisans d'une réforme des politiques de drogues, présentait en 1993 l'idée suivante : a priori, il y a deux positions bien connues, celle des prohibitionnistes et celle des antiprohibitionnistes. En réalité, explique-t-il, il y a quatre positions ou plutôt deux fois deux positions. Du côté de la prohibition il y a les durs, les partisans de ce qu'il appelle le « maccarthysme pharmacologique ». Pour les adeptes du « Just say no ! », non seulement la légalisation d'une ou de plusieurs drogues ou bien la dépénalisation de l'usage sont des inepties mais l'accès légal aux seringues propres ou les traitements de substitution, en d'autres termes, la réduction des risques, envoient « the wrong message ».

Mais il existe, dit Nadelmann, des « prohibitionnistes progressistes ». Ils sont certes hostiles à toute forme de

légalisation mais soutiennent la réduction des risques et, pour certains d'entre eux, la dépénalisation de l'usage. Du côté de l'antiprohibition, on trouve les partisans du « supermarché des drogues » régulé par la main invisible du marché (il vise évidemment Friedman) et les « légalsateurs pragmatiques ». Ces derniers pensent que la déconstruction de la prohibition sera une longue marche et se fera par étapes. Les membres de la « global com-



Les Français de plus en plus opposés à la dépénalisation du cannabis

Les Français sont de plus en plus opposés à la dépénalisation du cannabis, avec 70% de sondés hostiles en juin 2012 contre 63% en juin 2011, une mesure défendue par les écologistes, selon un sondage Ifop pour Atlantico.

Les opposants à la dépénalisation n'ont jamais été aussi nombreux depuis 1996 (67% d'opposants), 64% en 2001 et 63% en 2011. Le soutien à la dépénalisation, qui atteignait 34% en février 2001 et 36% en juin 2011, est tombé à 30% en juin 2012.

L'âge joue un rôle déterminant puisque les moins de 35 ans – parmi lesquels se recrutent d'abord les consommateurs de cannabis – sont favorables à 41%, mais ils sont en recul de dix points en un an (51% de sondés favorables en 2011). Les tranches d'âges plus élevées restent massivement opposées avec 32% d'adhésion.

Le clivage politique se retrouve également : les sympathisants de gauche sont nettement plus favorables à la dépénalisation que ceux de droite. Ainsi, 52% des personnes ayant voté pour Jean-Luc Mélenchon sont favorables à la dépénalisation, 41% des électeurs de François Hollande, 29% des électeurs de François Bayrou, 18% des soutiens de Nicolas Sarkozy et 17% des électeurs de Marine Le Pen. Le sondage a été réalisé du 5 au 7 juin sur un échantillon de 1 010 personnes, dont la représentativité a été assurée selon la méthode des quotas. - AFP

mission » appartiennent à cette famille. Et Nadelmann de conclure que le dialogue le plus intéressant, celui qui tracera les chemins de l'avenir aura lieu entre les prohibitionnistes progressistes et les légalisateurs pragmatiques qui ont, au moins, un « common ground » : la réduction des risques¹⁷.

Vingt ans après, nous avons peu progressé. Le dialogue dont il est question commence à peine, et avec quelles difficultés, à émerger. De nombreuses associations, en particulier celles qui ont organisé le 23 septembre 2011 une conférence intitulée « Ces auteurs qui dénoncent la prohibition des drogues », tentent d'animer ce débat. Il apparaît à la fois très technique et très passionnel : la drogue c'est mal contre la drogue c'est bien. Prenons la question autrement : tout indique que les effets contre-productifs de la prohibition vont continuer à croître. Quelles politiques peut-on mener pour répondre à cette situation historique inédite ?

¹⁷ "Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science", Whurr publishers, 1993

¹⁸ « La Lettre du Continent », 22 septembre 2011

Prohibition, violence et corruption

Si nous n'agissons pas, les mafias continueront à s'enrichir, à corrompre les administrations et les responsables politiques d'un nombre croissant d'États, dont l'Afrique, devenue plaque tournante des drogues du monde. À titre d'exemple, le golfe de Guinée, de plus en plus gangréné par le trafic de drogue. Le Togo et la Guinée-Bissau sont, eux, déjà rongés par les narcotrafiants qui achètent pêcheries et conserveries leur permettant de contrôler un pan essentiel de l'économie et de récupérer facilement les livraisons de cocaïne, avec la complicité des autorités corrompues par les narcodollars. C'est maintenant au tour du Bénin¹⁸ d'être touché et, du coup, menacé par les principaux bailleurs de fonds s'il ne lutte pas efficacement contre le trafic de drogue. Le Ghana, la Côte d'Ivoire sont également menacés.

En Amérique du Sud, la Colombie est devenue dans les années 2000 un véritable narco-État. La CIA n'a jamais

Les jeunes Américains fument moins que les Européens, mais se droguent plus

Les adolescents américains fument et boivent moins que les jeunes Européens, mais se droguent davantage, selon une étude réalisée aux États-Unis et dans 36 pays européens publiée en mai 2012 par l'université du Michigan.

Selon la compilation de sondages réalisés dans chaque pays, quelque 27% des jeunes américains avaient bu de l'alcool au cours du mois précédent le sondage, contre une moyenne de plus du double – 57% – pour les Européens. Seuls les Islandais buvaient moins, à 17%.

Dans de nombreux États américains, il est interdit d'acheter de l'alcool avant 21 ans.

Concernant la cigarette, 12% des Américains avaient fumé lors du mois précédant le sondage, contre 20% en moyenne pour les Européens. L'Islande remportait de nouveau la palme de la modération avec 10%.

Selon Lloyd Johnston, principal auteur de l'étude américaine, « la consommation de tabac et d'alcool n'a pas cessé de baisser aux États-Unis pour tomber à son plus bas niveau depuis 37 ans que le sondage de l'université du Michigan existe », ajoutant que ces consommations ont été toujours plus faibles qu'en Europe.

En revanche, les jeunes américains sont en haut du tableau quand il s'agit de consommer des substances illicites. Avec 18%, ils ne sont dépassés que par les Français (24%) et les Monégasques (21%) dans la consommation de cannabis. La consommation européenne moyenne est de 7%. Un accès aisé au cannabis et une faible prise de conscience de ses dangers expliquent ces chiffres, selon les réponses données aux chercheurs par les jeunes.

Les Américains sont les plus forts consommateurs des autres drogues (hors cannabis), à 16% contre 6% pour l'Europe, dont les hallucinogènes comme le LSD (6% contre 2%), l'ecstasy (7% contre 3%) et les amphétamines (9% contre 3%).

Le taux de consommation de certaines drogues est néanmoins à peu près semblable à celui des Européens comme la cocaïne (3%), le crack (2%), l'héroïne (1%) et les stéroïdes anabolisants (1%).

« Il est évident que les États-Unis enregistrent des taux peu élevés pour la cigarette et l'alcool, même s'ils ne sont pas aussi bas qu'on le voudrait, mais la prise de drogue par les adolescents est encore très importante », ajoute M. Johnston. L'étude, la cinquième du genre, provient de la compilation de sondages menés aux États-Unis auprès de 15 400 adolescents par l'Institut de recherche sociale de l'université du Michigan et en Europe auprès au moins de 2 400 jeunes de 15 et 16 ans dans chaque pays, soit 100 000 jeunes en tout. - (AFP)

ignoré les relations du président Uribe avec le cartel de Medellin au début des années 1990. En 2009, 30 élus, soit 30% du Congrès colombien, appartenant à des partis appuyant la présidence, ont été incarcérés ou mis en examen pour leurs liens avec des groupes paramilitaires trafiquants de drogue³. La violence liée aux cartels, majorée à chaque fois que la répression s'intensifie, pose de sérieux problèmes de sécurité publique au Mexique (5300 morts violentes en 2008 liées aux activités criminelles des cartels), au Venezuela, en Amérique centrale. En Asie, l'économie afghane rime avec l'opium qui représente près de la moitié de son PIB. Au Pakistan voisin, la transformation de l'opium en héroïne s'accroît en même temps que son trafic. L'Iran est aussi touché de plein fouet et n'est plus seulement un pays de transit. En Europe, l'influence des cartels dans l'économie européenne est très difficile à mettre en évidence. Mais l'infiltration des mafias dans certains services publics est connue, comme on l'a vu dans le traitement des déchets en Italie. Les mafias albanaises, également présentes dans les pays de l'ex-Yougoslavie, ont des activités développées dans toute l'Union européenne, qu'il s'agisse de trafic de stupéfiants, de cigarettes, d'armes ou d'êtres humains². Les banlieues des grandes villes sont gangrenées par l'argent de la drogue. Si nous ne faisons rien, le nombre de toxicomanes injecteurs, principales victimes de la guerre à la drogue, continuera de croître en Russie, en Asie, en Afrique, avec une explosion du VIH, des hépatites et de la violence. Plus la répression est forte, plus les groupes mafieux s'arment et plus la violence envahit l'espace public et pénètre dans la société.

Des pistes pour avancer

Face à cette situation, il n'est pas raisonnable de rester dans l'immobilisme. Les conventions internationales ont sans doute été utiles pour lutter contre des « États dealers » comme la Grande-Bretagne et la France avec le commerce de l'opium, elles demeurent inefficaces contre les mafias à l'heure de la mondialisation. Laisser miroiter la possibilité d'une société sans drogue est irresponsable.

Il est urgent de construire une politique qui respecte une priorité et deux exigences. La priorité est de maintenir ou de reconstruire des sociétés dont le pouvoir politique n'est pas confisqué par les trafiquants. La première exi-

gences est de mener une politique cohérente à l'intérieur et à l'extérieur des frontières : dépénalisation de la consommation et création d'un circuit légal de co-développement pour les pays producteurs. La seconde est de développer un message public responsable à l'égard des populations. Ce message doit s'articuler autour de :

- la responsabilisation des citoyens à l'égard de l'usage de produits;
- la protection des mineurs en raison de la dangerosité de l'usage précoce des drogues;
- la réduction des risques pour les usagers de drogues, qui n'est pas une incitation à la consommation mais un ensemble de précautions destinées au contrôle des dommages, que chacun pratique déjà au quotidien dans d'autres domaines¹⁹.

L'inscription de la réduction des risques et des dommages dans les programmes de l'ONU est possible et l'Union Européenne y est majoritairement favorable. La France n'a pas à rougir de cette politique menée depuis 25 ans qui a permis d'arrêter l'épidémie de VIH et de réduire les troubles à l'ordre public. Pourquoi ne pas la

mettre en avant avec l'Allemagne, le Royaume Uni, l'Espagne, les Pays-Bas, et faire monter au créneau ses représentants pour lancer une dynamique européenne puis onusienne? Le silence de nos responsables nationaux sur le sujet, allant de pair avec l'absence totale de nouvelles initiatives sur le terrain (alors même que les professionnels et plusieurs collectivités locales y sont prêts), sont incompréhensibles.

Face au constat d'une situation dangereuse pour les sociétés et les individus, face aux effets contreproductifs majeurs de lois très contraignantes et très difficiles à appliquer, le réexamen des conventions internationales est nécessaire à la lumière des connaissances scientifiques, en intégrant dans la réflexion l'alcool et le tabac qui font l'objet d'un traitement à part depuis 1912.

La reconsidération du statut du cannabis pour permettre de développer la prévention et la prise en charge de ses consommateurs – 22 millions en Europe et 4 millions en France – est sans doute la première étape, dans l'esprit de la réduction des risques et des dommages.

La réduction des risques et des dommages est de mener une politique cohérente à l'intérieur et à l'extérieur des frontières : dépén-

¹⁹ Qu'il s'agisse de sa consommation de sucre ou de télévision!





N° 66

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

Légaliser le cannabis : effets sur la consommation, le marché noir et les prix

L'impact de la légalisation de la production, de la distribution et de la possession du cannabis est largement inconnu, puisqu'à ce jour, aucun État ne l'a autorisée. Caulkins et al., dans un article publié dans un des meilleurs journaux internationaux du domaine (*Addiction*) ont passé en revue les implications sociétales d'une légalisation.

D'une manière générale, les motivations sous-tendant la légalisation sont l'augmentation des revenus provenant des taxes, la diminution des coûts liés aux arrestations et aux détentions liées au trafic, la diminution ou l'arrêt du marché noir et de la criminalité, ainsi que la meilleure répartition des moyens de police et de justice à d'autres tâches.

La limitation de la distribution aux personnes majeures, aux personnes désireuses de consommer (limitant par exemple la consommation passive) ou la volonté d'assurer une production de bonne qualité sont aussi des arguments retenus parmi les défenseurs de la légalisation.

Si différentes juridictions à travers le monde ont mis en œuvre une diminution des peines liées à la consommation ou à la possession de substance psychoactives, peu de pays ont développé une législation spécifique au cannabis. Les Pays-Bas, la Belgique et quelques juridictions australiennes et des États-Unis font ainsi l'exception. La Californie a ainsi récemment rejeté la « proposition 19 » qui, au-delà de la légalisation de la consommation de cannabis et de la culture pour usage personnel, visait à autoriser les autorités locales à réguler et taxer les activités commerciales de distribution et de production de cannabis.

Une chose est certaine dans tous ces pays, comme en France actuellement : les périodes électorales sont propices à de nombreux débats sur ce thème, et qu'il s'agisse des défenseurs de la légalisation ou de leurs opposants, les arguments reposent souvent sur des préjugés et des dogmes politiques plutôt que sur les données actuelles de la science.

Deux questions sont ainsi principalement débattues : « le prix sera-t-il stable ? » et « la consommation va-t-elle augmenter ? ». Pour la première de ces questions, la réponse est non. L'ensemble des experts reconnaissent que les prix diminueraient si une légalisation est mise en place. La possibilité de cultiver le cannabis en dehors de

lieux d'habitation (serres miniatures, comme c'est le cas aujourd'hui) permettrait une culture locale, et diminuerait les coûts d'acheminement. Le prix de production pourrait ainsi être divisé par un facteur 20 au moins. Même si la production était limitée à des sites de petite taille, les diminutions de prix seraient autour de 90%.

La diminution de la stigmatisation, des risques légaux liés à la consommation et la publicité augmenteraient très certainement la consommation. En regardant la situation des Pays-Bas, différents experts estiment une augmentation des consommations de 5 à 50% selon les modalités de légalisation et le pays auquel elles seraient appliquées.

Une des inconnues concerne l'élasticité des prix, ou la manière dont le prix de l'offre modifiera la demande. Si cette donnée est bien connue pour le tabac et l'alcool, aucun travail à ce jour ne l'a estimée pour le cannabis.

Une des grandes inconnues est également le niveau de taxation. Une taxation du cannabis ou des produits qui en sont dérivés doit permettre un éventuel maintien des prix, ou du moins éviter une chute massive de ceux-ci, mais en parallèle éviter le développement d'un marché noir. Pour Caulkins et al., la taxation permettant le maintien des prix à l'identique serait autour de 7 à 13 dollars par gramme. À titre d'exemple, la taxe sur le tabac aux États-Unis est, en fonction des États, autour de 0,15 dollar par gramme, et elle à mettre en parallèle avec le développement de nombreuses stratégies d'évitement des taxes par les consommateurs (achat dans des régions limitrophes, marché noir, commandes sur internet...).

En fait, le niveau de taxes, comme sur les autres substances psychoactives légales (tabac et alcool) va être soumis à des contraintes contradictoires, les unes ayant des objectifs de santé publique et l'intérêt des consommateurs, les autres visant à augmenter le plus possible des revenus de l'État.

L'article de Caulkins et al. met en évidence la complexité de la situation légale, politique et de santé publique autour de la légalisation du cannabis. Elle souligne la naïveté de réponses simplistes, et la nécessité, en cas de demande de l'opinion publique, d'une information claire et loyale, hors de toute idéologie partisane.

Caulkins JP, Kilmer B, Maccoun RJ et al., "Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition 19", *Addiction*, 2012, 107, 865-871

Yann Le Strat / addictologue, hôpital Louis Mourier (Colombes)

Baclofène à hautes doses : résultats d'une expérience française

Pas un média qui n'ait parlé du baclofène au cours des douze derniers mois. Dans le monde de l'addictologie, c'est du jamais vu depuis le Subutex. La plupart des experts du domaine soulignent qu'au-delà des querelles d'écoles, ce brouhaha médiatique a le mérite d'avoir relancé l'intérêt des pouvoirs publics pour les conduites de dépendance et leur traitement.

Dans une étude à paraître dans la revue *Alcohol and Alcoholism*, Laurent Rigal et al. rapportent l'évolution de 181 patients ayant bénéficié d'un traitement par baclofène à fortes doses (plus de 40 mg). À un an, 60% des patients étudiés étaient abstinents. De nombreuses limites méthodologiques viennent toutefois limiter l'interprétation des résultats (absence de groupes contrôles, inclusion de patients non alcoolo-dépendants).

Une des particularités notables de ce travail est de ne pas avoir fait l'objet de l'évaluation par un comité d'éthique. L'argument des auteurs est qu'il s'agit d'un « audit » des pratiques de deux cliniciens, et que cette évaluation n'est, de ce fait, pas nécessaire.

Un des autres points à souligner est l'absence d'analyse en intention de traiter. Plus d'un quart des patients ont été perdus de vue, et non-inclus dans les analyses. Difficile de savoir si il s'agit des patients ayant rechuté rapidement, ou ayant présenté des effets indésirables importants, deux raisons souvent associées au fait d'être perdu de vue.

L'effet d'attente des patients est également important. Les auteurs ont, par le passé, déclaré largement leur intérêt pour cette molécule, et sont susceptibles d'avoir attiré en consultation des patients spécifiquement demandeurs de ce traitement, et susceptibles d'un effet placebo plus important.

Bien sûr, ce travail n'a pas la prétention de remplacer un essai clinique randomisé contrôlé, dont il n'a pas le coût ni la complexité, mais ouvre une porte intéressante.

Rigal L, Alexandre-Dubroeuq C, de Beaurepaire R et al., "Abstinence and 'Low-Risk' Consumption 1 Year after the Initiation of High-Dose Baclofen: A Retrospective Study among 'High-Risk' Drinkers", *Alcohol and Alcoholism*, In press

Yann Le Strat

Dépendance et réaction de sevrage : pourquoi les benzodiazépines rendent dépendants et les antidépresseurs non

Les antidépresseurs (type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, ou IRS) n'entraînent pas de dépendance. En revanche, les psychiatres recommandent une diminution progressive des posologies en fin de traitement, afin d'éviter des rebonds symptomatiques. Inversement, les benzodiazépines entraînent un risque de dépendance. Leur diminution progressive est donc nécessaire en fin de traitement, afin d'éviter des rebonds symptomatiques.

Cet apparent paradoxe entre ces deux classes de molécules, l'une largement considérée par la communauté médicale et scientifique comme addictogène (les benzodiazépines), l'autre non (les IRS), mais ayant pourtant des précautions d'emploi similaires en cas de sevrage, est resté largement inexploré jusqu'à une récente revue de la littérature publiée par une équipe danoise.

En reprenant les données de nombreux essais cliniques, ainsi que l'évolution des définitions de la dépendance dans les classifications internationales, les auteurs ont mis en évidence la manière dont ces changements ont affecté le paradigme de la dépendance à ces traitements. La révision du DSM en 1980, en rendant nécessaires des symptômes comportementaux (temps passé à consommer, abandon d'activités non liées aux produits, poursuite de consommation en dépit de conséquences négatives entre autres...) et plus seulement des symptômes de dépendance physique (tolérance et sevrage), a entraîné un glissement de des diagnostics.

Les auteurs ont également montré que 37 des 42 symptômes susceptibles de survenir au moment du sevrage de l'une ou l'autre de ces classes pharmacologiques sont communs. Une des limites essentielles de ce dernier aspect de cet élégant travail est l'absence de quantification de ces symptômes, beaucoup plus présents en cas d'arrêt des benzodiazépines qu'au moment de l'arrêt d'un traitement par IRS.

Nielsen M, Holme Hansen E, Gatzsche PC, "What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors", *Addiction*, 2012, 107, 900-908

Yann Le Strat

Le tabagisme augmente la morbidité fœtale chez les femmes séropositives au VIH

Aux États-Unis, les femmes en âge de procréer représentent 25% des personnes infectées par le VIH. L'infection par le VIH et le tabagisme représentent 2 facteurs de risque indépendants pour la morbidité fœtale.

En analysant une base de données de l'État de Floride, portant sur plus de 1,6 million de naissances entre 1998 et 2007, les auteurs ont testé indépendamment les effets de l'infection au VIH (n=4700) et du statut tabagique de la mère (n=648 fumeuses séropositives) sur le faible poids de naissance (LBW, low birth weight), la prématurité (PTB, preterm birth) et la petite taille gestationnelle (SGA, small for gestational age), ainsi que l'interaction entre VIH et tabagisme.

La morbidité fœtale était plus importante chez les mères séropositives au VIH indépendamment du statut tabagique, mais les 2 facteurs de risque avaient un effet significatif sur la morbidité (LBW, PTB et SGA). De plus, une interaction a été montrée entre VIH et tabagisme durant la grossesse, avec des risk ratios ajustés (ARR) tous significatifs et importants pour LBW (ARR = 2,24 ; IC 95% 1,89–2,65), SGA (ARR = 1,95 ; IC 95% 1,67–2,29), et PTB (ARR = 1,70 ; IC 95% 1,42–2,03).

Ceci montre clairement que les femmes séropositives au VIH qui fument pendant leur grossesse présentent un risque accru de complications au cours de la grossesse ayant un impact sur la morbidité fœtale. Les auteurs concluent qu'il est urgent d'intégrer des interventions d'aide à l'arrêt du tabac dans les programmes de prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Aliyu MH, Weldeselasse H, August EM et al., "Cigarette Smoking and Fetal Morbidity Outcomes in a Large Cohort of HIV-Infected Mothers", *Nicotine Tob Res.* 2012 May 9. [Epub ahead of print]

Jacques Le Houezec / conseil en santé publique, directeur www.treatobacco.net



Le tabagisme des SDF peut être pris en charge

Le tabagisme est un facteur d'inégalités sociale et de santé flagrant. La prévalence du tabagisme chez les sans-domicile-fixe (SDF) est incroyablement élevée (environ 70% aux États-Unis), mais ils sont rarement pris en charge en ce qui concerne leur tabagisme.

Cette étude rapporte la faisabilité d'un essai clinique randomisé *Power To Quit* (PTQ) sur une population de SDF (individus n'ayant pas une résidence fixe, régulière et adéquate) recevant un traitement nicotinique de substitution (patch pendant 8 semaines) et soit une prise en charge minimale (conseil minimal), soit avec des entretiens motivationnels, au total 15 séances de suivi sur 6 mois.

Sur un échantillon de 849 individus, 578 (68,1%) étaient éligibles selon les critères d'inclusion (SDF, fumeur = au moins 1 cig/j et CO>5 ppm ; âge ≥ 18), et 430 (74,4% des éligibles) ont été inclus. La majorité des participants étaient des hommes, noirs, ayant 44 ans en moyenne, étant majoritairement sans emploi (90,5%), et vivant ainsi depuis plus d'un an.

Presque tous les participants étaient des fumeurs quotidiens fumant en moyenne 20 cig/j, presque 40% d'entre eux avaient des scores de dépression modérés ou élevés et 80% avaient des antécédents de dépendance (alcool et substances illicites). Il est important de noter que l'importance de l'arrêt pour les participants est très élevée (score de $9,1 \pm 1,6$ sur 10), ainsi que leur confiance dans l'arrêt ($7,3 \pm 2,4$ sur 10).

Cet article démontre la faisabilité d'inclure une population de SDF dans un essai clinique d'aide à l'arrêt du tabac. Nous attendons avec impatience les résultats sur l'abstinence qui nous donneront une idée de l'influence du degré de dépendance de cette population, ainsi que de celle de leurs comorbidités psychiatrique et addictive. Une réelle étude de terrain !

Okuyemi KS, Goldade K, Whembolua GL et al., "Smoking Characteristics and Comorbidities in the Power To Quit Randomized Clinical Trial for Homeless Smokers", *Nicotine Tob Res.* 2012 May 15. [Epub ahead of print]

Jacques Le Houezec

Statut tabagique, séropositivité au VIH et comportements à risque dans une population d'injecteurs

L'association entre le tabagisme et les comportements à risque VIH a été analysée dans une population de 669 injecteurs de drogues inclus dans l'enquête de surveillance des comportements à risque VIH à Baltimore (Maryland, États-Unis) en 2006.

Cette enquête inclut un dépistage VIH. Elle révèle la très forte prévalence du tabagisme dans cette population (92,1%), dont 32,7% fument moins d'un paquet de cig/j et 59,3% fument 1 paquet ou plus (gros fumeurs). Elle révèle aussi que les gros fumeurs sont moins enclins à déclarer leur séropositivité.

Une analyse multivariée montre que les gros fumeurs rapportent une plus grande utilisation d'analgésiques, plus d'alcoolisation massive (binge drinking), mais moins de rapports sexuels par pénétration anale et moins d'utilisation des services de santé. Il est possible que ce soit cette moindre utilisation des services de santé qui soit à l'origine d'une méconnaissance de leur séropositivité.

Les programmes de prévention ciblant les injecteurs de drogues se sont principalement focalisés sur la réduction du risque par les modes d'injection et par les pratiques sexuelles. Compte tenu des données montrant les forts liens entre tabagisme, alcool et injection de drogues, les auteurs suggèrent trois recommandations pour mieux prendre en compte le rôle du tabagisme dans la prévention du VIH.

D'abord, ils recommandent d'ajouter un questionnaire tabac plus complet au système de surveillance des comportements à risque VIH afin de mieux comprendre le rôle que joue le tabagisme dans l'utilisation de drogues, les comportements à risque VIH, l'infection au VIH, la progression de la maladie et la mortalité due au virus.

Ensuite, les auteurs recommandent de considérer un fort tabagisme comme un index de polyconsommation lorsqu'il est impossible d'obtenir des données sur les autres drogues. Ce qui pourrait faciliter l'accès de ces personnes à des programmes de réduction du risque et aux services de promotion de la santé.

Et finalement, ils recommandent l'inclusion de l'aide à l'arrêt du tabac dans les stratégies de réduction du risque pour les injecteurs de drogues, car cela pourrait avoir un effet positif sur le contrôle des autres comportements à risque VIH.

Villanti A, German D, Sifakis F et al., "Smoking, HIV status, and HIV risk behaviors in a respondent-driven sample of injection drug users in Baltimore, Maryland: The BeSure Study", *AIDS Educ Prev.* 2012 Apr; 24(2): 132-47

Jacques Le Houezec

L'Uruguay propose de légaliser le cannabis dans le monde

Le gouvernement uruguayen a proposé mercredi 21 juin de légaliser la production et la vente de cannabis en jugeant que le contrôle de ce marché serait moins dangereux pour la société que le développement du trafic clandestin. L'Uruguay, dirigé par le président de gauche Jose Mujica, va en outre proposer que cette mesure soit étendue au niveau mondial, a déclaré le ministre de la défense, Eleuterio Fernandez Huidobro, selon lequel une telle initiative permettrait de lutter contre la consommation de drogues dites dures. Le gouvernement va soumettre sous peu un projet de loi au Congrès dans le cadre d'un ensemble de mesures destinées à lutter contre la criminalité dans ce pays d'Amérique latine, où la consommation de cannabis est déjà autorisée.

« Nous voulons combattre deux phénomènes différents: le premier, c'est la consommation de drogue et le deuxième, c'est le trafic de drogue. Nous pensons que l'interdiction de certaines drogues crée davantage de problèmes au sein de la société que la drogue elle-même, a dit le ministre de la défense au cours d'une conférence de presse. Les homicides liés aux règlements de compte sont en augmentation en Uruguay et c'est le signe évident que certains phénomènes qui n'existaient pas auparavant sont en train d'apparaître. »

Le projet de loi vise à créer un cadre juridique pour la production et la vente de cannabis. Il n'autorisera pas la culture de la plante pour un usage personnel. Ce texte est l'un des éléments d'un train de 15 mesures destinées à lutter contre la criminalité, notamment par le biais d'un renforcement des sanctions contre la corruption policière, contre le trafic de cocaïne ou encore la délinquance juvénile.

La première réaction est parvenue du Guatemala, où le président Otto Perez, un général de droite à la retraite récemment entré en fonctions, avait proposé en début d'année de légaliser les drogues pour lutter contre la violence qui ravage l'Amérique centrale, se voyant opposer un refus catégorique des États-Unis.

La proposition uruguayenne découle de « 50 ans d'échec du combat contre le narcotrafic », a jugé le porte-parole du président Perez, Francisco Cuevas. « Les pays doivent chercher de nouvelles voies pour combattre le narcotrafic d'une façon plus efficace et réduire la violence que provoquent les organisations criminelles », a-t-il répété.

« Dans le respect de la décision de chaque pays, l'Amérique latine doit chercher ces nouvelles voies », a ajouté M. Cuevas, dont le pays, avec le Mexique et le Honduras, voit transiter 90% de la drogue consommée aux États-Unis.

Le président colombien, Juan Manuel Santos (droite), a lui critiqué une décision « unilatérale » et appelé à « une approche commune ». « Si un pays légalise et un autre pays maintient une interdiction totale, cela génère des distorsions qui souvent aboutissent à aggraver le problème », estimé le président du principal pays exportateur de cocaïne au monde.

Le ministre vénézuélien de l'Intérieur, Tareck El Aissami (gauche), s'est également montré circonspect, évoquant « un piège », avant de suggérer d'investir plutôt sur la prévention. « Ça ressemble à une mesure défensive et non préventive », a-t-il déclaré.

Le président uruguayen José Mujica a défendu sa proposition en estimant que « quelqu'un doit commencer en Amérique du Sud ». « Quelqu'un doit être le premier, parce que nous sommes en train de perdre la bataille contre les drogues et la criminalité sur le continent », a indiqué M. Mujica au journal *O Globo*. - Reuters, AFP

PUBLICATIONS

Un kaléidoscope très humain

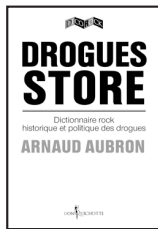
Drogues Store, d'Arnaud Aubron, n'est pas vraiment un dictionnaire même si l'entrée se fait par lettre ; ce n'est non plus pas un traité de géopolitique, même si vous saurez tout sur les talibans, les contras colombiens ou les rois birmanes de l'opium ; ce n'est pas tout à fait un recueil de faits divers même si vous apprendrez que les mineurs chiliens bloqués pendant 69 jours à 700 mètres sous terre ont tenu le coup grâce au cannabis ; ce n'est pas un reportage sur la politique française même si les positions de Simone Veil ou de Nicolas Sarkozy sont soigneusement analysées ; ce n'est pas une anthologie sur les hommes célèbres qui ont consommé des drogues mais vous apprendrez que Steve Jobs a été fortement marqué par ses voyages sous acide (LSD) et que, moins drôle, Adolf Hitler s'injectait des drogues presque quotidiennement ; ce n'est pas un recueil de citations, même si chaque lettre de l'alphabet en est accompagnée ; ce n'est pas un livre d'espionnage, même si vous découvrirez les liens entre la CIA et les cartels de la drogue. Mais c'est un peu tout ça.

Anne Coppel, qui en fait la préface, parle de kaléidoscope des drogues, et c'est à coup sûr un livre très humain, résolument hostile à la prohibition et à la guerre à la drogue, parce qu'elles sont inefficaces et source de malheurs pour des millions de personnes dans le monde, et parce que, comme le disait Sir Keith Morris (cité à la lettre M), « la guerre à la drogue ne peut être gagnée, parce que c'est une guerre contre la nature humaine ».

DIDIER JAYLE

Drogues Store
Dictionnaire rock,
historique et politique
des drogues

d'Arnaud Aubron
Ed. Don Quichotte,
400 p., 19,90 euros



Enquête sur la French Connection

Docteur à l'EHESS, Thierry Colombié a déjà beaucoup travaillé sur le « Milieu » français. Enrichie par des témoignages inédits d'acteurs du tentaculaire trafic d'héroïne dont, de 1935 à 1985, la France fut le pivot, cette nouvelle publication va plus loin dans l'analyse des mécanismes utilisés par les entreprises criminelles pour organiser une véritable « veille informative » au sein de la société et se rapprocher des élites afin d'assurer leur pérennité. Comme l'explique l'auteur, « la réduction des risques [sic !] passe par l'association de ces groupes au niveau du marché de l'offre, notamment sur les segments d'élaboration et d'exportation de l'héroïne, et par l'établissement de passerelles avec la sphère politico-administrative sous la forme d'échanges de biens et de services, en particulier au niveau de l'information ». « La criminalité organisée est une activité économique », rappelle Jean de Maillard dans son introduction, « rendue possible par la corruption des élites qui neutralise l'efficacité de la répression et par la collusion des acheteurs de biens et de services criminels, qui préfèrent ne pas voir à quoi ils concourent ». Même si les produits et les acteurs ont changé, ce livre se situe au cœur d'une actualité brûlante : celle des limites de la politique prohibitionniste.

NESTOR HERVÉ

La French Connection
Les entreprises criminelles
en France

De Thierry Colombié
Observatoire géopolitique
des criminalités,
coll. « Non lieu »,



La « légende noire » du décret Barzach

Alexandre Marchant / doctorant en Histoire (ENS de Cachan)

1987. Alors que l'épidémie VIH fait des ravages chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, et que le climat politique est – déjà! – au durcissement, la ministre de la santé du gouvernement Chirac impose la libéralisation de la vente des seringues en France. Retour sur ce qui fut la première mesure de RdR en France, et sur les mythes qu'elle a générés au fil du temps.

En 1986, les autorités françaises commencent à prendre conscience de la catastrophe sanitaire que représente l'épidémie de sida. On recense alors, en total cumulé depuis 1981, près de 1050 cas de sida rapportés sur 1500 cas probables et on estime à 15 000 le nombre de cas d'ici un horizon de cinq ans. Entre juin et septembre 1986, on a recensé en moyenne deux à trois nouveaux cas de sida par jour.

Mais lorsque Michèle Barzach accède aux responsabilités de ministre de la santé au sein du nouveau gouvernement de Jacques Chirac, presque tout est à construire en matière de lutte contre la propagation du sida. Rapidement, le partage des seringues usagées entre héroïnomanes est identifié comme un important vecteur de contamination : 60 %, voire plus, des héroïnomanes seraient alors séropositifs.

Or la vente de seringues est alors strictement réglementée depuis un décret de 1972, adopté en pleine flambée d'héroïnomanie afin de dissuader les toxicomanes, sous l'impulsion de Claude Olievenstein : monopole de la vente aux pharmacies et délivrance uniquement aux personnes majeures sur ordonnance (ou bien sans prescription à condition de noter scrupuleusement l'identité de l'acheteur). Il faut dire que devant la recrudescence des vols en pharmacie ou des ruses des usagers pour accéder aux produits, les officines étaient devenues à l'époque de véritables places-fortes depuis ce décret de 1972 jusqu'au

décret Poniatowski-Veil de 1975 imposant la conservation des produits du Tableau B dans des armoires blindées.

C'est à ce dispositif de sanctuarisation de la pharmacie, solution devenue problème, que le décret Barzach du 13 mai 1987 libéralisant le commerce des seringues va en partie mettre fin. Non sans avoir surmonté de multiples résistances, sur lesquelles il nous faut ici revenir pour retracer l'histoire d'un décret polémique.

Ambiance de guerre à la drogue au sommet de l'État

Le contexte ne se prête pourtant guère à une politique libérale en matière de toxicomanie. Le RPR fait campagne aux législatives contre le laxisme supposé de la politique des socialistes en matière de drogue, vante les mérites du modèle outre-Atlantique de la « guerre à la drogue » impulsée par le président Reagan, lie les problèmes de drogue, de délinquance et d'immigration, et compare les trafiquants de drogue à des terroristes.

Sitôt nommé premier ministre de la cohabitation, Jacques Chirac charge par lettre le Garde des Sceaux Albin Chalandon de mettre en œuvre un vaste « plan anti-drogue », donnant le primat à la politique répressive. Traduction institutionnelle de ce changement de perspective, la tutelle de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) passe du premier ministre (après la santé, de 1982 à 1985) à la justice.



Michèle Barzach, médecin de formation, se propose également pour recevoir la tutelle, jouant de sa bonne image dans l'opinion et mettant l'accent sur les soins et la prévention, mais n'obtient pas gain de cause. Faire reconnaître le statut de malade au toxicomane à un moment où la volonté politique entend le désigner comme un délinquant à châtier sévèrement devient néanmoins l'un de ses objectifs prioritaires.

Fort de sa nouvelle tutelle, Albin Chalandon se prononce pour la création de 1600 places de prison supplémentaires spécifiquement pour les toxicomanes, se montre favorable à l'extension d'agrèments publics pour la communauté thérapeutique Le Patriarche aux méthodes coercitives et controversées, puis entend modifier l'esprit de la loi de 1970 sur l'injonction thérapeutique et les procédures d'agrément.

Là encore, Michèle Barzach monte au créneau pour tenter d'infléchir la donne, mais avec plus de succès. Contre Chalandon qui veut court-circuiter la médiation que constitue l'autorité sanitaire entre le procureur de la République et le centre de traitement, la ministre entend faire respecter l'inspiration libérale de la loi de 1970 qui prévoyait que le toxicomane devait être lui-même acteur de la procédure en choisissant l'établissement de sa cure et en n'ayant de compte à rendre sur sa santé qu'aux médecins, et non aux juges. Au Garde des Sceaux qui entend créer une troisième filière d'agrément (hors des établissements sanitaires et sociaux) ne relevant que de son autorité, dans le but de mettre en place des procédures plus rapides et moins médicalisées, la ministre impose que l'on respecte le code de la santé publique prévoyant le primat de l'autorité sanitaire en matière de

prise en charge des toxicomanes: *« Une collaboration renforcée et ouverte entre les autorités judiciaires et sanitaires est, à mes yeux, la seule voie efficace pour améliorer la prise en charge des toxicomanes. Il n'est nul besoin de créer des procédures nouvelles ou de bouleverser l'équilibre d'une loi à laquelle les Français, et plus particulièrement le monde médical, ont prouvé leur adhésion. »*

Le différend Barzach-Chalandon est si fort qu'il doit être tranché par arbitrage du cabinet du premier ministre, en faveur de la ministre de la santé, le Garde des Sceaux acceptant de ne pas introduire ses amendements répressifs dans le nouveau projet de loi sur la toxicomanie exposé au conseil des ministres en mai 1987 et voté quelques mois plus tard¹.

¹ Archives du conseiller « drogue » de Jacques Chirac, Antoine Durrleman, Archives Nationales, Fontainebleau, CAC 19910554/3, note « drogue » (chiffres de l'introduction), notes, comptes-rendus de réunions et de conseils des Ministres

² Marc Traverson, *Pour en finir avec la prohibition des stupéfiants*, Paris, Albin Michel, 1995, p.52

Aux origines du décret

Dans le même temps, Michèle Barzach propose en octobre 1986 dans un communiqué de presse l'expérimentation d'un décret sur la vente libre des seringues. Les expériences étrangères, notamment britanniques, sont probantes : des enquêtes de terrain révèlent que la séroprévalence VIH dans la population héroïnomanie de Glasgow, qui a mis en œuvre la vente libre de seringues en pharmacie depuis un an, n'est que de 5% à 10%, alors qu'à Edimbourg, ville proche aux caractéristiques similaires mais qui n'a pas tenté la mesure, le taux grimpe à 45-50%.

L'idée n'est cependant pas nouvelle : dès 1985, Claude Olievenstein proposait dans la presse, aussi bien générale (*Libération*) que spécialisée (*Le Quotidien du médecin*), de libéraliser la vente des seringues. Estimant que le contexte a changé depuis les années 1970, il fait volte-face et adresse un courrier au secrétaire d'État à la santé Edmond Hervé: *« Un danger chassant l'autre, il me semble utile de reconsidérer les restrictions apportées à la vente des seringues, de façon à ce que les toxicomanes puissent en acheter des propres et non plus se servir de seringues ayant déjà été utilisées. »*²

En réponse, le ministre qualifie publiquement la mesure de *« proposition très sérieuse »* et commande un rapport.

Toutefois, la commission des stupéfiants et psychotropes, consultée pour avis, s'en tient à sa décision du 26 décembre 1985 dans laquelle elle considère la remise en vente libre des seringues comme une *« fausse sécurité »* qui pourrait contribuer au contraire à aggraver la toxicomanie et même l'extension du sida. La campagne électorale de 1986, qui verra le gouvernement Fabius tenter en vain de couper l'herbe sous le pied de la Droite pour des propositions répressives en matière de toxicomanie, entérine pour un temps le blocage.

Mais dès juin 1986, un groupe de travail sur le sida, coordonné par le professeur Rapin, remet à la nouvelle ministre le rapport demandé par Hervé et lui suggère d'aller au feu sur la question de la libéralisation de la vente de seringues, en n'hésitant pas à braver l'opposition d'une partie du corps médical et du public qui pourraient y voir un encouragement à la toxicomanie.

Pourtant la commission des stupéfiants, à nouveau consultée, réaffirme sa position dans une note du 20 octobre 1986 au directeur de la pharmacie et du médicament, Jacques Dangoumau, estimant que les résultats lui manquent pour avancer un avis sur le plan scientifique et technique. Alors même que Michèle Barzach a dû

batailler presque seule au sein d'un gouvernement à orientation répressive, la commission juge que la mesure est « *une décision d'opportunité politique* »...

Mais cette fois-ci son avis n'est pas écouté et les services de la santé rédigent un décret. Celui-ci est envoyé le 28 janvier 1987 pour signature aux autorités nécessaires à la mise en œuvre d'une pareille mesure : les cabinets du ministre de l'intérieur Charles Pasqua et du ministre de l'économie et des finances Édouard Balladur. Mais là encore, la ministre doit affronter l'hostilité de Chalandon qui déploie son influence auprès de ses collègues pour tenter de ralentir le cours de la procédure. Des quelques jours escomptés, la navette durera plus de trois mois, et le décret ne sera adopté que le 13 mai 1987. Il faut de nouvelles interventions de Barzach auprès du cabinet du premier ministre, qui s'était également vu remettre un rapport en janvier, pour obtenir gain de cause³.

En 1993, Sophie Bourla, une étudiante en droit de l'université Paris X Nanterre préparant un mémoire de DEA sur le sujet, déplorera l'opacité entourant le dossier préparatoire du décret Barzach, contribuant à entretenir la « légende noire » de ce texte. Déçue par l'incomplétude des archives communiquées pour ses recherches, elle obtiendra gain de cause au recours pour excès de pouvoir déposé auprès de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) et recevra le reste des documents demandés, l'administration plaçant à sa décharge le malentendu.

Les conclusions du mémoire n'hésiteront pas à dénoncer une volonté de garder le secret dans les mécanismes de prise de décision à l'image de l'affaire contemporaine du sang contaminé. Mais, en réalité, à examiner la chaîne de décision restituée par les documents, il n'y a pas eu de secret d'État ou de matière à scandale, mais simplement de la mauvaise volonté politique. Il est évident qu'au sein d'un gouvernement acquis au tout répressif en matière de drogue, on a traîné la patte devant ce qui apparaissait comme un potentiel signe de faiblesse dans la grande bataille alors engagée.

Écornant d'ailleurs au passage le principe de solidarité gouvernementale, Charles Pasqua déclarait ainsi dans un entretien au Courrier Picard début mars 1987 : « *Il faut une certaine naïveté pour imaginer que les toxicomanes soient accessibles aux règles d'hygiène qu'on voudrait leur faire observer. (...) Je crains que cette mesure n'apparaisse comme l'illustration d'un certain fatalisme à l'égard des comportements toxicomaniaques les plus graves.* »

Il s'agissait de ne pas décevoir par des mesures libérales le soutien électoral de puissantes associations de lutte contre la drogue comme le Comité anti-drogue, qui entendait se positionner à l'époque comme un véritable lobby, inondant les pouvoirs publics de rapports en tous genres.

Des résistances professionnelles fortes

Mais parallèlement aux résistances politiques et administratives, la ministre, alors même qu'elle défendait le point de vue de l'autorité sanitaire devant ses collègues, devait également affronter la fronde des professionnels placés sous sa tutelle. « *Mais attendez, vous ne voulez pas qu'on les garnisse, les seringues ?* » est le genre de propos qui remontent alors au ministère de la part des pharmaciens et qui seront rapportés plus tard dans les témoignages de Michèle Barzach.

Le 25 février 1987, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, prétendant représenter 17 500 officines sur les 21 000 existantes, réclame dans un communiqué de son président Yannick Marzin le droit pour les pharmaciens d'appliquer la « clause de conscience ». Au nom de l'éthique professionnelle, le pharmacien doit pouvoir décider ou non par lui-même de la délivrance des seringues en fonction de sa propre appréciation du comportement et de l'aspect du client et, de surcroît, ce qui peut s'appliquer en ville n'a pas vocation

à l'être dans la « France profonde » où domine la tradition du pharmacien de famille. Plusieurs pharmaciens font part de leur avis négatif dans la presse, telle cette responsable d'une pharmacie du centre des Halles, haut lieu de la toxicomanie urbaine, dans *Le Monde* en 1987 : « *On n'arrête pas un fléau en favorisant un autre. Pour freiner le sida, on va accélérer la toxicomanie, qui accélère le sida...* »⁴

Par ailleurs, de nombreux médecins énoncent le même genre de propos dans la presse. En mars 1986, dans *Le Quotidien du Médecin*, Francis Curtet, président de l'association Trait d'Union, dénonce la désinvolture d'une pareille mesure : « *Quand on est prêt à jongler avec la folie et la mort, on peut tout autant jongler avec le sida.* » Même Jean Dugarin, pourtant défenseur de la méthadone depuis 1972 à Fernand-Widal et sensible par la suite à la réduction des risques, se montre dubitatif dans *Libération* en août 1985, estimant que l'idée d'une nouvelle législation modifiant les comportements et les risques encourus par les usagers relève du « *délire médical et journalistique* »⁵.

³ Sophie Bourla, Martine Jos, Sophie Magnan, *La réglementation de la vente des seringues, mémoire de DEA de Droit pénal* (dir. Francis Caballero), Université Paris X Nanterre, 1993

⁴ *Le Monde*, 21/03/1987 (Pasqua), 27/02/1987 et 28/02/1987 (pharmaciens)

⁵ Voir *Le Courrier des Addictions*, n°2, 06/2004, « Histoire, histoire... la RDR, pourvu qu'on vive », (Florence Arnold-Richez) et Éric Farges, *Les États face aux drogues, mémoire de science politique*, IEP Grenoble, 2002



Pourtant, à bien y regarder, les professionnels de santé sont plus divisés qu'en apparence : si deux pharmaciens sur quatre s'opposent à la mesure, l'Ordre des pharmaciens et l'Académie nationale de pharmacie se montrent d'accord le 4 décembre 1986 pour modifier la réglementation « *de façon à permettre une diffusion plus adaptée* ». Et, le 14 janvier 1987, le président du conseil national de l'Ordre des médecins déclare dans une lettre au ministre que, même s'il n'y croit pas vraiment, il ne voit « *pas d'inconvénient à ce que les seringues soient vendues sans ordonnance par les pharmaciens* »⁶.

Au-delà des oppositions individuelles et des postures contradictoires autour desquelles l'attention médiatique, friande de polémiques, a tendance à se porter en priorité, les principaux organes de représentation professionnelle ont donc donné leur feu vert en temps voulu. Mais le problème vient de la multiplicité des structures (socio-professionnelles, administratives) avec lesquelles le ministère doit s'entretenir : devant les avis contradictoires et les effets de blocage médiatique, la prise de décision est nécessairement retardée.

Du reste, Michèle Barzach, mais aussi Simone Veil ou Bernard Kouchner, autres ministres de la santé qui auront tenté de s'investir sur la question de la réduction des risques, convergent rétrospectivement pour dénoncer les mêmes blocages : le poids de l'université dans la formation des médecins, le manque de pratiques en termes d'expériences de proximité (les municipalités françaises manquent cruellement de moyens par rapport aux autres grandes villes d'Europe) et la diabolisation des Pays-Bas, pays de la dépénalisation des drogues douces, mais aussi de la vente libre de seringues généralisée en 1985 (sur la base d'une initiative coordonnée de la mairie de Rotterdam et des associations locales d'usagers en 1984).

Il y a enfin le poids des représentations d'une culture professionnelle des intervenants en toxicomanie qui s'est structurée autour du modèle psychanalytique depuis la fin des années 1970 : l'accent est mis sur les traitements

psychothérapeutiques destinés à libérer entièrement le toxicomane de sa dépendance, et tout ce qui ressemble de près ou de loin au principe palliatif a été systématiquement mis à l'écart. Barzach parlera par la suite de la « *terreur de l'emprise psy* »⁷ : la peur de déroger au consensus thérapeutique fut là encore un facteur de ralentissement.

À l'épreuve de la durée

Le décret entre néanmoins en application en mai 1987, mais uniquement à titre expérimental pour un an. À la ministre de continuer à défendre sa mesure auprès de ses collègues pour ancrer le dispositif dans la durée. Dès janvier 1988, elle fait valoir l'efficacité de la mesure : dans les régions les plus exposées, l'achat des seringues par les toxicomanes a plus que doublé dans les pharmacies ayant appliqué les directives ministérielles. La mesure est donc prolongée en 1988 d'un an. Les équipes gouvernementales changent entre-temps mais la mesure est définitivement pérennisée en 1989 par Claude Evin, sur

le constat positif des enquêtes menées par l'Inserm. Avec par la suite l'expérimentation des programmes d'échange de seringues à partir de 1990, la mise en vente des kits Stéribox à partir de 1991, la mise à disposition gratuite des seringues par les associations à partir de 1995, le décret Barzach a créé une dynamique favorable en

décrispant le rapport des professionnels de santé à l'injection. Ce fut donc la première authentique mesure de réduction des risques en France.

Cependant, on aurait tort de penser que l'affaire s'arrête là. Pendant plusieurs années encore, la mise en application du décret rencontre des obstacles relevant de l'interférence avec les services répressifs. Par une contradiction juridique absurde, la détention d'une seringue en

France est encore un délit jusqu'au début des années 1990. On voit ainsi des policiers « se faire des crânes », c'est-à-dire tenter de gonfler leurs chiffres en interpellant des usagers aux abords des pharmacies.

En 1993, dans son rapport au premier ministre sur le sida, le professeur Luc Montagnier dénonce cette situation unique en Europe. De leur côté, les associations d'usagers comme Asud (1992) témoignent de la précarité dans laquelle les usagers se trouvent, obligés de se rendre dans les officines au dernier moment, dans une situation d'urgence, de peur des arrestations⁷.

La pression électorale continue aussi de favoriser le tour de vis répressif : fin 1992, le ministre de l'intérieur Paul Quilès confie une très médiatique mission d'évaluation au préfet Paul Broussard, « le tombeur de Mesrine ». Ce dernier se déclare publiquement réticent aux programmes de vente/échange de seringues, plaidant pour ces derniers un strict encadrement qui en est presque dissuasif⁸, tandis que la presse ne cesse de rapporter

⁶ Le Monde, 25/02/1994 « La chronologie du décret de 1987 est précisée » (Laurence Folléa)

⁷ ASUD, n°13, hiver 1997/1998, « Mars : trois ministres aux "mains liées" », compte-rendu de la 8^e Conférence sur la Réduction des Risques de Paris, 24-27/03/1997. op. cit. et Henri Bergeron, L'État et la toxicomanie, Paris, PUF, 1995 (thèse de l'ouvrage)

⁸ Archives Ministère de l'Intérieur, CAC 19930395/10, dossiers « mission Broussard »

Michèle Barzach, mais aussi Simone Veil ou Bernard Kouchner, convergent rétrospectivement pour dénoncer les mêmes blocages

Dès janvier 1988, dans les régions les plus exposées, l'achat des seringues par les toxicomanes a plus que doublé

des cas d'exaspération de riverains des abords des officines comme sur le boulevard Bonne-Nouvelle à Paris, avec des chiffres qui prêtent à caution : « On vend ici 1000 seringues par jour, pour les habitants du quartier, c'est l'overdose », écrit France-Soir en juillet 1992⁹. Ce n'est qu'avec la généralisation de la réduction des risques, en 1994-1995, que ce genre de discours commence à bénéficier de moins d'audience et que la vente libre de seringues rentre dans les mœurs.

Enfin, dernier acte de la constitution de la légende noire, en avril 1995, l'avocat Francis Caballero, Asud et quatre toxicomanes séropositifs, sans doute galvanisés par l'ampleur médiatique du procès du sang contaminé, déposent une plainte devant la Cour de Justice de la République pour « coups et blessures involontaires » contre sept anciens ministres aux affaires entre 1985 et 1987 (dont Laurent Fabius, Edmond Hervé, Jacques Chirac et Charles Pasqua). Le collectif les accuse de fautes d'inaction ces années-là et estime à 16 000 le nombre de personnes contaminées durant ces deux années fatidiques, chiffre hélas raisonnable¹⁰.

La plainte sera classée sans suite en septembre. Le seul scandale dont il fut hélas ici question est celui des lenteurs des temps politique (ralentissement pour causes d'échéances électorales importantes en 1986) et administratif (structures pléthoriques et lourdes à mouvoir). Ce qu'illustre très bien l'ancienne ministre dans son livre *Vérités et tabous* en 1993 : « Si les historiens des prochains siècles se penchent un jour sur la France des années

Par une contradiction juridique absurde, la détention d'une seringue en France est encore un délit jusqu'au début des années 1990

Le collectif estime à 16 000 le nombre de personnes contaminées durant ces deux années fatidiques, chiffre hélas raisonnable

1980, ils concevront quelque étonnement de la barbarie froide qui imprègne un pays apparemment policé et moderne. Un pays à la conscience anesthésiée où, pourvu que l'on soit toxicomane, c'est-à-dire coupable, forcément coupable, on peut mourir sans que cela dérange. Un

pays coiffé d'un pouvoir obscur dont les maîtres apparents, ministres et hauts fonctionnaires, se dissimulent en toute occasion derrière d'improbables "commissions de réflexion" et autres comités d'experts, paravents comodes qui leur évitent justement de trancher lorsqu'il le faudrait. »¹¹

C'est ce que nous apprend l'histoire tumultueuse du décret Barzach, mettant en scène une ministre aux mains liées, devant des politiques et des professionnels ayant peur de prendre des initiatives devant la pression de l'opinion publique. Toutefois, bien que ralentie, la prise de décision politique fut possible, et le douloureux accouchement du décret permit rétrospectivement d'introduire en politique une saine réflexion sur la notion de risque sanitaire.

⁹ France-Soir, 18/07/1992

¹⁰ Libération, 4 avril 1995

¹¹ Michèle Barzach, *Vérités et Tabous*, Paris, Le Seuil, 1994 (cité par Traverson, op. cit. p.62)



Abonnement

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

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

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Aujourd'hui, 45 000 patients reçoivent un traitement par la méthadone en France

Thierry Kin

En septembre 2011, l'Assaps et les laboratoires Bouchara-Recordati ont annoncé une évolution légère du cadre de prescription et de délivrance de la méthadone, sous la forme gélule. L'occasion pour nous d'interviewer, comme il y a quatre ans, Thierry Kin, le chef de projet au sein de la firme, et de faire le point sur la méthadone en France.

Propos recueillis par Mustapha Benslimane

Le cadre de prescription de la méthadone, sous forme de gélule, a récemment évolué. Pouvez-vous nous résumer ces modifications ?

Thierry Kin : Pour faire court, les autorités de santé ont accepté notre demande d'harmoniser les conditions de délégation d'une prescription de méthadone gélule et sirop. En effet, en 2008, lors de la mise sur le marché des gélules, la délégation de prescription avait une durée de validité de 6 mois et devait être renouvelée. Elle est désormais permanente comme pour le sirop. En théorie, cela signifiait que les patients suivis par un médecin de ville devaient retourner tous les 6 mois en milieu spécialisé (Csapa ou service hospitalier) pour renouveler la délégation. En pratique, cette mesure était peu respectée et une enquête, menée par l'association Pharm'addict¹, montrait clairement que pour plus de la moitié des patients concernés, la délégation datait de plus de 6 mois, voire plus !

Idéalement, ce n'est pas une mesure administrative qui devrait faire travailler les médecins en réseau, mais la nécessité de la prise en soins, adaptée à chaque patient au meilleur moment pour lui

populaire. Pour les patients suivis en ville et bénéficiant d'un traitement par méthadone sirop, parfois depuis plusieurs années, retourner en milieu spécialisé n'était pas évident.

Aller dans un Csapa, quand on est suivi par un médecin de ville et un pharmacien d'officine, n'est pas possible ?

Bien sûr, c'est possible ! Une partie de ceux qui bénéficient du traitement par méthadone gélule l'ont bien fait. Mais « retourner dans un Csapa » n'est pas équivalent à « aller chez son cardiologue tous les 6 mois », quoi qu'on en dise. Les Csapa prennent en soins les usagers les plus lourds, les plus désocialisés et souvent au début de leurs parcours de soins. Ce sont aussi des « ghettos » où l'on rencontre plus facilement des usagers encore « dans les produits » – c'est bien sûr leur vocation. Renvoyer dans ces centres de soins des patients stabilisés, resocialisés et suivis en médecine de ville depuis longtemps pouvait être largement entendu comme un retour en arrière, perçu ainsi par les médecins mais surtout par les patients. Faire cet aller-retour tous les 6 mois... ! Désormais, ils n'iront qu'une fois.

Cela veut dire qu'aucun système ne permettrait de faire appliquer la mesure ?

Je crois d'abord que la mesure n'était pas très

¹ Stéphane Robinet, « Gélules de méthadone, une délégation permanente serait préférable », *Le Courier des Addictions* (12)-3, juillet 2010

Vous évoquez la perception du cadre de prescription par les médecins...

Eux aussi, interrogés dans le cadre d'un travail de thèse², semblaient soucieux de voir évoluer le cadre de prescription initiale. Autant les médecins de ville que ceux exerçant en milieu spécialisé. Les premiers trouvent paradoxal que, par délégation, ils puissent renouveler pendant plusieurs années des prescriptions de méthadone sirop, en en modifiant la posologie (à la hausse comme à la baisse) et que, par ailleurs, ils ne puissent pas entreprendre eux-mêmes ce qui est, au final, un changement de galénique. Donc renvoyer leurs patients en centre une fois leur paraît parfois difficile à comprendre, tous les 6 mois leur paraissait contre-productif. Les seconds, dans leur majorité, considèrent pour leur part qu'ils ne sont pas les mieux placés pour recevoir un patient, envoyé par un médecin de ville qui le suit depuis plusieurs années, et décider si oui ou non il pouvait bénéficier d'un changement de galénique. Cela étant dit, tout le monde en convient, un passage en milieu spécialisé, à des moments déterminés par le patient ou son médecin traitant, est certes utile comme pour n'importe quelle prise en soins chroniques. Mais conditionner un changement de galénique à une obligation de « faire du lien » entre les différents intervenants semble excessif aux yeux de beaucoup d'intervenants. Idéalement, ce n'est pas une mesure administrative (les conditions de prescriptions de l'AMM d'un médicament) qui devrait faire travailler les médecins en réseau, mais la nécessité de la prise en soins, adaptée à chaque patient au meilleur moment pour lui.

Concrètement, ce changement des conditions de délégation va-t-il changer l'accès aux gélules de méthadone ?

Nous allons mesurer cela dans les mois qui viennent. A priori, cela ne va pas bouleverser le paysage. La délégation permanente était déjà à l'œuvre dans les faits. Le passage à la délégation permanente régularisera la situation des patients, des médecins et des pharmaciens. Ces derniers notamment, qui délivrent souvent des prescriptions de gélules de méthadone, faites par des médecins généralistes à partir d'une délégation qui date depuis plus de 6 mois. Mais peut-être que certains patients, réticents au passage à la gélule en raison du renouvellement semestriel, vont maintenant

être candidats à un changement de galénique, avec un seul passage en milieu spécialisé. Il est à noter que beaucoup de centres et services spécialisés ont mis en place un système simple pour ces primo-prescriptions de gélules suivies de délégations facilitées.

Les gélules de méthadone concernent donc principalement les patients suivis en médecine de ville ?

En fait, non. Effectivement, c'est le système de délégation qui a fait l'objet d'une modification. Mais, sur la base des informations que nous recueillons sur le terrain, les gélules de méthadone sont, pour au moins la moitié d'entre elles, prescrites par des médecins exerçant dans les Csapa ou dans les services hospitaliers avec une délivrance en officine. Par ailleurs, de nombreux patients recevant un traitement par la méthadone sont suivis par des médecins de ville ayant également une vacation en milieu spécialisé, donc primo-prescripteurs autorisés. Dans ces cas, les modifications du cadre de prescription ne changent rien. Tout cela incite à penser que l'accès à la méthadone, sirop ou gélule, reste difficile pour des patients suivis par des médecins qui exercent uniquement en médecine de ville.

Peut-être que certains patients, réticents au passage à la gélule en raison du renouvellement semestriel, vont maintenant être candidats à un changement de galénique

L'accès à la méthadone a évolué semble-t-il. On parle de 10 000 patients sous gélule et 20 000 sous sirop, qu'en est-il en réalité ?

C'est un peu plus que cela. Aujourd'hui, il y a 45 000 patients qui reçoivent un traitement par la méthadone, dont 15 000 avec les gélules et 30 000 avec le sirop. Pour 20 000 patients sous sirop et la quasi-totalité des patients sous gélules, il y a une délivrance en pharmacie d'officine.

Donc la prescription est faite par des médecins généralistes en ville ?

Non, car pour un bon tiers de ces 30 à 35 000 patients, ce sont des médecins de Csapa ou de services hospitaliers qui prescrivent avec une délivrance en officine comme on l'a vu précédemment. Les autres sont donc suivis par des médecins de ville avec une délégation.

45 000 patients sous méthadone, on est loin des 10 000 patients dont on parlait en 2000. Pensez-vous que ce chiffre devrait encore évoluer,

² Léna Kaya, « Enquête sur la prescription des gélules de méthadone », Le Flyer 40, septembre 2010



notamment par le biais, s'il en est toujours question, d'un élargissement de la primo-prescription en médecine de ville ?

Cela devient presque un serpent de mer. Il en a été beaucoup question, il y a quelques années, lorsque le ministre de la santé de l'époque, Xavier Bertrand avait demandé à l'ANRS de conduire une étude de faisabilité sur la primo-prescription de la méthadone en ville, suite au rapport du comité stratégique du plan national hépatites virales³.

C'est de l'étude Méthaville dont vous parlez ?

Les résultats devraient être bientôt publiés. Sauf surprise, elle devrait montrer qu'il n'y a pas de surmortalité quand les traitements sont initiés par des médecins formés qui exercent en médecine de ville comparativement à des initiations de traitements en milieu spécialisé. On s'en doutait sur la base d'évaluations faites ailleurs.

Et cela ne suffira pas pour prendre la décision d'élargir la primo-prescription de méthadone par les médecins de ville ?

Je ne crois pas, non ! La méthadone fait toujours très peur. Les preuves sont nombreuses quant à sa capacité à limiter les décès par overdose et les séroconversions, notamment à l'hépatite C. Peut-être qu'au niveau politique de santé publique, comme l'avaient suggéré les experts du comité stratégique, on pense que la méthadone pourrait contribuer, avec d'autres mesures, à limiter les séroconversions à l'hépatite C mais, auprès des autorités sanitaires, le discours n'est pas le même. Ces dernières n'ont pas voulu que des médecins prescripteurs de méthadone sirop dans le cadre de délégations faites par des médecins de centre, souvent depuis des années, passent eux-mêmes leurs propres patients de sirop à gélule. Le pas à franchir pour qu'ils autorisent les médecins à primo-prescrire de la méthadone paraît énorme, quels que soient les résultats d'études mis dans la balance.

Aujourd'hui, il y a 45 000 patients qui reçoivent un traitement par la méthadone, dont 15 000 avec les gélules et 30 000 avec le sirop

Pourquoi cette dichotomie entre les politiques de santé publique et les autorités de santé ?

Je crois que les premiers raisonnent en bénéfice pour la population des usagers dans son ensemble, sur la base d'études. Les seconds comptabilisent les accidents liés à l'utilisation des médicaments, ce dont ils ont la charge par le biais des systèmes de vigilance.

Et il y a beaucoup d'accidents ?

La méthadone n'est pas un médicament anodin ! Elle n'est pas dangereuse pour des

patients qui en prennent tous les jours à posologie fixe, sous réserve d'avoir initié le traitement progressivement et, d'une façon générale, d'appliquer des référentiels bien établis. Dans ce contexte, les bénéfiques sont indéniables et la littérature internationale regorge de preuves. Bien sûr, sorti de ce contexte, les risques sont importants.

Vous pensez aux intoxications pédiatriques ?

Oui, c'est ce qui nous préoccupe le plus, ainsi que les autorités de santé. Elles n'augmentent pas si l'on rapporte leur nombre à la population exposée, mais cela reste préoccupant. Près de 40 depuis avril 2008, dont 1 décès. C'est beaucoup trop, et nous incitons depuis 10 ans les professionnels de santé, par différents moyens, à ce que les patients bénéficiant du traitement par méthadone soient sensibilisés au risque pour leurs enfants.

Quels sont les autres risques ?

Les overdoses, bien sûr ! Mais, comme je l'ai dit précédemment, le risque n'existe pas pour des patients qui ont une posologie stable. Par contre, pour ceux qui en prennent beaucoup plus que d'habitude, qui ont une tolérance faible ou sont naïfs aux opiacés ou qui font des mélanges là aussi inhabituels, le risque d'overdose est élevé.

Cela rappelle qu'être usager de drogues est, en soi, une conduite à risque !

Oui, je crois qu'il y a parfois une confusion. Il y a des usagers de drogues actifs qui intègrent la méthadone dans les produits qu'ils consomment (pour aller mieux, moins mal ou pour se défoncer), et qui contribuent, parfois, au prix de leur vie, à donner de la méthadone l'image d'un produit à haut risque. Pour eux, ce n'est pas la méthadone qui est dangereuse mais bien leurs conduites à risques. Et ceux qui en font un usage plus « régulé » et qui en tirent les bénéfiques. Mais à l'heure des bilans, les deux catégories ne sont pas différenciées (ce n'est pas toujours possible), et on impute au médicament ce qui relève de pratiques à risque.

Revenons sur la primo-prescription en médecine de ville. Vous y êtes favorables ?

Pour l'instant, nous n'avons été saisis par aucune instance pour demander une nouvelle AMM qui intégrerait une telle évolution. Si tel était le cas, nous pèserions le pour et le contre. Il faudra aussi voir à quel moment surviendrait une telle demande. Le nombre de patients traités par la méthadone progresse de 10 à 15% par an

³ Comité stratégique du programme national hépatites virales. « Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C »

depuis 10 ans. Si ce rythme est maintenu, il y aura dans 3 ans près de 60 000 usagers de drogues traités par méthadone. La question est de savoir quelle sera la prévalence de l'hépatite C à ce moment. Aura-t-elle déjà reculé au même rythme de la croissance du nombre de patients sous méthadone et de la mise en œuvre d'autres mesures de réduction des risques ou sera-t-elle la même qu'aujourd'hui? Dans le premier cas, quel sera le rationnel pour améliorer l'accès au traitement en élargissant aux médecins généralistes la primo-prescription?

Justement, puisque vous évoquez la réduction des risques et puisque c'est le thème de prédilection de *Swaps*, comment positionnez-vous la méthadone par rapport à la RdR?

Pour moi, la réponse est claire et sans ambiguïté. La méthadone est avant tout une mesure de réduction des risques, au même titre que l'échange de seringues. Réduction des risques d'overdose, de transmission virale, de désocialisation... Le fait que cette mesure soit mise en œuvre dans un cadre médical et dans une démarche addictologique ne change rien au fait que c'est dans un objectif de réduction des risques que la méthadone a démontré son efficacité. Les positionnements de type « médicament anti-addictif » ou « traitement d'une maladie chronique » me paraissent folkloriques et ne reposent sur aucune démonstration probante, même si l'intention est louable.

La méthadone est avant tout une mesure de réduction des risques, au même titre que l'échange de seringues. Réduction des risques d'overdoses, de transmission virale, de désocialisation...

Vous pensez donc que certains médecins font de la RdR sans le savoir?

Oui, c'est exactement ce que je pense, et il me semble que de plus en plus de médecins adhèrent au concept de réduction des risques. L'adoption du concept de RdR permet de répondre à pas mal de questions, dont celle, très actuelle, de l'arrêt du traitement. Le bon moment et les bonnes conditions pour arrêter un TSO sont peut-être celles où les risques sont les plus faibles pour l'utilisateur (risques de reconsommation, d'overdose, de transfert vers une autre addiction...).

Propos recueillis par Mustapha Benslimane

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
Valérie Berrebi

Réalisation graphique
Céline Debrenne
Impression : Stipa / 4M
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
case courrier 1D4P20
292 rue Saint Martin
75141 Paris cedex 03

Téléphone : 01 56 01 74 36
Fax : 01 56 01 74 38
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
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Cette 66^e livraison de *Swaps*, qui revient très largement sur le problème de la prohibition des drogues à l'heure de la mondialisation – et plus précisément sur la question cristallissante de la dépénalisation de l'usage du cannabis –, a un fort parfum d'actualité. On a en tête les récents propos de la nouvelle ministre du logement, Cécile Duflot, en faveur de la légalisation du cannabis au même titre que l'alcool ou le tabac, et des très nombreuses réactions politiques qui ont suivi. À commencer par le chef de l'État, François Hollande, pour qui « *il n'est pas question qu'il y ait d'autres positions que celles que j'ai présentées aux Français pendant la campagne présidentielle...* », confirmé par son premier ministre, selon lequel « *il n'est pas à l'ordre du jour de dépénaliser cette drogue* ». Un « débat » qualifié « *de désastre moral* » par Henri Guaino, ex-conseiller de l'ex-président Sarkozy, et de « *retour de l'angélisme et des soixante-huitards pétard au bec* » par Marine Le Pen...

Swaps, dans ce retour sur un débat ancestral, s'est voulu plus pragmatique et plus historique, avec notamment (voir page 2) une analyse retrospective de la prohibition des drogues, remise en cause récemment par la déclaration de Vienne et par le rapport de la « Global Commission » qui critique frontalement la politique des Nations unies en matière de lutte contre la drogue.

Il est intéressant de noter comment les politiques prohibitionnistes ont puisé leurs racines, notamment aux États-Unis, dans les franges les plus réactionnaires de la société, épinglant communautairement les consommations de drogues : l'opium des Chinois, la cocaïne des Noirs, la marijuana des Mexicains, voire le whisky des Irlandais... Et puisque politique il y a, le débat français semble être encore enlisé dans une caricature droite-gauche qui confine à l'immobilisme, finalement assez également réparti dans l'hémicycle. Alors que – doit-on le rappeler – deux personnalités de droite ont été à l'origine de deux des avancées les plus importantes en matière de réduction des risques en France, Simone Veil avec les traitements de substitution et, avant elle, Michèle Barzach avec la mise en vente des seringues dont il est aussi question dans ce numéro (voir page 19). L'occasion de revenir sur la difficulté pour les politiques d'affronter la pression de l'opinion publique mais aussi les arbitrages interministériels.

Restent plusieurs chantiers désormais incontournables pour la gauche au pouvoir : la réouverture du débat sur le cannabis thérapeutique, le fait que la population consommatrice de cannabis, notamment les plus jeunes, est quasiment exclue des politiques de réduction des risques. Et, dans cette thématique de réduction des risques, l'oubli des risques collatéraux sociaux de la violence liée au trafic, dont 80% seraient liés au trafic de cannabis.

Faute de réponse cohérente et universelle, la question des réductions des risques impose de comparer les réglementations politiques et pénales et les pratiques policières dans les différents États, les pratiques de consommation et les réponses apportées en termes de réduction des risques, l'adaptation des systèmes de soins aux polyconsommations...

Swaps va se lancer, pour 2013, dans l'organisation d'une conférence européenne sur les politiques publiques en matière de drogues illicites. Une conférence audacieuse et encore en cours d'élaboration. Nous souhaitons que le lectorat de *Swaps* puisse y apporter sa contribution.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE