



SWAPS

slam

et cathinones

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 67 / 2^e trimestre 2012

Édito / 24

Drogues de synthèse :
la préoccupante « mode »
de l'injection de cathinones / 2

Retour sur
l'interdiction
de la méphédrone / 9

L'expérience d'un centre
de santé sexuelle parisien / 7

Mieux connaître le **slam**
et les risques associés / 16



/ 11

La prévention
des pratiques à risques
chez les gays / 19

« Break the cycle »
un programme pour rompre
le cycle de l'injection / 21

Drogues de synthèse : la préoccupante « mode » de l'injection de cathinones

Philippe Batel / Psychiatre, alcoologue, Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, hôpital Beaujon (Clichy)

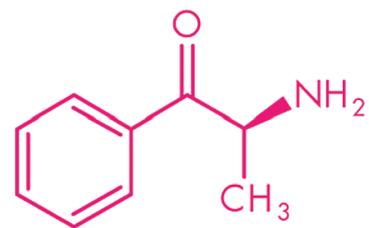
Épiphénomène ou « slam fever » ? L'injection de dérivés de la méphédronne est en expansion dans le milieu festif gay. Bien que sans aucun doute localisé et limité, le phénomène engendre de préoccupantes situations cliniques et sociales. Swaps ouvre le dossier.

Depuis une dizaine d'années, des dérivés de la cathinone, l'un des principes psychoactifs du khat (une plante cultivée au Yémen et en Afrique de l'Est), sont apparus sur le marché des drogues récréatives. Disponible à la vente sur une vingtaine de sites internet, la méphédronne est sans doute, parmi ces dérivés, celui qui a connu jusqu'ici le plus de succès. Classée comme stupéfiant au printemps 2010 à la suite de plusieurs cas de décès, cette drogue a eu le temps, par l'engouement qu'elle a suscité, de créer un véritable phénomène dans le milieu festif gay.

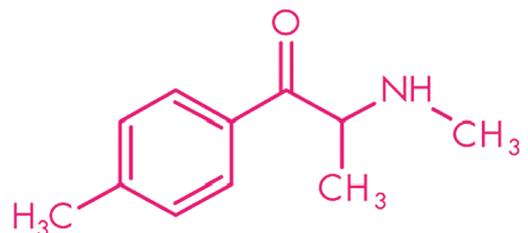
Un effet de mode entretenu et relayé par une opportune et adaptative capacité des trafiquants à développer un grand nombre de molécules biochimiquement voisines et aux effets approchants.

Ces produits, désignés encore par les usagers comme « meph » (terme définitivement générique), ont été initialement pris par inhalation nasale ou par ingestion; cependant, la voie injectable semble s'être développée depuis quelques mois, si l'on en croit les demandes croissantes d'aide dans notre unité.

2000, un véritable marché sur la scène festive. Reproduisant à la fois les effets stimulants de la cocaïne et psychodysléptiques de l'ectasy, la méphédronne¹ (lire aussi page 9), proche de la famille des phénéthylamines (contenant la MDMA et l'amphétamine), a connu un véritable engouement repéré par l'OFDT grâce à ses réseaux Sintès et Trend².



CATHINONE



MÉPHÉDRONE

Les produits

Désignées comme « Research Chemicals », « legal highs », « designer drugs », « party pills », « engrais pour cactus » ou « bath salts », les cathinones ont trouvé, au milieu des années

¹ 4 methcathinone, 4 MMC, appelée aussi « Miaou Miaou » ou « M-Cat » M-Cat, meph, drone, miaow, meow meow, subcooca-1, bubbles...

² Note de synthèse OFDT, Emmanuel Lahaie, Agnès Cadet-Tairou, janvier 2011, www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_100331_mephedrone.pdf

En France, suite à un certain nombre d'incidents et de décès³, la méphédrone a été classée comme stupéfiant le 11 juin 2010. Au niveau européen, l'OEDT a recommandé son interdiction dans plusieurs pays de l'Union en septembre 2010, entraînant une diminution de l'offre sur les sites internet de vente mais aussi le déploiement d'un grand nombre de nouvelles molécules (une trentaine) au succès commercial plus ou moins grand. Ces dérivés reprennent généralement la structure principale de la cathinone (voir graphique) sur laquelle se greffent différents radicaux; les produits qui semblent les plus utilisés chez les dépendants consultant dans notre unité sont: NRG3 +++, NRG2, NRG1, 4-MEC (ou 4MMC) +++ et MDPV. Les effets communs à tous ces produits sont une élévation, une euphorie, une désinhibition favorisant la verbalisation. Une empathie quasi amoureuse (effet particulièrement marqué du MDPV à faible dose) et une augmentation variable du désir sexuel sont les effets particulièrement recherchés. Un bruxisme, des céphalées, une augmentation de la température centrale, des sueurs sont des effets secondaires très fréquemment décrits. L'effet « facilitant » apparaît en quelques secondes en cas d'injection, en une dizaine de minutes en cas d'inhalation et en quarante minutes en cas d'ingestion; il peut durer plusieurs heures⁴.

Des hallucinations, le plus souvent cénesthésiques (concernant la sensibilité profonde) et agréables, se combinent à l'effet empathogène et désinhibiteur plus ou moins intense pour agrémenter la sexualité. Néanmoins, la perte de concentration, des élaborations mentales persécutives (MDPV ++), une anxiété et une agitation exposent à des troubles graves du comportement, de type hétéro-agressivité ou défenestration. Une insomnie, une anorexie et une perte des repères vitaux peuvent conduire les consommateurs à passer 72 heures à ne pas dormir, manger ou boire. La descente est caractérisée dans les premières heures par une fatigue, des céphalées et des sensations de décharges électriques intracérébrales (« brainzapping »). Un épisode d'allure dépressive, avec humeur atone et aboulie, est décrit dans les jours qui suivent la prise, avec une pointe de fréquence et d'intensité à 48 heures, réalisant le « syndrome du mardi » suivant un week-end de consommation.

L'usage de ses dérivés semble, lui, beaucoup plus orienté vers la sexualité. Parmi les 20 usagers de 4-MEC et les 28 d'NRG3 traités à l'UTAMA de l'hôpital Beaujon, tous étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH); 18 d'entre les premiers et 24 des seconds s'étaient initiés à ces produits dans des rencontres pour des pratiques sexuelles de fist-fucking ou de formes plus ou moins élaborées de sado-masochisme. Sur les sites de rencontres sexuelles appropriés, l'apparition du « chems » (pour *chemicals*) triage permet aux internautes de se repérer et se choisir entre consommateurs de substances. Non spécifique des cathinones, ce critère de sélection englobait initialement un certain nombre de substances adjuvantes à la sexualité (cocaïne, GHB, cannabis, ecstasy, solvants).

La « Slam⁵ tendance »

La cocaïne et la métamphétamine (Crystal) par injection intraveineuse ont assurément initié la mode du « slam » dans le contexte sexuel. L'injection de Crystal provoque une sensation intense et quasi immédiate de plaisir, exposant à un risque de dépendance dès la première injection. Celle-ci est parfois filmée par l'initiateur pour être visionnée ultérieurement par l'utilisateur afin de provoquer une très courte reviviscence de la sensation. Des sites internet colligent des vidéos d'injection, contribuant à une véritable fascination de la pratique. La puissance et la durée de l'effet (une à plusieurs heures) ont fait de ce produit le « gold standard » de cette pratique associée au sexe.



La chasse aux dérivés

Dans un arrêté du 27 juillet 2012, publié dans le *Journal officiel* du 2 août, la ministre des affaires sociales et de la santé, considérant que « la cathinone possède une structure chimique analogue à celle de l'amphétamine, inscrite sur la liste des substances classées comme stupéfiantes, et se trouve être le chef de file de la famille des cathinones qui possèdent différents substituants de la formule chimique de la molécule de base », décide d'inscrire sur la liste des stupéfiants « toute molécule dérivée de la cathinone, ses sels et ses stéréoisomères ». Suit une liste de plus de quarante dérivés identifiés...

³ Maskell PD, De Paoli G, Seneviratne C, Pounder DJ. "Mephedrone (4-methylmethcathinone)-related deaths". *J Anal Toxicol*, 2011, 3, 188-91

⁴ Hadlock GC, Webb KM, McFadden LM et al. "4-Methylmethcathinone (mephedrone): neuropharmacological effects of a designer stimulant of abuse". *J Pharmacol Exp Ther*, 2011

⁵ « Slam » désigne le mot « claquer » en anglais. Ce terme est employé par les usagers pour évoquer la violence de l'effet lors de l'injection.

Les contextes de prise

La méphédrone avait trouvé un premier essor sur les dancefloors européens comme un stimulant, au même titre que la cocaïne; elle permettait, par son effet empathogène, de « booster » l'ambiance mais aussi d'augmenter la résistance pour danser.

The screenshot shows the AromaticPowder website interface. At the top, there is a navigation menu with links for Home, Shopping Cart, Payment Methods, Delivery Options, Customer reviews, FAQ, About Us, and Contact Us. A 'SIGNUP' button is also visible. Below the navigation is a large banner for 'HUGE PRICE REDUCTION' with a 'prev' and 'next' navigation. The banner text reads: 'SEE OUR UPDATED PRICES ON 4MEC, PENTEDRONE, METHYLONE, MDPV, 4P CRYSTALS, 4FA, METHOXETAMINE & 6APB'. To the right of the banner is a 'LIVE SUPPORT' chat window with a 'NOW ONLINE' indicator and a 'WHOLESALE ENQUIRIES' section. Below the banner is a grid of product listings. Each listing includes a chemical structure, the product name, and the price per gram. The products shown are: 4-MEC Crystals (€ 4.80), Buphedrone Powder (€ 5.00), 6APB Powder (€ 12.90), 4-FA Powder (€ 4.95), Methoxetamine (€ 8.50), and 3-FA Powder (€ 5.70). Each product listing also includes a 'WARNING!' icon. On the right side of the grid, there is a 'Shopping Cart' section showing 'Your Cart is Empty', a 'Verify Your products' section, and a 'Login' section with a 'Customer eMail' field and a 'Login' button. At the bottom right, there is a 'News & Updates' section.

Peu disponible en France et très cher (200 euros le gr environ), le Crystal est resté marginal, tandis que la méphédronne (classée comme stupéfiant) a été supplantée par d'autres cathinones, comme le MEC-4 ou le MDPV.

Les injections sont préparées et effectuées par des usagers qui ont une connaissance souvent sommaire de la réduction des risques (asepsie peu rigoureuse, échanges de seringues en fin de session) et utilisent parfois plusieurs fois un Stéribox⁶. Les bonnes intentions – « s'injecter propre » ou utiliser un préservatif ou des gants – sont souvent mises à mal au cours d'une « session » d'usage par le nombre important d'injections et la confusion induite par les substances et leur mélange. Les « slameurs » se recrutent sur les sites par un surtriage « slam » sur le « chem » triage.

⁶ Van Hout MC, Bingham T. "A costly turn on": patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors". *Int J Drug Policy*, 2012, 23, 3, 188-97

⁷ Ce qui permet aux fabricants de vendre le produit sous le nom de « Chrystal-MEC », induisant souvent en erreur le consommateur sur la nature métamphétaminique de la molécule.

Un cas clinique

Paul (le prénom a été modifié), 32 ans, gay parisien juriste pour une enseigne de luxe, n'as pas d'antécédents d'addiction. Il ne fume pas et n'a longtemps utilisé « que » des poppers et de la cocaïne sniffée (maximum 1 gramme par

week-end) de manière intermittente pour agrémenter sa sexualité. Il a eu, avant son interdiction, deux expériences de méphédronne ingérée. Il est porteur d'une infection VIH contrôlée. La sérologie VHC est négative.

Il consulte dans le service adressé par son médecin traitant en raison de la survenue, en 3 mois, d'une dépendance à deux cathinones qu'il injecte, le 4MEC en alternance avec de la méthylone. Ces deux produits sont achetés sur le même site, vendus sous forme de petits cristaux⁷ à 8 euros le gramme, livrés en 48 heures.

Paul est resté très longtemps phobique des injections et des injecteurs ; il s'était éloigné de partenaires sexuels habituels qui s'étaient initiés à cette pratique. Puis un jour, dans « un plan », il s'est laissé convaincre d'essayer. Il a ressenti un peu de nausées après la première injection et une euphorie « décevante ». Dès la deuxième, il a eu « le sentiment de rentrer dans une autre dimension ». La consommation s'est rapidement autonomisée (il est devenu acheteur) ; puis il a mutualisé les achats avec des partenaires sexuels habituels. Sa sexualité s'est considérablement intensifiée dans les premiers temps, puis s'est désorganisée et appauvrie.

Au cours du deuxième mois, le patient a commencé à se

« slamer » le lundi matin avant de partir au travail, puis pour sortir à un spectacle. Paul a présenté deux abcès du bras et un épisode de douleur thoracique gauche irradiant dans le bras 10 minutes après une injection. Un électrocardiogramme et une échographie pratiqués en urgence n'ont pas révélé de souffrance myocardique. Lors de la première consultation, Paul était épuisé, il avait perdu 10 kg en trois mois, dans une quête permanente de sexe et de cathinones à injecter.

Les préoccupations médicales

En absence d'enquête épidémiologique, il est bien difficile à l'heure actuelle d'apprécier l'ampleur du phénomène d'injection de cathinones chez les HSH. La rapidité de croissance du nombre de patients en difficulté avec cette pratique est toutefois inquiétante. L'addictogénicité de certains produits comme le 4-MEC semble très élevée ; un patient a décrit une session de 72 injections consécutives en 48 heures. Les risques de contamination aux IST, VHC et VIH sont très importants et rarement appréhendés par les utilisateurs.

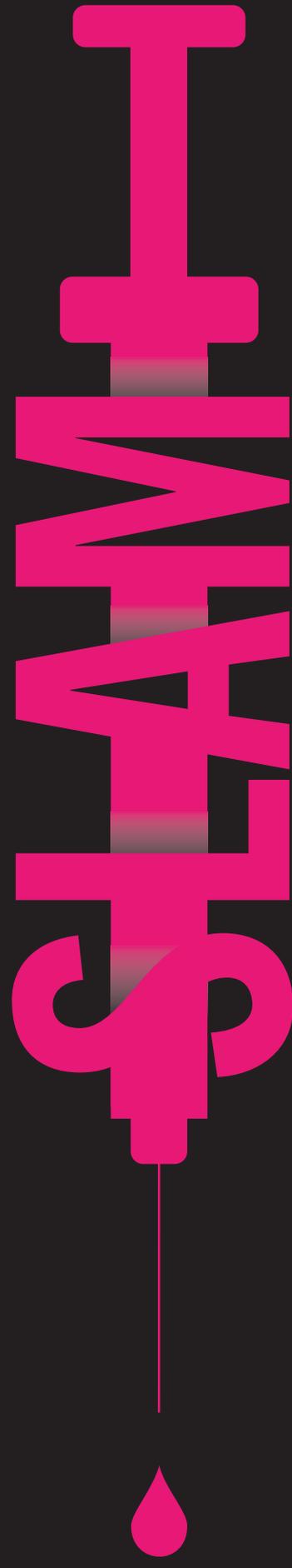
Des troubles psychiatriques sévères ont été observés comme des attaques de panique, des bouffées délirantes à thématiques persécutives, une insomnie rebelle ou des états submaniaques. Ces dernières peuvent conduire à des passages à l'acte hétéro-agressifs ou auto-agressifs comme une défenestration et une tentative de défenestration (les deux sous MDPV) dans notre patientèle.

Enfin, la désocialisation apparaît très vite, avec une restriction du champ d'intérêt et du champ social, des absences injustifiées et une perte majeure d'efficacité professionnelle.

Sur le plan thérapeutique, la préparation au changement est longue, car l'ambivalence entre quitter ces produits et les continuer semble souvent se nourrir de l'incapacité à envisager une sexualité sans injections, moins encore sans produit.

Les sevrages, le plus souvent ambulatoires, s'accompagnent d'un suivi médical très régulier et peuvent se renforcer par quelques séances de thérapies cognitives et comportementales. La vitesse de dégradation des situations cliniques exige le plus souvent des prises en charge très rapides et spécialisées.

I
M
A
S



L'expérience d'un centre de santé sexuelle parisien

Camille Fontaine / médecin addictologue

Soins de suite infectieux, Hôpital Cognacq-Jay, Paris ; Csapa Nova Dona ; Centre 190

Depuis environ trois ans, les consommations de méphédronne et de ses dérivés sont en pleine expansion. Elles semblent particulièrement importantes dans la communauté homosexuelle masculine où l'on parle de « slam » quand ces produits psychoactifs sont utilisés par voie injectable. L'expérience clinique dans un centre de dépistage et de suivi de patients injectés par le VIH, le 190, en soins de suite infectieux et dans un centre d'addictologie a permis de rencontrer ces usagers et de mesurer la potentielle gravité des conséquences de telles pratiques. Il paraît alors urgent de réfléchir à la prise en charge de ces patients.

La méphédronne se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline qui se consomme par voie injectable, orale ou nasale. Produit dérivé de l'éphédronne, elle fait partie de la famille des cathinones. On trouve diverses appellations qui évoluent avec le temps sous des noms chimiques (méphédronne, méthylène-dioxy-pyrovalérone (MDPV), Energy-1, méthédronne, fléphédronne, buphédronne...) et « noms de rue » (MMC, meowmeow, M-Cat, méph, miaou miaou, bubbles...).

La méphédronne est classée comme stupéfiant de classe B en France depuis juin 2010. Pour contourner ces barrières légales, le marché évolue rapidement en changeant légèrement les structures chimiques des produits tout en conservant leurs effets. Ainsi ils restent très facilement accessibles aux consommateurs qui les trouvent en vente libre sur Internet sous forme d'engrais ou de sels de bain avec la mention « non consommables par l'homme », et à un faible coût (10 euros environ le gramme)¹.

Les usagers rencontrés ont, au départ, pour la majorité consulté de façon répétée au Centre 190 (Paris XX^e) pour des dépistages d'infections sexuellement transmissibles. Les entretiens autour des conduites sexuelles à risque ont permis aux cliniciens d'identifier ces consommations et d'orienter les patients vers la consultation addictologie de la structure. Cela a permis de faire le point sur ces comportements et les problématiques fréquemment associées, qu'elles soient addic-

tives (alcool et addiction sexuelle) ou psychiatriques (dépression notamment).

Après quelques entretiens, l'objectif est d'orienter les patients qui le souhaitent vers un centre d'addictologie tel que l'Utama (Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives) de l'hôpital Beaujon afin de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge plus globale sur le plan addictologique. Une consultation spécifique vient d'ouvrir dans cette structure le lundi matin. Les réticences de certains patients vis-à-vis de cette orientation dévoilent leur ambivalence quant à l'arrêt de ces consommations qu'ils souhaiteraient, pour la plupart, pouvoir « contrôler ».

Plus récemment, quelques patients ont été adressés au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) Nova Dona, qui accueille habituellement des patients dépendants aux opiacés. Cela confronte ces patients à ceux qu'ils associent à une identité stigmatisante de toxicomane et, de leur point de vue, bien éloignés d'eux...

De façon générale, les patients rencontrés dans ces différentes structures présentent des parcours étonnamment similaires : population jeune (en majorité moins de 40 ans), sexualité « à risque », infection VIH contrôlée et bien suivie, pratiques de consommations ponctuelles de drogues dites « récréatives » (poppers, GHB, ecstasy...). Leurs parcours semblent les amener presque « par

¹ OFDT, « Méphédronne et autres nouveaux stimulants de synthèse de circulation », note d'information Sintés, 2010, actualisé en janvier 2011



hasard » à essayer un produit dérivé de la méphédronne par voie intraveineuse, pratique que la plupart d'entre eux découvrent à cette occasion. La pratique du « slam » semble elle aussi assez stéréotypée : plusieurs hommes se retrouvent chez l'un deux après s'être contactés via des sites internet de rencontre gay (avec « chem » triage, c'est-à-dire qu'on choisit son partenaire en fonction des produits qu'on souhaite consommer) avec injections mutuelles des produits. L'objectif initial est d'augmenter l'excitation sexuelle.

La durée d'action de ces produits est de 2 à 5 heures, avec un retour à la normale très variable d'un individu à l'autre. En effet, la phase de descente dure en moyenne 48 heures, marquée par une grande fatigue, des troubles de la concentration, des palpitations, des maux de tête et de l'anxiété. Certains décrivent des phases pouvant durer plusieurs jours, avec angoisse massive, paranoïa et maux de tête de type décharge électrique. Cependant, en général, les premières expériences sont globalement ressenties comme positives avec une augmentation importante de la libido et des effets qui se rapprochent à la fois de ceux de l'amphétamine et de l'ecstasy, en moins puissant (euphorie, augmentation de l'estime de soi, amélioration subjective de la communication, empathie, désinhibition, diminution de la perception de la fatigue, majoration des sensations tactiles).

Les consommations suivantes sont espacées puis se rapprochent avec l'apparition des premiers effets « indésirables ». Il y a un phénomène de tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour avoir le même effet) et un émoussement assez rapide des effets positifs en particulier sur le désir sexuel si bien que, rapidement, les consommations ne sont plus accompagnées de sexualité, et se font seul. Le phénomène de « craving » (envie irrépressible de consommer), bien connu avec la cocaïne, se retrouve avec la méphédronne et ses dérivés. Il n'existe pas de dépendance physique, ce qui permet un sevrage assez simple même si certains symptômes ont été décrits en cas d'arrêt brutal : tremblements, frissons, baisse de la température et sentiment de paranoïa².

Sur le plan psychiatrique, certains usagers décrivent des hallucinations, des idées paranoïaques, des troubles cognitifs, et assez fréquemment un syndrome dépressif avec anxiété, troubles du sommeil et idées suicidaires. Sur le plan somatique, ces produits sont connus pour entraîner fatigue, tachycardie, palpitations, hypertension artérielle, nausées et vomissements, sueurs, mydriase, trismus, épistaxis, diminution de sécrétions salivaires, disparition des sensations de faim et de soif².

S'y ajoutent les classiques complications des injecteurs de produits, renforcées par le peu d'expérience de ces usagers : infections cutanées locales (abcès) ou disséminées (septicémies, endocardites...), transmission d'infections virales (hépatites B et C, VIH). Ces dernières peuvent évidemment aussi être acquises lors des rapports sexuels à risque associés à ces pratiques avec le lot d'infections sexuellement transmissibles possibles. Enfin, on retrouve des difficultés d'observance aux traitements antirétroviraux avec oublis ou rupture de traitement chez des patients jusque-là observants.

Le risque mortel semble exister, comme en témoignent différents cas médiatisés au Royaume-Uni (25 décès en avril 2010 attribués à la méphédronne, mais non confirmés) (lire page 9) et en Suède (une overdose confirmée à l'autopsie)³.

Enfin, sur le plan social, de nombreux usagers jusque-là bien insérés décrivent un isolement amical de plus en plus restreint aux autres consommateurs, ainsi que des difficultés professionnelles (absences itératives, pertes de performance, voire perte d'emploi).

Il y a encore très peu de données bibliographiques sur cette problématique spécifique. Une étude australienne de 2011 retrouvait 4% d'utilisateurs parmi 572 personnes homosexuelles interrogées, mais ces consommations étaient uniquement nasales ou orales⁴. D'autres études sont donc nécessaires pour préciser les modes de consommation et leurs effets, et ainsi développer la prise en charge de ces patients. L'association Aides mène en ce moment une étude sur le « slam » dans la population gay, à la fois auprès des consommateurs et des professionnels, pour mieux identifier les problématiques et les éventuels besoins.

L'usage de méphédronne et de ses dérivés par voie intraveineuse dans la population gay VIH est donc en pleine expansion, avec des conséquences graves, qui nécessitent de définir de façon urgente une prise en charge spécifique. En effet, il n'est pas aisé pour ces patients de savoir où s'adresser et les « médecins VIH », souvent leurs principaux interlocuteurs médicaux, sont souvent démunis sur cette question. Enfin, il semble primordial d'interroger de façon systématique les populations à risque afin de dépister ces comportements à un stade précoce et de les informer sur les risques de telles consommations.

² Karila L, Petit A, Cottencin O et al., « Drogues de synthèse: le nouveau cadre low-cost des drogues », *Revue du Praticien*, 2012, 62, 664-66

³ Debruyne D, Courne MA, Le Bopisselier R et al., « La méphédronne: une designer drug d'usage récent en France », *Thérapie*, 2010, 65, 519-24

⁴ Lea T, Reynolds R, De Wit J, "Mephedrone use among same-sex attracted young people in Sydney, Australia", *Drug Alcohol Rev*, 2011, 30, 438-40

Retour sur l'interdiction de la méphédron

Pierre Poloméni / Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, René-Muret (Sevran)

Sans affirmer les problèmes réels engendrés par une substance psychoactive, nos sociétés s'alertent, dénoncent et interdisent pour se protéger. Entre fréquence d'usage et degré d'inquiétude, le cas de la méphédron n'échappe pas au débat.

De nouvelles drogues affolent les médias à intervalles réguliers et interrogent les professionnels. Le dernier rapport¹ de l'OEDT signale que 49 nouvelles substances psychoactives synthétiques (« mimant » souvent les effets des substances naturelles) ont été notifiées en 2011 (contre 41 en 2010 et 24 en 2009) (voir graphique). Elles sont un défi sans cesse renouvelé à notre capacité de compréhension et de réaction.

Pour ce qui est du « soin », nous savons maintenant que nous devons tout autant être capables d'accueillir et de prendre en charge les intoxications de masse (alcool, tabac) que des usages nocifs occasionnels (extasy dans une party par exemple).

En amont du soin, se posent deux questions

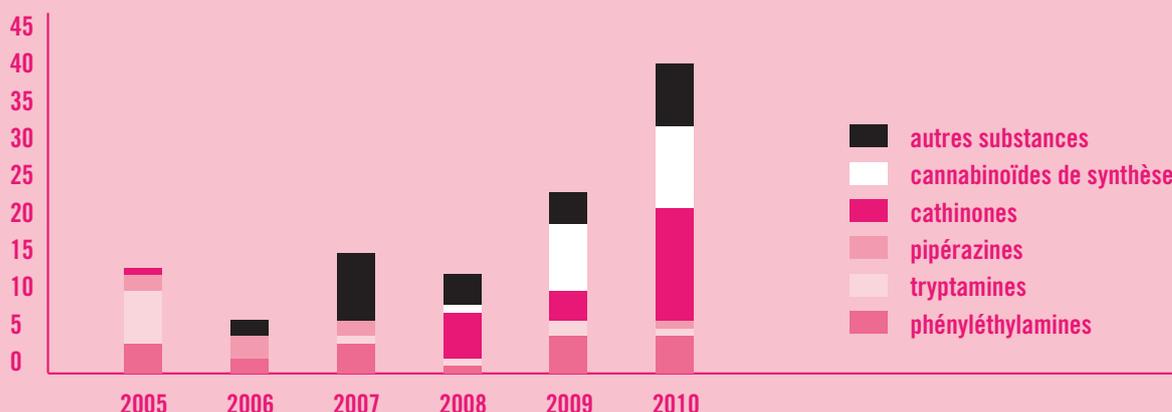
majeures : la connaissance et la communication.

La connaissance physico-chimique d'un produit et de ses effets est vite explorée, par analogie le plus souvent. Mais la connaissance de l'importance réelle de l'usage – dosant ainsi le « phénomène » – est difficile, donnant lieu à des suppositions hasardeuses, à la transmission de rumeurs, à des prises de position inadaptées.

L'autre question, plus générale, est celle de la transmission de ces informations, certaines ou supposées. Nous avons appris à partager avec les usagers les connaissances, les rendant acteurs de la prévention, mais nous avons aussi constaté à de nombreuses reprises que **l'alerte concernant un produit pouvait servir de promotion de ce même produit.**

¹ EMCDDA-Europol 2011 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA
EMCDDA/Europol, Lisbon, April 2012

Nombre de nouvelles substances psychoactives notifiées au système européen d'alerte rapide conformément à la décision 2005/387/JAI du Conseil



La décision 2005/387/JAI du Conseil est entrée en vigueur le 21 mai 2005.

Source : système européen d'alerte rapide

En illustration, nous pouvons citer un article² de qualité, primé au Congrès SFTA de 2010, basé sur l'analyse d'une gélule retrouvée sur un revendeur par la gendarmerie nationale. Or, ce travail scientifique précis a pour titre « *La 4-méthyléphédronne sera-t-elle une "Ecstasy" du XXI^e siècle ?* » alors qu'aucun argument dans le corps de l'article n'étaye cette question.

Le cas méphédronne

Ainsi, qu'en est-il vraiment de la méphédronne ? Le rapport de l'OEDT déjà cité montre que les cathinones représentent le groupe le plus important des nouvelles substances repérées en Europe, après les cannabinoïdes.

S'agit-il réellement d'un nouvel ennemi public (en attendant le suivant) susceptible de faire frissonner ou de briller dans les soirées, lorsque l'addictologue renommé évoque avec émotion ses effets ? S'agit-il d'un produit peu utilisé, ou utilisé dans des quartiers ou milieux bien délimités, mais aux effets nocifs majeurs justifiant une grande vigilance ? S'agit-il enfin d'un produit de masse, bien présent sur les différents marchés, objet d'une demande en hausse, et dont la diffusion augmente ? Le rôle de la Chine dans la flambée des « designers drugs » est souvent mis en évidence, ajoutant un aspect « guerre froide » à une situation déjà complexe.

La vitesse fait débat

Plusieurs articles ou éditoriaux du *Lancet*³ posent précisément les questions sous cette forme. De fait, la vitesse à laquelle a été prise l'interdiction fait débat dans les milieux scientifiques, qui interrogent la puissance des arguments utilisés : l'augmentation massive des consommations, et les 25 décès attribués sont en effet discutables et discutés. Pour autant, les effets contre-productifs de cette mesure sont évoqués mais de façon tout aussi imprécise : son interdiction (en 2010 au Royaume-Uni) aurait rendu la méphédronne davantage demandée, plus chère, et de qualité moindre. Un marché illicite se développerait donc et sa popularité surpasserait tous les autres produits. En source de cette information, un article du *Guardian* de mars 2012 reprend un article scientifique⁴. Or ce dernier est basé sur un travail auprès de 23 consommateurs rencontrés dans des clubs londoniens, ce qui est peu significatif en termes de population.

Réputation et demande

Il existe des informations récentes disponibles sur les différents sites internationaux, intéres-

sant en particulier l'Angleterre, qui fut la première à alerter sur ce produit. Deux articles du *Guardian*⁵, en 2009 et 2010, attribuaient à la méphédronne le décès d'une jeune fille de 14 ans (information corrigée ensuite car il s'agissait d'un problème infectieux) et la dénonçait ensuite comme la quatrième drogue la plus utilisée au Royaume-Uni. À l'analyse, si l'on ne tient pas compte du tabac et de l'alcool (!), il est clair qu'après le cannabis et la cocaïne viennent l'ecstasy et la méphédronne.

Cette information, basée sur un travail d'Adam Winstock, fut reprise de façon précise⁶ par la « British Crime Survey 2010-2011 » qui montrait qu'avec un pourcentage de 1,4% dans la population des 16-59 ans, l'usage de méphédronne se rapproche de celui de l'ecstasy. Mais le nombre de consommateurs (expérimentateurs ? réguliers ?) restait impossible à déterminer.

Des études dans des lieux particuliers et des observations⁷ montrent une morbidité et une mortalité, et des problèmes pour la femme enceinte. Des éléments qui, s'ils restent flous, vont bien dans le sens d'une gravité justifiant l'interdiction. De fait revient la récurrente question sur les risques de la prohibition, s'appuyant sur la réputation du produit et sur la présence d'une demande.

En France, une réaction rapide

En France enfin, une note très bien documentée de l'OFDT⁸, TREND et les constats de certains cliniciens, essentiellement parisiens, observant la présence de méphédronne, ont permis de recueillir quelques « impressions épidémiologiques ». Il semble que les pouvoirs publics ont réagi de façon rapide, avec l'idée – louable – d'interrompre de façon précoce la diffusion du produit. La méphédronne a été donc classée comme stupéfiant en France par arrêté le 11 juin 2010.

Pourtant, nous ne savons pas précisément si la méphédronne est utilisée de façon significative en France entière, même si elle a manifestement joui d'un effet de mode dans certains milieux.

L'OEDT précise qu'il existe peu d'études en Europe, et que la prévalence de ce type de produits n'est pas haute (évaluée à 5% pour toutes les « legal highs ») mais peut croître rapidement dans certains milieux.

Associés à la connaissance des effets, ces aspects épidémiologiques renforcent des modalités de travail en prévention ouvertes à la connaissance, en lien avec les usagers et certains lieux spécifiques, et travaillant sur la réduction des risques, et des techniques de prise en charge listant les différents produits et attentives à l'association des toxicités.

² Roussel O et al. ; *La 4-méthyléphédronne sera-t-elle une « Ecstasy » du XXI^e siècle ?* Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale. *Ann Toxicol Anal*; 21 (4): 169-177

³ disponibles sur le site internet du journal

⁴ McElrath K, O'Neill C; *Experiences with mephedrone pre- and post-legislative controls: Perceptions of safety and sources of supply*. *International Journal of Drug Policy* (2011)

⁵ Articles disponibles sur le site Internet du journal, de 2010 à Mars 2012

⁶ Smith K, Flatley J. « *Drug misuse declared: findings from the 2010/2011 British Crime Survey England and Wales* ». July 2011. UK Home Office Statistical Bulletin

⁷ Mackay K, Taylor M and Bajaj N. *The adverse consequences of mephedrone use: a case series*. *The Psychiatrist* 2011; 35:203-205

⁸ Méphédronne et autres nouveaux stimulants de synthèse en circulation. Cadet-Tairou A, Lahaie E. OFDT note d'information SINTES mise à jour 31 janvier 2011



N° 67

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

Dépendance au cannabis et baisse des fonctions cognitives

Publié dans la prestigieuse revue de l'académie des sciences américaines, l'article d'une équipe internationale de chercheurs de grande réputation montrant une baisse des fonctions cognitives associée à la dépendance au cannabis a rencontré un large écho.

L'analyse de France Lert

La cohorte de Dunedin (Nouvelle-Zélande) est une cohorte dont les participants, 1037 garçons et filles nés en 1972 et 1973 dans la ville de Dunedin, ont été inclus à l'âge de 3 ans et suivis dans 11 vagues d'enquête depuis lors, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 38 ans. L'étude s'intéresse à la santé mentale et aux troubles psychiatriques. Elle a un objectif étiologique abordé avec des dimensions multiples, y compris génétiques. De nombreux résultats ont déjà été publiés.

Le recrutement et le suivi prospectif apportent une grande valeur aux observations car on dispose ainsi des mesures qui manquent habituellement, d'une part, des informations sur le fonctionnement et les troubles dans l'enfance avant le début de la consommation et d'autre part, des informations sur l'ensemble d'une population sans aucune sélection qui pourrait biaiser les informations. De plus, sans doute la Nouvelle-Zélande est-elle une contrée particulièrement stable puisque le suivi est excellent : peu de mobilité et une forte adhésion et confiance dans la cohorte, permettant d'utiliser les données de 97 % des inclus, dont 83 % sans aucun manque à l'une quelconque des vagues de recueil de données. L'étude s'attache à combler des lacunes de la connaissance des effets à long terme de la dépendance au cannabis sur la fonction cognitive, lacunes liées aux biais méthodologiques inhérents au type d'étude : études cas témoin comparant des consommateurs et des non consommateurs mais pour lesquelles manquent des don-

nées sur des facteurs potentiellement confondants comme les troubles préexistants à la consommation ou encore des biais dans la déclaration rétrospective des consommations.

L'intérêt d'une cohorte d'enfants est donc de disposer pour tous de données cognitives reposant sur des mesures standardisées (le QI et le Wechsler Adult Intelligence Scale) recueillies respectivement à 13 et 38 ans et à 18 et 38 ans, d'une évaluation de la dépendance au cannabis à chaque vague d'étude, le tout complété par une évaluation des troubles cognitifs ayant un retentissement fonctionnel par un tiers nommé par le participant.

La mesure des altérations cognitives repose ainsi sur trois mesures : la variation du QI entre 13 et 38 ans pour le QI total et pour les sous-scores, la variation du Wechsler entre 18 et 38 ans et ses différentes échelles, les altérations fonctionnelles perçues par les tiers. Enfin, le Cantab (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) et le Rey Auditory Learning Test ont été passés. Ces tests couvrent une grande partie des différents domaines de la fonction cognitive.

L'exposition au cannabis n'est pas ici la seule consommation mais la dépendance évaluée par l'application des critères du DSM. Dans cette analyse, l'intensité de la dépendance est appréhendée à travers une variable en 5 classes : pas de consommation de cannabis et pas de diagnostic de dépendance (242, soit 28%), consommation mais aucun diagnostic de dépendance (479, 55%), diagnostic de dépendance porté une fois (80, 9%) sur les 5 vagues d'enquêtes, 2 fois (35, 4%), 3 fois ou plus (38, 4%). Une variable de consommation régulière (4 jours par semaine ou plus pendant un an) a été créée selon les mêmes principes : jamais, oui mais jamais régulièrement, régulièrement à une vague, deux vagues, trois vagues...

Les chercheurs ont exploré l'association entre dépendance au cannabis et troubles cognitifs en examinant 7 questions qui s'attachent à étayer l'existence d'un lien causal.

1. La persistance de l'usage de cannabis est-elle associée à un déclin du QI ?

Méthode : On mesure la variation du QI chez un même individu, ce qui tient compte de son état cognitif initial et annule les effets qui pourraient être liés à des troubles préexistants.

Conclusion : On observe bien une association entre le QI et la dépendance ou l'usage du cannabis. La diminution

du QI suit la persistance de la dépendance ou de la consommation, elle concerne 6 des 9 sous-échelles du QI.

2. L'altération cognitive concerne-t-elle des domaines neuropsychologiques spécifiques ?

Méthode : On évalue l'existence d'altérations qui porteraient sur des domaines particuliers plutôt que sur l'ensemble de la fonction cognitive.

Conclusion : Il existe des associations significatives entre la variable de la dépendance et la plupart des domaines investigués, suggérant une altération homogène des fonctions cognitives et non pas limitée à certaines tâches.

3. L'altération observée est-elle liée à des explications autres que l'usage de cannabis ?

Méthode : On cherche à exclure le rôle possible d'une intoxication aiguë au cannabis, de la dépendance à l'alcool, aux drogues dures, à la dépendance à l'alcool et à la schizophrénie.

Conclusion : Lorsque l'on exclut successivement des analyses les individus présentant chacun des troubles pouvant provoquer un effet confondant, les associations persistent entre la variable de la dépendance et l'altération des fonctions, ce qui confirme l'hypothèse d'un effet propre du cannabis.

4. L'altération persiste-t-elle à durée de scolarité égale ?

Méthode : en tenant compte du niveau d'éducation, on vérifie que l'altération de la fonction cognitive n'est pas liée seulement au déficit éducatif des consommateurs dépendants du cannabis.

Conclusion : Lorsque l'étude est limitée aux sujets qui n'ont pas dépassé le stade du lycée, le déclin du QI est aussi voire plus marqué, montrant que le déclin observé globalement n'est pas le seul résultat d'une scolarité plus courte et moins réussie.

5. Est-ce que l'altération a un retentissement dans la vie quotidienne ?

Méthode : La variation d'un score a une forte valeur informative et nourrit les hypothèses scientifiques ; cependant, l'altération d'une fonction peut rester sans incidence sur les performances de la vie de chaque jour, d'où la mesure des troubles d'attention et de mémoire par des tiers.

Conclusion : Les troubles identifiés par des proches sont associés à la variable de la dépendance.

6. Est-ce que l'adolescence est une période de particulière vulnérabilité quant à cet effet du cannabis sur la cognition ?

Méthode : En prenant en compte l'âge de la dépendance, l'hypothèse testée est celle de l'adolescence comme

période critique pour l'effet du cannabis sur un cerveau en développement.

Conclusion : Ici, ce qui est appelé « adolescent onset » est le fait d'avoir un diagnostic de dépendance avant l'âge de 18 ans, dans ce cas on observe un déclin beaucoup plus marqué chez les jeunes de ce groupe. La dépendance étant rare avant 18 ans, l'association avec la variable d'usage régulier a été aussi étudiée et apporte les mêmes résultats.

7. Est-ce que l'effet est réversible ?

Méthode : l'usage de cannabis est un trait de socialisation à l'adolescence qui souvent disparaît, y compris après des périodes de très forte consommation ; en reste-t-il des marques irréversibles ?

Conclusion : La fonction cognitive n'est pas complètement restaurée quand la consommation a cessé, le maintien d'une altération est marqué uniquement chez les individus qui ont eu un diagnostic de dépendance avant 18 ans qu'ils aient ou non continué à consommer. Par contre, ceux qui ont commencé après 18 ans n'ont plus d'altération du QI à 38 ans.

Que penser de ces résultats ? Ils sont solides par la qualité des données et des analyses réalisées. On peut, bien sûr, y trouver des limites que les auteurs eux-mêmes soulignent. Ils indiquent un effet de l'usage de cannabis sur le cerveau, mais, s'agissant d'une étude épidémiologique, ils n'en expliquent pas les mécanismes neurophysiologiques ou comportementaux sous-jacents. C'est aux neurosciences et à la psychologie cognitive de prendre le relais.

Ils apportent des arguments solides en faveur d'un effet du cannabis sur une fonction cruciale dans la vie humaine, la fonction cognitive, les apprentissages, les performances sociales qui vont contribuer à la réussite des individus. On peut espérer que la poursuite des analyses nous en apprendra plus sur cette réussite individuelle et sociale et sur les troubles psychologiques qui accompagnent éventuellement cet effet délétère.

Ces résultats viennent aussi noircir le tableau d'un comportement adolescent autour duquel se déchaîne le débat depuis de longues années. La presse grand public en donne, à juste titre, un large écho. Cependant, il faut souligner que **la consommation dont il est question ici est une consommation massive**, un diagnostic de dépendance ou une consommation plus de 4 jours par semaine sur la base de 365 jours. Or, ces niveaux de consommation ne sont pas les plus fréquents : en France, selon la dernière livraison d'Escapad, 6,5 % des jeunes

de 17 ans ont fumé du cannabis 10 fois ou plus dans le mois, et cette proportion est en baisse par rapport à 2008. Dans la cohorte de Dunedin, on trouve ainsi que parmi les 72 % de cette génération qui ont consommé au cours de leur vie, 55 % (soit 3 sur 4) n'ont jamais eu de diagnostic de dépendance. Or l'étude porte principalement sur l'impact de la dépendance et non de l'usage tel qu'il est dominant en population, c'est-à-dire peu fréquent et irrégulier.

Ainsi il en va du cannabis comme de l'alcool, il n'y a sans doute pas d'effet seuil pour les effets neurotoxiques du cannabis mais **on n'observe pas d'effets significatifs pour les consommations non abusives**. Ce résultat a rarement été souligné dans les recensions faites de cet article. Il ne doit pas être oublié cependant dans l'utilisation faite de ces résultats pour concevoir des politiques de prévention efficaces.

Meier MH, Caspi A, Ambler A et al.

“Persistent cannabis users show neuropsychological decline for childhood to midlife”, PNAS, 2012, published ahead of print August 27

France Lert / Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

RdR

à la conférence de l'IAS Washington

22-27 juillet 2012

La RdR est toujours largement abordée aux conférences bisannuelles de l'IAS. Voici le compte-rendu d'une table ronde très riche qui lui est consacrée. Un regret, l'absence des professionnels français de la RdR. Espérons qu'ils seront à Melbourne en 2014 !

Pays-Bas

Les observations issues de la cohorte d'usagers de drogues injectables (UDI) d'Amsterdam présentées par Bart Brady impressionnent. Après une politique continue de réduction des risques qui met à disposition des usagers tout le panel d'outils disponibles, échanges de seringues, traitement de substitution, héroïne médicalisée, salles de consommation, les nouvelles contaminations sont exceptionnelles. Parallèlement, la fréquence des injections a sensiblement diminué, les pratiques sexuelles sans préservatifs sont principalement le fait de ceux qui sont séronégatifs pour le VIH et avec un partenaire fixe. Les IST sont devenues très rares dans cette population. L'usage de drogues ne joue désormais plus de rôle dans l'extension de l'épidémie de VIH à Amsterdam.

MOAC0401, "Low risk of HIV and STI among drug users in Amsterdam", BPX Grady et al.

Russie

À l'opposé, la situation en Russie présentée par Ksenia Eritsyane, qui compare la situation dans deux régions (Ivanovo et Novosibirsk), est effrayante. La prévalence du VIH est

considérable chez les UD, pouvant atteindre 60% dans certains districts. Les tests VIH sont très peu répandus, l'utilisation des préservatifs très inconstante (de 20 à 50% avec des partenaires non UD). Pas étonnant que les contaminations par le VIH presque exclusivement associées à l'injection de drogues entre 2001 et 2003 soient aujourd'hui beaucoup plus souvent secondaires à une transmission sexuelle. Le rôle attribué aux UD dans l'extension de l'épidémie n'augure rien de bon quant à une stigmatisation encore renforcée à leur égard.

MOAC0403, "Estimation of HIV sexual transmission potential from IDU to general populations in two Russian cities", K Eritsyane et al.

Afrique du Sud

Au Cap, au sud-ouest de l'Afrique du Sud, c'est la consommation de méthamphétamine (meth) qui explose depuis 2002. Elle concerne 50% des demandeurs de traitement en addictologie. La séroprevalence du VIH est de 17% dans la région. Dans une étude auprès des clients de bar (servant de l'alcool), Christina Meade montre que la consommation de meth, essentiellement fumée (« tik »), est associée à une forte augmentation des risques sexuels à travers l'euphorie, l'énergie et le désir sexuel engendrés par cette drogue de synthèse. La consommation de marijuana et de drogues injectables est fortement augmentée chez les utilisateurs de meth. Les partenaires multiples, les relations non protégées, les relations MSM, le sexe commercial (plus souvent clients chez les hommes et prestataires chez les femmes) sont également plus fréquents chez les consommateurs de meth. La meth est surtout consommée par des hétérosexuels, plus souvent chez les personnes

« colorées » (10%) que chez les Noirs (2%), occasionnellement pour 60%, en usage quotidien pour 16%. Plus étonnant encore, dans ce travail, est la fréquence très élevée des abus sexuels dans l'enfance chez les consommateurs de meth (22% vs 8% chez les non consommateurs).

MOAC0405, "Methamphetamine use is associated with sexual abuse and HIV sexual risk behaviours among patrons of alcohol serving venues in Cape Town, South Africa", CS Meade et al.

Tanzanie

En Tanzanie, la consommation d'héroïne blanche injectée touche environ 50 000 personnes. Mark Stoové, du Burnet Institut de Melbourne en association avec Médecins du Monde, montre l'urgence de développer des services de réduction des risques et de dépistage dans cette population. L'étude porte sur 267 UDI, en majorité des hommes (87%). L'âge moyen de la première injection est de 24 ans, soit environ 5 ans après les premières prises qui sont fumées. 93 (35%) sont séropositifs pour le VIH, 70% l'ignoraient. Les femmes sont plus souvent VIH+ (66%) que les hommes (30%). 74 sont VHC+ (28%) en proportion égale chez les hommes et les femmes. Plus de la moitié des participants VIH+ rapportent des rapports sexuels récents non protégés.

MOAC0402, "A critical need to scale-up of HIV prevention and harm reduction services for people who inject drugs in Tanzania; results from an HIV and HCV prevalence study in Dar Es Salaam", M Stoové et al.

États-Unis

À San Francisco, Meghan D. Morris étudie des « partenaires d'injection » qui partagent ou non des relations sexuelles. Les prises de risques (partage de seringues ou de matériel d'injection) sont significativement

plus élevées chez ceux qui ont à la fois des relations sexuelles et qui s'injectent ensemble. Le sexe des deux partenaires d'injection (homme/homme, femme/femme ou homme/femme) n'est pas corrélé à une majoration des risques.

MOAC0404, "Risk profiles of injecting partnerships: correlates of receptive syringe and cooker sharing among a cohort of young injecting drug users in San Francisco, California", MD Morris et al.

L'évidence de la RdR

La variété des situations éclaire encore une fois l'impérieuse nécessité de mettre en place des politiques de réductions des risques en direction des UDI. Michel Kazatchkine, tout récemment nommé envoyé spécial des Nations unies en Europe centrale et en Asie centrale, l'a justement rappelé à l'occasion de cette conférence : si la courbe de l'épidémie commence à être infléchie dans de nombreux pays, ce n'est pas le cas dans les pays d'Europe centrale : « L'épidémie était concentrée, mais elle devient généralisée à cause de politiques non adaptées. Par exemple, ces pays ne reconnaissent pas la réduction des risques et appliquent des politiques publiques allant à l'encontre des standards des organisations internationales. Les usagers de drogues, qui sont 70% des personnes infectées, représentent seulement 18% des personnes ayant accès aux traitements. Et ceci, alors que la RdR constitue l'évidence la plus solide d'une intervention qui prévient la transmission. » Une raison de regretter, encore un fois, l'absence des associations d'usagers de drogues à cette conférence, ses membres étant interdits de circulation sur le territoire américain.

Didier Jayle

Conservatoire national des arts et métiers

PUBLICATION



L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie

Sous la direction d'Alain Morel,
Pierre Chappard et Jean-Pierre
Couteron

Dunod, septembre 2012,
346 p., 28 euros.

Cet ouvrage collectif apporte quantité d'information sur la RdR dans tous les domaines, historique, conceptuel, pratique et institutionnel. L'alcool et le tabac y ont une place importante à côté des drogues illicites. Les outils de la RdR y sont décrits en détail de même que les dispositifs. On y parle de RdR dans différents milieux, du festif au carcéral. Le rôle des usagers dans la mise en œuvre de la RdR sur fond de sida est rappelé et documenté.

Un livre très riche et utile pour tous les acteurs du champ social ou sanitaire. Seul reproche, lié d'ailleurs à la nature même du livre, son manque d'unité dû à la multiplicité des rédacteurs.

Et un regret : les avancées de la RdR entre 2002 et 2007 – inscription dans la loi, référentiel opposable, mise en place des Caarud – sont largement détaillées mais à aucun moment portées au crédit des politiques publiques de la période. - DJ

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

Mieux connaître le **slam** et les **risques associés**

DOSSIER

Daniela Rojas Castro / Aides, Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS) EA4163 / **Sandrine Fournier** / Sidaction / **Guillemette Quatremère** / Aides / **Vincent Labrouve** / Aides / **Nicolas Foureur** / Association de médecins gais / **Marie Jauffret-Roustide** / Institut de Veille Sanitaire/Cermes3 (Inserm U988)

La première enquête sur le slam en France a été menée, entre mai et juillet 2012, en utilisant le « Rapid Assessment Process », une méthode ethnographique qui permet, dans un temps court, de réaliser un état des lieux relativement exhaustif de l'objet de recherche. Des entretiens (individuels ou en groupe) ont été menés auprès d'une quinzaine de slameurs et auprès d'informateurs clés (médecins, acteurs associatifs). L'équipe présente ici sa démarche ainsi que les premiers résultats préliminaires.

Le phénomène du « slam » désigne des pratiques d'injection de drogues chez les gays en contexte sexuel. Cette pratique peu documentée interroge quant à ses potentielles conséquences sanitaires et interpelle différents acteurs de la santé, associatifs et médicaux. Les discours et les constats au sujet de ces nouveaux comportements sont divers et ambigus, mais certains s'inquiètent de possibles complications infectieuses cardio-vasculaires, d'infections à VIH et VHC ou de coinfections dans une communauté qui ne se reconnaît pas comme « usagère de drogues » et dont la maîtrise de la réduction des risques associés à l'injection pourrait être limitée.

Depuis quelques mois, un certain nombre d'indicateurs (augmentation du nombre de personnes déclarant la pratique du slam sur les sites de rencontre gays, témoignages d'usagers, accueil de slameurs dans les Csapa et les Caarud) laissent supposer que cette pratique pourrait constituer un phénomène émergent sans que l'on puisse réellement déterminer s'il s'agit d'un effet de mode ou d'une pratique durable.

Face à ces problématiques, l'association AIDES et d'autres structures du champ associatif (Sidaction et

l'Association de médecins gais) et de la sphère institutionnelle (Institut de veille sanitaire et Cermes3), ont décidé de mettre en place la première enquête sur le slam en France. L'objectif principal de ce projet consiste, dans un premier temps, à établir une meilleure connaissance du phénomène pour déterminer ensuite une intervention de réduction des risques, si nécessaire. Afin de décrire ces pratiques, d'appréhender les déterminants des prises de risque et d'évaluer le type d'actions de santé publique à envisager, la méthode du « Rapid Assesment Process » a été choisie.

Choisir une méthode ethnographique pour comprendre ce qui se joue

Le Rapid Assessment Process a rarement été appliqué en France. Cette méthode ethnographique inductive est particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes peu connus et émergents car elle permet, dans un temps court, de réaliser un état des lieux relativement exhaustif de l'objet de recherche. Elle vise à obtenir un panorama multidimensionnel d'un phénomène en réunissant une équipe pluridisciplinaire (anthropologue, sociologue, cli-

nicien) et en intégrant un « insider » – c'est-à-dire une personne qui fait partie du groupe concerné (en l'occurrence ici un « slameur »). Le projet s'inscrit ainsi dans une démarche de recherche communautaire qui vise à faire participer les « communautés » concernées aux différentes étapes de la recherche. Cette équipe travaille collectivement sur l'ensemble du processus de la recherche, de la construction des outils de collecte à la réalisation des entretiens semi-directifs et des focus groups, et à l'analyse des données.

L'équipe de recherche a été composée de telle sorte que les consommations de psychoactifs et les sexualités gaies – deux sujets souvent traités séparément – puissent être analysées et articulées avec pertinence. Un comité de pilotage associant d'autres experts (addiction, psychologie sociale, etc.) a été constitué.

Entre mai et juillet 2012, des entretiens (individuels ou en groupe) ont été menés auprès d'une quinzaine de slameurs et auprès d'informateurs clés (médecins, acteurs associatifs...). Le recrutement des slameurs (ou ex-slameurs) a été effectué via la mobilisation des réseaux communautaires des militants de AIDES, le réseau personnel de l'équipe de recherche et via les sites de rencontre gais.

Alors, qu'est-ce que le slam ? Et qui sont les slameurs ?

De multiples dimensions sont explorées lors des entretiens : la carrière de l'utilisateur dans la consommation de produits psychoactifs, l'accès aux produits, les types de produits et leurs effets, la préparation, la dose, le nombre d'injections, la durée des « plans slam », l'initiation, l'apprentissage de l'injection, la sexualité associée à l'usage, les relations avec les partenaires, l'exposition au risque VIH et hépatites...

D'ores et déjà, quelques données préliminaires peuvent être présentées, même si elles nécessitent d'être interprétées avec une extrême prudence puisqu'il s'agit d'une première lecture « à chaud » des entretiens.

L'un des premiers enseignements de la recherche est que le slam ne constitue pas une « légende urbaine » et qu'il s'agit d'un phénomène émergent, en augmentation d'après les personnes interrogées. Les slameurs rencontrés ne sont pas exclusivement parisiens, certains résident dans des villes de province ; et chacun de ces usagers a été en mesure de décrire son réseau personnel de slameurs.

Concernant les profils des slameurs rencontrés lors de l'enquête, ils sont diversifiés d'un point de vue de leurs caractéristiques sociodémographiques. La plupart sont séropositifs pour le VIH. Cela peut toutefois être un biais



« L'engrenage s'est très vite refermé »

Pierre, 25 ans, fait partie des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête. Extraits de l'entretien réalisé au mois de juin.

« Entre octobre et novembre, j'ai dû faire quatre plans avec le même couple [*couple initiateur*], à chaque fois les mêmes personnes. Et en fait vers mi-décembre à peu près j'ai eu la bonne idée, la bonne ou mauvaise idée plutôt, de commander tout seul. [...] Et donc là, c'est à partir du moment où j'en ai eu tout seul, que j'ai commencé à slamer tout seul. Seulement je ne savais pas injecter. Donc voilà, je me suis retrouvé avec des bras totalement défoncés quoi ! [...] Dès le début j'avais quand même l'addiction du produit que tu pouvais ressentir les fois d'après. Petit coup de blues, des trucs comme ça. Et donc à partir de janvier ça a été limite un peu... Pas l'hécatombe, mais... Les prises se sont rapprochées, donc c'est passé de une à deux fois par mois à toutes les deux semaines. Puis toutes les semaines. Puis après c'était plus forcément le week-end, c'était en semaine aussi. Donc voilà parce que ça me provoque, pas des insomnies, mais ça m'empêche de dormir complètement quoi. Donc voilà le lendemain tu vas pas forcément bosser, tu es un jour absent dans la semaine. Je culpabilise un peu. Et donc l'engrenage s'est très très vite refermé. Je l'ai vu venir ! [...] Moi, le moment où j'ai basculé, c'est à partir du moment où j'en ai pris chez moi. Où j'ai commencé à en acheter sur internet et en faire livrer à la maison. Je pense que c'est là où la fracture s'est faite. Donc vers mi-décembre, fin-décembre. [...]

Tu disais, hors entretien, que c'était une période où tu n'allais pas bien ?

Oui, c'est ce que je te disais. À partir de cette période mi-décembre / mi-janvier. Ce qui a été l'embrigadement du truc. Le produit te rend mal, tu as la phase de descente et d'addiction qui arrivent. Tu ne vas pas forcément bien dans ta vie, ça fait plus de six mois que tu es sur Paris, mais tu n'as pas forcément d'amis. Le soir tu rentres

chez toi, tu es tout seul. Tu n'as pas envie de sortir. Parce que sortir seul, ça ne te plait pas forcément. Et tu galères niveau thunes, car on t'a supprimé tes APL en janvier. Au boulot, ça te saoule, car ce n'est pas forcément ce que tu attendais. Voilà, c'était vraiment un trop plein qui faisait que pour oublier mes tracas du quotidien, je me faisais un shoot, et là, ça allait mieux. Donc, d'un coup, le produit a glissé d'un côté sexuel à... ça a glissé vers ce que l'on se sert pour oublier ses soucis quotidiens. Voilà. [...]

Une séquence en durée et en nombre, c'est quoi ?

Sur un week-end, ça peut être une vingtaine de shoots. Sachant que moi, après, j'ai eu l'avantage de très vite savoir où bien me shooter. Mon toubib me l'a dit, l'infirmier aussi : « toi, ça va ». Je l'ai fait au début et j'ai bien appris, demandé des conseils pour savoir bien le faire tu vois, donc du coup je me détruis moins les bras, les cicatrices restent moins longtemps. Des fois tu peux avoir des bleus, mais moi non.

Et sur le partage des seringues ?

Moi j'ai toujours eu cette culture [...] donc je sais qu'il faut pas s'échanger les pailles, l'eau, le coton. Quand t'ouvres le chems faut pas mettre le doigt dans le chems, enfin voilà, il y a un truc comme ça qui fait que... J'ai vu des trucs horribles [chez mes partenaires] ! En fin de soirée, il n'y a plus de produit, tu récupères en fait toutes les cuillères qu'il y a et tu grattes. [...] Donc après, je doute que le mec ne sache pas qu'il a l'hépatite C, il avait sûrement l'hépatite C, c'est pour ça, il a dû se dire je risque plus rien donc j'y vais. Donc tu veux rien lui dire parce que t'es défoncé, t'es en fin de plan, t'es fatigué puis tu te dis ça se fait pas trop quand même. Après avoir vu ça, j'ai mis mes petites cuillères de côté pour la fin de soirée. Après, ce que je faisais, c'est quand le mec venait chez moi je prenais des assiettes dépareillées et chacun son assiette. Style moi je me mets là, toi ton assiette elle sera là, elle ne bouge pas il y a tout ton matos dedans, moi mon matos il est là, etc. Donc pour moi il n'y avait pas d'échange de matériel. »

lié au recrutement de l'échantillon qui se fait essentiellement par le site BarebackZone, fréquenté majoritairement par des homosexuels séropositifs à la recherche de rapports non protégés.

Les produits consommés dans le cadre du slam sont des produits stimulants. Le plus souvent, les slameurs disent consommer de la méphédronne ou d'autres stimulants achetés sur Internet sous des dénominations qui évoluent constamment. L'ingestion de produits érectiles peut également être effectuée en complément.

Les « plans slam » ont lieu dans des cadres privés sur des temps parfois assez longs (pouvant s'étendre sur deux à trois jours) associés à des pratiques sexuelles collectives, à deux, ou seul (pratiques masturbatoires).

Les premières injections sont le plus souvent réalisées par d'autres slameurs plus expérimentés qui sont les initiateurs, ce qui accentue l'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites. Comme cela est décrit dans la littérature, les effets de ce type de produits, l'importance du nombre des injections dans une soirée et le fait qu'il s'agisse de pratiques collectives accentuent l'exposition au risque. Des conséquences de type infectieux (abcès) mais également psychologiques (sentiment de perte de maîtrise, dépression...) ont été décrites dans le cadre des entretiens.

Les slameurs rencontrés ont toutefois décrit différentes stratégies visant à assurer la maîtrise de leur consommation. À cet égard, il semble que les effets ressentis, et notamment la fréquence des injections au cours d'un « plan slam », varient considérablement en fonction des produits utilisés, au cours du « plan » et en fonction de l'ancienneté dans la pratique. Par ailleurs, à l'instar d'autres types de consommations de psychoactifs associées à la sexualité ou à la fête, les usagers décrivent la survenue de certains événements perturbateurs (dans la vie professionnelle, amoureuse...) susceptibles de favoriser le passage d'une consommation perçue comme maîtrisée à une consommation non maîtrisée, où le sexe devient alors prétexte à l'injection. Des répercussions sur la vie sociale et professionnelle sont également décrites par les usagers.

Une analyse plus complète des données de l'enquête sera disponible fin 2012.

La prévention des pratiques à risques chez les gays

Gilles Pialoux et Régis Missonnier / hôpital Tenon, Paris

La prévention chez les gays/HSH est une priorité absolue du plan national de lutte contre le sida et les IST 2010-2014. Un récent numéro spécial du Lancet (juillet 2012) et une session entière de la dernière conférence internationale, à Washington, ont mis l'accent sur les hauts niveaux de prévalence du VIH chez les gays, sur le déficit d'efficacité de la prévention et sur les « nouvelles prises de risques » liées notamment aux usages de drogues dans un contexte de pratiques sexuelles elles-mêmes à risques.

Il est admis que tous les moyens utiles sont à favoriser pour augmenter le niveau de prévention et que ceux-ci doivent être intégrés dans une approche combinée :

**Promotion du préservatif toujours et encore
Traitement comme outil de prévention (TasP)
PEP et PreP**

**Dépistage du VIH répété en fonction des pratiques
Dépistage des coïnfections : VHC et IST**

**Actions visant à réduire le nombre de pénétrations
anales non protégées**

**Lutte contre la consommation de drogues dans un
but de réduction des risques liés à ses pratiques**

Paradoxalement, c'est ce champ de la réduction des risques liés à l'usage de drogue, et sa dynamique, qui semblent être le moins étudiés, bien que différents projets émergent, notamment dans le cadre de l'InVS et dans celui des groupes « addictions » ou « recherche communautaire » de l'ANRS. D'où l'importance, faute de données pour l'heure, de faire remonter les expériences de terrain.

Des études cantonnées aux pays anglo-saxons

Le lien entre usage de drogues et homosexualité est rarement étudié, que ce soit sous l'angle de l'usage de drogues chez les gays ou sous celui de la sexualité des usagers de drogues. Sauf en Australie, au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, où les recherches

épidémiologiques sur les caractéristiques des pratiques d'usage de drogues chez les gays ont été plus répandues, mettant généralement en avant l'importance de la consommation de produits psychoactifs (drogues illícites, médicaments détournés et alcool).

En France, on dispose des données comme celles de l'enquête Presse Gay 2004, mais qui ne permettent pas de quantifier les « nouvelles pratiques » dont il est question dans ce dossier.

La première enquête menée en France

La première enquête qualitative sur les consommations de substances psychoactives en contextes festifs gays a été réalisée à Paris et à Toulouse en 2007 à l'initiative de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)¹. Elle prenait en compte et analysait les contextes, l'usage de psychoactifs, ainsi que les pratiques et les prises de risques sexuels.

Cette enquête a inclus des observations en contextes festifs gays privés et publics et a été conduite en réalisant des entretiens ouverts et semi-directifs avec 50 informateurs (35 usagers et 15 professionnels ou bénévoles œuvrant sur le terrain de la prévention VIH et toxicomanie) au cours de l'année 2007. Le lien entre consommation de drogues et prise de risque y est clairement établi. L'alcool et les poppers sont les premiers produits associés aux prises de risques sexuels.

¹ Fourmier S., Escots S. (eds.), *Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gays. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007*, Saint-Denis, OFDT, 2010. Cette étude est accessible dans son intégralité sur demande auprès de l'OFDT (ofdt.fr).



Par ailleurs, si la consommation de produits psychoactifs favorise le passage à des pratiques sexuelles « hard », on observe que son usage est instrumentalisé dans ce but. En revanche, les usagers de psychoactifs déclarant se protéger systématiquement maintiennent leurs pratiques préventives sous l'effet des produits ou tendent à développer de nouvelles stratégies d'évitement du risque.

Des croisements d'informations sont en cours avec le programme ERLI (voir *Swaps* n° 64), les structures de RDR liés aux usages de drogues et les structures de prévention et d'accompagnement VIH communautaires en Ile de France notamment mais aussi à Marseille, notamment Le Centre 190 à Paris qui possède une consultation spécialisée pour l'usage de drogues chez les HSH (lire page 7) ou Le Kiosque du groupe SOS. Il est important de quantifier ce phénomène. Les remontées de terrain montrent que ces pratiques ne restent pas que localisées à des gays séropositifs pratiquant le bareback. Il est surtout nécessaire de créer des passerelles vers les structures de RdR liés aux usages de drogues pour apporter une réponse adaptée, rapide et pragmatique.

Les observations d'un clinicien

Le Dr Régis Missonnier est sollicité régulièrement, à son cabinet, principalement en début de semaine, après le week-end donc, par un certain nombre de patients, quel que soit leur âge, pour un état de fatigue intense et excessive associée à des états de « déprime ». Il questionne durant ces consultations leur mode de vie du week-end, et donc leur consommation de substances... dites « récréatives ». Pour lui, les drogues « usuelles » se répartissent globalement en quatre groupes : les « perturbateurs », les « hallucinogènes », les « stimulants » et les « déprimeurs ».

Parmi les pratiques qu'il observe de plus en plus souvent, on peut citer le recours à la cocaïne avant ou lors de rapports sexuels, utilisée en snif mais aussi en application locale au niveau des organes génitaux ou de la région anale, et, phénomène récent, de plus en plus en injection pré ou per coïtal (pratique dite du « slam »), individuelle ou mutuelle entre les partenaires sexuels. L'effet principal recherché est une sensation de toute puissance sexuelle, avec désinhibition physico-psychique. Les consommateurs rapportent comme effets secondaires une logorrhée, une irritabilité, une agitation et un sentiment d'épuisement psychique engendrant le besoin de re-consommer (craving).

Autre pratique de plus en plus rapportée en consultation, le recours à la méphédronne ou à ses dérivés au gré des interdictions successives. Initialement on le trouvait sur internet comme engrais pour plantes (bonzaïs notam-

ment), avant son interdiction. Dernièrement, un des dérivés de la méphédronne a été retrouvé dans la composition des sels de bains aux États-Unis... Ses effets sont proches de ceux de l'ecstasy-MDMA et d'une durée d'une à cinq heures. Actuellement, la consommation de ses dérivés serait de plus en plus répandue en injection (slam) lors des rapports sexuels avec partenaires (« chemical triage » sur les sites de rencontre en fonction des consommations et des pratiques sexuelles), avec le risque de manifestations rémanentes, imprévues et incontrôlables dans la semaine qui suit la consommation.

D'utilisation plus ancienne, le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique) est un dérivé du GBL (gamma-butyrolactone). Connue comme drogue dite « du viol » lors de sa consommation avec de l'alcool, il entraîne intensification des perceptions, euphorie et détente sur un terrain désinhibé, avec totale amnésie des événements survenus sous l'effet du produit. Un surdosage involontaire entraîne troubles digestifs, céphalées et une perte des repères pouvant atteindre un état d'inconscience prolongée (dit « G hole » ou « black out »), que l'on peut confondre avec un sommeil profond ou un coma, ou des manifestations proches de l'épilepsie, avec chute.

Ainsi, les effets recherchés à court terme avec ces « drogues récréatives » sont communs : stimulation physique, désinhibition, sensation de puissance, modifications auditive et sensitive, et perte de la notion du temps. À long terme, ces effets d'hyperactivité sont suivis d'irritabilité, de troubles du sommeil avec insomnie, de troubles de la mémoire et de la concentration, et de démotivation. Un syndrome anxio-dépressif, voire paranoïaque, est constant, nécessitant un suivi psychiatrique axé principalement sur les troubles du comportement. Toutes ces substances ont aussi en commun des effets secondaires cardio-vasculaires non négligeables.

Questionner les pratiques

Reste à savoir quelle est l'importance quantitative du phénomène. La place du médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le suivi du VIH, du VHC, dans un suivi communautaire, est de questionner les pratiques et les consommations de ces produits dans certaines conditions : devant une recontamination par le VHC après une éradication sous traitement, face à la preuve virologique d'une surcontamination VIH, devant des troubles neurocognitifs ou un défaut de compliance (par exemple le week-end) non expliqués par les causes classiques. Il en va de même face à des signes stomatologiques inexpliqués ou des répercussions esthétiques (lipoatrophie du visage) induites ou favorisées par ses produits. La question doit être posée au même titre que l'alcool et tabac, sans jugement.

« Break the cycle »

un programme pour rompre le cycle de l'injection

Anne Guichard / chargée de recherche, direction des affaires scientifiques, Inpes

L'injection par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC chez les usagers de drogues, tandis que la pratique du « slam » se répand dans le milieu gay. Dans ce contexte, le programme « Break the Cycle » paraît un outil prometteur dans la panoplie des stratégies de réduction des risques. Présentation au moment où l'Inpes étudie son adaptation en France.

La mise en place en France, à partir des années 1990, d'une politique de réduction des risques (RdR), avec notamment l'accès à des seringues neuves et le développement des traitements de substitution aux opiacés (TSO), a permis de « contrôler » l'épidémie du VIH parmi les usagers de drogues (UD). La prévalence VIH parmi les UD est passée de 20% au début des années 1990 à moins de 10% en 2008 et la part des usagers de drogues injectables (UDI) parmi les nouveaux diagnostics est de 1% à 2% depuis 2003. Pour l'hépatite C, la prévalence très élevée (73%) ne diminue pas.

L'injection par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC chez les usagers de drogues, notamment du fait du partage du matériel de préparation à l'injection souillé par le sang d'une personne contaminée. Contrairement au partage de la seringue elle-même (pratique très largement réduite à partir des années 1990 grâce à l'impact des actions et des outils de réduction des risques développés pour lutter contre l'épidémie de VIH), le partage du matériel reste une pratique assez fréquente (pour 38% des injecteurs au cours du dernier mois, selon l'enquête Coquelicot) et beaucoup d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) ignorent encore qu'il s'agit d'une pratique à risque.

Ceci est particulièrement problématique pour les jeunes injecteurs, une population très à risque pour la transmission de l'hépatite C qui s'acquiert souvent très rapidement dans les trajectoires d'injection. Souvent non plani-

fiées et pratiquées par un tiers « initiateur », les premières injections sont à haut risque pour le jeune initié, peu au fait des techniques d'injection et des risques infectieux encourus.

Compte tenu de ces éléments, le développement de stratégies pour prévenir ou différer l'initiation à l'injection pourrait contribuer, en complément d'autres stratégies, à infléchir l'épidémie d'hépatite C. Telles sont les recommandations de l'expertise collective de l'Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues qui, dans un chapitre dédié aux transitions vers d'autres modes d'administration (TMA), identifie le programme anglais « Break the Cycle » (Rompre le cycle) comme un outil prometteur dans la panoplie des stratégies de réduction des risques aujourd'hui en France.

Break the cycle (BTC)

Le programme Break the cycle constitue sans doute le programme d'intervention sur les transitions vers d'autres modes d'administration (TMA) le plus connu et le plus reconnu au niveau international, malgré le peu de données d'évaluation disponibles. Sa spécificité est de se focaliser sur les aspects sociaux de l'injection de produits, notamment au cours de la période d'initiation. Cet angle d'intervention est largement soutenu par les données de la littérature qui montrent que le réseau social et les autres usagers de drogues de l'entourage (ex: avoir des amis, un membre de la famille ou un partenaire



amoureux qui s'injecte) comptent parmi les facteurs les plus influents du passage à l'injection^{1,2}.

Initié au Royaume-Uni par son fondateur Neil Hunt³, le programme Break the cycle (BTC) s'adresse aux usagers injecteurs potentiellement initiateurs pour les aider à faire face aux demandes d'aide à s'injecter pour la première fois. Pragmatique, l'intervention est principalement fondée sur les situations et les relations sociales qui se jouent au moment de l'initiation, à savoir que :

- les injecteurs jouent un rôle important auprès des non injecteurs dans leur décision d'essayer l'injection (l'apprentissage de l'injection se produit en général au contact d'usagers qui injectent et qui en parlent) ;
- les injecteurs ne réalisent pas toujours leur influence sur la décision d'essayer l'injection ;
- la plupart des personnes qui commencent à consommer des drogues ne pensent pas qu'elles s'injecteront un jour ;
- les jeunes initiés demandent en général aux injecteurs de leur faire le premier shoot ;
- les injecteurs plus expérimentés se révèlent souvent réticents, mais démunis face à ce type de requêtes, ils sont peu préparés à y répondre.

À partir de ces constats, BTC se fixe pour objectifs :

- d'encourager les injecteurs plus expérimentés à réfléchir à leur positionnement et à leur attitude par rapport à l'initiation d'autrui ;
- d'accroître chez eux la conscience des actions pouvant inciter les autres à commencer ;
- d'augmenter leur capacité à répondre aux demandes d'initiation ;
- de les aider à réfléchir et à mieux informer les personnes désireuses de s'injecter sur les dommages éventuels (physiques, infectieux, moraux, psychologiques, sociaux, légaux...) de l'injection.

Une intervention basée sur les principes de l'entretien motivationnel

BTC s'appuie sur les principes de l'entretien motivationnel. Dérivé des théories humanistes et centré sur l'individu, l'entretien motivationnel est une technique d'intervention qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement⁴.

L'entretien motivationnel compte parmi les techniques d'interventions brèves les plus prometteuses aujourd'hui dans son application aux pratiques d'injection à risques.

La stratégie de l'entretien motivationnel utilisée dans BTC vise à identifier et à renforcer les réticences initiales de l'injecteur à aider quelqu'un à s'injecter pour la première fois. Au

cours de la première partie de l'entretien, les injecteurs sont amenés à prendre conscience de la façon par laquelle ils exercent une influence sur les non-injecteurs en suscitant leur curiosité par rapport à l'injection. Puis, l'échange les conduit à décrypter comment leurs comportements ou leurs attitudes les amènent à être identifiés comme des personnes « expertes » à même de fournir une aide technique à l'injection. Au fil de l'entretien, les usagers injecteurs cheminent vers des voies alternatives permettant de réduire ces risques.

La seconde partie de l'intervention consiste à travailler à partir de mises en situation (scénarios) construites sur des exemples courants de demandes d'initiation à l'injection. Accompagné de l'intervenant, l'utilisateur doit essayer de trouver des stratégies alternatives pour répondre à ces situations.

Résultats d'évaluation et retours d'expériences

Le programme original de BTC a d'abord été développé dans le cadre d'une intervention structurée en face-à-face. L'évaluation du programme a permis de soutenir les principes fondateurs de l'intervention, sa faisabilité et son efficacité³ :

- 9/10 usagers injecteurs interviewés estimaient que la fréquentation d'injecteurs avait joué un rôle important dans leur décision de commencer à s'injecter. La plupart disaient avoir été très actifs dans leur quête d'initiation ;
- 7/10 considéraient qu'avoir vu quelqu'un s'injecter avait été un facteur important dans leur décision de s'injecter pour la première fois ;
- Plus de la moitié rapportaient qu'avoir parlé de l'injection avec un injecteur expérimenté avait joué un rôle important dans leur décision de commencer à s'injecter ;
- Plus de 8/10 déclaraient avoir injecté devant un non-injecteur au cours de sa carrière d'injection et plus de la moitié mentionnait l'avoir fait dans les trois mois précédents l'entretien ;
- Seulement 2/10 des usagers injecteurs qui avaient eu recours à des services de soins ou de réduction des risques rapportaient avoir parlé de leur initiation à l'injection avec un professionnel.

L'évaluation du programme à trois mois (sur la base d'une enquête auprès des personnes ayant participé au programme) montre par ailleurs que l'intervention a permis de modifier les attitudes et les comportements susceptibles d'influencer le non injecteur (réduction des contacts avec les non injecteurs, diminution du nombre d'injections devant un non injecteur, adoption d'un discours plus dissuasif), et de réduire le nombre de demandes d'initiation, ainsi que le nombre d'initiations.

¹ Roy E, Haley N et al., "Drug injection among street youth: the first time", *Addiction*, 2002, 97, 1003-9

² Kermode M, Longleng V et al., "My first time: initiation into injecting drug use in Manipur and Nagaland, north-east India", *Harm Reduction Journal*, 2007, 4, 1, 19

³ Hunt N, Stillwell G et al., "Evaluation of brief intervention to prevent initiation into injecting", *Drugs Educ Prev Policy*, 1998, 5, 2, 185-194

⁴ Miller WR and Rollnick SR, "Motivational Interviewing: Preparing People for Change", Guilford Press, 2002

Malgré les limites du protocole d'évaluation – taille réduite de l'échantillon (86 sujets), absence de groupe contrôle, comportements déclarés – pour juger de son efficacité, ce programme connaît un grand succès parce qu'il s'agit d'une intervention brève particulièrement adaptée pour les publics difficiles à mobiliser sur de trop longues durées, fréquentant irrégulièrement les dispositifs et peu intéressés pour s'engager dans un suivi à long terme. Il s'agit d'une intervention peu coûteuse (à l'exception de la formation du personnel), modulable et qui permet d'accéder facilement aux usagers. Autre point non négligeable, BTC bénéficie d'une forte adhésion et acceptabilité auprès des usagers de drogues par injection.

Des résultats d'études évaluatives concernant l'entretien motivationnel montrent que ce type d'intervention peut être mené efficacement, du moins en théorie, non seulement par des psychologues, mais aussi par des intervenants en toxicomanie et autres professionnels de santé (par exemple des infirmières). Certains travaux suggèrent néanmoins que la conduite de l'entretien motivationnel respectant rigoureusement les principes motivationnels requière une solide formation et expérience des intervenants⁵.

Étant donné la complexité des processus sociaux impliqués dans l'injection⁶, il est important de rappeler qu'un programme comme BTC n'a pas pour ambition de prévenir toutes les initiations à l'injection ; il peut en prévenir certaines, en retarder d'autres pour qu'elles se déroulent dans de meilleures conditions.

Ce type d'intervention nécessite donc d'être menée avec tact et sensibilité afin que le dialogue avec l'utilisateur sur ses pratiques d'injection ne soit pas perçu comme une remise en cause de ses pratiques. L'entretien consiste plutôt à s'appuyer sur les modes et les pratiques de consommation de la personne afin que ce temps d'échange constitue un véritable espace de réflexion et de soutien autour de préoccupations souvent préexis-

tantes chez les usagers injecteurs. C'est pourquoi, en plus d'une formation des intervenants, il est fortement recommandé d'articuler ce programme à des services expérimentés de réduction des risques et des dommages auprès d'usagers de drogues à différents stades de leur carrière d'injection.

prisons ou en lien avec des programmes d'échanges de seringues. Différentes études ont également pu confirmer que les principaux processus sociaux impliqués dans l'initiation à l'injection variaient peu d'un pays à l'autre offrant ainsi de la souplesse dans les approches et stratégies d'intervention (entretien en face-à-face, approche par les pairs, intervention en groupe, etc.) de façon à rendre le programme pertinent en fonction des cultures et des pratiques locales.

BTC a par exemple été adapté et implanté dans plusieurs régions d'Asie centrale (Ouzbékistan, Kirghizstan) en complément d'une campagne TV. Les résultats montrent dans les deux régions une importante réduction du nombre d'initiations des usagers de drogues par injection⁷. Au Vietnam, le programme a été adapté auprès d'un public de travailleurs sexuels. Aux États-Unis, BTC a été adapté pour des sessions de groupe conduites par des intervenants en réduction des risques et est en cours de validation au Centre of Diseases Control (CDC).

Une adaptation de BTC utilisant un modèle d'action par les pairs est également en cours d'expérimentation à Toronto (Canada) sous le label « Change The Cycle » car il intègre un module théorique d'éducation à l'injection afin de réduire les risques des situations débouchant in fine sur une décision d'aide à l'initiation à l'injection.

Plus récemment, en Australie, BTC a été adapté au contexte local et mis en œuvre dans le cadre d'un centre d'injection supervisé. En Australie, un article relatant l'intégration de ce type de programme à un PES souligne qu'un ensemble de précautions est à prendre, surtout autour de la stigmatisation des injecteurs, pour qu'une activité de prévention de l'injection trouve sa place au sein de ce type de structure⁸.

Conclusion

La lutte contre l'épidémie d'hépatite C parmi les usagers de drogues, notamment parmi ceux qui recourent à l'injection, nécessite de développer de nouvelles pistes de réflexion et d'action. La précocité des contaminations au VHC, souvent dès les premières injections, laisse penser que la prévention du passage à l'injection est l'une de ces pistes. Des interventions dans ce sens s'appuyant sur le modèle « Break the cycle » sont développées dans le monde. L'adaptation éventuelle de telles interventions en France est en cours de réflexion à l'Inpes et pourrait s'appuyer sur les récents résultats de l'enquête PrimInject (Inpes) sur les contextes des premières injections de drogue, dans le cadre du Plan national de lutte contre les hépatites virales 2009-2012.

⁵ Chanut F. « L'entretien motivationnel dans la prévention des risques associés aux drogues injectables », in *Injection: Comment articuler prévention, éducation et réduction des risques*. Paris, 2010

⁶ Rhodes T, Bivol S et al., "Narrating the social relations of initiating injecting drug use: transitions in self and society", *Int J Drug Policy*, 2011, 22, 6, 445-454

⁷ Hunt N, « Break The Cycle: transitions vers d'autres modes d'administration », *Injection: Comment articuler prévention, éducation et réduction des risques*, Paris, 2010

⁸ Brener L, Spooner C et al., "Preventing transitions to injecting amongst young people: what is the role of needle and syringe programmes?", *Int J Drug Policy*, 2010, 21, 3, 160-4

Expériences internationales

Depuis la mise en place de l'intervention originale de BTC en face-à-face en 2001, le programme a été largement utilisé en Grande-Bretagne dans différents contextes comme les

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Édition
Philippe Périn

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Tiphaine Canarelli
Jean-Pierre Couteron
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Vincent Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Rebolot
Marianne Strogenko
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



Depuis juillet 1983, date à laquelle le fondateur de l'Association des médecins gays avait fustigé, à propos de l'émergence du sida, le « *grossissement permanent d'un fait minoritaire numériquement parlant* », tout acteur de santé, a fortiori dans la réduction des risques, est désormais condamné à la prudence dès lors qu'il s'agit d'analyser l'émergence d'une maladie, d'une pratique, d'une addiction, ou les dangers potentiels d'un nouveau produit...

Le numéro spécial que *Swaps* consacre à **l'arrivée de nouveaux produits de synthèse essentiellement dérivés de la cathinone**, l'un des principes psychoactifs du khat, et multipliant les dénominations (MMC, M-cat, Miaou, 4-MEC...), mais aussi à **des pratiques d'injection accompagnant des pratiques sexuelles à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)**, n'échappe pas à la règle. Comme le souligne Philippe Batel (page 2), la question est aujourd'hui de savoir s'il s'agit d'un épiphénomène ou d'une « *slam fever* » – slam étant l'un des noms attribués aux pratiques d'injection (cocaïne ou autres) associées à l'activité sexuelle chez les HSH, et possiblement dans d'autres populations. Une première enquête conduite avec AIDES, l'Association des médecins gays et l'INVS a été menée entre mai et juillet 2012 pour tenter de cerner l'ampleur du problème et en dresser les caractéristiques ethnographiques (lire page 16), enquête dont on attend les résultats complets.

Plusieurs questions émergent dès à présent (voir page 7) :

– Face à la multiplication des produits sur internet (au registre des engrais pour bonzaï par exemple) sous d'autres appellations ou d'autres dérivés chimiques au prorata des interdictions – dernier arrêté dans le JO du 2 août, qui classe « *toute molécule dérivée de la cathinone, ses sels et ses stéréoisomères* » comme stupéfiant –, comment investir la toile pour proposer information et réduction des risques ?

– l'interdiction ou le classement comme stupéfiant de ces substances est-il efficace ? Il semble par exemple qu'au Royaume-Uni, l'interdiction de la méphédronne ait – au moins dans un premier temps – augmenté la demande, élevé son coût et diminué sa qualité... (voir page 10).

Il est clair que ces pratiques sont associées à de très fortes prises de risques, tant par rapport à l'usage du produit qu'à l'activité sexuelle qui l'accompagne ; et que la plupart des consommateurs de ces molécules de synthèse échappent au tissu associatif, étatique, clinique mis en place pour réduire les risques de consommation de drogue et ses effets médico-collatéraux.

Reste à savoir si ce dossier sera une des priorités de Danièle Jourdain Menninger, la nouvelle présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt).

GILLES PIALOUX