



SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 44 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

Le crack
selon l'enquête Coquelicot / 2

Réduction des risques
et traitement anti-VIH / 5

Stimuler
la recherche clinique
sur la cocaïne / 8

Quelles mesures
contre le trafic
de cocaïne ? / 15

HUMEUR
2006, année de la cocaïne / 17

Consultations cannabis
l'herbe qui cache la forêt / 19

Publications / 18

Multimédia / 22

Brèves... / 23

Le crack

selon l'enquête Coquelicot

ACTUALITÉ

Les principaux résultats issus de l'enquête Coquelicot viennent d'être publiés¹. Swaps en a profité pour se pencher sur les profils et les pratiques des consommateurs de crack dans le Nord-Est parisien tels que décrits dans l'étude de l'InVS. Dans cette population, la séroprévalence du VHC touche trois personnes sur quatre, celle du VIH une sur dix. Une confirmation de l'indispensable adaptation de la politique de réduction des risques à ces pratiques.

La population des consommateurs de crack est actuellement estimée entre 6 000 et 10 000 en France. La consommation de crack est devenue réellement visible en France métropolitaine dans les années 1990 aux alentours de la place Stalingrad, dans le nord-est de Paris. Swaps a consacré l'an dernier un dossier à ce produit, à ses aspects historiques et pharmacologiques et aux débats qu'ils suscitent².

Il nous semblait intéressant de revenir sur cette problématique sous un autre angle, celui de l'épidémiologie et de la santé publique, en présentant des données récentes issues de l'enquête Coquelicot réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) (lire encadré).

Le phénomène du crack en métropole étant encore aujourd'hui concentré dans le Nord-Est parisien, nous avons choisi de mettre l'accent sur la population des consommateurs de crack pris en charge dans les dispositifs spécialisés (CSST, PES, équipes de rue, sleep-in, boutiques...) et chez les médecins généralistes des 10^e, 18^e et 19^e arrondissements de Paris. Par commodité sémantique, nous utilisons le terme de "consommateur de crack" tout au long de cet article, mais notre population comprend tout UD déclarant avoir consommé du crack (fumé ou injecté) ou de la "cocaïne basée" au moins une fois dans le dernier mois précédant l'enquête Coquelicot. Ainsi, la diversité des personnes consommant du crack est présentée ici, et nous avons choisi de ne pas distinguer consommateurs de crack et de free-base. En effet,

les "crackeurs" constituent une population stigmatisée au sein même du monde des usagers de drogues. Le crack est un produit "diabolisé" tant par ses effets que par les caractéristiques de ses consommateurs associés à la

grande précarité et aux troubles psychiatriques aigus. À cette population s'oppose celle des usagers de free-base issus du milieu festif, pour lesquels l'appellation free-base pour désigner le crack leur permet de se rassurer et de se distinguer des "crackeurs".

Dans cet article, sont présentées des données épidémiologiques autour de l'état de santé et en particulier les prévalences du VIH et du VHC au sein de cette population, les consommations de produits psychoactifs et les pratiques à risque, mais également les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs de crack du Nord-Est parisien.

Une précarité extrême

Ce sous échantillon de l'étude Coquelicot constitué des consommateurs de crack du Nord-Est parisien comprend 167 personnes. Cette population est plus féminine (40%) que celle présente habituellement dans les études portant sur les UD pris en charge dans le dispositif spécialisé (de l'ordre de 20%). L'âge moyen est de 36,7 ans pour les hommes et de 33,5 ans pour les femmes.

Les profils de ces usagers de crack sont marqués par une précarité sociale extrême, un tiers d'entre eux (31%) vivent dans la rue ou dans un squat. Seuls 15% des UD disposent d'un logement stable. Ainsi, 85% d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Leur exclusion concerne également l'emploi, puisque 8 sur 10 ne travaillent pas. Et la majorité d'entre eux (81%) ont connu la prison au cours de leur vie.

Concernant leur rapport à la santé, la moitié des UD estiment que leur état de santé dans les 6 derniers mois n'est pas ou moyennement satisfaisant. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont les pro-

¹ M. Jauffret-Roustide et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, BEH 33/5 septembre 2006, p. 244-247

² Swaps n° 39, pages 3 à 12

blèmes dentaires (pour 54 % des UD), les troubles psychologiques (49 %), les troubles oculaires (47 %) les gonflements des mains et des pieds (28 %) et les abcès (17 %).

La prévalence du VHC chez les UD consommateurs de crack fréquentant les dispositifs spécialisés situés dans le Nord-Est parisien est particulièrement élevée puisque les trois quarts d'entre eux (72,5 %) sont séropositifs pour le VHC. La prévalence du VIH est plus faible, elle concerne environ 1 UD sur 10 (11,9 %). Tous les UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC. Même s'ils déclarent avoir été quasiment tous dépistés au moins une fois dans leur vie pour le VIH (98 %) et pour le VHC (99 %), une partie d'entre eux méconnaissent leur statut sérologique vis-à-vis de ces deux virus. En effet, 7 % d'entre eux se déclarent négatifs pour le VIH alors qu'ils sont positifs selon les données biologiques et surtout, environ un tiers (30 %) se croient négatifs à tort pour le VHC.

Concernant la prise en charge de la dépendance, la majorité des UD (72 %) reçoivent un traitement de substitution aux opiacés, dont 64 % le Subutex®, 24 % la méthadone et 7 % des sulfates de morphine, dans les 6 derniers mois.

Les pratiques à risque persistent

La polyconsommation est répandue chez les consommateurs de crack. Ils allient principalement produits stimulants et médicaments. Dans le dernier mois, après le crack, les principaux produits psychoactifs illicites consommés sont la cocaïne (38 %), l'héroïne (19 %), et l'ecstasy (13 %). Dans la famille des médicaments, les benzodiazépines sont consommées par 42 % des UD, puis les hypnotiques (12 %) et les amphétamines (5 %). L'alcool est consommé quotidiennement par 28 % d'entre eux, avec une moyenne de plus de 7 verres.

L'injection a été pratiquée par 65 % des UD au moins une fois dans leur vie. Et le recours à la voie veineuse reste fréquent dans cette population car la moitié des UD (58 %) déclarent encore y avoir recours au moment de l'enquête. La quasi-totalité des UD (99 %) ont sniffé au moins une fois dans leur vie et 43 % ont consommé un produit par voie nasale dans le dernier mois.

Malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation. Dans le dernier mois, 10 % des UD déclarent avoir partagé la seringue (prêt ou emprunt), 36 % le petit matériel lié à l'injection (coton, cuiller, eau) et 82 % déclarent avoir réutilisé leur seringue, pratique qui peut être considérée comme à risque si un élément relatif à la préparation du

produit est mis en commun. Dans le cas des consommations de produits par voie nasale, 24 % déclarent avoir partagé leur paille dans le dernier mois. Le partage de la pipe à crack, qui concerne 89 % des UD, peut être également une pratique à risque pour la transmission de virus et tout particulièrement pour le VHC dans la mesure où des saignements de lèvres peuvent se produire lors de la consommation régulière de produits par voie fumée. En cas de saignements importants, le partage de ce type de matériel de consommation entre UD peut alors constituer un vecteur de transmission du VHC.

Cette population s'expose également au risque de transmission des infections sexuellement transmissibles et en particulier au VIH car parmi ceux qui déclarent avoir des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois (62 %), la moitié disent avoir eu des relations sexuelles contre de la drogue ou de l'argent. Certes, les déclarations relatives à l'utilisation systématique du préservatif sont plutôt rassurantes (96 %), mais il est probable que ces déclarations soient empreintes d'un biais de désirabilité sociale qui amène les répondants aux enquêtes à se conformer aux attentes projetées envers l'enquêteur. En effet, le contexte sexuel spécifique des relations en échange de drogues ou d'argent rend les UD particulièrement vulnérables quant à la possible négociation de l'utilisation du préservatif sur le long terme. Les femmes consommatrices de crack sont encore plus vulnérables face aux risques sexuels, parce leur corps est plus fréquemment une monnaie d'échange contre de la drogue ou de l'argent.

Messages et outils spécifiques

Au vu de ces résultats préoccupants en termes de santé publique, il semble indispensable de repenser la politique de réduction des risques en l'adaptant à la population des consommateurs de crack. Des dispositifs de soins spécifiques destinés aux usagers de crack devraient voir le jour prochainement dans le Nord-Est parisien et pourraient permettre d'accompagner ces usagers dans le traitement de leur dépendance. Des messages et des outils de prévention spécifiques centrés autour des risques liés au partage de la pipe à crack sont à envisager afin de limiter la transmission du VHC au sein de cette population particulièrement exposée. Mais il convient également de mettre en œuvre des stratégies visant à prendre en charge ces consommateurs de crack de manière plus globale en contribuant à traiter ou à réduire les comorbidités psychiatriques et l'extrême précarité à laquelle ils sont confrontés, deux éléments qui renforcent la vulnérabilité de ces usagers face aux risques infectieux.

Coquelicot et la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogue

Jusqu'à présent, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD en France étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons non aléatoires. Aucune estimation de la prévalence du VIH et du VHC portant sur un échantillon aléatoire d'UD et s'appuyant sur des données biologiques n'était disponible en France. Il était donc difficile d'évaluer

précisément l'importance de ces deux infections chez les UD et l'impact de la politique de réduction des risques. En 2004, l'InVS a mis en place une enquête de séroprévalence auprès d'UD (enquête Coquelicot), soutenue par l'ANRS et réalisée en collaboration avec l'Institut national d'études démographiques (INED) et le Centre national de référence du VIH de Tours. Il s'agit d'une enquête épidémiologique, multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et multisites (portant sur l'ensemble de la chaîne thérapeutique spécialisée pour les UD et chez des médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution). Les résultats détaillés de l'enquête sont disponibles dans le *BEH* n°33 paru le 5 septembre 2006. Nous en rappelons ici les principaux.

1 462 personnes ayant eu recours à des drogues injectables et/ou par inhalation au moins une fois dans leur vie ont accepté de participer à l'enquête Coquelicot. L'objectif était d'estimer la séroprévalence pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues et de décrire les comportements (consommation de produits, pratiques à risque) de ces derniers afin de contribuer à l'évaluation de la politique de réduction des risques et notamment son impact différentiel sur le VIH et le VHC chez les UD. Les participants ont accepté de répondre à un questionnaire portant sur des aspects socio-comportementaux, et des échantillons biologiques ont été recueillis par auto-prélèvement de sang au niveau du doigt pour 79 % d'entre eux.

Les usagers de drogues sont essentiellement masculins (74 %) et leur âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes. Cette population est marquée par la précarité sociale puisque 19 % vivent dans la rue ou dans un squat (55 % n'ont pas de logement stable). Près de 11 % sont séropositifs pour le

VIH et 59,8 % pour le VHC. 10,2 % sont co-infectés par le VIH et le VHC. D'une façon générale, la séroprévalence du VIH et du VHC augmente avec l'âge. Alors que la séroprévalence du VIH est quasi-nulle chez les usagers de drogues de moins de 30 ans (0,3 %), elle est déjà de 28 %

pour le VHC chez ces mêmes personnes (moins

de 30 ans). Près d'un tiers des usagers de drogues méconnaissent

leur statut vis-à-vis du VHC et

se croient, à tort, indemnes

d'une telle infection. En

revanche, 98 % connaissent

leur statut vis-à-vis du VIH. La

séroprévalence du VIH varie

selon les villes (1 % à Lille, 10,9 %

à Paris, 31,5 % à Marseille) mais celle du

VHC est élevée dans toutes les villes étudiées.

71 % des personnes interrogées ont reçu un traitement de

substitution aux opiacés dans les six derniers mois (57 %

par Subutex et 36 % par méthadone). Les principaux produits

psychoactifs illicites consommés par les usagers de

drogues dans le dernier mois sont le crack (30 %) et la

cocaïne (27 %). L'injection par voie intraveineuse a été

pratiquée par 70 % des usagers de drogues ayant partici-

pilé à l'enquête (l'âge moyen à la première injection est

de 20,4 ans). Dans le dernier mois, les pratiques à risque

sont largement déclarées puisque 13 % des usagers de

drogues déclarent avoir partagé une seringue et 38 %,

le matériel de préparation (coton, cuillère,

eau). De plus, le partage de la pipe à

crack est une pratique très répandue

(73 %) et celui de la paille de sniff est

fréquent (25 %).

L'enquête Coquelicot a permis de

mesurer, pour la première fois en

France, la séroprévalence du VIH et du

VHC chez les usagers de drogues. Il ressort,

entre autres, que les moins de 30 ans s'exposent

davantage aux risques infectieux. La persistance de

telles pratiques à risque s'inscrit dans un contexte d'ex-

périences de différentes politiques de réduction des

risques qui ont eu un impact sur le VIH, mais dont l'effet

reste aujourd'hui encore limité vis-à-vis de la transmis-

sion du VHC.

Les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les usagers de drogues dans le dernier mois sont le crack (30 %) et la cocaïne (27 %)

Les moins de 30 ans s'exposent davantage aux risques infectieux

Réduction des risques et traitement anti-VIH

INFECTION VIH/SIDA

Il y a dix ans apparaissaient les multithérapies anti-VIH (HAART). Comment les usagers de drogues en ont-ils bénéficié ? La consommation de drogue et les traitements de substitution ont-ils des effets sur leur efficacité ? Comment améliorer prise en charge et accès au traitement ? Swaps fait le point sur les données scientifiques disponibles.

- ¹ Farrell M, Gowing L, Marsden J et al. "Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention" *Internat J Drug Policy*, 2005, 16S, S67-S75
- ² WHO "Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users" *Evidence for action technical papers* March 2005
- ³ Hendriks JC, Satten GA, van Ameijden EJ et al. "The incubation period to AIDS in injecting drug users estimated from prevalent cohort data, accounting for death prior to an AIDS diagnosis" *AIDS*, 1998, 12, 1537-44
- ⁴ Prins M, Veugelers PJ "Comparison of progression and non-progression in injecting drug users and homosexual men with documented dates of HIV-1 seroconversion. European Seroconverter Study and the Tricontinental Seroconverter Study" *AIDS*, 1997, 11, 621-31
- ⁵ Keiser O, Taffé P, Zwahlen M et al. "All cause mortality in the Swiss HIV cohort study from 1990 to 2001 in comparison with the Swiss population" *AIDS*, 2006, 18, 1835-43
- ⁶ Sterne JAC, Hernán MA, Ledergerber B et al. "Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study" *Lancet*, 2005, 366, 378-84
- ⁷ Lloyd-Smith E, Brodtkin E, Wood E et al. "Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIV-positive cohorts in British Columbia" *AIDS*, 2006, 20, 445-50
- ⁸ Mocroft A, Gatell J, Reiss P et al. "Causes of death in HIV infection: the key determinants to define the clinical response to anti-HIV therapy" *AIDS*, 2004, 18, 2333-7

- ⁹ CASCADE Collaboration "Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART" *Lancet*, 2003, 362, 1267-74

Dans les pays industrialisés où les stratégies de réduction des risques ont été mises en place, les nouvelles contaminations sont devenues très rares chez les usagers de drogue. Cette démonstration à grande échelle de l'efficacité de ce paradigme sanitaire sert aujourd'hui de fondement au plaidoyer pour la RdR dans les pays où les épidémies émergentes en Europe de l'Est et en Asie frappent de plein fouet les usagers de drogue.

La distribution de matériel stérile, la diffusion de matériel d'injection font leur chemin même dans des pays très répressifs, mais la résistance est beaucoup plus forte à la diffusion des traitements de substitution dont l'efficacité est pourtant amplement démontrée sur le terrain comme dans la littérature scientifique en termes de réduction des consommations de drogues, comme de mortalité ou de stabilisation de la situation sociale ¹. Les agences internationales en recommandent la diffusion, mais les progrès restent jusqu'à présent très limités ². À l'heure du combat pour l'accès universel au traitement de l'infection VIH/sida, les traitements de substitution en sont le corollaire indispensable. Il est donc aussi indispensable de montrer que comme les usagers de drogue se saisissent des moyens de prévention, ils bénéficient des HAART. D'où l'intérêt de faire le point sur les données disponibles dix ans après leur mise à disposition.

L'apport indiscutable des HAART

Avant l'ère des HAART, il apparaissait nettement que la surmortalité des usagers de drogue vivant avec le VIH par rapport aux autres groupes de personnes atteintes concernait le stade pré-sida et était due à des décès par overdoses, suicides, accidents ou maladies infectieuses non liées au sida ^{3,4}.

Dans les études, la comparaison entre les usagers de drogue et les autres personnes atteintes est réalisée en général en prenant pour indicateur la mortalité générale ou la progression vers le sida.

Pour la mortalité, que les études utilisent des risques annuels de décès, des taux standardisés comparant la mortalité des personnes atteintes à celle de la population générale ou qu'elles se fondent sur les espérances de vie, les résultats sont nets, les gains dus au HAART sont indiscutables et forts. Par contre, ces gains sont moins importants que dans les autres groupes de patients : les données sont concordantes sur ce point, qu'il s'agisse des données issues de la cohorte suisse ^{5,6}, des cohortes de la province canadienne de Colombie-Britannique ⁷, de la cohorte EuroSida ⁸ ou de la collaboration CASCADE ⁹ qui regroupe des cohortes de séroconvertisseurs.

Le poids des hépatites

Parmi les causes de décès on trouve bien sûr, à côté des causes non liées au sida, les hépatites. Pour autant, les résultats concernant la surmortalité liée aux hépatites sont hétérogènes en raison principalement de la diversité des protocoles d'étude et des durées de suivi. Plus les



études sont longues, plus l'importance de la surmortalité due aux hépatites se confirme, ce qui bien sûr rend compte de la longue évolution des hépatites. Ainsi dans des publications récentes, la mortalité par hépatite apparaît la cause la plus fréquente de décès chez les coinfectés par le VIH et le VHC, avec une proportion

encore accrue pour les patients également coinfectés par le VHB.

Pendant, dans l'étude française sur les coinfectés, plus de la moitié des décès par hépatite sont survenus chez les personnes qui avaient plus de 200 CD4, confirmant ainsi l'observation faite dans EuroSida que le taux accru de décès chez les usagers de drogue n'était pas associé à une moins bonne réponse au traitement antirétroviral^{10,11}. Les données sur la progression vers le sida, moins nombreuses qu'on aurait pu l'attendre, tendent à montrer une fréquence accrue de survenue de maladies opportunistes^{12,13}.

Les facteurs pénalisants

Dans l'objectif d'une égalité non seulement de moyens mais de résultats, il est évidemment essentiel de comprendre ce qui contribue à de moins bons résultats chez les usagers de drogue.

Cette moindre efficacité peut être attribuée à différents facteurs : tout d'abord celui d'un retard à la mise sous traitement, dû moins à un délai supérieur avant le dépistage ou à des barrières financières à l'accès aux soins qu'à d'éventuels – mais non démontrés – préjugés des médecins sur la capacité des patients à être observants, ou à une moindre demande de leur part liée à des mauvaises conditions de vie. Les autres facteurs sont des interruptions de traitement plus fréquentes¹⁴, une moindre observance, un état dépressif plus fréquent¹⁵, la survenue d'événements de vie négatifs¹⁶. Les interactions médicamenteuses entre les antirétroviraux et les médicaments de substitution sont possibles pour certaines molécules, mais elles ne sont pas démontrées au niveau clinique et ne peuvent expliquer ces différences¹⁷.

Consommation de drogue et substitution

On peut regretter que les résultats disponibles soient peu nombreux sur les effets de la poursuite de la consommation de drogues et sur les traite-

ments, notamment de substitution, pour imaginer les dispositifs nécessaires à réduire cette inégalité. Des résultats montrent les effets négatifs de la poursuite de la consommation d'héroïne ou de cocaïne sur la progression de la maladie.

En France, à travers les données transversales de l'enquête VESPA, on retrouve un risque accru d'échec chez ceux qui poursuivent une consommation mais pas chez les usagers de drogue dans leur ensemble¹⁴. L.E. Thorpe¹⁸ montre dans un groupe de femmes atteintes une association de l'usage de drogue avec la progression au stade C ; ces résultats ne sont pas retrouvés dans la cohorte américaine ALIVE, qui étudie sur une longue période avant et après la diffusion des HAART l'influence de la consommation d'héroïne, de cocaïne, de crack et d'alcool ainsi que celle de la maintenance à la méthadone sur la survie. De façon paradoxale, seule la consommation de crack est associée à l'évolution, et qui plus est avec un risque réduit pour les consommateurs, ce qui est interprété par les auteurs comme un effet de sélection¹⁹. De façon plus fine, une étude américaine récente s'intéresse à l'association entre la consommation et la survenue de maladies opportunistes sur une période de 36 mois en calculant les risques par semestre pour les personnes n'ayant jamais consommé de drogue, les consommateurs intermittents (en distinguant les semestres avec et sans usage actif de drogue) et les consommateurs continus de drogues. Le risque de maladies opportunistes est deux fois plus élevé chez les intermittents que chez les non usagers, et trois fois plus chez les consommateurs continus ; parmi les intermittents, le risque est plus élevé pendant les semestres de consommation. Ces résultats persistent avec la prise en considération du traitement ARV et de l'adhérence, ce qui suggère une association entre non consommation et efficacité du traitement antiviral²⁰.

Évidemment, il manque un approfondissement des mécanismes qui conduisent à réduire l'efficacité du traitement antirétroviral. Le bénéfice de la prise en charge de la toxicomanie mériterait, en particulier, d'être mieux étudié et compris. Curieusement, les résultats sont peu nombreux sur ce point. En Colombie-Britannique, les traitements de substitution semblent entraîner un accès plus précoce aux soins (69,7 % sous traitement HAART parmi les traités par méthadone à 24 mois versus 44,4 % chez les autres)²¹. Toujours en Colombie-Britannique, Palepu²² observe dans la cohorte VIDUS, parmi les patients traités, que la substitution par méthadone est associée à une diminution de la consommation d'héroïne, à une meilleure adhérence au traitement, à la baisse de la charge virale et à l'accroissement des CD4.

¹⁰ Bonacini M, Louie S, Bzowej N, Wohl AR. "Survival in patients with HIV infection and viral hepatitis B or C: a cohort study" *AIDS*, 2004, 18, 2081-4

¹¹ Salmon-Ceron D, Lewden C, Morlat P et al. "Liver disease as a major cause of death among HIV-infected patients: role of hepatitis C and B viruses and alcohol" *J Hepatol*, 42, 799-805

¹² Moore RD, Keruly J, Chaisson RE. "Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care" *J of AIDS*, 2004, 35, 46-51

¹³ Pérez-Hoyos S, Ferreros I, del Amo J et al. "Survival and progression to AIDS in a seroconverter cohort in the post-highly active antiretroviral therapy era: effectiveness goes on" *AIDS*, 2006, 20, 289-91

¹⁴ Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F, & VESPA Study Group. "Heterogeneous response to HAART across a diverse population of HIV-infected individuals. Results from the ANRS-EN12-VESPA study" *AIDS* (in press)

¹⁵ Bouhnik AD, Preau M, Vincent E et al. "Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy" *Antiviral Therapy*, 2005, 10, 53-61

¹⁶ Moatti JP, Carrieri MP, Spire B et al. "Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Maniñ 2000 study group" *AIDS*, 2000, 14, 151-5

¹⁷ Bruce RD, Altice FL, Gourevitch MN, Friedland GH. "Pharmacokinetic drug interactions between opioid agonist therapy and antiretroviral medications: implications and management for clinical practice" *J AIDS*, 2006, 41, 563-72

¹⁸ Thorpe LE, Frederick M, Pitt J et al. "Effect of hard-drug use on CD4 cell percentage, HIV RNA level, and progression to AIDS-defining class C events among HIV-infected women" *J of AIDS*, 2004, 37, 1423-30

¹⁹ Galai N, Vlahov D, Baretta JC et al. "Prognostic factors for survival differ according to CD4 cell count among HIV-infected injection drug users. Pre-HAART and HAART Eras" *J AIDS*, 2005, 38, 74-81

²⁰ Lucas GM, Griswold M, Gebo KA et al. "Illicit drug use and HIV-1 disease progression: a longitudinal study in the era of highly active antiretroviral therapy" *Am J Epidemiol*, 2006, 163, 412-20

²¹ Wood E, Hogg RS, Kerr T et al. "Impact of accessing methadone on the time to initiating HIV treatment among antiretroviral-naïve HIV-infected injection drug users" *AIDS*, 2005, 19, 837-9

²² Palepu A, Tyndall MW, Joy R et al. "Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy" *Drug and Alcohol Dependence* (in press)

Garantir l'accès aux traitements

Ces résultats appellent plusieurs types de remarques : les usagers de drogue restent, y compris dans les pays qui ont adopté des politiques de réduction des risques, une population vulnérable qui a besoin, face au VIH (presque toujours associé à une hépatite C), d'une prise en charge soutenue et renforcée; que les traitements de substitution doivent avoir explicitement et activement pour objectif de garantir l'accès, la continuité et l'observance du traitement de l'infection VIH et des hépatites, ce qui invite les services de chaque côté (traitement de la toxicomanie, services prenant en charge le VIH et les hépatites) à renouer des contacts qui se sont peut-être distendus avec la routine; que la qualité des prises en charge de la toxicomanie doit être renforcée pour réduire les consommations de drogue d'une façon continue; que la remontée de l'efficacité des traitements chez les usagers de drogue au niveau du groupe des homosexuels masculins, qui ont les meilleurs résultats, doit être un objectif de santé publique appréhendé par des indicateurs régulièrement surveillés.

FRANCE LERT, INSERM U687

Les usagers de drogue exclus des traitements contre le sida en Europe de l'Est et en Asie

Les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, dont la Russie et la Chine, doivent changer rapidement de politique vis-à-vis des usagers de drogues injectables et les inclure dans les programmes de traitement antisida, ont averti des experts au cours de la XVI^e Conférence internationale sur le sida, qui s'est tenue au mois d'août à Toronto (Canada).

“Les gouvernements disent aux toxicomanes de se conduire de façon responsable et de ne pas contaminer d'autres personnes, mais les centres de soins claquent leur porte au nez de ceux qui veulent se soigner”, s'est indignée Kasia Malinowska-Sempruch, directrice du “programme de réduction des méfaits liés aux drogues” de l'Open Society Institute (Fondation Soros). Des millions de personnes sont ainsi laissées sans soins, risquant d'alimenter l'épidémie faute de traitements mais aussi d'accès à des aiguilles propres ou à des programmes de substitution de l'héroïne par la méthadone, a-t-elle estimé, soutenue notamment par l'ambassadeur de France chargé de la lutte contre le sida Michel Kazatchkine. “Les conséquences peuvent être graves” pour la Russie, la Chine, et une vingtaine d'autres pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où les toxicomanes sont le moteur de l'épidémie, a ajouté M^{me} Malinowska-Sempruch.

Les utilisateurs de drogues injectables constituent 70 % des personnes infectées par le virus du sida dans ces pays mais ne représentent que 24 % des malades qui bénéficient d'un traitement, selon l'Onusida. *“Hors d'Afrique, presque une infection sur trois est due à des injections de drogue avec des aiguilles contaminées par le VIH”, a relevé Peter Piot, le directeur de l'Onusida. Pourtant, la recherche et l'expérience accumulées depuis vingt ans démontrent que “l'épidémie de VIH chez les toxicomanes peut être prévenue, stabilisée et même inversée”, a-t-il souligné.*

Dans tous les pays qui ont des programmes de réduction des risques (échanges d'aiguilles et méthadone ou autre substitution) et garantissent l'accès aux soins, l'épidémie de sida dans cette population a été quasiment éradiquée, a souligné le Pr Kazatchkine. — (AFP)

COMPARTE

Stimuler la recherche clinique sur la cocaïne

Confrontée à l'augmentation régulière de la consommation de cocaïne, la Mildt a organisé début avril, en collaboration avec le Cirdd Île-de-France, un séminaire européen¹ afin d'établir un état des lieux de la recherche clinique et de partager les expériences thérapeutiques menées à travers l'Europe. Et surtout, d'initier de nouveaux projets multicentriques. Compte rendu.

En introduction du séminaire, Didier Jayle, président de la Mildt, a rappelé que la France enregistre, comme la plupart des pays du sud et de l'ouest de l'Europe, une forte hausse de la consommation et du trafic de cocaïne sniffée et fumée. Du "champagne des drogues" longtemps apanage de la jet set, la cocaïne s'est étendue à une population plus jeune et surtout plus défavorisée. Cette diffusion est d'autant plus préoccupante qu'elle révèle une pression accentuée des narcotrafiquants qui, face à un marché nord-américain saturé, ciblent l'Europe.

Si des progrès considérables ont été faits pour soigner les héroïnomanes, les praticiens restent assez démunis devant la dépendance à la cocaïne et la polytoxicomanie (benzodiazépines, alcool, voire héroïne) qu'elle induit le plus souvent. Seule la recherche pourra faire avancer l'efficacité des traitements, estime Didier Jayle. C'est donc pour mettre en commun savoirs, succès, échecs et interrogations que la Mildt et le Cirdd Île-de-France ont réuni chercheurs et praticiens. Avec comme objectif la mise en place de projets de recherches multicentriques visant à augmenter la qualité des traitements en Europe.

Repenser le fonctionnement des drogues sur le cerveau

¹ Recherche clinique sur la cocaïne
Séminaire européen
Mildt/Crips-Cirdd Île-de-France
6 et 7 avril 2006, Paris

* Caractère de ce qui amène de la périphérie vers le centre

parce qu'elles libéraient de la dopamine, un neurotransmetteur stimulant le système de la récompense, que les substances type tabac, alcool, cannabis, psycho-stimulants, ecstasy, cocaïne, etc., entraînaient des pharmacodépendances. Les récentes avancées de la neurobiologie montrent pourtant que la dopamine n'est pas la seule responsable.

En bloquant la recapture de la dopamine dans le cerveau, la cocaïne fait augmenter la quantité de dopamine sur les récepteurs post-synaptiques, activant le système de récompense. Mais la cocaïne agit aussi sur la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, deux autres neuro-modulateurs du système nerveux central.

Il existe en effet deux grands circuits dans le système nerveux central. Le premier fonctionne en "point à point". Des neurones libèrent du gaba, de l'acide glutamique et des neuropeptides selon un système téléphonique : on part d'une structure et on va vers une autre, en réseau. L'autre ensemble contient des neurones à sérotonine, noradrénaline et dopamine fonctionnant selon un modèle radiophonique avec un émetteur diffus dans le mésencéphale qui envoie des informations dans l'ensemble de l'avant du cerveau de façon très divergente. Ces deux circuits sont superposés et modulés par les neurotransmetteurs. Pour qu'ils fonctionnent, il faut que les réseaux envoient des informations. Le cortex préfrontal reçoit des informations de ce qui rentre en afférence* sensorielle directe et de ce qui est modulé par les systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques. La hiérarchie entre cortex et structures sous corticales déclenche une réponse

comportementale en principe adaptée au sens des afférences sensorielles.

Ces systèmes noradrénergique et sérotoninergique avaient toujours été considérés comme indépendants l'un de l'autre – le système noradrénergique traitant les informations en provenance de l'extérieur et les amplifiant, le système sérotoninergique protégeant le système nerveux central de ces informations extérieures. Les dernières avancées en neurosciences ont montré qu'ils sont en fait couplés. On peut les représenter comme deux roues couplées l'une à l'autre : l'activation du système noradrénergique étant alors ralentie par le système sérotoninergique et vice-versa.

Si les prises de cocaïne sont répétées, le couplage de ces systèmes se défait : chacun se met à fonctionner de façon autonome et n'est plus ralenti par l'autre. Ce processus apparaît rapidement et perdure plusieurs mois après la dernière prise. Résultat : les deux systèmes noradrénergique et sérotoninergique sont hyper-réactifs, ce qui explique les troubles de l'humeur chez l'utilisateur en état de sevrage. Les systèmes noradrénergique et sérotoninergique deviennent hypersensibles à l'environnement et le traitement cortical en est modifié.

Contrairement à ce qui a longtemps été pensé, c'est vraisemblablement au niveau du découplage des systèmes noradrénergique et sérotoninergique que la plupart des drogues interviennent. On a d'ores et déjà pu le montrer avec la morphine, l'alcool, la cocaïne ou l'amphétamine, et constater qu'il s'agit d'un processus important et durable. La question qui reste entière est de savoir comment "recoupler" ces systèmes le plus vite possible.

Les apports de la neuro-imagerie

Jean-Luc Martinot (Inserm) a ensuite présenté les apports potentiels de la neuro-imagerie. Les addictions entraînent des modifications biochimiques du cerveau qui peuvent être objectivées par une approche d'imagerie cérébrale. Les techniques d'imagerie permettent de mesurer des processus biochimiques et mettent en évidence chez les usagers de drogue des anomalies par rapport à des sujets non toxicomanes. Elles ouvrent des perspectives tant sur la compréhension des drogues que sur l'évaluation de nouveaux traitements.

Une étude de neuro-imagerie menée par Nora Volkow en 2004² a permis par exemple de mettre en évidence la notion essentielle d'éprouvé subjectif.

Lorsqu'un placebo est administré à la place d'une substance active, les effets sur le cerveau sont certes moins intenses, mais ils sont présents. D'autre part, lorsqu'une substance active est administrée à un sujet à son insu,

les effets sont moins importants que quand il le sait.

Jean-Luc Martinot a déploré l'absence de recherches en neuro-imagerie sur la cocaïne en France, et le retard pris en la matière sur les pays anglo-saxons. Deux techniques sont pourtant aisément utilisables : l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie par émission de positons (TEP). La TEP permet d'observer par marquage radioactif la distribution d'une substance addictive dans le cerveau et d'évaluer les variations du métabolisme énergétique dans les différentes parties du cerveau. Les apports de l'IRM sont complémentaires. L'IRM fonctionnelle permet de mesurer les variations de l'activité quand on administre la substance et de rechercher des altérations d'activation lors de tâches expérimentales. Quant à l'IRM de l'anatomie cérébrale, elle est utilisée dans le diagnostic neurologique et dans le bilan des altérations anatomiques et des altérations de la connectivité cérébrale. Le centre d'Orsay va prochainement utiliser une caméra haute définition pour obtenir une imagerie en multimodalités (IRM superposée à TEP) et tenter d'affiner les connaissances scientifiques sur le rôle des transporteurs de la dopamine dans la dépendance à la cocaïne.

Épidémiologie de l'usage de cocaïne en Europe

L'augmentation des usages de cocaïne a pris les équipes cliniques spécialisées au dépourvu. Savoir où et comment prendre en charge les cocaïnomanes supposait au préalable de connaître le contexte, les modalités et les conséquences de leurs consommations.

Destinée à développer des stratégies de santé publique adaptées, la première étude épidémiologique sur l'usage de cocaïne en Europe a été publiée en 2004³. Elle a été menée pendant 2 ans à Zurich, Londres, Stockholm, Rome, Dublin, Barcelone, Hambourg, Budapest, Vienne puis Paris auprès de 2 100 usagers ayant eu une consommation régulière de cocaïne au cours du mois.

Gabriele Fischer, de l'université de médecine de Vienne (Autriche), a présenté les principaux enseignements de cette étude, qui montre que les usages varient aussi selon les villes. Vienne et Budapest ne sont pas confrontées au crack alors que c'est un problème à Londres, Paris et Hambourg. La consommation de cocaïne sous forme de poudre est très élevée à Barcelone, Vienne et Zurich, beaucoup plus basse à Budapest et à Londres.

Au-delà de cette hétérogénéité de sites, 3 groupes montrant une prévalence importante ont été particulièrement observés dans chaque ville : le "groupe festif" composé de jeunes plutôt insérés et sans suivi particulier, le "groupe traitement" regroupant des usagers anciens héroïnomanes sous traitement de substitution, et le

² Volkow ND

Imaging the addicted brain: from molecules to behavior

J Nucl Med, 2004, 45, 11, 13-22

³ Prinzleve M, Haasen C, Zurhold H et al.

Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups

Eur Addict Res, 2004, 10, 4, 147-55



“groupe scène” comprenant des consommateurs très marginalisés et sans traitement participant au trafic à l’usage de rue.

Si chaque groupe a ses particularités – la cocaïne est injectée par les usagers des groupes scène et traitement, elle est plutôt sniffée ou fumée par les usagers du groupe festif, l’ancienneté de la consommation est plus importante dans les groupes scène et traitement – ils présentent tous des polyconsommations importantes (alcool, cannabis, benzodiazépines voire héroïne).

Les données du site de Vienne révèlent différents éléments préoccupants. La prévalence de l’hépatite C est très importante dans les groupes scène (55 %) et traitement (60 %). La prostitution est présente, quoique de façon inégale, dans chaque groupe (1 % du groupe festif mais 7 % du groupe traitement et 21 % du groupe scène) ainsi que le “deal” (5 % du groupe festif, 12 à 14 % des groupes traitement et scène). Les troubles somatiques et psychiatriques sont partagés par tous mais le désir de traiter la dépendance est inégalement exprimé, voire quasiment inexistant chez les usagers du groupe festif, qui ne considèrent généralement pas la consommation de cocaïne comme un problème.

D’autres éléments observés dans plusieurs villes méri-

tent également l’attention, notamment l’augmentation des maladies sexuellement transmissibles, la part importante d’adolescents et de femmes enceintes ou encore la hausse de la criminalité. En outre les approches psychopharmacologiques se sont révélées inefficaces.

Les auteurs ont tiré de cette enquête des recommandations de santé publique adaptées. Ils préconisent d’étouffer la formation psychiatrique des généralistes et des praticiens de centres spécialisés; de privilégier les mesures de réduction des risques telles les salles de consommation, les lits de repos ouverts 24 heures sur 24, les équipes de première ligne à destination des usagers précaires du groupe scène, et de multiplier les actions de prévention et de sensibilisation aux risques encourus. Par ailleurs, les auteurs proposent des mesures générales préalables comme l’ouverture d’une hotline cocaïne anonyme et gratuite et la formation complémentaire des cliniciens qui sont amenés à rencontrer des patients présentant des complications liées à leur usage de cocaïne. Réformer les modèles classiques de prise en charge des addictions pour traiter efficacement la dépendance à la cocaïne est un défi majeur, estime Gabriele Fischer, et la question du crack en est sans doute l’aspect le plus critique.

Immunothérapie : questions autour d’un hypothétique vaccin

L’équipe de Thomas Kosten, à Yale (États-Unis), travaille sur un vaccin anti-cocaïne¹ qui repose sur le mécanisme suivant : les anticorps véhiculés dans le sang filtrent les principes actifs de la cocaïne. La concentration de ces molécules sur les récepteurs spécifiques du cerveau est donc beaucoup plus faible. L’usager ressent tous les effets désagréables – agitation, paranoïa – mais pas de high : les anticorps ont inactivé les effets plaisants.

L’équipe de Yale propose d’accompagner l’usager vacciné par un système de récompenses en nature (“voucher”) attribuées aux usagers qui restent abstinents jusqu’à l’apparition des anticorps et parie que la fin de ces récompenses n’entraînera pas de retour à la cocaïne car même en cas de rechute, l’absence d’effet, de plaisir décourage la consommation.

Le vaccin a été testé avec succès sur des animaux : la production d’anticorps amenant diminution et arrêt de l’auto-administration de cocaïne. Les expérimentations montrent que le dosage et la fréquence du vaccin influent sur la production des anticorps : il faut 5 à 6 injections de 100 µg de vaccin pour obtenir une immunisation optimale et des rappels sont nécessaires pour pallier la diminution du nombre d’anticorps au fil du temps.

La question du temps nécessaire entre la vaccination et la fabrication des anticorps demeure. Tout comme celle du désir de retrouver la sensation de plaisir qui peut pousser l’usager à augmenter les doses de produit avec par conséquent des risques d’overdose. On peut aussi se demander qui vacciner : outre les personnes sous traitement pour addiction à la cocaïne, faut-il proposer le vaccin à des individus présentant des risques de dépendance à la cocaïne ou encore à des personnes vulnérables aux effets induits par la cocaïne ?

Des évolutions d’ordre technologique sont attendues pour expérimenter un vaccin par voie nasale ou orale, et qui ne se prendrait qu’en une prise, et des améliorations sont encore nécessaires pour diminuer le nombre de non répondants. De plus, cette technique est actuellement extrêmement chère.

Pour les chercheurs de Yale, les perspectives concernent d’une part la prévention des rechutes après une période d’abstinence mais aussi, à plus long terme et à plus grande échelle, la vaccination de populations spécifiques : détenus, mères toxicomanes voire même, de manière préventive, adolescents.

¹ Kosten T, Owens M
Immunotherapy for the treatment of drug abuse
Pharmacology & Therapeutics, 2005, 108, 76-85

Bridget A, Martell AB, Mitchell E et al.
Vaccine pharmacotherapy for the treatment
of cocaine dependence
Biological Psychiatry, 2005, 58, 2, 158-64

Un point sur les cohortes de traitement

L'usager de cocaïne étant le plus souvent polytoxicomane, il serait illusoire de penser le traitement comme si la cocaïne était le seul produit consommé, a affirmé Michael Gossop en ouverture de son intervention sur les résultats observés dans des cohortes britanniques et américaines. Une étude longitudinale menée en Grande-Bretagne⁴ sur un échantillon aléatoire de personnes en traitement dans les différents types de services spécialisés a permis de distinguer quatre types de consommateurs de cocaïne :

- ceux qui consomment principalement des opiacés et qui utilisent la cocaïne comme produit secondaire, au même titre que les benzodiazépines et l'alcool ;
- ceux qui consomment moins d'opiacés, mais beaucoup d'alcool et de benzodiazépines, et qui ont une consommation occasionnelle de cocaïne ;
- ceux pour qui il y a deux produits principaux : l'héroïne et la cocaïne, et qui consomment de l'alcool et des benzodiazépines en produits secondaires (en Angleterre, les usagers de ce groupe sont de plus en plus nombreux) ;
- ceux qui consomment surtout de la cocaïne et de l'alcool, mais relativement peu les autres produits.

L'étude anglaise s'est intéressée à des usagers de drogues en traitement résidentiel. Il s'agit d'usagers ayant un long parcours de consommation, des poly-usages, des problèmes de délinquance et des comorbidités psychiatriques.

La diminution de l'usage de drogues au bout d'un an de traitement dépend pour beaucoup du type d'usage pré-existant. Si les usagers qui consommaient des drogues à titre principal diminuent significativement leur consommation, les usagers occasionnels ne modifient pas, voire augmentent leur consommation. Ces personnes, qui ne semblent pas souffrir de problèmes liés à leur consommation, sont assez réfractaires au traitement, ce qui pose une nouvelle fois, a estimé Michael Gossop, la question de la pertinence de traiter quelqu'un qui ne veut pas être aidé.

En revanche, le traitement résidentiel a un impact fort sur les pratiques d'injection. En 4 à 5 ans, les injecteurs passent de 60 % à moins de 30 %. Et les partages de seringues diminuent de manière significative, passant de plus de 20 % à moins de 5 %. Ces données sont encourageantes, mais la prévalence des hépatites reste un point d'inquiétude. Un an après la première injection, 25 % des usagers sont porteurs de l'hépatite C et ils sont presque

100 % au bout de 20 ans. L'hépatite B connaît la même courbe de croissance passant de 0 à plus de 75 % entre la première et la vingtième

année d'injection. Ces données montrent, selon Michael Gossop, que l'attention portée sur le VIH/sida a fait négliger la prévention des hépatites. Ce qui est d'autant plus préoccupant qu'une bonne partie de ces usagers de drogue ont des consommations massives d'alcool. Et les résultats du traitement de l'alcool-dépendance sont notoirement insatisfaisants chez les patients toxicomanes.

Dernier impact non négligeable : la diminution quantifiable de la criminalité, notamment en matière de deal et de vols.

En conclusion, Michael Gossop a estimé que ces résultats donnent des raisons d'être optimiste, et aussi qu'ils confirment qu'une approche focalisée sur un seul produit est inefficace et dépassée.

Quelle place pour les pharmacothérapies ?

Plusieurs études ont été menées aux États-Unis sur l'impact de diverses molécules dans le traitement de la dépendance à la cocaïne et en prévention de certains troubles associés, notamment l'apparition précoce de signes parkinsoniens chez les usagers de stimulants. Thomas Kosten (Université de Yale) a présenté l'étude multisites CREST (clinical rapid efficacy screening trials), qui a enregistré des résultats positifs notamment avec le modafinil, le baclofène, le topiramate ou le disulfiram.

– **Le disulfiram**, antagoniste connu dans le traitement de l'alcool-dépendance, atténue les syndromes de manque. Les résultats sont significatifs : sur 600 patients suivis, 55 % avaient des urines sans trace de cocaïne, ce qui en fait l'un des médicaments les plus prometteurs en la matière. Toutefois, il semble qu'il existe un déterminant génétique de réponse à cette molécule chez les personnes ayant un faible taux du gène TBH. Par ailleurs, si la consommation baisse ou disparaît, les effets indésirables tels que la paranoïa et la nervosité s'amplifient. De son côté, la fondation Phénix, en Suisse, qui propose trois protocoles pharmaceutiques, observe que c'est pour le disulfiram que la rétention est la moins bonne, les patients refusant d'abandonner leur consommation d'alcool.

– Agoniste des récepteurs GABA, **le baclofène** annihile l'activation des syndromes du manque. On constate une diminution de l'auto-administration et des comportements de recherche. Au bout de 7 à 10 jours avec une prise quotidienne de 20 à 40 mg, le "craving" s'atténue de façon significative.

– **Le modafinil** quant à lui est un activateur glutamatergique. Trois études sont en cours aux États-Unis mais des résultats encourageants peuvent d'ores et déjà être

⁴ Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T
The National Treatment Outcome Research
Study (NTORS): 4-5 year follow-up results
Addiction, 2003, 98, 3, 291-303



signalés. À 400 mg par jour, il y a moins d'urines positives à la cocaïne que dans le groupe témoin. Les usagers décrivent un effet bloquant : ils perdent l'effet euphorisant de la cocaïne. D'autre part, le modafinil accroît l'habileté à inhiber un comportement, ce qui ouvre des perspectives intéressantes pour une prise en charge associant modafinil et thérapie cognitivo-comportementaliste (TCC). Enfin, son action "stimulant like" pourrait réduire les symptômes de sevrage en augmentant l'énergie, l'activité psychomotrice, les performances cognitives et en diminuant l'envie d'euphorie cocaïnique. Il faut ajouter que le modafinil est peu addictif et qu'il semble qu'en cas de co-administration de cocaïne ou d'amphétamine, aucune conséquence délétère ou létale n'est à craindre. Reste qu'en France le modafinil est très cher et n'est remboursé que sous condition dans le cadre du traitement de la narcolepsie.

La recherche française s'intéresse également à la question. Un protocole hospitalier de recherche clinique sur le transporteur de la dopamine dans les traitements pharmacologiques de la dépendance à la cocaïne a été initié en février 2006 par l'hôpital Paul Brousse avec le service d'imagerie de Jean-Luc Martinot à Orsay. Une étude monocentrique randomisée en double aveugle contre double placebo sur 3 groupes de 12 patients en sevrage thérapeutique de 3 semaines portera sur le baclofène et le modafinil.

– D'autres molécules sont testées par des cliniciens. Au centre hospitalier de Beaulieu en Guadeloupe, Jérôme Lacoste utilise l'acétylcystéine et le topiramate.

L'acétylcystéine est un agent mucolytique administrable par intraveineuse et per os qui provoque peu d'effets secondaires à faible dose. Une équipe de Caroline du Sud a montré que le taux de glutamate dans le noyau acumbens était bas lors du sevrage à la cocaïne mais que l'acétylcystéine permettait de rétablir ce taux, améliorant

la symptomatologie du sevrage. L'étude⁵, publiée en janvier 2006, portait sur la tolérance à l'acétylcystéine chez une trentaine de crackeurs et a montré qu'elle permettait de réduire les syndromes de sevrage. Jérôme Lacoste l'utilise à l'hôpital de Beaulieu depuis janvier.

La prise en charge dure 12 jours. Il ne s'agit pas d'une véritable étude (il n'y a ni placebo ni double aveugle), mais les résultats sont encourageants : sur 12 patients inclus, 9 ont suivi ce protocole. Les deux seules femmes sont parties mais 9 hommes sur 10 sont restés jusqu'au bout et ont été transférés en post-cure. Toutefois, un jeune homme schizophrène s'est mis à délirer sous acétylcystéine.

– **Le topiramate** a quant à lui été initié à Beaulieu en 2005. L'étude a concerné 28 patients, en hospitalier et en ambulatoire. La seule évaluation possible porte sur la fréquence, l'intensité et la durée du "craving". Les usagers témoignent, sur une échelle d'évaluation, d'une diminution significative en quelques jours, ce qui facilite la prise en charge psychothérapeutique associée. Par ailleurs, la molécule aide à stabiliser l'état des patients comorbides.

L'apport des thérapies cognitivo-comportementalistes

Laurent Karila, de l'hôpital Paul-Brousse (Villejuif), a exposé les avantages des thérapies cognitivo-comportementalistes (TCC) : approches brèves efficaces à long terme ("sleeper effect"), elles permettent une prise en charge tout à la fois structurée, focalisée, flexible et individualisée. Il s'agit de thérapies basées sur la théorie de l'apprentissage social qui proposent pour modifier un comportement problématique d'agir sur le processus d'apprentissage à l'origine de ce comportement. Il existe différentes approches :

– **L'approche motivationnelle** vise à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et résoudre son ambivalence. Fondée sur l'empathie, cette technique a pour but de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et la liberté de choix.

– **Le management des contingences** consiste à remettre des bons-cadeaux ("voucher") pour renforcer positivement l'abstinence. La valeur du bon peut être conditionnée au résultat de tests urinaires : négatif la valeur augmente, positif elle baisse. Cette méthode, peu utilisée du fait de son coût, est peu satisfaisante dans la mesure où son efficacité décroît voire disparaît à la fin de la thérapie.

– L'approche du **renforcement communautaire** se fonde sur les relations du sujet. Il s'agit de réorganiser sa vie, de développer de nouveaux répertoires sociaux et professionnels auprès desquels l'abstinence sera plus gratifiante que la consommation.

– **Le Matrix Model** est un programme empirique qui combine sur 16 semaines différentes techniques thérapeutiques stimulant tout à la fois les compétences comportementales, cognitives, émotionnelles, familiales et relationnelles. Il associe entre autres entretien motivationnel, thérapie de groupe et support social...

Laurent Karila a défendu la solidité des supports empiriques des TCC dans le traitement de la dépendance à la cocaïne. Plusieurs études⁶ ont montré leur efficacité, notamment en association avec une pharmacothérapie et quand elles sont combinées entre elles. Pourtant, le manque de formation des professionnels français limite

⁵ LaRowe SD, Mardikian P, Malcolm R et al. Safety and tolerability of N-acetylcysteine in cocaine-dependent individuals. *Am J Addict*, 2006, 15, 1, 105-10

⁶ Carroll KM, Roussainville BJ, Nich C et al. One year follow-up of psychotherapy & pharmacotherapy for cocaine dependence. *Arch Gen Psy*, 1994, 51, 989-97

Carroll KM, Kosten T, Roussainville BJ. Choosing a behavioral therapy platform for pharmacotherapy of substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, 123-34

Maude-Griñin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL et al. Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol*, 1998, 66, 5, 832-7

l'essor de ces approches thérapeutiques dans la prise en charge des dépendances.

Traitements de substitution

La France a tardé à prendre conscience de l'importance du phénomène cocaïne chez les usagers en traitement de substitution. Ainsi en 2004, la question était absente de la conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques et la place des traitements de substitution. Pourtant, une étude suisse portant sur 103 patients en traitement de substitution montrait déjà que 32 % conservaient un usage simple de cocaïne et 28 % un usage problématique pendant le traitement.

Confronter l'expérience clinique de la substitution aux opiacés à la consommation de cocaïne chez les anciens héroïnomanes amène à se poser trois questions : peut-on établir un lien direct entre substitution et consommation de cocaïne ? Comment caractériser cette consommation ? Quelles réponses apporter en cas de consommation de cocaïne concomitante à la substitution ?

Marc Auriacombe, de l'université de Bordeaux II, a présenté une étude sur une cohorte ouverte en 1993. Sur 401 patients sous substitution, on a constaté entre 1993 et 2004 une augmentation du nombre d'individus ayant consommé de la cocaïne.

Pour Fabrice Olivet, d'Asud, et Didier Touzeau, de la clinique Liberté, l'appétence des usagers sous substitution pour la cocaïne peut s'expliquer par deux facteurs complémentaires. D'une part certains regrettent la perte de sensations induite par la substitution et recherchent une nouvelle ivresse, d'autre part, la méthadone est décrite comme atténuant efficacement les symptômes de descente de la cocaïne. Sans oublier qu'une bonne part d'héroïnomanes consommaient déjà de la cocaïne seule ou en association avec l'héroïne ("speedball") avant le traitement de substitution. Aussi, comme l'explique le PrAuriacombe, il y a un "effet trompe-l'œil" : la baisse de la consommation d'opiacés rend la consommation de cocaïne plus visible même si elle n'augmente pas. Luis Patricio observe qu'au centre Das Taipas de Lisbonne, ce sont surtout des usagers sous-dosés en méthadone qui sont passés à une consommation de cocaïne entre 2000 et 2005.

Il convient, avant toute prise en charge, de caractériser cette consommation de cocaïne. C'est la première difficulté. S'il existe des données épidémiologiques, il y a un véritable déni chez les usagers. Pour Fabrice Olivet, cette attitude s'explique à la fois par une crainte de la sanction – certains praticiens baissent le dosage de méthadone en cas de contrôle positif à la cocaïne – et par la volonté de ne pas brouiller l'image de réussite véhiculée par les militants de la substitution. L'enjeu est pourtant de

taille : une cohorte australienne a montré que si la consommation de cocaïne se poursuit pendant plus de 12 mois, 50 % des usagers ont un diagnostic péjoratif.

Mais quelles réponses apporter ? Ici les stratégies divergent. Au centre Das Taipas au Portugal, la réponse est fonction de la fréquence de la consommation. Si l'usage de cocaïne reste peu important, les soignants ajustent la posologie du substitution, renforcent l'appui thérapeutique et psychosocial, recherchent d'éventuels troubles de l'humeur et proposent à l'utilisateur de changer son mode de vie et de participer à des groupes d'autosupport. En revanche, si la consommation excède deux fois par semaine, il y a discussion sur l'intérêt de l'arrêt du traitement aux opiacés ou du passage en programme à bas seuil d'exigence. Un traitement psychiatrique et l'introduction de pharmacothérapies type neuroleptiques sont envisagés. Les associations d'autosupport comme Asud dénoncent cette remise en cause du traitement à la méthadone qui a pour effet pervers à la fois d'augmenter les consommations de cocaïne et de renforcer le silence des usagers craignant de voir diminuer leur dosage de substitution. C'est le paradigme même d'abstinence qui devrait être remis en cause, estime Fabrice Olivet : pourquoi ne pas développer plutôt une politique adaptée de réduction des risques ?

Entre ces deux positions, Didier Touzeau suggère de considérer la cocaïne comme un problème spécifique qui suppose de définir des objectifs, caractériser les troubles associés, aborder les rechutes, traiter les complications et prévoir des monitorages pour le passage en médecine de ville. Une intervention thérapeutique efficace pourrait consister à intensifier les approches comportementales et à reconnaître l'impact de l'offre de cocaïne.

Succès, difficultés et échecs des traitements et pratiques : partage d'expériences

Une dizaine d'équipes de chercheurs et praticiens venus de France, d'Italie, d'Espagne, de Suisse, du Portugal, d'Angleterre ou des États-Unis ont présenté leur travail et partagé leurs expériences en matière de traitement de l'addiction à la cocaïne.

– **Proyecto Hombre** est une association espagnole qui propose un programme ambulatoire en trois phases centré sur la personne. Monica Macrescu, du Proyecto Hombre Baléares, en a présenté les spécificités : il s'agit d'une prise en charge à la fois individuelle et collective, sur 24 mois, avec un personnel de psychologues, de pédagogues et d'éducateurs. Une association de volontaires composée d'ex-usagers, de familles et d'amis est associée à toutes les étapes. L'utilisateur s'engage par le



biais d'un contrat thérapeutique et travaille sur son autonomisation progressive et son rapport aux autres (familles, amis, collègues...). Les premières sorties de patients datent de 2000 et le programme semble d'ores et déjà satisfaisant à en croire son attractivité et son indice de rétention, supérieur à 50%.

– Daniele Zullino et Djamel Benguettat ont ensuite fait part du programme spécifique développé par **les Hôpitaux universitaires de Genève**, où la cocaïne est responsable de 40% des hospitalisations de patients toxicomanes et est le premier motif d'hospitalisation pour troubles psychiatriques dans le service d'abus de substances. L'objectif du programme est de favoriser l'émergence d'une demande de soins, véritable trajectoire suivie en réseaux coordonnés et d'en finir avec l'accumulation d'épisodes de soins erratiques. Le programme genevois utilise une approche motivationnelle et comportementale, des thérapies individuelles et collectives et des critères de transition entre les modules ambulatoires intensifs ou soutenus, le module hospitalier et le module résidentiel. Des évaluations régulières permettent d'ajuster la trajectoire de soins. Elles se fondent sur la consommation, la motivation, le fonctionnement social de l'usager.

Ce programme a créé une interface entre les secteurs ambulatoires, hospitaliers et résidentiels mais il reste des défis à relever – notamment l'inclusion initiale de patients qui ne seraient pas héroïnomanes substitués déjà en contact avec le secteur ambulatoire, et la question de l'accompagnement vers l'abstinence, comme objectif du traitement.

– À **la clinique Montevideo** de Boulogne-Billancourt, dans la banlieue parisienne, la cocaïne est le deuxième motif d'hospitalisation. Comme l'a expliqué Mario Sanchez, elle concerne 25% des patients, presque toujours dans le cadre d'une polyconsommation. Le but du traitement est l'abstinence. L'évaluation psychique est faite à travers des outils du type de la grille sémiologique PHAIS, mise au point par le centre, qui permet d'évaluer pensée, humeur, altérité, motivation et sommeil. Une large palette de pharmacothérapies est envisageable : traitements dits classiques (benzodiazépines coprescrites dans plus de la moitié des cas, antidépresseurs, anti-histaminiques...), régulateurs de l'humeur (comme le topiramate actuellement à l'étude) ou neuroleptiques. L'expérience clinique des traitements de substitution aux opiacés peut laisser penser qu'il n'y aura pas un traitement unique de la dépendance à la cocaïne. Pour l'équipe de la clinique Montevideo, l'important est que l'indication thérapeutique articule sémiologie et neurobiologie.

– Zorka Domic, de **l'hôpital Marmottan** (Paris), a

souligné le déni problématique des usagers de cocaïne, qui restent longtemps non demandeurs de soin. Le cocaïnomanie établit une relation fusionnelle avec la cocaïne, intense mais variable dans le temps qui oblige le soignant à s'adapter en adoptant un schéma thérapeutique flexible. L'hospitalisation de jour paraît une bonne alternative à une hospitalisation classique, qui semble trop rigide.

– Jacques Jungman a présenté les activités de La Terrasse, une structure parisienne atypique à la fois dans le service public hospitalier et hors la structure hospitalière. Outre ses consultations diverses et sa boutique "bas seuil", **la Terrasse** gère l'Équipe de liaison psychiatrique, interface entre l'usager, les soignants et la police en cas de manifestations psychiatriques aiguës. Certains usagers peuvent être demandeurs de soutien en termes de réduction des risques mais pas en termes de soins de la toxicomanie. Les structures d'accueil permettent une rencontre entre des équipes de soin et l'usager qui sinon n'aurait pas lieu, ou qui aurait lieu plus tard.

– En Italie, **la fondation Villa Maraini** a mené une étude destinée à identifier les comorbidités psychiatriques au sein d'une communauté thérapeutique dans laquelle la cocaïne est le premier produit consommé dans 43% des cas. Daniele Nacca et Anna-Maria Ruggerini ont présenté les résultats d'une recherche menée entre 2000 et 2005 sur 519 patients. 50% d'entre eux avaient un antécédent psychiatrique connu et on retrouvait des troubles psychiatriques ou addictifs dans les familles de 41% d'entre eux. Les troubles les plus fréquemment diagnostiqués sont les troubles bipolaires plus ou moins intenses, les dépressions et l'hyperthymie. Offrir un spectre d'intervention au plus près des besoins des patients suppose de prendre en compte ces comorbidités.

– Jean-Jacques Deglon a expliqué que **la fondation Phénix**, en Suisse, préfère les thérapies individuelles aux approches de groupe en ambulatoire, la simple évocation du produit pouvant suffire à faire renaître l'envie chez les autres participants. La fondation propose trois protocoles ambulatoires pour cocaïnomanes insérés. Modafinil, disulfiram et topiramate y sont associés à deux séances hebdomadaires de thérapie comportementale et cognitive (TCC), des thérapies corporelles et des contrôles salivaires et urinaires. Ces programmes, initiés en 2005, ont concerné 40 patients. La rétention varie de 50% pour le disulfiram à 85% pour le topiramate, et dans tous les cas la tolérance est très bonne.

Les perspectives de recherches collaboratives en Europe

Se basant sur les présentations et les échanges au cours du séminaire, France Lert, conseillère scientifique de la

Mildt, a, pour conclure, dégagé des pistes d'étude et de recherche à construire.

Il convient d'abord d'améliorer la connaissance des populations de consommateurs de cocaïne afin d'identifier les caractéristiques et la taille des groupes de consommateurs relevant de types d'intervention préventive ou de prise en charge différents. Ce travail sera réalisé par l'OFDT pour la France, et des contacts seront pris avec d'autres pays européens pour mener un travail collaboratif avec des méthodes communes. L'accent sera mis sur une approche quantitative, mais des approches anthropologiques seront aussi envisagées. Ce travail se mettra en route en 2006.

Un autre axe de travail repose sur la réalisation d'essais thérapeutiques chez les personnes dépendant de la cocaïne en évaluant diverses molécules identifiées après une première évaluation notamment à travers le projet CREST du NIDA. De nombreux cliniciens utilisent déjà certains médicaments, des essais cliniques sont en projet, notamment dans le cadre du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Le projet est de mettre sur pied des essais multicentriques évaluant plusieurs produits contre placebo ou traitement de routine, auprès de divers types d'usagers de cocaïne (dans ou hors association avec un traitement de substitution, crack, etc.) avec une prise en charge psychosociale protocolisée ou une TCC. Sous l'égide de la Mildt, un petit groupe de chercheurs et de cliniciens sera formé pour préparer un projet et réaliser une étude pilote dès 2007. Ce projet devra être international.

Par ailleurs, des programmes de prise en charge de consommateurs de cocaïne se mettent en place dans les services spécialisés. Il sera nécessaire de réaliser très prochainement une enquête permettant de décrire les stratégies thérapeutiques proposées, éventuellement de mettre sur pied des recommandations de pratiques et de mettre en place une enquête de type NTORS (M. Gossop, Grande-Bretagne) suivant à long terme (3-5 ans) le devenir d'une cohorte tirée au sort dans les centres participants sur des indicateurs de consommation de substances, d'état de santé et de situation sociale. Déjà, la cohorte du Pr Auriacombe peut apporter des informations et éventuellement être complétée pour améliorer la connaissance des besoins et pratiques actuels en incluant de nouveaux centres.

Il est aussi nécessaire de poursuivre la réflexion sur les TCC afin d'intégrer ces techniques à l'offre de soins qui se mettra en place pour la prise en charge de cocaïne et les recherches ou la formation nécessaires.

BÉATRICE DELPECH, CIRDD
REMERCIEMENTS À CÉLINE DUVAL

Quelles mesures contre le trafic de cocaïne ?

La Mildt a organisé début juin, dans la foulée du séminaire européen sur la recherche clinique, un second colloque plus spécifiquement dédié à la lutte contre le trafic de cocaïne. Résumé.

La cocaïne est le deuxième produit consommé en Europe. Elle s'est diffusée bien au-delà de son milieu originel, jouit d'une bonne image et son prix baisse. Au niveau mondial, la demande évolue. Le marché nord-américain étant saturé, les narcotrafiants ont augmenté leur pression sur l'Europe. Les saisies sont en hausse spectaculaire: +17% dans le monde en 2003, +80% en Europe. Elles sont particulièrement importantes en Espagne, première porte d'entrée, et aux Pays-Bas, un peu moindres en France.

95% du trafic arrive par la mer, mais les voies utilisées sont plurielles: routières, avec des petits convois ultrarapides, ou aériennes, en provenance directe des pays sources avec des passeurs, les "mules", qui ingèrent la cocaïne enrobée dans du latex. Les routes d'acheminement se modifient, l'Afrique de l'Ouest prenant aujourd'hui une part de plus en plus importante dans l'acheminement de la drogue vers l'Europe.

Trois types de réponse

Le second colloque sur la cocaïne organisé par la Mildt, les 1^{er} et 2 juin 2006, avait pour objectif de favoriser les coopérations de part et d'autre de l'Atlantique et entre les pays européens concernés par cette arrivée massive de cocaïne pour lutter efficacement contre le trafic.

Trois types de réponses au narcotrafic ont pu être présentées à cette occasion: le contrôle sur le territoire national, l'action au plus près des pays sources et la collaboration transnationale aux stades pré-judiciaire et judiciaire.

Faire face sur place, c'est l'objectif que se sont fixé les Pays-Bas en leur aéroport de Schipol. Dès janvier 2002, 200 personnes et des chiens ont été mobilisés pour contrôler 100% des vols – passagers et carlingues – en provenance des Antilles et la plupart de ceux en provenance d'Amérique du Sud. Une prison de 400 places est installée sur le site même de l'aéroport avec une équipe



médicale et des rayons X pour pouvoir détecter les ingestions de boulettes. Les passeurs interceptés sont inscrits sur la liste du SIS, le système d'information de l'espace Schengen. En deçà d'un certain seuil, ils ne sont pas poursuivis mais interdits du territoire. Le nombre de passeurs interceptés et les saisies ont significativement diminué, et le gouvernement envisage d'étendre ces mesures de contrôle systématique aux containers du port de Rotterdam.

Ces contrôles systématiques sont cependant contraignants et dispendieux en moyens humains, aussi les Pays-Bas étudient la possibilité d'accroître les coopérations internationales et envoient des équipes dans les pays producteurs.

Agir dans les pays sources

D'autres pays soulignent l'intérêt d'agir au plus près des pays sources. C'est le cas de la Grande-Bretagne qui a détaché des équipes dédiées dans différents pays producteurs et a mené une vaste opération en Jamaïque pour contrer les trafiquants de crack. Douaniers et policiers se sont rendus à Kingston pour former les policiers locaux à de nouvelles pratiques et technologies et lancer une vaste campagne radio pour décourager les "mules". En deux ans, les services ont constaté une chute spectaculaire du nombre de passeurs venant de Jamaïque en vol direct. Les autorités britanniques ne sont pas dupes pour autant : le trafic n'a fait que se déplacer, et nul ne sait ce qu'il adviendra quand les équipes rentreront en Grande-Bretagne.

C'est bien pour agir au plus près des sources de production que l'OCRTIS* français a ouvert en 2003 une antenne à Fort-de-France regroupant 25 personnes – marins, douaniers, policiers, gendarmes. L'antenne accueille aussi des équipes étrangères. Sa mission : le renseignement et les saisies et interceptions au départ.

Favoriser les collaborations transnationales

Mais nul n'imagine que ces efforts, aussi louables soient-ils, empêchent les narcotraffiquants d'approvisionner le marché européen. Aussi est-il particulièrement important de faciliter la répression de ces agissements en favorisant les collaborations transnationales. En 2005, la Commission européenne a financé pour un an un projet pilote concernant quatre pays (l'Espagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et la France) afin de mettre en place des équipes conjointes d'investigations au stade pré-judiciaire.

Par ailleurs, la France et l'Espagne ont expérimenté un dispositif exceptionnel et atypique

qui permet d'associer magistrats et policiers de deux pays et de considérer que les pays contractants forment un seul et même territoire le temps de l'investigation. Ces "équipes communes d'enquête" ont permis aux enquêteurs espagnols d'agir sur le territoire français sous le contrôle de magistrats français et vice versa. Les enquêteurs des deux pays participent à toutes les étapes de l'enquête : constatations, perquisitions, auditions... Tous les actes sont établis dans les deux langues et versés dans les deux dossiers. Le cadre est souple : une convention bilatérale portant l'accord des deux autorités judiciaires concernées. Le délai d'application est prorogable par avenants, la liste des personnes concernées – magistrats et enquêteurs – est modifiable, le contrat peut s'arrêter facilement si le dispositif ne donne pas satisfaction. Une directive européenne permet la signature de telles équipes conjointes d'enquête, mais certains pays, comme l'Italie et la Grèce, ne l'ont pas transposée en droit interne et d'autres, comme la Belgique, restent réticents.

BÉATRICE DELPECH

Les caractéristiques du micro-traffic

Une étude a été menée par l'OFDT et l'OCRTIS en 2004-2005 au cours de laquelle 150 procédures pour usage, usage-revente et trafic de cocaïne ont été analysées. Ce travail a permis de faire apparaître une typologie du micro-traffic. On y retrouve des "start-up" semi-professionnelles dirigées par des personnes non consommatrices attirées par l'argent, des usagers revendeurs, mais aussi des réseaux à but non lucratif, entre connaissances. L'évolution de la consommation a entraîné une évolution de l'offre, et le trafic s'est dispersé en micro-réseaux dirigés par des usagers revendeurs.

L'approvisionnement a de plus en plus souvent lieu en Belgique ou aux Pays-Bas, où les prix sont presque deux fois moins élevés qu'en France. Après une prise de contact et l'établissement d'un rendez-vous par téléphone, une voiture guide l'acheteur jusqu'à un lieu privé, où se déroule la transaction.

Le profil type de cet usager revendeur est celui d'un homme jeune (25 ans), niveau bac, intérimaire, avec un revenu mensuel d'environ 750 euros. Sa consommation est en moyenne de 3 grammes par semaine, avec une co-consommation d'héroïne, ce qui équivaut à 250 euros par semaine. Avec quatre allers-retours à Anvers, son chiffre d'affaires est de 10 000 euros pour un bénéfice net de 5 000 euros. Sa clientèle tourne autour d'une petite dizaine de clients qui achètent en petites quantités. Le deal se fait en milieu privé.

* OCRTIS : Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants

2006, année de la cocaïne

À quelques jours d'intervalle, au printemps, le congrès de la société d'addictologie francophone (SAF) à Villejuif et le séminaire cocaïne de la Mildt ont donné le ton : 2006 serait donc l'année de la cocaïne. La cocaïne à l'aune de la neurobiologie, des thérapies en tout genre et de la pharmacologie. Des dizaines de scientifiques ont présenté leurs travaux dans la quête d'un Graal pharmacologique qui permettrait de "soigner" l'appétence pour cette substance, à l'image de la buprénorphine, ce fameux médicament qui "guérit" les drogués.

"On les a tellement gavés de méthadone..."

Si certaines études en recherche fondamentale ont permis de réelles avancées dans la compréhension du fonctionnement du cerveau humain, d'autres se sont contentées de démontrer que les sniffeurs éduqués et socialement intégrés abusaient moins que les crackers ou injecteurs dans la précarité... Saviez-vous que les consommateurs de cocaïne fument aussi des cigarettes et boivent de l'alcool et que certains, parfois même, prennent d'autres drogues ? Qu'il faut des stratégies thérapeutiques différentes pour des groupes de consommateurs très différents ? Et qu'il faudrait soigner même ceux qui ne demandent rien ?

Bien sûr, toute approche scientifique est forcément réductrice et la critique est facile. Si certaines communications enchaînaient les lapalissades, d'autres marquèrent par leur pertinence. Ainsi le grand promoteur suisse des hauts dosages de méthadone (à quelques semaines de la retraite) s'est ouvertement demandé si *"cet engouement pour la cocaïne était un effet pervers d'une offre trop importante de prise en charge"*. *"On les a tellement gavés de méthadone, s'est-il exclamé, qu'il fallait bien s'attendre à ce que certains se tournent vers la cocaïne. Nos patients s'emmerdent !"*

Il est vrai que les Suisses allouent des budgets proportionnellement bien supérieurs aux nôtres pour le traitement des toxicomanes. Les consommateurs de cocaïne y représentent 1,1 % de la population contre 0,3 % en France. La logique suisse a débouché sur la création de salles d'injection comme à Genève, où 72 % des injections contiennent de la cocaïne et où celle-ci est la cause de 40 % des hospitalisations liées à l'usage de drogue.

Mais de quoi parlait-on vraiment ? De ce que les médecins et addictologues voient ! Et en matière de cocaïne, il s'agit souvent de certains de leurs patients substitués aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) qui se sont mis à injecter la cocaïne ou la fument sous forme de crack. Combien sont-ils ? Quelques milliers ? Il est vrai que certains souffrent de comorbidités psychiatriques et peuvent poser des problèmes graves.

Mais peut-on comparer quelqu'un qui sniffe de temps en temps un peu de cocaïne avec un fumeur de crack ou avec un injecteur en proie à une incoercible envie de shooter toutes les 5 minutes ? Par rapport à la cocaïne sniffée, la cocaïne injectée ou fumée sous forme de crack est une toute autre drogue, avec des effets et conséquences nettement différents.

Ce constat, pourtant essentiel, ne fut malheureusement pas abordé lors de ce séminaire. Et personne n'a évoqué le ratio substitution opiacée et injection ou sniff de cocaïne.

Arrêter tout seul, comme un grand

Divers indicateurs semblent confirmer une diffusion de plus en plus importante de cocaïne vendue à un prix de plus en plus bas. Mais, comme le notait très justement le Dr Auriacombe, la visibilité de la cocaïne augmente du fait de la baisse des consommateurs d'opiacés, qui sont maintenant plus de 130 000 à être traités aux TSO. Les files actives diminuent au fur et à mesure que ces patients passent en médecine de ville, et elles se renouvellent peu. Pourtant, un important dispositif est en place. On comprend que les acteurs de ce système aient besoin de nouveaux clients à soigner. Les usagers de cocaïne étant plusieurs centaines de milliers, ils représentent un énorme marché potentiel.

Sans doute la grande majorité d'entre eux n'auront jamais l'intention de voir un addictologue au sujet de leur consommation de cocaïne. Certains, toutefois, souffriront de troubles cardiovasculaires et autres problèmes somatiques qu'il serait certainement judicieux d'étudier et de surveiller. Mais les consommateurs de cocaïne savent en général que le meilleur traitement c'est, tout simplement, d'arrêter la cocaïne, tout seul, "comme un grand". Certes un peu de soutien peut parfois aider, comme par exemple les Narcotiques anonymes et leurs "12 étapes". Ce concept, qui a fait largement ses preuves, est gratuit et semble plus efficace que les modafinil, topiramate, N-acetylcysteine et autres disulfiram... Pourtant, personne n'en a parlé.

Substituer la cocaïne ?

Ce genre de colloque donne parfois l'impression que l'usager d'une substance est réduit à un cerveau avec un bonhomme autour un peu contrariant. Mais qu'on se rassure, des chercheurs en immunothérapie travaillent très sérieusement sur des vaccins pour prévenir la rechute, réduire la criminalité... et neutraliser ce bonhomme turbulent qui contient le cerveau. Les chercheurs en neurosciences veulent comprendre le besoin de la recherche d'intensité et de plaisir afin de guérir ceux qui en abuseraient. Trouveront-ils un substitut de la cocaïne ? Gageons que l'on nous le fera croire un jour, et qu'il sera remboursé par la sécurité sociale.



Une sélection de publications récentes, au niveau international :

**World Drug Report 2006
Volume 1. Analysis**

United Nations Office on Drugs and Crime, juin 2006, 206 pages
À télécharger sur www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html (version française à paraître)
Panorama mondial de l'offre, du trafic et des niveaux d'usages de drogues, le dernier rapport annuel de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime estime à 3,5 millions le nombre d'usagers de cocaïne en Europe, soit 26 % du total mondial. Les données mettent en évidence une tendance à la hausse de l'usage de cocaïne en Europe occidentale, contrairement à l'évolution observée dans les autres zones géographiques.

Production de drogue et stabilité des États

P.-A. Chouvy, L. Laniel
CERI, mai 2006, 30 pages
À télécharger sur le site de l'auteur, www.pa-chouvy.org ou sur www.inhes.interieur.gouv.fr (recherche et valorisation/téléchargement)
Compte rendu d'un séminaire organisé par le SGDN (Secrétariat général de la défense nationale) et le CERI (Centre d'études et de recherches internationales) pour étudier les relations entre la production agricole de drogues et la stabilité des États, le rapport de P.-A. Chouvy et L. Laniel aborde la production de la coca en Amérique du Sud, les zones, les contextes, les enjeux pour la politique internationale et pour le



développement et analyse les mobilisations dans les trois pays andins principaux producteurs contre la politique antidrogue.

Du côté des initiatives de terrain :

Conférence nationale sur les drogues de synthèse et la cocaïne : les actes de la conférence

Berne : Office fédéral de la santé publique, 2006, 107 pages.
À télécharger sur le site de l'OFSP, www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr (rubrique drogues/stratégie)
En juin 2004, l'Office fédéral de la santé publique organisait une conférence nationale sur la problématique de la cocaïne en Suisse. Une occasion pour les autorités et les spécialistes de dresser un état des lieux complet de la situation et de l'acuité du problème en Suisse, de définir les besoins d'actions, et d'ébaucher des axes d'interventions.
Les actes, publiés en février 2006, posent les bases scientifiques et rappellent les enjeux et les défis que la consommation de cocaïne représente pour la politique et pour les spécialistes des dépendances. Ils font également état des mesures envisagées par l'OFSP sur ce sujet et des développements qui ont eu lieu en Suisse depuis la conférence dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et du traitement, de la réduction des risques, de la recherche, de la formation des professionnels.



Actes des États Généraux : crack, errance et poly-toxicomanie. Quelles réponses concrètes ? 14 juin 2005

Mairie du 18^e arrondissement et Ville de Paris, 2006, 39 pages.
À télécharger sur le site de la mairie du 18^e arrondissement de Paris, www.mairie18.paris.fr (rubrique solidarités/santé)
En juin 2005, les premiers états généraux consacrés au crack étaient organisés par la Mairie du 18^e arrondissement de Paris et la Ville de Paris. Occasion d'échanges entre responsables politiques et administratifs, riverains, policiers, experts et intervenants en toxicomanie, cette rencontre a permis de faire un état des lieux de la consommation de crack en France, de confronter les points de vue et de présenter la réponse apportée à cette problématique dans le 18^e arrondissement et le Nord Est parisien, en particulier, en terme de lutte contre les trafics, de prévention et de prise en charge et les perspectives envisagées pour la renforcer.

Deux revues françaises ont dernièrement consacré un dossier à la cocaïne :

**Toxibase n° 21
1^{er} trimestre 2006,
pages 1 à 15 et 40 à 44**

Le dossier thema de la revue *Toxibase* retrace d'abord l'évolution du mythe de la cocaïne, puis présente une analyse des données de consommation de cocaïne en France de 1995 à 2005, et enfin fait le point sur les perspectives de prise en charge et de traitement. Le dossier



est complété par une importante bibliographie pour approfondir chaque axe (documents édités ou en ligne).

Le Courrier des addictions n°1, mars 2006, à l'ordre du jour : la cocaïne, pages 4 à 14 n°2, juin 2006, dossier à l'ordre du jour : la cocaïne, pages 55 à 69

En préambule et en compte rendu de la Journée de la société d'addictologie francophone consacrée à la cocaïne, le *Courrier des addictions* présente, dans deux numéros successifs, la géopolitique de l'offre internationale de cocaïne, les aspects neurobiologiques de l'addiction à la cocaïne, une rétrospective historique et culturelle de la coca et de la cocaïne, une étude sur les violences induites par la consommation de cocaïne, ainsi qu'une synthèse de l'approche thérapeutique actuelle.

À paraître :

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) annonce la parution d'une revue de la littérature sur les traitements de la dépendance à la cocaïne. Elle fait le point des recherches récentes, des différentes approches (réduction des risques, traitements pharmacologiques, prise en charge psychosociale) et de leur efficacité pour faire face à la dépendance à la cocaïne et au crack et à ses conséquences.
www.emcdda.europa.eu/?nnodeID=18945

CLAUDINE VALLAURI

Consultations cannabis l'herbe qui cache la forêt

PRISE EN CHARGE

Les consultations cannabis ont ouvert depuis un peu plus d'un an partout en France (lire encadré). Au delà des chiffres, comment se passent les rencontres avec les professionnels ? Qui va aujourd'hui à ces consultations ? Afin de répondre à ces questions, Swaps s'est rendu au centre Cassini, à Paris, pour interroger le Dr Angela Castresana, psychiatre.*

Le centre Cassini est un établissement spécialisé dans la prise en charge des addictions depuis dix ans. Situé non loin de l'hôpital Cochin dont il dépend, le centre est également à quelques mètres de la très emblématique "Maison des adolescents". C'est donc en toute logique qu'il accueille l'une des consultations cannabis créées en 2005 "pour aider à la prise en charge des problèmes inhérents à la consommation de cannabis". À l'époque, une grande campagne de communication avait été lancée pour attirer l'attention des jeunes et de leurs parents sur les consommations problématiques de cannabis (cf. Swaps n°38). "Il y a eu un rush lors des campagnes télé et radio autour des consommations problématiques. Depuis, les consultations sont devenues moins fréquentes, mais elles restent régulières" souligne le Dr Castresana. Et le centre Cassini a trouvé son rythme de croisière, avec deux psychiatres qui travaillent une journée chacun par semaine pour une quinzaine de consultations hebdomadaires.

Un véritable problème

La grosse majorité des personnes vues dans ces consultations sont des jeunes de 15 à 18 ans. Mais ils ne viennent pas là de leur propre chef, remarque le Dr Castresana : "Les enfants viennent généralement avec les parents. Quand l'enfant vient seul, c'est l'un des parents qui a pris le rendez-vous. On a même des parents qui viennent sans l'enfant en s'excusant : "Je n'ai pas pu l'amener cette fois, il n'a pas voulu

venir. Mais promis, la prochaine fois il viendra." C'est extrêmement rare que les très jeunes viennent vers nous spontanément."

Ainsi, il semble que ce soit essentiellement les parents qui sont sensibilisés par les campagnes gouvernementales et autres articles plus ou moins alarmistes des médias sur la "fumette" chez les jeunes. Mais finalement, les ados qui fument un joint de temps en temps ne se retrouvent pas à la consultation cannabis. "Quand ces jeunes arrivent jusqu'à nous, c'est qu'il y a un problème, ce n'est jamais par hasard. Quand les parents insistent vraiment pour qu'ils aillent à la consultation cannabis et qu'ils viennent, c'est qu'il y a vraiment quelque chose qui ne va pas", souligne le Dr Castresana.

Consommation problématique et problématique de la consommation

Et ce problème, quel est-il ? Pour le Dr Castresana, assez paradoxalement, ce n'est pas le cannabis : "Chez les jeunes que nous recevons, la consommation plus ou moins importante de cannabis ne semble pas être la cause mais bien la conséquence de leur mal-être. Ils ont été comme les autres enfants : ils ont touché au cannabis, ils ont fumé, certainement pour le plaisir, la détente et la mise à distance procurée. Mais eux sont restés accrochés, ont eu besoin de fumer plus..."

Le cannabis ne serait ainsi qu'un révélateur, une sorte de marqueur de problèmes sous-jacents. Bien sûr, il ne s'agit pas de fumeurs occasionnels. Mais il ne s'agit pas

* Liste complète des consultations cannabis sur le site de la Mildt (www.drogues.souv.fr)



forcément de consommateurs problématiques au sens des autorités sanitaires. Pour le Dr Castresana, *“quand les parents nous amènent leurs enfants, la raison en est une consommation devenue régulière voire pluriquotidienne, associée à une baisse progressive du rendement dans leur travail, voire à un échec scolaire. Les parents se disent alors inquiets pour la santé et l’avenir de leurs enfants”*.

“Mais nous recevons souvent des jeunes qui sont déjà entrés dans le deal léger, continue le psychiatre. Car, à leur âge ils n’ont pas de quoi se payer leur consommation quotidienne. Ils vont donc céder à la proposition qui leur est faite : revendre un peu, simplement pour financer leur propre consommation. Là, ils se retrouvent dans un étau, entre ceux qui vendent et qui leur réclament de l’argent, et ceux à qui ils vendent et à qui ils doivent demander de l’argent... Ils entrent ainsi dans une spirale, et subissent des tensions qui vont encore accentuer les problèmes existants. Cela perturbe énormément leur rapport aux autres. Progressivement ils restreignent leurs relations, ils s’isolent.”

Le Dr Castresana note que *“les parents ne parlent pas de cet aspect du problème. Ils savent pourtant de combien d’argent leur enfant doit disposer. Il arrive même qu’ils constatent que leur enfant a de l’argent et un canif dans sa poche, qui lui sert à couper les doses... Cela doit les inquiéter. Néanmoins cet aspect du problème, comme tant d’autres, n’est pas évoqué par les parents dans la consultation. Ils viennent parler de la santé de leur enfant. Tout porte à croire que dans ces “consultations cannabis” les parents ne parlent que de ce dont ils se sentent “autorisés” à parler.”*

“Leur problème, ce n’est pas le cannabis”

Mais si le cannabis n’est pas le réel problème des jeunes qui se retrouvent en consultation cannabis, quel est le véritable trouble ? Selon le Dr Castresana, ces jeunes utilisent le cannabis comme un remède destiné à apaiser l’anxiété, voire la souffrance liée à des problèmes qu’ils rencontrent au cours de cette “délicate transition” qu’est l’adolescence vécue dans un contexte social et familial

Une première évaluation

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l’alcool, élaboré par la Mildt en 2004, prévoyait notamment, dans le cadre de la prévention des risques liés à l’usage du cannabis, une campagne de communication audiovisuelle accompagnée de supports d’informations, un programme structuré d’interventions en milieu scolaire, et l’ouverture de consultations spécifiques à destinations des jeunes usagers et de leur famille, accompagnées d’une ligne téléphonique “Écoute cannabis”.

Le cahier des charges de ces consultations prévoyait qu’elles soient anonymes et gratuites, rapidement accessibles, qu’elles se fondent sur des interventions brèves, qu’elles soient menées par des professionnels spécialisés et qu’elles utilisent des outils d’évaluation des consommations.

En Île-de-France, plus d’une trentaine de consultations ont été ouvertes, souvent au sein de centres de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST) ou de centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Elles sont majoritairement animées par des psychiatres ou des psychologues, et plus rarement par des éducateurs.

Plus d’un an après leur ouverture, quel premier bilan peut-on dresser ? 80 % environ de ces consultations ont transmis mensuellement à l’OFDT quelques éléments qui caractérisent leur activité. Globalement, ce dispositif a permis à un nouveau public d’accéder à une consultation. En effet, plus de 30 %¹ des consommateurs de cannabis sont vus pour la première fois. Les parents représentent quant à eux 22 % du public. Enfin, le délai de prise de rendez-vous, 6 jours en moyenne, est bref.

Au cours du dernier trimestre 2005, dans le cadre de sa mission observation, le Cirdd Île-de-France a rencontré plus d’une quinzaine de consultations. Plusieurs éléments viennent éclairer les données OFDT. Ainsi, le public a évolué de manière importante ; lors de leur ouverture, un public adulte, trentenaire, sensibilisé à l’usage nocif du cannabis par la campagne de communication, a consulté dans ce cadre. Ce public est aujourd’hui bien plus rare. Les jeunes qui consultent viennent le plus souvent dans le cadre d’une orientation décidée par leurs parents, leurs établissements scolaires, ou la justice.

Le choix des outils d’évaluation est hétérogène : outils nationaux² ou élaborés par les structures elles-mêmes.

¹ Données OFDT, moyenne en Île-de-France, de mars à décembre 2005

Enfin, les structures qui animent ces consultations souhaitent renforcer leurs liens avec l’Éducation nationale, afin de faciliter l’orientation et l’accompagnement des jeunes.

² Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) a été conçu par l’OFDT

Il semble donc que l’objectif de ces consultations soit atteint, même si le dispositif reste perfectible et à harmoniser.

en pleine transformation, où il devient parfois très difficile de se repérer : *“Des jeunes issus d’un foyer où l’un des parents est ou a été alcoolique ou dépendant des drogues ou des médicaments, et dont on ne parle pas. Des adolescents issus de familles recomposées, voire des familles éclatées où les séparations se succèdent sans que les deuils des derniers parents ou ceux des demi-frères ou des demi-sœurs éloignés ne puissent s’inscrire. Des enfants adoptés qui ont vécu l’abandon de leurs parents biologiques et qui sont en train de vivre la séparation de leurs parents adoptifs...”*

Cette consommation excessive de cannabis apparaît alors comme l’expression d’un mal-être, d’un “mal à être”. À la consultation Cassini, on va alors leur proposer de traiter la cause et non pas les conséquences : *“Quand je les reçois, mon but est de les aider à dire leur problème. Et leur problème n’est pas le cannabis”* souligne le Dr Castresana. Son but n’est donc pas d’essayer de les sevrer du cannabis, mais de les orienter vers une consultation adaptée à leurs besoins. Ils seront ainsi vus en moyenne trois fois au centre Cassini, avant d’être adressés à d’autres spécialistes.

Des jeunes adultes décalés

Dès que l’on passe dans la tranche d’âge supérieure, des adultes d’une vingtaine d’années qui viennent aux consultations cannabis, la situation est légèrement différente. Comme l’explique le Dr Castresana, *“ces jeunes ont plus de six ans de consommation régulière associant, le plus souvent, l’alcool au cannabis et au tabac. Eux ont souvent l’impression d’être passés à côté de leur propre vie, l’impression d’avoir manqué des années essentielles pour apprendre, par exemple. Ils ont l’impression de vivre à distance.”* Leurs situations sont souvent similaires : après avoir connu des problèmes de scolarité, ils se retrouvent isolés, ne fréquentant que des “compagnons de galère”, sans véritables amis.

Ceux-là arrivent au centre sans leurs parents, mais la démarche reste en partie la même : ils viennent sur les conseils de leur entourage ou de leur famille. Il y a aussi beaucoup d’injonctions de soins dans cette tranche d’âge. Le schéma est classique : suite à une alcoolisation aiguë, ils sont arrêtés et on découvre un joint dans leur poche...

Mais si la forme est différente, le fond reste le même : un problème d’ordre personnel ou familial, qui a fait basculer dans une consommation problématique. La consultation cannabis accueille là aussi des gens qui ont affronté des situations personnelles difficiles, dont le cannabis n’a été qu’un remède essayé. *“Même quand il s’agit d’une injonction, ceux qui viennent ont réellement besoin*

d’aide. On le constate à chaque fois : n’importe qui ne se fait pas arrêter, et ce n’est pas n’importe qui non plus qui vient aussitôt après son injonction”, souligne le Dr Castresana.

Quant aux quelques trentenaires reçus dans la consultation cannabis, on retrouve un schéma encore différent, mais toujours le même problème de fond. Eux ont une vie, sont installés... et viennent essentiellement pour une injonction de soins. *“Parfois on reçoit aussi des gens dont la consommation cause des problèmes dans leur travail ou ailleurs, ce qui les pousse à venir, mais cela reste marginal”* précise le Dr Castresana. Le diagnostic reste pourtant inchangé : cette consommation cache d’autres problèmes relationnels ou psychologiques.

Ouvrir le dialogue

Après plus d’un an de fonctionnement, le bilan de cette consultation cannabis est-il positif ? Oui, répond le Dr Castresana, *“à condition d’assumer nos contradictions et nos incohérences et de les mettre en question. Si ces jeunes sont adressés aux psychiatres que nous sommes, ce n’est sûrement pas pour qu’ils soient sevrés d’une substance toxique pour leur organisme mais plutôt pour qu’ils soient accompagnés dans leur chemin vers une issue”*. C’est en tout cas l’approche du centre Cassini, qui va orienter ces adolescents et jeunes adultes vers des consultations appropriées, pour les aider à surmonter leurs difficultés.

Cependant, selon le Dr Castresana, d’autres efforts restent à faire, à commencer pour prendre conscience du double discours des autorités dans lequel s’inscrivent ces consultations : *“La création des consultations de soins cannabis a affranchi les consommateurs, qui se sentent soudainement autorisés. En reconnaissant une consommation problématique qui peut demander des soins, on reconnaît implicitement une consommation non problématique. Et, parallèlement, on durcit la répression.”* Et ce double discours risque d’accentuer le manque de repères de jeunes déjà désorientés par les bouleversements de notre société.

ALAIN SOUSA

Contact :
Centre Cassini
8 bis rue Cassini
75014 Paris
Tél. 01 58 41 16 78

MULTIMÉDIA **Eolia**, une information alternative

Offrir une information détaillée et alternative sur les produits psychoactifs, telle est l'ambition de l'équipe d'Eolia (www.eolia.org), qui encourage un fonctionnement participatif.

Un graphisme fantaisie et une présentation succincte mais claire de la position des personnes à l'origine du site accueillent l'internaute. Eolia est présenté d'emblée comme une "zone indépendante d'informations alternatives". Ce site est alimenté par des bénévoles qui revendiquent leur refus d'être subventionnés pour conserver toute liberté d'expression et qui encouragent la participation à l'enrichissement du site.

Une approche **complète** des produits

L'essentiel du site repose sur une information détaillée sur les produits psychoactifs, du peyotl à l'héroïne en passant par les médicaments, avec une emphase sur le cannabis dont la rubrique est particulièrement complète. Chaque fiche descriptive propose des informations relatives à l'origine du produit, aux modes de consommation, aux effets recherchés et aux dangers liés à son usage. Des rubriques thématiques plus générales sur la dépendance et la consommation de produits complètent cette approche par produit : la réduction des risques (présentation du concept, évaluation de la consommation, abstinence et substitution, risques sanitaires et infections sexuellement transmissibles), les tendances de consommation, la géopolitique, l'histoire des drogues, la politique et la législation. On y trouve notamment une description des effets de différents mélanges de produits. Les informations qui n'ont pas été rédigées par l'un/e des animateurs/trices du site sont accompagnées du lien

vers le site source permettant d'identifier par la même occasion la validité de l'information relayée.

Une des originalités du site est de proposer un accès hiérarchisé aux données selon différents niveaux de connaissances : débutant, moyen, expert et averti (pour les rubriques visant à limiter les risques lors de la consommation).

Agenda, liens, et autres services

Proche de la scène musicale, le site met à disposition un agenda mensuel de manifestations (débat, conférences, albums, concerts/fêtes, festivals) relatives à la musique techno et électro, ainsi que des liens vers des sites musicaux.

Une liste de structures classées par zones géographiques (Aix-Marseille, Suisse, Canada et États-Unis) est proposée, accompagnée pour chacune d'entre elles d'un commentaire sur son site ou ses activités. La partie relative à Aix et Marseille est très complète.

La "galerie" donne accès à une large collection d'illustrations des produits (photographies, dessins) alors que les forums de discussions thématiques permettent un échange autour des usages, et des difficultés qui peuvent en découler.

De qualité, original de par son contenu et son mode de fonctionnement participatif, ce site internet vaut le détour et représente une ressource pertinente pour les usagers comme pour les professionnels.

CLOTILDE GENON



Abonnement

Je m'abonne 1 an = 8€ 2 ans = 15€

Chèque à l'ordre de Pistes, à retourner Tour Maine-Montparnasse BP 54 75755 Paris cedex 15

Nom.....Prénom.....

Profession.....Organisme.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Tél.....Fax.....

Les drogues à 17 ans : résultats de l'enquête Escapad 2005

Les premiers résultats du cinquième exercice de l'enquête Escapad ont été publiés début septembre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Ils font état d'une augmentation de la consommation de cocaïne chez les Français de 17 ans interrogés lors de l'appel de préparation à la défense. L'alcool et le cannabis ont atteint un palier tandis que le tabac diminue.

Le pourcentage de garçons et filles ayant consommé de la cocaïne est passé de 1,6 % à 2,5 % entre 2003 et 2005. Il a aussi augmenté pour les poppers (de 3,3 % à 5,5 %) et pour les amphétamines (de 1,8 % à 2,2 %). Des hausses jugées "significatives" par l'OFDT. Concernant l'alcool, l'usage régulier, qui reste surtout masculin, décroît par rapport à 2003 (18 % des garçons au lieu de 21 % ; et 6 % des filles au lieu de 7 %). En revanche, les ivresses régulières, qui concernent également surtout les garçons, apparaissent en hausse, passant de 7 à 10 %.

Au cours des 30 derniers jours, presque un jeune sur deux (46 %) dit avoir bu au moins cinq verres d'alcool en une seule occasion, 2,2 % déclarant l'avoir fait au moins 10 fois. Cette consommation correspond au phénomène du *binge drinking* (consommation excessive d'alcool) anglo-saxon, mais reste en France trois à quatre fois inférieur aux taux enregistrés dans le Nord de l'Europe, particulièrement en Grande-Bretagne.

Une des évolutions majeures de l'enquête est la baisse du tabagisme entre 2003 et 2005. On note en effet un recul de cinq points de l'expérimentation de tabac (72 %) et de la proportion de fumeurs quotidiens (34 % chez les garçons et 32 % parmi les jeunes filles). Par ailleurs, un tiers de ceux qui déclarent

fumer quotidiennement disent avoir réduit leur consommation journalière suite aux dernières hausses du prix des cigarettes en 2003 et 2004 mais un tiers a échoué dans sa tentative d'arrêt.

Le ministre de la santé renonce au classement de la buprénorphine

Le débat ouvert ces derniers mois sur l'opportunité d'inscrire la buprénorphine haut dosage au tableau des stupéfiants, dont *Swaps* s'était fait un large écho dans sa dernière livraison, a été refermé cet été par le ministre de la santé, qui a finalement renoncé à prendre cette décision. Après avoir engagé une première concertation, Xavier Bertrand a pris acte de l'opposition de la majorité des acteurs de la réduction des risques, et a préféré créer une commission pour régler le problème du trafic et du mésusage, les deux problèmes qu'entendait combattre la Mildt en signifiant le classement comme stupéfiant. La Commission consultative nationale visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives (Cnappa) devrait commencer ses travaux à la rentrée.

Les ventes de tabac repartent à la hausse

Les ventes de tabac ont augmenté de 2,8 % en France sur les cinq premiers mois de l'année par rapport à 2005, a annoncé début août la confédération des débiteurs de tabac. Ce résultat marque le premier changement de tendance depuis 2002, lorsque le prix du tabac avait connu plusieurs fortes augmentations. Mais le moratoire sur les prix obtenu depuis deux ans par les buralistes a émué l'effet de ces augmentations, estiment les spécialistes. La part de fumeurs dans la population française âgée de 12 à 75 ans est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005.

Un "Top 20" de la dangerosité des drogues

Des experts britanniques ont classé pour la première fois l'impact des drogues en analysant vingt substances pour leur force d'addiction, leur impact social et leur risque pour la santé. Selon ce classement, présenté à la une du quotidien *The Independent*

du 1^{er} août, l'héroïne obtient le plus fort taux de "dangerosité", devant la cocaïne et les barbituriques. Suivent la méthadone de rue, l'alcool, la kétamine, les benzodiazépines, les amphétamines et le tabac.

Le cannabis est 11^e, loin devant le LSD (14^e) ou l'ecstasy (18^e). Ce travail met en évidence, selon ses auteurs, un fort décalage entre le classement officiel des produits au tableau des stupéfiants (voire leur légalité) et leur dangerosité réelle. Un décalage néfaste à la politique de lutte contre la toxicomanie.

La production d'opium bondit en Afghanistan

La production d'opium en Afghanistan va augmenter de près de moitié cette année pour atteindre un record absolu malgré des centaines de millions de dollars dépensés pour lutter contre le fléau, a déclaré samedi 2 septembre à Kaboul Antonio Maria Costa, directeur de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC). "La culture de l'opium en Afghanistan est hors de contrôle", a-t-il reconnu, avant d'évaluer la récolte de cette année à 6 100 tonnes d'opium. Ce chiffre correspond à 92 % de la production mondiale d'opium, qui sert de base à la fabrication de la morphine et de l'héroïne. La récolte 2006 dépasse de 30 % la consommation mondiale. Les surfaces cultivées ont augmenté de 59 %, battant en brèche la stratégie mise en place par la communauté internationale, qui est basée sur l'information, les ressources de remplacement, mais aussi la répression et l'éradication des surfaces cultivées (lire *Swaps* n° 43).

Des sites d'injection au Portugal

Le gouvernement portugais a approuvé fin août la création de sites d'injection de drogue où les toxicomanes pourront se procurer des seringues neuves et faire leurs injections sous contrôle, ainsi que l'installation de distributeurs d'aiguilles dans les prisons. Ces mesures, qui seront mises en place d'ici 2008, font partie d'un projet de plus grande ampleur approuvé par les autorités et destiné "à réduire la consommation de drogues ainsi que son impact sanitaire et social". Le plan gouvernemental prévoit aussi un recours plus important

à la méthadone. Plus de cent sites d'injection ont été ouverts à ce jour dans une cinquantaine de villes en Espagne, Allemagne, Suisse et Pays-Bas notamment.

Lire dans le cerveau la gravité de l'alcoolisme

Une molécule produite dans le cerveau des alcooliques signale la gravité de l'état du patient, ont découvert des chercheurs du Centre de résonance magnétique biologique et médicale de Marseille. Cette molécule, le scyllo-inositol, issue d'une mauvaise métabolisation du sucre dans le cerveau des alcooliques, est présente en quantité plus ou moins grande selon le degré d'avancement des pathologies cérébrales liées à la consommation d'alcool. Présent dans le cerveau d'alcooliques chroniques en période active de consommation d'alcool, le scyllo-inositol peut disparaître progressivement avec le sevrage, a constaté l'équipe du CNRS auprès de six patients adultes sevrés, suivis sur le long terme. Ces résultats, dévoilés début septembre, sont à approfondir sur une population plus importante. Le centre de Marseille a par ailleurs commencé des recherches sur une éventuelle toxicité de cette molécule.

Des barres chocolatées hallucinogènes

La gendarmerie de l'aéroport d'Amsterdam-Schiphol a averti jeudi 17 août les voyageurs de ne pas consommer de barres de chocolat "Noir de noir, 72 % de cacao" abandonnées dans l'aéroport, qui contiennent généralement de la psilocine, un principe psychoactif qu'on trouve dans les champignons hallucinogènes. Ces barres, probablement achetées dans des coffe-shops ou des "smartshops" du pays, où la vente de champignons hallucinogènes est tolérée, seraient parfois abandonnées à l'aéroport par les voyageurs au moment de reprendre l'avion, par peur des contrôles. La police a été alertée par un sans-abri qui en avait mangé et a été découvert "en pleine crise d'hallucinations", confondant les uniformes avec des robes de mariée, selon le porte-parole de la gendarmerie.



Édito

Directeur de la publication
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Rédaction
Philippe Périn
Alain Sousa

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Lydie Desplanques
Clotilde Genon
Isabelle Grémy
Mélanie Heard
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Vincent Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Olivier Smadja
Marianne Storogenko
Agnès Sztal
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Nathalie Scopel

Réalisation graphique
Céline Debrenne
d'après une conception de
Sylvain Enguehard
Impression : 4M Impressions
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Tour Maine-Montparnasse
BP 54
75755 Paris cedex 15

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

Édité par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida)

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



Ile-de-France



Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire



et de la Mission
Interministérielle de Lutte
contre la Drogue et la
Toxicomanie.

Outre un imposant dossier consacré à la cocaïne, centré sur le compte rendu du séminaire européen organisé avant l'été par la Mildt, cette nouvelle livraison de *Swaps* propose deux articles complémentaires : d'une part, les données issues d'un sous échantillon de l'étude Coquelicot commentées par Marie Jauffret-Roustide, qui dresse pour la première fois un bilan épidémiologique et sociodémographique de la consommation de crack. Constat sans surprise quand il s'agit de la désocialisation, et particulièrement informatif quant à la prévalence des infections VIH-VHC : 72,5 % pour le VHC et 11,9 % pour le VIH. Cette sous étude de Coquelicot atteste aussi de pratiques d'échange de matériel : 10 % pour la seringue, 36 % pour le petit matériel d'injection, 4 % pour la paille, 89 % pour la pipe à crack... Des chiffres à comparer au nombre d'utilisateurs déclarant utiliser le préservatif dans les rapports sexuels (96 % !), taux présenté comme la marque d'une désirabilité sociale qui amène les répondants à se conformer aux attentes de l'enquête. Reste à savoir pourquoi cette "désirabilité" serait restreinte au risque sexuel ?

D'autre part, France Lert analyse ici, de manière particulièrement complète, les données scientifiques disponibles concernant multithérapies anti-VIH et usage de drogue. Et notamment le lien entre poursuite de la consommation de drogue et progression de la maladie VIH. Il est par ailleurs à souligner le peu d'éléments objectifs confirmant que les traitements de substitution entraînent un accès plus précoce aux soins et aux traitements antirétroviraux.

Ces données mettent l'accent sur une double priorité de santé publique : réduire les consommations de drogue d'une façon continue pour améliorer la prise en charge du VIH et du VHC chez les patients mono ou coinfectés ; repenser la prévention en fonction des évolutions des pratiques telle que l'illustre la question du crack dans Coquelicot. Ces deux objectifs de santé publique s'inscrivent bien évidemment dans une politique de réduction des risques qui a fait ses preuves dans la lutte contre le VIH mais dont l'impact sur le VHC reste à démontrer.

GILLES PIALOUX

Lettre d'Information du Crips-Cirdd Île-de-France n° 78

Le compte rendu du séminaire européen Mildt/Crips-Cirdd Île-de-France, "Stimuler la recherche clinique sur la cocaïne", a été réalisé en partenariat avec la Lettre d'information du Crips-Cirdd Île-de-France.