



# SWAPS

## ARRÊTER LA MÉTHADONE / 2

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 56 Trimestriel / 2 €

Bilan **“plutôt positif”**  
pour la gélule de méthadone / 7

**Avocats** et addictions :  
la ligne blanche / 18

Exposition professionnelle  
à la cocaïne : le regard de  
**William Lowenstein** / 20

**Salles de consommation**  
de drogues à moindre risque :  
le syndrome gaulois / 11

Quand  
le gouvernement bat  
**la campagne** / 10

Avancées  
en **Amérique latine** / 17

Retour  
sur  
**CLAT** / 14

**Édito** / 24

**Brèves...** / 23

# ARRÊTER LA MÉTHADONE

*Si l'arrêt de la méthadone est possible, il ne doit pas se faire à la légère. Jimmy Kempfer a enquêté pour Swaps et recueilli de nombreux témoignages sur un sujet difficile à cerner.*

En envisageant ce sujet sur l'arrêt de la méthadone, nous étions loin de soupçonner à quel point ce serait compliqué et délicat. Impossible de retrouver un parcours homogène, c'est une diversité de situations qui échappent aux statistiques sur ce sujet bien pauvres en France avec peu d'éléments précis sur le devenir, les rechutes, l'évolution des personnes sevrées de la méthadone. Une fois la pharmacodépendance résolue, la plupart des gens n'ont plus de relations avec les Csapa<sup>1</sup>, sans parler de ceux qui sont passés en médecine de ville et se débrouillent parfois tous seuls pour arrêter. Il a donc fallu trouver des témoignages par divers réseaux médicaux ou sociaux comme l'autosupport. Les cas de figure sont innombrables. Cet article est donc une tentative de synthèse de témoignages de praticiens, intervenants divers mais surtout d'usagers.

En 1974, la France autorise les traitements à la méthadone dans un cadre expérimental. Les places sont alors limitées à une quarantaine de personnes réparties dans deux institutions, plus ou moins réticentes à cette prescription. À partir des années 1990, la dispensation est peu à peu élargie. Aujourd'hui, environ 35 000 personnes bénéficient d'un tel traitement, certains depuis plus de dix ans, voire bien plus. On entend parler de traitement à vie, mais aussi d'utiliser la méthadone pour se sevrer en douceur de l'héroïne. De plus en plus de "méthadoniens" atteignent la cinquantaine. Beaucoup souhaitent arrêter. Certains l'ont fait.

## Jacky assume tout

En 1985, Jacky, 32 ans à l'époque, débute un traitement. Il a dix ans d'héroïnomanie au compteur, quelques années de prison et de trafic derrière lui. Son témoignage est très illustratif, bien que le contexte soit particulier.

*"Il y avait des programmes dégressifs de quelques semaines ou plus. Ça semblait bien fonctionner, mais seules quelques places se libéraient chaque année. Il fallait convaincre le "sélectionneur". J'ai fini par avoir une place. J'étais bien accro et pensais décrocher en douceur sur 6 mois.*

*— "Réfléchissez ! m'a dit le médecin. Ça va vous faire de sacrées contraintes. Nous serons obligés de vous contrôler, de vérifier vos urines. Vous passerez tous les jours et nous concéderez un gros pouvoir de contrôle sur votre vie.*

*— Oui mais en quelques mois, ce sera fini. Je réduirai progressivement !*

*— C'est ce qu'ils disent tous en général. Mais une bonne partie sont là depuis des années, dix ans pour certains !"*

*Qu'il arrête ce baratin, je pensais, et me file la "métha". À l'époque, j'avais déjà décroché, en douceur lors des vacances, avec de la métha achetée à l'étranger. Mais là, comme je prenais de la bonne came, parfois plusieurs fois par semaine, la métha m'a surtout aidé à gérer cette conso. Je trichais pour les urines. Et bien sûr je n'ai pas décroché. C'était assez confortable, et ça a duré des années. Aujourd'hui, la came ne m'intéresse plus du tout. Je suis à 20 mg de méthadone par jour, mais j'y suis tel-*

<sup>1</sup> Csapa : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, qui remplacent les CSST.

lement habitué, après 25 ans, que je suis obligé de baisser très doucement. J'envisage de réduire de 1 milligramme toutes les 2 semaines puis de 0,5 mg, voire moins par la suite, pour éviter les troubles que je redoute. Mais pas question de terminer mes jours accro à ce truc ! J'assume tout. Les toubibs m'avaient bien prévenu à l'époque !"

## Quelques éléments pour comprendre

Aujourd'hui, le contexte a changé. L'accès à la méthadone est facilité mais beaucoup de patients se disent insuffisamment informés et prévenus du type de dépendance particulier induit par ce produit, et le déplorent.

Le métabolisme de la méthadone étant particulier, son arrêt doit s'envisager différemment de l'héroïne. Il n'existe pas de protocole de sevrage spécifique dûment validé pour la méthadone mais juste des recommandations. Quant aux alternatives et procédés divers, ils varient souvent selon les prescripteurs, les patients et les contextes.

Les usagers, eux, se débrouillent comme ils peuvent, en tâtonnant ingénieusement mais parfois aussi maladroitement, ce qui peut entraîner du dépit et une perception très négative du produit. Leurs expériences témoignent souvent de la méconnaissance des particularités de la méthadone. Les plus avisés se documentent, s'entraident, souvent grâce à internet. Certains arrivent à se sevrer de façon satisfaisante. Les expériences rapportées ci-dessous démontrent que l'arrêt de la méthadone, s'il est tout à fait possible, ne doit pas se faire à la légère.

**Les usagers se débrouillent comme ils peuvent, en tâtonnant ingénieusement mais parfois aussi maladroitement**

**Il n'existera sans doute jamais une "Pierre de Rosette" permettant de déchiffrer efficacement le rapport aux drogues et remplaçant l'expérience, l'écoute et la disponibilité**

Sonia, dosée à 70 mg, veut profiter d'un voyage en bateau pour décrocher. Amoureuse du skipper, elle se sent si bien... sans réaliser que la méthadone y est pour une part essentielle. Par ailleurs, son entourage l'incite vivement

à se débarrasser de cette dépendance. "Héroïquement", elle jette ses flacons à la mer. Peu après, la croisière doit faire une escale d'urgence et Sonia, délirante, se retrouve en HP aux îles du Cap Vert, où la méthadone et ses effets sont inconnus. Il faut un mois et une petite fortune pour la rapatrier. Elle ne voudra plus jamais entendre parler de méthadone. D'autres ont fait des sevrages en hôpital, mais les séjours sont trop souvent trop courts, se soldant par une reprise de la méthadone après la sortie. Ces exemples illustrent les risques réels liés à un sevrage brutal chez certaines personnes, mais ne constituent cependant pas une généralité. Nous en avons aussi rencontrés qui ont arrêté la méthadone sans incident majeur, voire sans symptôme significatif.

Fernand, 210 mg/jour à cause de problèmes métaboliques, est obligé d'arrêter d'urgence en raison d'une mutation à l'étranger. Impossible d'y continuer la méthadone. Il met au point un protocole avec son médecin, baisse jusqu'à 30 mg en 10 jours puis est hospitalisé 2 semaines pour un sevrage complet. Une semaine plus tard il reprend son boulot. "Je bossais facile 15 à 18 heures

par jour, m'investissais à fond, et grâce au changement de contexte ce fut assez facile. Seuls l'insomnie et quelques problèmes intimes<sup>2</sup> étaient gênants. J'étais quand même hyper crevé. J'ai tenté les somnifères, mais ça m'abrutissait trop. Il a fallu environ 3-4 mois avant que tout rentre dans l'ordre." Quatre ans après, il n'a jamais repris d'opiacés.

Fred, dosé à 20 mg, s'est retrouvé 3 semaines en prison. Il a pu y travailler et en a profité pour décrocher sans que personne n'ait rien remarqué. "J'avais réussi à me procurer quelques Antalvic<sup>3</sup> qui m'aidaient à dormir. J'ai totalement décroché pendant 4 mois. Mais par la suite, sur l'insistance de ma juge d'application des peines et pour arranger mes problèmes judiciaires, je suis retourné à la métha alors que j'avais décroché. L'erreur de ma vie. Ça fait de nouveau 2 ans que je suis à 10 mg !"

## De l'héroïsme à l'hôpital psychiatrique

Quand José est incarcéré, il prend 80 mg de méthadone. Pour des raisons liées à son affaire, il ne veut pas en parler et se résout à faire un sevrage en cellule "à la dure", sans aucun médicament, ce qu'il avait déjà eu l'occasion de faire pour l'héroïne. Après 3 jours, il sombre dans une espèce de confusion délirante. Diagnostic du médecin : "psychose grave renforcée par le choc carcéral". Il atterrit en hôpital psychiatrique avec un sévère traitement et met une dizaine de jours à "redescendre". L'aventure lui vaut une certaine indulgence et écourte son incarcération, mais plus jamais il ne voudra entendre parler de méthadone.

<sup>2</sup> Lors de l'arrêt des opiacés, la libido se déchaîne, mais il est quasi impossible de se maîtriser (lire Swaps n° 52, "opiacés et sexualité"). Responsable d'un village du Club Med où régnait une importante activité sexuelle, il fut impossible à Fernand de répondre de manière satisfaisante aux sollicitations de ses conquêtes pendant les premiers mois.

<sup>3</sup> L'Antalvic contient du dextropropoxyphène, un opiacé léger.

## Dissuasion, incitation

Théories et procédés sont parfois paradoxaux, voire "pittoresques". Certains praticiens incitent les patients à baisser, décrocher et "guérir" alors que d'autres ne veulent pas entendre parler de sevrage, craignent une



rechute et, souvent, considèrent la pharmacodépendance opiacée comme une maladie métabolique nécessitant un traitement à vie.

Rechutes, dérives, reports vers l'alcool ou d'autres psychotropes ne sont pas rares. Un cas de "dissuasion" nous a toutefois marqué. Patrick, patient d'un

spécialiste de la substitution, raconte : *"Des années que je n'avais pas repris d'héroïne. Dosé à 60 mg de méthadone, j'ai voulu baisser peu à peu et passer en médecine de ville. J'en ai parlé au psychiatre une des rares fois où je l'ai vu. Il a réussi à me convaincre que mon désir de baisser masquait une dépression et m'a persuadé qu'il fallait, au contraire, augmenter. Quelques semaines plus tard j'étais à 120 mg, de plus en plus passif, et n'avais quasiment plus de vie sociale ni sexuelle. Quand j'ai évoqué le sujet, le toubib m'a dit qu'il fallait considérer le bon côté de l'histoire. Ma libido étant neutralisée, je n'en serais que plus serein, rajoutant que cette posologie aidait à éviter la cocaïne, drogue que je n'avais pas consommée depuis des années. Plus tard, les infirmières du centre, à l'insu de leur patron, m'ont fait un programme passant de 120 à 40 mg en trois mois. Aujourd'hui, j'ai plein d'activités, une copine – et j'ai changé de médecin."*

Ailleurs, des soignants incitent, souvent tout en subtilité, à diminuer en vue d'un arrêt définitif. Ces "bonnes intentions" peuvent susciter des attitudes allant de la naïveté puérile jusqu'à la culpabilité. *"Il y avait une telle empa-*

*thie avec mon généraliste, raconte Betty, que j'ai voulu être une "patiente exemplaire" et l'épater en m'engageant à baisser la métha. Peu après, il y eut une suite de bouleversements dans mon existence. Je me suis retrouvée dans un environnement avec de la came hyperdisponible. Pas question d'en parler et de décevoir mon docteur adoré, qui baissait mon dosage un peu chaque mois. Mais le dosage ne suffisait plus pour compenser ma conso d'héro. J'ai donc été dans un centre pour avoir des dosages élevés*

*que je devais prendre sur place, et continuais l'héro. Je n'ai pas osé revoir mon cher médecin après avoir appris qu'il était au courant. Pourtant, il est super!"*

## Pas de "Pierre de Rosette" pour déchiffrer le bon moment "socio-culturel"

Les motivations pour arrêter sont aussi nombreuses que les patients : lassitude, besoin de rupture avec le passé, troubles divers (notamment sexuels), projets professionnels ou de voyage incompatibles avec le traitement, envie de retrouver une intégrité psychique, une qualité d'être (particulièrement vis-à-vis des enfants)... Parents, conjoints, enfants, amis, employeurs, collègues ou soignants peuvent "mettre la pression" pour baisser et arrêter enfin la méthadone.

Il s'agit de conjuguer de nombreuses variables avec les ressources de la personne pour déterminer "le bon

## La méthadone accroche-t-elle réellement plus que l'héroïne ?

Le manque d'héroïne survient environ 8 à 10 heures après la dernière prise, s'amplifie peu à peu et s'atténue au bout 4 à 5 jours. Le manque de méthadone, par contre, s'installe peu à peu environ 30 heures après la dernière prise et peut durer 10 à 12 jours puis diminuer progressivement. Voilà pourquoi un sevrage radical de la méthadone en hôpital nécessite un séjour de 10 à 14 jours, contre 5 à 7 jours pour l'héroïne.

Selon les quantités et la durée de la consommation, les symptômes du manque sont plus ou moins intenses. Les personnes ayant pris des dosages élevés de méthadone durant de longues années peuvent endurer un inconfort prolongé et divers troubles durant de longs mois après un sevrage brusque ou trop rapide. Il est donc vivement

conseillé d'arrêter la méthadone très progressivement afin de garantir un certain confort.

L'héroïne de rue dépassant rarement une teneur de 10 %, une consommation quotidienne de 2 grammes correspond donc à 200 mg de morphine. Un sevrage de cette dose entraîne (en général) des symptômes de manque d'intensité moyenne, qui disparaissent avec une dose de 40 à 50 mg de méthadone, voire moins (il arrive cependant que des personnes métabolisent mal la méthadone. Il leur faut donc des doses quotidiennes plus élevées, réparties en plusieurs prises). Mais ces posologies visent souvent à dissuader la consommation d'héroïne conjointe en saturant les récepteurs opioïdes avec des doses de méthadone plus élevées que réellement nécessaire.

moment socio-culturel". L'expérience révèle qu'il est souvent envisagé un peu tôt dans l'histoire des patients. Mais est-il éthique de dissuader quelqu'un de se défaire d'un boulet tel que la dépendance opiacée? Il est fondamental que "l'alliance thérapeutique" soit réelle afin que les patients ne se sentent pas jugés et puissent ré-augmenter les dosages ou reprendre un traitement sans se parjurer ni risquer une mesure "punitiv" — même si dans certains cas il convient de négocier un "recadrage". Il n'existera sans doute jamais une "Pierre de Rosette" permettant de déchiffrer efficacement le rapport aux drogues et remplaçant l'expérience, l'écoute et la disponibilité.

## Chacun sa cuisine...

Dans les hôpitaux, les sevrages de la méthadone se font sur la base du traitement symptomatique des effets du manque, mais sans employer d'opiacés. Les procédés et expériences alternatives sont trop nombreux pour être détaillés, mais quelques grandes tendances semblent se dessiner.

La plupart des sevrages lents nécessitent quelques tâtonnements et un réajustage des doses. Les plus organisés élaborent des procédés extrêmement précis, comme cet étonnant programme sur 280 jours trouvé sur un forum du site doctissimo.fr. Si sa durée peut rebuter, il faut garder à l'esprit qu'après des années de pharmacodépendance, il est judicieux de "laisser du temps au temps".

Les alternatives semblent aussi nombreuses que les usagers. Certains, après avoir réduit la méthadone jusqu'à 20 ou 30 mg, "switchent" vers divers opiacés de transition dont ils modulent les prises jusqu'au sevrage complet. Parfois pour la buprénorphine mais plus souvent pour de petits dosages de morphine, dihydrocodéine (Dicodin®)<sup>4</sup>, tramadol ou autres médicaments contenant des opiacés comme les codéinés, le dextropropoxyphène.

Quelques médecins ont même prescrit en doses dégressives du Laudanum<sup>5</sup>, du Fentanyl<sup>6</sup>, de l'oxycodone ou de l'hydromorphone. Des usagers prétendent s'être sevrés grâce au Rachacha<sup>7</sup> ou avec un peu d'opium, selon le même principe<sup>8</sup>. Quelques-uns expliquent comment ils combinent antihistaminiques et benzodiazépines afin de potentialiser de petites doses d'opiacés en modulant les divers produits jusqu'à l'arrêt complet. D'autres se forcent à ne prendre leur dose qu'un jour sur deux, étirant les espaces entre les prises... et diminuent ainsi. Des provocateurs, affirment même avoir remplacé la méthadone par l'héroïne durant plusieurs jours avant un sevrage radical en hôpital. Les symp-

<sup>4</sup> Cette forme de codéine est assez couramment employée comme médicament de substitution en Allemagne.

<sup>5</sup> Il est très difficile de trouver un pharmacien qui veuille bien "concocter" cette préparation magistrale.

<sup>6</sup> Fentanyl: opiacé très puissant (dosé au microgramme) principalement sous forme de patchs. Mais l'alternative est délicate car les patchs résistent mal à la transpiration, fréquente lors des sevrages.

<sup>7</sup> Rachacha: drogue artisanale obtenue en faisant bouillir des têtes de pavots jusqu'à l'obtention d'une pâte épaisse ressemblant vaguement à l'opium. Sa fabrication est illégale.

<sup>8</sup> Le forum d'Asud, sur [www.asud.org](http://www.asud.org), est riche de milliers de témoignages à ce sujet.

# Troubles, exaltation ou joie de vivre le retour des émotions

L'arrêt (ou la baisse significative) de la méthadone peut entraîner des modifications comportementales. L'usage d'opiacés contribuant à neutraliser les émotions, une fois débarrassés de la méthadone, des usagers témoignent souvent d'une sensibilité retrouvée, de prises de conscience, d'un retour d'une qualité émotionnelle et de sentiments qui les submergent parfois de façon un peu désordonnée. Cela peut être un peu déstabilisant, voire bouleversant. Les phases d'enthousiasme suivies de phases de mélancolie ou de déprime ne sont pas rares, ce qui est parfois un peu pénible pour l'entourage. Chez quelques-uns, cela se traduit par un prosélytisme du sevrage parfois très insistant. Ces syndromes diminuent généralement au fur et à mesure qu'un équilibre neurobiologique se rétablit. Mais cela peut varier selon la durée de la dépendance, les quantités consommées, les consommations diverses, le profil psychologique, l'état sanitaire, le contexte... et de nombreux autres facteurs individuels. Dans quelques cas, un retour vers un petit dosage de méthadone peut être souhaitable. Ainsi, Malcolm, la soixantaine bien entamée mais toujours fringant, se sevrera complètement après plus de vingt ans de méthadone. En butte à une sensation d'inconfort et une déprime permanente, il reprit 5 mg par jour. Rapidement il s'en trouva fort mieux. Il n'envisage plus du tout d'arrêter. *"Je me suis retrouvé dans un monde en couleurs" quelques semaines après avoir arrêté progressivement. Mais je ne m'étais pas du tout rendu compte que j'avais vécu dans un monde en noir et blanc. Je me sentais si "normal" avec la métha. La qualité des relations avec mes enfants est autrement plus intéressante maintenant. Il m'arrive de pleurer du bonheur de vivre pleinement"*, témoigne cet ex-membre de Narcotiques Anonymes.



tômes du manque seraient plus supportables selon eux. La plupart admettent avoir déjà tenté de baisser trop vite. Quel que soit le produit ou la méthode, dans tous les cas il faut respecter certains principes : pour une personne qui prend 100 mg par exemple, il est en général possible de baisser par paliers de 5 mg, plus ou moins longs (de quelques jours à quelques semaines), jusqu'à 40 mg environ. De 100 à 95 mg, cela représente une baisse de 5 %, de 50 à 45 mg cela fait déjà 10 %, et même 25 % si l'on passe de 20 à 15 mg. Les proportions ne sont plus les mêmes et les symptômes parfois aigus.

Aussi est-il plus judicieux de passer plus progressivement, par exemple de 20 à 18 mg ou 19 mg.

De nombreux spécialistes recommandent des paliers ne dépassant pas plus de 5 %. À partir de 20-30 mg, il convient donc d'ajuster très finement et précisément la dose, ce qui est facile avec les gélules de 1 mg.

La "méthode chinoise" peut être une intéressante alternative. Elle consiste à mettre tout un traitement (d'un mois par exemple) dans un même flacon et de prélever la dose quotidienne en la remplaçant à chaque fois par la même quantité d'un sirop quelconque<sup>9</sup>. Chaque jour la méthadone sera un peu plus diluée et la cure peut se faire en douceur. Ce procédé est déclinable sur la durée comme sur les dosages.

<sup>9</sup> La "Méthode chinoise" était pratiquée, selon le même principe, avec de l'opium dilué dans un alcool quelconque, par les expatriés opiomanes lors de leur retour d'Indochine en bateau. La cure durait le temps du voyage, soit 6 semaines (lire *Swaps* n° 50, "Petite histoire des sevrages").

<sup>10</sup> Benjamin Ball, *Bulletin Médical*, 1890, p. 920.

Pour la petite histoire, citons enfin ces cas très surprenants où les personnes ont décroché de la méthadone quasi sans s'en apercevoir lors de longs "runs" de consommation intensive de cocaïne à hautes doses durant plusieurs jours !

## Des morphinomanes qu'il ne faut pas guérir

Ces propos du Dr Benjamin Ball<sup>10</sup>, spécialiste reconnu et respecté du traitement des morphinomanes au XIX<sup>e</sup> siècle, concluront cette petite exploration de l'une des planètes du très complexe univers des drogues : "Je crois qu'il y a des morphinomanes qu'il ne faut pas guérir. La morphinomanie est une affection curable neuf fois sur dix. Mais, pour le dixième malade, la morphine est devenue un stimulant si nécessaire qu'à mon avis il vaut mieux le contenir dans la modération que le

guérir. Je crois même qu'il peut être du devoir du médecin de ramener lui-même un malade à l'usage de la morphine... N'allez pas crier sur les toits ce que je viens de vous dire; les morphinomanes seraient trop heureux d'en profiter. Sachez-le en tant que médecins et soyez discrets, comme il convient à notre profession."

JIMMY KEMPFER

Merci à tous les "forumeurs" et gens d'Asud, [doctissimo.fr](http://doctissimo.fr), [psychonaut.com](http://psychonaut.com)... aux anciens de NA, au laboratoire Bouchara, aux médecins et protagonistes divers qui ont bien voulu témoigner de leur expérience.

Pour les anglophones, citons également les forums tels que [www.drugs-forum.com/forum/index.php](http://www.drugs-forum.com/forum/index.php) et surtout [groups.google.com/group/alt.drugs.methadone/topics](http://groups.google.com/group/alt.drugs.methadone/topics) avec ses témoignages et explications très élaborées.

# 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.....



# Bilan “plutôt positif” pour la gélule de méthadone

## MSO

*Autorisée depuis avril 2008, la dispensation de la méthadone sous forme de gélules avait suscité quelques craintes. Thierry Kin, chef de projet méthadone chez Bouchara-Recordati, le laboratoire qui commercialise le produit, dresse pour Swaps un bilan globalement positif de sa mise en place. Et insiste sur les problèmes posés par la limitation de la durée de délégation de prescription.*

**Swaps :** Quel est le bilan que l'on peut faire aujourd'hui de la mise sur le marché des gélules de méthadone, survenue il y a plus d'un an, en avril 2008 ?

**Thierry Kin :** Si l'on se réfère aux nombreuses discussions qu'il y a eues récemment, en juin et juillet de cette année, dans les commissions auxquelles nous avons été conviés, le bilan est plutôt jugé positif. Rappelons que dans le processus qui a précédé la mise sur le marché, des craintes que nous partagions en partie – détournement de voie d'administration, surmortalité liée à une disponibilité des gélules sur le marché parallèle et absence d'équivalence thérapeutique – avaient entraîné des conditions de prescription et de délivrances assez rigides, en tout cas contraignantes, surtout pour les patients suivis en médecine de ville et déjà sous sirop. Ce qui s'est passé depuis n'est pas à la hauteur de ces craintes.

**Vous avez évoqué les risques de détournement, qu'en est-il après presque 18 mois de commercialisation ? Les gélules de méthadone sont-elles injectées ? Sont-elles sniffées ?**

Concernant l'injection, le bilan que nous faisons et qui rejoint celui des autorités de santé est très satisfaisant. Les gélules de méthadone ne sont visiblement pas injectées : aucun cas n'a été décrit durant la période, autres que une ou deux tentatives d'hydro-solubilisation peu concluantes. Pas suffisamment en tout cas pour susciter l'injection (“un filament gélatineux sort de la seringue...”). Idem pour le sniff, des essais non fructueux et apparemment non pérennisés. Mais, nous continuons à rester vigilants et devons continuer à quantifier

ces pratiques. Bien sûr, des rumeurs d'injection existent. C'était et c'est encore le cas pour le sirop...

**Les gélules de méthadone sont-elles présentes sur le marché noir ?**

Oui, bien sûr ! Affirmer le contraire relèverait de la naïveté. Mais apparemment c'est beaucoup plus occasionnel que pour le sirop ou d'autres médicaments psychotropes (benzodiazépines, buprénorphine haut dosage...). Cela tend à prouver qu'en réserver la primo-prescription à des médecins des services spécialisés n'est pas la panacée pour éviter le marché parallèle. Par contre, en faire une denrée rare...

**Concernant le risque de surmortalité, s'est-il avéré à la hauteur des craintes que vous évoquiez ?**

Si l'on rapporte les données du dispositif DRAMES qui notamment quantifie les décès imputables à la méthadone et le nombre de patients exposés, la tendance est nettement à la baisse malgré une année 2007 particulièrement catastrophique (voir schéma page 8).

La mise sur le marché des gélules de méthadone n'a pas entraîné une augmentation de la mortalité imputable à la méthadone. Lors de la commercialisation des gélules de méthadone, nous avons diffusé dans tous les lieux de primo-prescription, des blocs de lettres aux patients avertissant clairement des dangers du produit dans des situations bien précises. Cette année, avec l'aide d'un collectif d'associations (Asud, Nova Dona, Aruda), nous avons déjà diffusé à plus de 30 000 exemplaires un guide de prévention des overdoses à destination des usagers. Il est difficile de quantifier l'impact de cette communication, mais nous continuerons à nous mobiliser sur le sujet.



## Pourquoi un doute sur l'équivalence thérapeutique ?

Nous avons réalisé une étude de bio-équivalence entre le sirop de méthadone et les gélules avant leur commercialisation. C'est un préalable indispensable pour s'assurer que, lors du passage de l'un à l'autre, l'efficacité du traitement ne soit pas altérée. Cette étude a montré une excellente bio-équivalence au niveau des concentrations plasmatiques. Quelques patients ont toutefois présenté des signes de manque lors du passage de sirop à gélule. Le coordinateur scientifique de l'étude, le Dr Xavier Laqueille, dans son rapport d'expertise a attribué ces quelques cas aux conditions mêmes de l'étude : anxiété liée au stress de l'étude, interdiction de fumer, enfermement 24 heures pour multiples prises de sang, nécessité d'avoir des urines négatives aux substances psycho-actives avant la période d'étude... Ces quelques observations, dans une étude qui n'était pas une étude clinique, ont suffi à jeter le doute et à légitimer des envies de précautions auprès de certains décideurs.

**“La mise sur le marché des gélules de méthadone n'a pas entraîné une augmentation de la mortalité imputable à la méthadone”**

## À votre avis, les gélules de méthadone sont-elles équivalentes au sirop ?

Dans le cadre du Plan de gestion de risques (PGR) qui accompagne depuis avril 2008 la mise sur le marché des gélules de méthadone, nous avons scrupuleusement consigné des centaines de témoignages de cliniciens qui ont eux-mêmes opéré une ou plusieurs dizaines de “switch” sirop-gélule, et qui confirment en clinique quotidienne une parfaite équivalence thérapeutique. Peut-être quelques “signes de manque”, non franchement évocateurs de ce qui pourrait être un défaut de bio-équivalence, à des moments parfois inattendus (*dès la prise*), et ne nécessitant que très rarement des adaptations de posologie, ce qui devrait être la règle s'il y avait réellement défaut de bio-équivalence. Nous avons bien sûr alimenté la pharmacovigilance de ces cas, qui sont devenus à l'heure des bilans par les autorités compétentes, des “syndromes de

sevrage opiacé”, ce qui ne nous semble pas refléter strictement la réalité. Pour les cliniciens ou pour les usagers qui vivent ou ont vécu des “syndromes de sevrage opiacé”, je ne crois pas qu'il y ait méprise possible. En comptabilisant *in extenso* toutes les manifestations pouvant faire penser à des signes de manque – ou de sevrage, syndrome ou non – liés au switch, on arrive à peine à 0,5% de cas.

S'il y avait un réel défaut de bio-équivalence, c'est au moins un tiers des usagers qui s'en seraient plaints auprès de leurs prescripteurs au regard de l'acuité des usagers sur les notions de manque. Il semble, par ailleurs, qu'au fil des mois qui passent, la fréquence de ces signes de manque lors des passages sirop-gélule soit en net déclin. On peut probablement attribuer ce phénomène à un repli de l'anxiété des usagers et de leurs médecins dans cette pratique de switch, *a priori* maintenant reconnue par les deux parties comme sans risque de voir apparaître des signes de manque, ce qui n'était pas le cas dans les premiers mois. Pour conclure sur ce sujet, une étude clinique est menée actuellement dans le cadre du PGR. Cette étude ne parvient pas à mettre en évidence un défaut d'équivalence thérapeutique. Globalement, les patients qui présentent des signes de manque sur une période de 14 jours sous gélule sont ceux qui présentaient les mêmes signes dans la période de 14 jours précédents sous sirop. Sur une population de plus de 200 patients à l'analyse intermédiaire, les écarts sont minimes et les résultats correspondent aux sentiments des cliniciens évoqués précédemment.

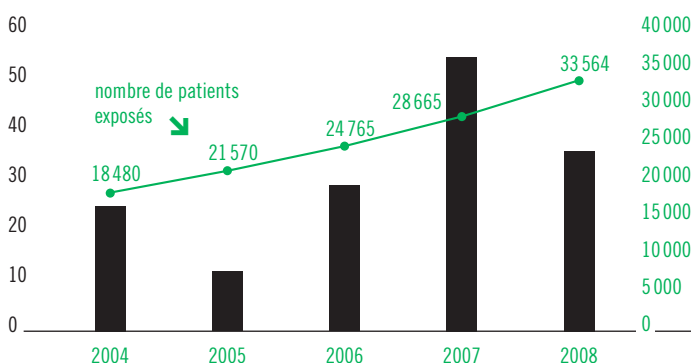
## Y a-t-il une typologie d'usagers bénéficiant des gélules de méthadone ? Est-elle celle que l'on attendait ?

Oui, il y a une typologie. Habiter à proximité d'un CSST bien équipé en temps médical et/ou ayant envie de favoriser l'accès aux gélules de méthadone – souvent dans les grandes villes où il y a plusieurs services spécialisés –, être directement suivi par un médecin de service spécialisé ou un médecin de ville ayant une vacation dans un de ces services – et donc primo-prescripteur autorisé –, en plus de répondre aux critères de l'AMM (1 an de sirop et stabilisé).

## Et pour ceux qui sont suivis en ville qui sont une grande majorité ?

Pour eux, qui effectivement représentent au moins deux tiers des 35 000 patients recevant un traitement par la méthadone, c'est plus compliqué. Retourner dans un CSST n'est pas un geste anodin pour des usagers qui en

## Nombre de décès imputables à la méthadone (Drames)



sont sortis il y a plusieurs années parfois. La notion de “retour en arrière”, de “bond dans le passé” est souvent évoquée par des médecins que nous rencontrons et qui ne parviennent pas à convaincre leurs patients d’effectuer ce retour !

Personnellement, je n’arrive pas à comprendre le système tel qu’il est proposé. Les patients “méthadone sirop” suivis en ville ont au préalable été suivis en service spécialisé. Par le biais d’une délégation de prescription, le médecin du service spécialisé a confié la prescription à un médecin-traitant. On peut espérer que ce médecin “spécialisé” a jugé possible ce relais et très souvent il a appelé le médecin-relais ! *A priori*, le médecin “spécialisé” ne relaierait pas

son patient vers un médecin déviant – notoirement connu comme tel ! Potentiellement, dans le cadre de ce relais, le médecin de ville, nouveau prescripteur, a le droit de doubler, tripler la posologie. Comment expliquer qu’il n’ait pas le droit de faire un changement de galénique du sirop vers la gélule ? Un collectif de médecins a fait part dans la revue *Prescrire* de son sentiment d’incompréhension et de “*disqualification*” par le fait même des conditions de prescription des gélules de méthadone (“*Le retour du toxico-mane bandit et du médecin incapable*”). La finalité de tout ça est qu’actuellement, sur les 8000 patients bénéficiant des gélules de méthadone, une grande majorité est suivie directement par un médecin exerçant dans un service spécialisé. Avec malgré tout et heureusement, ici et là, quelques expériences de réseaux qui fonctionnent : patient adressé aux services spécialisés par le médecin de ville ou traitant et ré-adressé avec une délégation de prescription, actuellement valable 6 mois.

**Cette durée de validité, limitée dans le temps, va-t-elle évoluer ? Pourquoi cette délégation n’est-elle pas permanente, comme pour le sirop ?**

Comme vous l’avez compris, nous étions favorables à ce que les médecins de ville puissent faire le switch eux-mêmes avec l’option de pouvoir en cas de doute adresser

**“Si délégation il doit y avoir, il nous semble que, comme pour le sirop, elle devrait être permanente !”**

leurs patients à un service spécialisé pour un deuxième avis. Mais nous devons faire avec. Le problème lié à une durée limitée de la délégation est que c’est quasiment inapplicable, quelle que soit la durée (6 mois, 1 an...). En pratique, aujourd’hui, un nombre élevé d’usagers (parmi ceux qui ont fait le trajet décrit ci-avant) ont une délégation datant de plus de 6 mois. Le médecin traitant a souvent obtenu un protocole de soins (obligatoire depuis avril 2008) d’une durée d’un an ou deux. Donc il

continue de prescrire. Le pharmacien d’officine, connaissant l’existence du protocole de soins, délivre pensant que ce n’est pas à lui d’imposer le renouvellement de la délégation. Et le médecin qui a fait la délégation ne

reconvoque pas les patients tous les 6 mois. Donc, un nombre croissant de patients, bénéficiant de gélules de méthadone, sont dans une situation quasi-illégale. Si la durée de délégation devait passer à un an, ce qui semble être l’option actuelle, cette part serait la même au fil des mois qui passent et du nombre d’usagers qui auront une délégation supérieure à 1 an. Si délégation il doit y avoir, il nous semble que, comme pour le sirop, elle devrait être permanente !

**Que pensent les médecins des services spécialisés de l’obligation de passer par eux pour qu’un patient puisse avoir des gélules de méthadone ?**

Contrairement à ce que l’on pourrait croire, beaucoup d’entre eux souhaiteraient que leurs médecins correspondants, ceux à qui ils ont envoyé des patients sous sirop, puissent faire le switch eux-mêmes. Dans les informations que nous avons remontées dans le cadre du PGR, certains se posent même la question de leur capacité à poser un diagnostic de “stabilisation” à des patients qu’ils n’ont pas vus depuis parfois plusieurs années (voire jamais vus), alors que le médecin traitant les voit tous les 14 jours.

PROPOS RECUEILLIS PAR MUSTAPHA BENSLIMANE

## Les conditions de prescription

Les gélules de méthadone sont réservées à des patients stabilisés sur un plan médico-psycho-social dans une gamme de gélules dont le dosage maximum est de 40 mg (1, 5, 10, 20 et 40 mg). Avant la commercialisation, la crainte d’une éventuelle surmortalité, notamment liée au dosage de 40 mg, était au cœur des débats. Les gélules de 40 mg font finalement partie de la gamme, mais la prescription est réservée aux seuls médecins exerçant en services spécialisés (Csapa et services hospitaliers spécialisés), pour des patients recevant un traitement par la méthadone sirop depuis au moins un an, et stabilisés sur le plan médical et les pratiques addictives. Pour les patients “méthadone sirop” suivis en ville par des médecins traitants (déjà en relais d’un service spécialisé), pas d’autre choix que de retourner vers un primo-prescripteur autorisé afin d’obtenir une délégation pour que le médecin traitant puisse à son tour prescrire les gélules de méthadone. À l’heure actuelle, cette délégation n’est valable que 6 mois.



# Quand le gouvernement bat la campagne

*"Drogues : ne fermons pas les yeux" suscite un très large rejet chez les associations de réduction des risques.*

Lancée le 5 octobre par le ministère de la santé, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), la campagne "Drogues : ne fermons pas les yeux" vise, selon ses promoteurs, à "combattre l'indulgence face aux drogues en réalertant chacun" mais aussi à "lutter contre la méconnaissance des risques en informant sur les produits". Spots à la télévision et à la radio, jeu sur internet et "films viraux" ont pour but de "parler à tous : grand public, jeunes, parents, professionnels de santé, acteurs de terrain", en "tenant un discours en phase avec la réalité et ce que vivent les gens", et renvoient vers le site [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr) ainsi que vers le numéro de Drogues info service : 0 800 23 13 13. Cette campagne constitue le premier volet d'un dispositif qui inclura en novembre une "campagne judiciaire" rappelant que la consommation de drogues est interdite et passible de condamnations, puis, au second semestre 2010, une campagne sur le rôle des adultes, et en particulier des parents, dans la prévention.

## "Régression" et "stigmatisation"

Les réactions des associations de réduction des risques sont unanimes. Ouvrant le feu, l'AFR condamne une campagne allant à contre-courant des évolutions internationales, et "jetant l'opprobre" sur les consommateurs de drogues. Act-Up relève que la campagne "n'a fait l'objet d'aucune consultation des usagers de drogues et des acteurs du champ de la toxicomanie", et parle de "régression" et de "stigmatisation". Asud et l'Anitea estiment que cette campagne décline "des idées toujours aussi anciennes et confuses". Elles s'interrogent sur les "discordances de communication" gouvernementale en faisant un parallèle entre la répression et la prohibition des drogues et l'ouverture à la concurrence prônée par le gouvernement des jeux d'argent en ligne, qui relèvent également des addictions. Asud et l'Anitea soulignent que "des responsables de premier plan, sur la scène internationale, soulignent l'échec des politiques de prohibition et autres différentes guerres à la drogue".

De leur côté, les Verts dénoncent une prévention gouvernementale "démagogique" qui constitue "un grand retour en arrière". Comme les associations, ce parti s'indigne de la séparation "arbitraire" entre drogues licites et illicites puisque la campagne gouvernementale "oublie" le tabac et l'alcool, responsables de plus de 100 000 décès par an en France alors que ces produits sont "les plus consommés par les jeunes".

NESTOR HERVÉ (avec AFP)



# Salles de consommation de drogues à moindre risque : le syndrome gaulois

## DÉBAT

*Les salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) font à nouveau débat en France. Jamais expérimentées dans l'Hexagone, à l'exception de la courte tentative menée à Montpellier en 1994, elles sont pourtant largement implantées chez plusieurs de nos voisins. Créateur du site [www.salledeconsumation.fr](http://www.salledeconsumation.fr), Bernard Bertrand en propose un tour d'horizon.*

L'ouverture symbolique d'une salle de consommation de drogues à moindre risque à Paris<sup>1</sup>, le 19 mai dernier, par un collectif d'associations (Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa Paris, SOS Hépatites et [salledeconsumation.fr](http://salledeconsumation.fr)), lors de la journée mondiale des hépatites, a suscité des réactions contrastées.

Pour approfondir le débat relatif aux SCMR, il semble raisonnable d'aller voir ce que font nos voisins en Europe et ailleurs.

## Petit bottin des SCMR

Qu'on les nomme local d'injection sous surveillance, piquerie, zone de tolérance, shooting room, gassenzimmer, salle de santé, fixerstübli, drug injecting room, shooting gallery, centre de contact, fixpunkt, consumption room, sala de consumo higiénico, supervised injecting centre, drogenkonsumraum, medically supervised injecting centre, safe injection facility, gesundheitsräume, salle d'injection à visée éducative..., il existe aujourd'hui 81 SCMR officielles, la majorité sur le sol européen, réparties dans 45 villes dans le monde.

**Pays-Bas.** Pendant que la plupart des pays européens mettaient en place des commissions d'enquête devant l'augmentation de la consommation de drogues, les Pays-Bas ont été le premier pays à sortir d'une logique du tout répressif et d'une quête de l'abstinence. Dès la fin des années 1970, des SCMR ont fonctionné, d'abord à Amsterdam puis à Rotterdam. C'est en 1996 que les autorités d'Amsterdam et de Rotterdam ont décidé d'officialiser les SCMR. On en compte aujourd'hui 31, réparties dans les villes d'Amsterdam (9), Apeldoorn (1), Arnhem (1), Den Bosch (1), Breda (1), Eindhoven (1), Groningen (1), Heerlen (1), Maastricht (1), Nijmegen (1), Rotterdam (7), Tilburg (1), Utrecht (3), Venlo (1),

Zwolle (1), ainsi que des SCMR non-officielles tolérées par l'État dans plusieurs autres villes.

**Suisse.** La première SCMR helvétique a été ouverte à Berne en 1986, mais c'est dans les années 1990 qu'elles se sont développées, en réaction à la visibilité de la consommation (scène ouverte). Le parc public Platzpitz de Zürich était la plus célèbre de ces scènes marquées par la tolérance des forces de l'ordre, la visibilité de la consommation et des actes de délinquance. La dégradation du mode de vie des consommateurs de drogues et la multiplication des actes de violence ont eu des répercussions sur la qualité de vie des riverains, ce qui a obligé les autorités locales à repenser leur politique de lutte contre la toxicomanie. Même si, dans les villes suisses comme à Paris et ailleurs, les interventions policières n'ont finalement qu'un effet de déplacement, elles ont aussi des retombées politiques et symboliques.

Les SCMR en Suisse, comme dans les autres pays, ont pu se développer malgré une législation qui interdit l'usage de stupéfiants car la politique de santé publique menée depuis 1991, dites des "quatre piliers" (prévention ; thérapie et réintégration ; réduction des risques et aide à la survie ; répression et contrôle) a introduit la notion de l'"aide à la survie" (notion reprise notamment en Allemagne par la suite). On compte aujourd'hui 17 SCMR réparties dans les villes de Bâle (3), Heerbrugg (1), Bern (1), Olten (2), Riehen (1), Schaffhausen (1), Solothurn (1), Winterthur (1), Chur (1), Zürich (3), Bienne (1) et Genève (1).

**Allemagne.** En 1987, suite aux premières SCMR suisses, des SCMR informelles ont été ouvertes à Bonn et à Brême. C'est en 1994 que la ville de Francfort a ouvert la première structure officielle, malgré une opposition du gouvernement de l'État. Ce n'est qu'en 1999 que des

<sup>1</sup> Lire Swaps n°55 et la revue de presse sur [www.salledeconsumation.fr/conferencedepres/](http://www.salledeconsumation.fr/conferencedepres/)



amendements législatifs sont venus régulariser le statut des SCMR. On compte aujourd'hui 20 SCMR réparties dans les villes de Francfort (4), Hanovre (1), Hambourg (8), Saarbrücken (1), Münster (1), Wuppertal (1), Essen (1), Cologne (1), Dortmund (1) et Aix-la-Chapelle (1).

**Australie.** En 1998, une SCMR non autorisée fut ouverte pendant quelques semaines à la Uniting Church, à Kings Cross (Sydney), avant que la police la ferme. Trois gouvernements d'États australiens (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria et Territoire de la capitale australienne) ont tenté d'ouvrir des SCMR, avec divers degrés de réussite. C'est finalement en mai 2001 que la première et unique SCMR officielle d'Australie a ouvert ses portes à Sydney.

**Canada.** Début 2001, un groupe de travail multisectoriel créé par le comité fédéral, provincial et territorial sur l'usage de drogues injectables a rendu ses conclusions sur la faisabilité de l'ouverture d'une SCMR dans le cadre d'une recherche scientifique médicale. Les conclusions indiquaient qu'il était possible de mener un tel projet si quatre critères étaient respectés :

- le projet a des objectifs clairs et mesurables et peut être évalué comme projet de recherche scientifique et médicale ;
- le projet jouit d'un appui politique à l'échelon national, provincial et municipal ;
- un cadre légal adéquat est mis en œuvre ;
- les sites choisis jouissent d'un appui local.

En avril 2003, face à l'inaction des autorités et en réponse à une vaste "descente de police", un collectif d'associations communautaires pour la RdR a ouvert une SCMR non autorisée dans le quartier Eastside à Vancouver. La SCMR a fermé après 181 jours d'activité, et trois semaines après l'ouverture de Insite en septembre 2003. On compte aujourd'hui 1 SCMR à Vancouver, et il est possible que cet automne la ville de Québec puisse en ouvrir une.

**Royaume-Uni.** À la fin des années 1960 et jusqu'au début des années 1970, plusieurs cliniques médicales et centres de jours londoniens étaient dotés de SCMR. L'**Espagne** compte 6 SCMR réparties dans les villes de Madrid (1), Bilbao (1) et Barcelone (3 plus 1 unité mobile) ; le **Luxembourg**, 1 SCMR à Bonnevoie (une deuxième est à l'étude) ; la **Norvège**, 1 SCMR à Oslo ; l'**Afghanistan** ne dispose pas officiellement de SCMR mais un centre de soins aux toxicomanes situé à Kaboul prenant en charge des femmes, leur permet de consommer à moindre risque sur 3 sites différents.

D'autres pays comme la Slovaquie, le Portugal, la Belgique, l'Italie et les États-Unis (État de Californie et ville de New York) étudient la mise en place de SCMR.

## Une mesure intelligente et pragmatique

Les arguments politiques basés sur des valeurs morales<sup>2</sup> affirment que les SCMR entretiennent la consommation de drogues. Ces valeurs remettent en cause directement la politique de réduction des risques alors que ses résultats plus que positifs ne sont plus à démontrer.

Les SCMR font partie intégrante de cette politique pragmatique qui vise à minimiser les dommages sanitaires et sociaux, alors même que les personnes sont encore dans une phase de consommation. En d'autres termes, il s'agit de maintenir et de préserver l'état de santé et l'intégration sociale des personnes consommatrices.

En France et ailleurs dans le monde, il existe d'autres offres qui s'inscrivent dans ce cadre : on peut mentionner la possibilité de manger gratuitement, de se laver, de dormir pour une somme modique, etc. Ces mesures s'adressent à toute personne – consommatrice de drogues ou non – qui se trouve dans une situation de grande précarité. Ces offres font partie des mesures "classiques" que propose un pays pour venir en aide aux plus démunis et ne sont pas contestées.

La question des SCMR est plus délicate, car elle s'adresse spécifiquement à des consommateurs de drogues et, c'est là que "le bât blesse", car soutenir l'ouverture de SCMR suppose l'acceptation de l'existence de personnes qui consomment des drogues illicites dans notre société. Cela demande également d'accepter, dans l'immédiat, notre impuissance à "guérir", ainsi que notre colère devant cette souffrance visible. La répression ne peut, à elle seule, répondre à cette problématique. Alors que faire ?

Les acteurs de terrain des secteurs médicaux et psychosociaux soutiennent qu'il faut être avant tout réaliste pour préserver la santé des consommateurs de drogues et leurs liens avec les dispositifs socio-sanitaires. Cette approche, qui repose sur le postulat que l'on ne peut contraindre une personne à entreprendre une sortie de dépendance, implique qu'il faut aider quand il y a une demande, ce qui suppose au préalable de respecter la personne à chaque étape de son parcours. Dès lors, pourquoi leur refuser des conditions décentes de consommation ?

Notre position individuelle ou collective sur la question des dépendances ne doit pas être liée à notre position vis-à-vis des personnes toxicomanes. La question n'est pas tant d'être "pour ou contre les drogues" – sur cette question nous sommes en grande majorité d'accord – mais plutôt de nous interroger sur notre capacité à tolérer des toxicomanes dans notre société. Cette question est certes plus délicate et mérite d'être débattue, mais elle permet d'être contre la consommation de drogues sans pour autant être contre les toxicomanes.

<sup>2</sup> Le décret n°2005-347 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005, approuvant le référentiel national des actions de réductions des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, couvre la possibilité d'expérimenter des salles de consommation de drogues à moindre risque.

Il faut s'y faire, même si l'on souhaite l'abstinence et la réinsertion pour tous les consommateurs de drogues, ceci ne se fait pas en un "claquement de doigts" et cette démarche prend du temps. Alors autant que les pratiques de consommation soient le moins dommageables possible et l'ouverture de salles de consommation de drogues à moindre risque semble être une mesure intelligente et pragmatique. Il s'agit d'un outil supplémentaire qui vise à permettre aux plus vulnérables d'accéder à des structures d'aide, d'accompagnement et de soins.

## Une question de dignité

Au vu d'une somme considérable de résultats positifs dans d'autres pays, pouvons-nous encore conserver des approches fondées sur la criminalisation afin de contrôler l'usage de drogues alors que ces stratégies échouent à rencontrer les objectifs pour lesquels elles avaient été conçues; qu'elles engendrent des maux qui sont d'ampleur équivalente – voire pires – que ceux qu'elles sont supposées prévenir et, surtout qu'elles intensifient la

marginalisation des personnes les plus vulnérables? Pouvons-nous continuer de tolérer avec indulgence l'écart tragique entre ce que l'on pourrait faire et devrait faire, dans l'ensemble des soins aux consommateurs de drogues, et ce qui est fait dans la réalité, devant les besoins fondamentaux de ces personnes?

Pouvons-nous enfin conserver des politiques et des programmes qui insistent sur l'abstinence de l'usage de drogues d'une manière si unilatérale et si utopique qu'on laisse de côté l'urgence qui appelle une attention plus immédiate: celle de réduire les souffrances des utilisateurs de drogues et d'assurer leur survie, leur santé et leur croissance vers la liberté et la dignité?

Il est donc impératif de reconnaître – avec toutes les conséquences morales de cette réalité éthique – que les personnes qui font usage de drogues possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.

BERNARD BERTRAND

## À quoi servent les SCMR ?

Selon la littérature européenne et internationale<sup>3</sup>, les salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) permettent de:

### 1. Réduire les problèmes de santé pouvant découler de la consommation de drogues:

- limiter l'incidence de la transmission des hépatites virales du VIH et autres virus transmissibles par le sang;
- réduire le développement d'abcès, d'endocardites et d'autres problèmes de santé pouvant résulter de la consommation de drogues lorsque celle-ci se déroule dans un cadre non-hygiénique (cage d'escalier, entrée d'immeuble, shooting gallery, squat, toilettes publiques, square...).

### 2. Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics et semi-publics:

- réduction de la visibilité de l'usage;
- réduction de la criminalité;
- réduction du nombre de seringues usagées sur la voie publique.

### 3. Améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs de drogues les plus marginalisés:

Il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et de toucher les consommateurs qui n'utilisent pas –

ou pas encore – les services socio-sanitaires et/ou thérapeutiques.

### 4. Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'usage de drogues:

Les SCMR permettent une éducation et information sur les pratiques de consommation à moindre risque directement au moment de l'acte. Cette éducation et cette information sont adaptées aux risques observés contrairement aux programmes d'échange de seringues qui envoient un message sibyllin: "Nous savons que certaines personnes consomment des drogues et afin de diminuer les risques sanitaires, nous leur donnons des seringues et autres matériels stériles, mais en revanche, nous ne voulons pas les voir consommer devant nous et encore moins dans nos structures."

### 5. Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues:

Le rapport coût-efficacité avantageux de l'instauration de SCMR doit inciter les décideurs politiques à l'action: Outre la perte tragique et coûteuse de vies humaines, certains méfaits peuvent être évités ou atténués et entraîner des gains sur le plan économique en soins de la santé (traitement pour maladies chroniques, services d'urgence...) à l'instar de la mise en place des programmes d'échange de seringues pour limiter la propagation du VIH.

Les coûts d'application de lois répressives de lutte contre la délinquance et de la toxicomanie peuvent également diminuer: ces ressources pourraient alors être consacrées à la prévention, au traitement et aux soins de santé.

<sup>3</sup> Voir [www.salledesconsommation.fr](http://www.salledesconsommation.fr), rubrique littérature.

# Retour sur CLAT

## CLAT 5 / SUITE

*La 5<sup>e</sup> Conférence latine pour la réduction des risques s'est tenue à Porto du 1<sup>er</sup> au 4 juillet. Swaps a déjà rendu compte, dans sa dernière livraison, de sa dimension géopolitique. Mais bien d'autres thèmes ont été abordés lors de cette édition. Petit tour d'horizon de quelques-uns d'entre eux.*

### L'Amérique latine en force

Un des traits marquants de cette édition a été une forte présence de Latins "d'ailleurs" (rappelons que la CLAT regroupe avant tout Espagnols, Portugais, Italiens et Français), de la Belgique au Canada en passant par le Cap-Vert ; mais surtout, bien sûr, d'Amérique latine, où existe une réelle dynamique concernant la RdR (lire p. 17) du Mexique jusqu'à la terre de Feu.

En témoigne par exemple, au Mexique, l'étude "Mayahuel y Xochipilli", menée à la cité universitaire et à l'université nationale autonome de Mexico, sur l'autogestion des plaisirs et des risques, et présentée à Porto par Juan Machín. Celui-ci a décrit, dans le contexte de ces espaces ouverts, les dynamiques d'auto-organisation (en logiques territoriales et de marché) à l'œuvre dans les interactions des personnes qui utilisent ces deux espaces, analysables comme des systèmes complexes qui produisent autogestion de la sécurité, contrôle et médiation des conflits, et réduction des dommages et des risques.

À l'extrême sud du continent, Silvia Inchaurrea a présenté les nouvelles actions de santé mises en place dans la province la plus jeune et la plus australe d'Argentine, la Terre de Feu, qui se situe au deuxième rang national en matière de consommation de cocaïne, de marijuana et d'alcool. Depuis décembre 2007, la mise en place d'un nouveau paradigme en matière de santé publique a permis d'initier un discours où l'utilisateur de drogues est vu comme un citoyen et les initiatives de santé comme un

droit, ainsi que l'introduction de la notion de RdR auprès des équipes de santé, dépassant l'ancien modèle basé sur l'abstinence.

### Nouveaux médias et communication

Face à des usages, des populations et des consommations diverses, il est tentant, voir nécessaire d'employer les outils de consommation les plus divers. Quelques exemples de ces initiatives ont été présentés à Porto. Parmi elles, on retiendra la vidéo "Revientate sin reventar" ("éclate-toi sans éclater", visible sur youtube), du Colectivo Vitamina, une campagne d'information en direction de la jeunesse mexicaine, "réalisée par les jeunes pour les jeunes", ou "El Ángel de la Droga", une campagne espagnole de réduction des risques associés à la consommation de cocaïne menée sur internet ([www.elangeldeladroga.com](http://www.elangeldeladroga.com)). Face à la forte augmentation de la consommation de cocaïne récente en Espagne et à la difficulté d'accéder à la population d'utilisateurs de drogues récréatives, l'idée d'utiliser le web s'imposait. Cette campagne utilise l'humour et les "lois sociales" du web pour établir le contact et gagner la confiance des internautes, afin de faire passer avec efficacité informations et conseils de RdR.

Autre lieu, autre moyen de communication : à Salvador de Bahia, au Brésil, c'est à travers les radios communau-

taires que fonctionne le projet “Alô comunidade”, qui vise à démocratiser l’information sur la réduction des risques. Sans oublier cette équipe espagnole qui, confrontée à l’accroissement du nombre de personnes ne parlant pas le castillan reçues dans les centres de RdR, qui ne disposent pas, sauf exception, de traducteurs, a mis au point une communication thérapeutique basée sur des symboles graphiques, sous la forme d’un manuel comportant des symboles correspondant aux principales demandes et aux interventions sanitaires les plus fréquentes.

## De l’art-thérapie au football

En matière d’initiatives originales, l’Espagne est sans conteste en première ligne. En témoignent l’expérience d’art-thérapie menée avec des groupes de RdR dans le cadre des programmes éducatifs de la prison de femmes de Brians, en Catalogne, ou la création d’une “ligue de football UD” regroupant plusieurs centres de RdR, toujours en Catalogne, et ayant vu l’organisation de 18 “matches”, avec pour but d’améliorer l’état physique des usagers de drogues... ainsi que leur image.

Mais on peut aussi citer l’expérience menée dans la ville portugaise de Santa Maria da Feira, où l’équipe du Teatro-Forum a entrepris de faire passer des messages de RdR par le biais de spectacles de théâtre participatif dans lesquels interviennent de jeunes médiateurs sociaux.

## Prostitution et usage de drogues

La problématique “prostitution et usage de drogues” a été particulièrement mise à l’honneur lors de cette édition de la CLAT. En témoigne par exemple la présentation, par Gaëlle Martinez, du travail mené à Genève par l’association première Ligne. Il s’agit d’une analyse des problèmes rencontrés par les femmes et des conséquences sur leur situation socio-sanitaire menée à partir des observations faites sur le terrain par les diverses actions de l’association, qui concernent une population de femmes aux caractéristiques bien différentes. Il s’agit aussi bien de femmes usagères de drogues qui consomment de manière régulière que de femmes qui ont recours aux produits uniquement de manière occasionnelle. C’est aussi le cas concernant la pratique de la prostitution. Ces personnes couvrent un large éventail d’origines culturelles et d’âges. Toutes pratiquent la prostitution dite de “rue”. Parmi ces groupes à risques, les usagères de drogues semblent être celles qui exercent la prostitution dans les conditions les plus précaires et prennent le plus de risques, notamment sur le plan sanitaire. Elles ne s’identifient pas comme personnes prostituées et parlent plutôt “d’échanges de services sexuels”. Grâce aux connais-

sances recueillies sur ces pratiques ou ces populations peu ou mal connues, l’association adapte régulièrement ses actions.

De son côté, Miguel-Ange Garzo a présenté un travail de prévention/réduction des risques auprès des transgenres et travailleurs du sexe hispanophones mené à Paris et en banlieue par l’association Arcat. Les mesures répressives subies depuis la loi pour la Sécurité Intérieure de mars 2003 ont en effet éloigné travailleurs du sexe et transgenres des structures de soins/prévention situées en ville, les rendant moins visibles, plus vulnérables, plus précarisés. Des actions d’information/prévention de proximité sont d’autant plus nécessaires pour réduire le risque d’infection par le VIH, les IST, les hépatites virales, favoriser l’information sur l’accès aux soins et services adaptés à leur prise en charge tout en renforçant la lutte contre la stigmatisation des transgenres.

En 2008, 553 personnes prostituées, dont 48 % de transgenres, ont bénéficié du programme. Les transgenres reçus ont souvent un retard à la prise en charge de problèmes de santé, et négligent leur suivi médical. Ils présentent une triple vulnérabilité : par leurs comportements à risque, par crainte de la stigmatisation qui les éloigne de la prévention et des soins avec comme corollaire le recours risqué à des non soignants (pour des transformations corporelles et prise d’hormones) et par le manque de services prenant en compte leurs spécificités.

Les activités sont menées sur les lieux de prostitution la journée, lors de tournées dans un bus sillonnant une forêt près de Paris, en collaboration avec l’association “les amis du bus des femmes”, et dans un local proche du lieu de vie des transgenres dans Paris. Il s’agit d’entretiens individuels de prévention en espagnol au cours desquels des dépliants adaptés (sur les IST, hépatites...), des préservatifs et gels lubrifiants sont distribués. Un document en espagnol destiné aux transgenres a été élaboré, ainsi qu’une brochure destinée aux soignants prenant en charge ces personnes pour les informer sur leurs spécificités et faciliter le dialogue patient soignant. La fréquentation croissante du lieu de prévention rend compte des besoins considérables de cette communauté en matière d’informations.

## Une présence française remarquée

Mais cette communication n’était pas la seule à venir de France. Celles de Loïc Wacquant et de Jean-Luc Romero, en séance d’ouverture, et d’Elisabeth Avril, lors de la clôture, ont été particulièrement remarquées. Directrice médicale de l’association Gaïa Paris, cette dernière s’est penchée sur les notions de précarité et d’exclusion sociale,



*“centrales dans la vie des usagers”.* Selon elle, la précarité est souvent confondue avec la pauvreté. Or, s’il est certain que ces deux notions se retrouvent chez certains individus, la précarité est plus complexe que la pauvreté, elle évoque des parcours de vie, des ruptures. C’est une situation d’insécurité individuelle sur le plan social, mais aussi sur les plans économique, sanitaire et psychologique. Selon une revue de la littérature largement documentée, la précarité constitue un facteur de risque d’abus et de dépendance aux substances psychoactives. *“Nous sommes partis du principe qu’il fallait alléger les règles d’accès aux soins et que le professionnel du “bas seuil” devait pouvoir s’adapter à la situation de l’usager plutôt que le contraire”*, a expliqué Elisabeth Avril, qui estime que *“les actions sont trop focalisées sur la problématique de l’addiction et que les programmes thérapeutiques devraient s’adresser avec une priorité égale aux besoins élémentaires des personnes précaires”*. Avant de terminer sur deux points *“essentiels”*: la dépénalisation de l’usage de drogues et l’accès au logement.

Côté français, on retiendra aussi (sans pouvoir être exhaustif), la présentation de Vincent Benso sur l’usage-revente dans le cadre de la RdR, celle de Serge Longère sur l’hébergement collectif pour usagers de drogues, celle de Virginie Mazza sur l’expérience de l’addiction au féminin, celle de Nicolas Bonnet sur un atelier d’information sur l’injection à moindre risque et celle de Malika Amaouche, d’EGO, sur les spécificités de l’accompagnement des femmes usagères de crack désinsérées.

Ces femmes usagères de crack cumulent toutes sortes de difficultés qui traduisent les inégalités de genre: elles ont une image négative d’elles-mêmes, viennent d’un milieu défavorisé et souvent peu structuré et subissent de la violence des hommes usagers. Il est fréquent qu’elles exercent la prostitution pour leurs consommations ou pour celles de leur compagnon. La grossesse, dans ce contexte, est vécue comme un moment difficile car elle est souvent repérée tardivement, mal suivie médicalement du fait de la faible adhésion de ces femmes à sa prise en charge. Souvent, l’enfant est abandonné à la naissance. Cette situation s’explique d’une part, du fait des caractéristiques particulières de cette addiction et d’autre part, de l’absence de traitement de substitution pour la dépendance à la cocaïne/crack.

Certaines structures ont mis en place des lieux d’accueil non mixtes pour améliorer l’accompagnement des femmes et les faire échapper, pour un temps, à la violence de la rue mais toutes déplorent le manque de structures pouvant accueillir les femmes usagères de crack enceintes et leurs enfants. Ce cumul de difficultés fragilise ces femmes, comme le prouve le fait que trois jeunes

femmes sont décédées, début 2009, en raison soit de leur mode de vie, soit de surdoses. Ces morts tragiques surviennent dans un contexte où le nombre de décès ne cesse de diminuer parmi les usagers de drogue.

Dans les années 1990, le professeur Lejeune, pédiatre, associé à l’équipe de l’hôpital Louis Mourier, à Colombes, a pris conscience que des femmes usagères d’héroïne étaient mal accueillies à la maternité du fait de l’étiquette stigmatisante de *“toxicomane”*. Ils ont donc créé un accueil adapté et les ont accompagnées dans des programmes de substitution. Faut-il un accueil spécifique pour les usagères de crack? Comment les accompagner? Alors qu’il n’existe pas de traitement de substitution à la cocaïne/crack, qu’en est-il des autres alternatives de soins? Pour Malika Amaouche, ces questions constituent un des défis majeurs de la réduction des risques aujourd’hui.

## Kaboul, version RdR

Olivier Maguet a, pour sa part, présenté les avancées du programme de RdR animé par MDM France depuis 2006 à Kaboul (lire *Swaps* n° 46). La stratégie initiée à Kaboul tend à renouveler les modalités existantes d’intervention en RDR. Il s’agit de penser dès le départ les conditions de la généralisation rapide de la RdR à l’ensemble du pays, en construisant un centre national de formation et de ressources adossé au programme-terrain. Mais le programme permet aussi d’introduire des innovations dans les contenus de RDR, par exemple l’introduction de la teinture d’opium comme traitement de substitution (traitement officiellement autorisé comme tel, pour la première fois au monde, en décembre 2007 par les autorités afghanes) et la conception d’un modèle économique agissant sur les déterminants économiques et sociaux de l’accès et du maintien dans le soin. Ce modèle, qui allie les outils de lutte contre la pauvreté (activités génératrices de revenu et micro-finance) avec les filières du commerce équitable pour dégager des ressources permettant de créer des emplois, garantir des conditions de vie dignes et acheter des traitements VHC, va d’abord se concrétiser dans la création, au sein du centre de soins, d’une fabrique de tapis afghans, destinés dans un premier temps à être vendus en Occident dans le cadre de ventes aux enchères humanitaires.

Enfin, revenant sur la plénière consacrée à la reconceptualisation de la RdR, dont les interventions ont montré que celle-ci devant tendre vers un objectif d’autonomie, dans une approche relevant des droits de l’homme, et pas seulement chercher un objectif de protection, dans une logique de santé publique, Olivier Maguet a noté que c’est ce à quoi appelle le programme RdR de Kaboul.

# Avancées en Amérique latine

## BUENOS AIRES

*La première Conférence latino-américaine sur les politiques de drogues a été organisée les 6 et 7 août à Buenos Aires (Argentine). Le signe d'une dynamique à l'œuvre qui se retrouve dans les changements de lois récemment survenus au Mexique et en Argentine.*

Depuis six ans, l'ONG argentine Intercambios<sup>1</sup> organise des journées nationales de réflexion sur les politiques en matière de drogues. Pour la première fois cette année, ces journées avaient un caractère international avec la participation d'une dizaine de pays de la région. L'initiative s'appuyait sur le constat d'échec de la politique de contrôle des drogues menée par les Nations unies depuis dix ans et disposait du soutien de la commission latino-américaine Drogas y Democracia<sup>2</sup>.

Lors de son discours inaugural, dans le cadre prestigieux de l'auditorium de la chambre des députés, le juge de la Cour suprême de Justice argentine Eugenio Zaffaroni a donné le ton des débats en affirmant que la prohibition de drogues a non seulement des effets négatifs sur la santé des individus, mais aussi sur l'économie et sur la justice en favorisant le crime organisé, les poursuites pénales contre les maillons les plus faibles du trafic (petits dealers) cachant souvent des phénomènes liés à la corruption et au narcotrafic. Il a par ailleurs défendu l'idée selon laquelle l'usage personnel de drogues ne constitue pas une violation des principes constitutionnels.

Graciela Touzé, présidente d'Intercambios, a mis en garde contre les conséquences générées en Amérique latine par les politiques répressives appliquées ces dernières années, qui se caractérisent entre autres par :

- la stigmatisation des usagers de drogue ;
- l'augmentation de l'isolement des personnes ;
- l'augmentation des inégalités sociales ainsi que la précarisation des usagers de drogue ;
- l'incarcération disproportionnée des usagers de drogues ;
- l'augmentation conséquente des violences sociales (pour le contrôle des marchés et du pouvoir politique) ;
- des violations des droits humains élémentaires ;

— la persécution et la précarisation des paysans confrontés à l'éradication forcée des cultures de coca sans alternative soutenable.

L'enjeu principal des débats a été d'apporter un regard nouveau, non punitif, sur les politiques de drogues ; de fonder une réflexion étayée sur des évidences scientifiques, répondant de manière efficace aux divers problèmes associés aux drogues, et de contribuer à l'émergence d'un débat au niveau régional afin d'actualiser la carte géopolitique des usages des drogues<sup>3</sup>, des problèmes associés à l'usage et des politiques et interventions appliquées dans la région.

## Un vent de changement

Le leitmotiv des experts réunis à Buenos Aires a été de sortir de la "guerre à la drogue" en favorisant des approches plus humanistes. Quelques signes encourageants sont venus de la presse argentine, qui s'est montrée plus intriguée qu'hostile face à cette nouvelle approche. Les journées se sont conclues sur le vœu qu'un vent de changement souffle durablement sur la région qui permette l'amélioration des conditions de vie des publics concernés par l'usage de drogues.

Très en retard sur le plan des actions et des programmes de réduction des risques vis-à-vis de l'Europe, avec des contrastes sociaux et des déficits financiers criants, l'Amérique latine donne pourtant une bonne leçon de pragmatisme et de dynamisme. En témoignent les annonces survenues depuis la fin de ces journées : le 20 août, le Mexique a voté la dépénalisation de la possession de petites quantités de cannabis (moins de 5 grammes), cocaïne (500 mg), héroïne (50 mg)... Cinq jours plus tard, la Cour suprême de justice argentine a jugé à l'unanimité inconstitutionnelle la loi qui punit de prison la consommation personnelle de drogues.

BETTY AZOCAR

<sup>1</sup> [www.intercambios.org.ar](http://www.intercambios.org.ar)

<sup>2</sup> Initiative menée par les ex-présidents Fernando Henrique Cardoso (Brésil), César Gaviria (Colombie) et Ernesto Zedillo (Mexique), ainsi que par 18 personnalités marquantes de divers pays de la région. [www.drogasydemocracia.org](http://www.drogasydemocracia.org)

<sup>3</sup> On observe par exemple une augmentation inquiétante et soutenue, depuis quelques années, de la consommation de pasta base de cocaïne (PACO) dans plusieurs pays de la région.

# Avocats et addictions : la ligne blanche

## TRAVAIL ET ADDICTION

*Si stress et pression offrent un terreau idéal à la consommation de stimulants et de drogues dites "de l'endurance", la conjoncture économique vient encore aggraver le phénomène. Nous reprenons ici la plus grande partie d'un article paru en juin dans la Lettre des juristes d'affaires (LJA), qui malgré la "politique de l'autruche" pratiquée dans la plupart des cabinets juridiques, a recueilli les témoignages d'avocats à Paris et à Londres.*



"Avocats et addictions : la ligne blanche"  
De Samy Mouhoubi,  
Anastasia Hancock  
et Chloé Enkaoua  
LJA (la lettre des  
juristes d'affaires),  
Le Magazine n° 16,  
juin 2009

*"Je connais certaines personnes qui passent simplement un coup de fil de leur bureau, puis qui se glissent à la réception pour récupérer leur commande. Il n'y a aucun cabinet d'importance à Londres qui peut prétendre le contraire."* Ce témoignage choc provient de l'associé d'un important cabinet d'affaires à la City. À l'automne dernier, le mensuel anglais Legal Business avait ainsi consacré une enquête aux relations entretenues par les avocats avec l'alcool et la drogue. Le journal rapportait que l'abus de substances était spécialement développé dans les milieux du droit des affaires. Et la conjoncture globale extrêmement difficile n'a fait qu'accentuer la tendance. Alors que la hausse de l'usage de la drogue chez les avocats est un phénomène relativement récent, l'article rappelle que l'abus d'alcool est quant à lui un problème de longue date. L'association anglaise spécialisée "Alcohol Concern" rapporte notamment que les décès causés par un cancer du foie dans les métiers du droit sont trois fois plus élevés que la moyenne nationale. Anthony Bogan, ancien membre du conseil de la Law Society et ancien managing partner du cabinet d'avocats aujourd'hui disparu Barber & Co, a réalisé qu'il avait un véritable problème avec l'alcool : *"J'en suis arrivé à un point où je ne pouvais simplement plus rien supporter, se souvient-il. Je m'en rends compte aujourd'hui, mais à l'époque, cela m'était impossible. Je me sentais faible et inutile, et je ne comprenais pas comment je pouvais parvenir à diriger un cabinet."* Des statistiques provenant de "Law Care", un organisme de charité fondé pour aider et conseiller les avocats confrontés à des problèmes de santé comme la dépression ou

encore l'addiction, montrent que chez les avocats anglais 30 % des hommes et 20 % des femmes excèdent régulièrement le niveau maximum recommandé de consommation d'alcool, et que plus de 15 % d'entre eux en deviennent dépendants.

## Affronter la réalité

Associés aux soubresauts de l'économie, les avocats sont donc soumis à de plus fortes pressions qu'auparavant. De ce fait, rien d'étonnant à ce que certains d'entre eux s'appuient de plus en plus sur des drogues connues pour être des stimulants intellectuels et physiques puissants comme les amphétamines, la cocaïne, ou recherchent du réconfort dans l'alcool. *"Nous travaillons dans un milieu où tout le monde picole car c'est très masculin et toléré"*, explique Agnès, collaboratrice d'un cabinet d'affaires parisien. *"Quant à la cocaïne, effectivement, elle est très répandue dans le métier. Elle permet de rester en forme, et pour certains de faire comme s'ils avaient une vraie vie, alors qu'ils passent leurs jours et leurs nuits au bureau. Dans ce cas, mieux vaut pouvoir s'illusionner. Ce n'est pas forcément normal d'avoir envie de travailler quinze heures par jour"*, analyse-t-elle gravement. Les rémunérations mirifiques achèvent, selon elle, de brouiller les repères. *"La coke, c'est la drogue parfaite pour s'enflammer, surtout lorsqu'on est avocat d'affaires, un job grisant où l'on veut être "le" ou "la" meilleure..."* Les moments de stress vont de pair avec un environnement oppressant : les marchés connaissant une véritable période de troubles, la sécurité du travail est un enjeu primordial. Mais les avocats peinent à dévoiler devant leurs collègues leur incapa-

cité à s'adapter ; ils sont peu à admettre leurs faiblesses, de peur d'être considérés comme le "maillon faible".

La plupart des cabinets anglais refusent de communiquer sur le sujet et semblent adopter la politique de l'autruche, redoutant à la fois une mauvaise réputation et une publicité négative. Sur les cent plus gros cabinets interrogés par *Legal Business*, deux tiers ont refusé de s'exprimer. Quant au tiers restant, seulement la moitié d'entre eux a mis en place une charte sur la drogue et l'alcool. Et alors que des tests antidrogue sont couramment effectués dans les plus grandes institutions de la City, y compris dans les banques d'investissement, aucun des cent principaux cabinets du Royaume-Uni n'admet y avoir recours. *"Les cabinets ne voient que ce qu'ils ont envie de voir, déclare un ancien associé de la City. J'ai claqué 100 000 livres [112 000 euros] en cocaïne en une année seulement, et personne ne l'a remarqué."* Ce témoignage, aussi choquant soit-il, reflète pourtant l'atmosphère qui règne dans ces grands cabinets. Il est de notoriété publique que les substances illicites font partie intégrante de la vie de la City, et les cabinets d'avocats refusent comme les autres d'affronter le problème. Comme le souligne l'un des associés les plus importants du Magic Circle, ancien toxicomane : *"J'ai largement abusé de la drogue, pris de grandes quantités de cocaïne, à tel point que je n'étais plus moi-même cinq fois par semaine."* Selon lui, la drogue dans le milieu des avocats ne se limite en aucun cas à un usage en dehors du bureau, pas plus qu'à une activité post-travail. *"Je prenais de la drogue avant d'aller au travail, au bureau, et aussi après",* ajoute-t-il.

## Sois rentable et tais-toi !

Néanmoins, ce comportement est passé inaperçu, soit que le cabinet ne l'ait pas remarqué, en dépit de signes clairs et alarmants, soit qu'il n'ait tout simplement pas souhaité affronter le problème. *"Les métiers du droit, contrairement à d'autres professions plus classiques comme la médecine ou encore l'enseignement, n'en ont rien à foutre tant que vous êtes rentables",* affirme un autre associé. Un avocat cocaïnomane témoigne égale-

ment : *"Lorsque je suis devenu accro, ma personnalité a changé de manière brutale. Personne ne l'a remarqué parce que je gagnais de l'argent, je faisais rentrer les clients, et je menais un deal même contre vents et marées, jusqu'à la fin. C'est comme ça que fonctionnent les cabinets d'avocats, ce qui les rend très dangereux pour les personnes fragiles."* L'associé ajoute avec lucidité que la seule chose qui intéresse les cabinets, *"c'est le résultat final. C'est encore le cas au jour d'aujourd'hui, et c'est particulièrement vrai à Londres"*.

Et pourtant, la sophistication croissante des départements de ressources humaines dans les principales firmes juridiques londoniennes prouve que le personnel est souvent capable de gérer en interne ce type de problème, ce qui pourrait être un premier pas. Mais plusieurs facteurs peuvent dissuader un avocat d'aller chercher de l'aide. La peur des discriminations futures, mais aussi la menace du licenciement en sont deux raisons majeures. De plus, beaucoup d'entre eux ont le sentiment que leur cabinet ne propose toujours pas un niveau de soutien adéquat. Sur le nombre de cabinets interrogés par *Legal Business*, en effet, seulement 9 % ont admis être conscients du problème, et 16 % ont dit disposer d'assurances permettant de couvrir un traitement. Il faut préciser que les assurances médicales privées, bien qu'elles soient automatiques dans la plupart des grandes firmes, ne prennent souvent pas en charge ce type de "maladie". *"La tendance dans les cabinets d'avocats est de proposer les assurances les moins chères",* explique Jonathan Goodlife, avocat chez Freshfields qui a mené une recherche pour la *Law Society* dans ce domaine. *"Mais c'est un choix qui manque de sens, puisqu'on doit de toute façon attendre un temps fou les remboursements par la sécurité sociale."* Nous sommes donc ici loin du Québec et de son Programme d'aide aux membres du barreau (Pamba), qui se propose, depuis 1996, de répondre aux appels à l'aide d'avocats souffrant d'addictions. Ces avocats en détresse peuvent ainsi être dirigés vers de nombreux groupes d'entraide comme les alcooliques anonymes ou les cocaïnomanes anonymes. 490 personnes auraient fait appel au Pamba entre 2005 et 2006.



## Esquisse d'une typologie des consommateurs

Amateur de haschich et cocaïnomane occasionnel, Michaël a, de son bureau, eu tout le temps de se livrer à une typologie des consommateurs de cocaïne au travail. *"Il y a le collaborateur qui en prend de temps en temps pour tenir le coup parce qu'il bosse tard le soir. Il en a toujours dans son bureau. Il en prend à minuit pour passer un bon moment mais ce n'est pas quelqu'un de complètement excité, d'accro. Ensuite, il y a le gros associé très important qui en prend très souvent. Il a l'habitude de sortir pour des déjeuners et des dîners d'affaires. Pour lui, la cocaïne fait partie de l'excitation du boulot et puis, il a moins besoin d'assurer intellectuellement. Il doit juste parler business, il n'est pas devant son ordinateur à vérifier les contrats. Enfin, troisième type de "client" : le collaborateur senior, pas trop sûr de lui et qui a une certaine image de la profession, selon laquelle tous les avocats en prennent. Au début, il en consomme un peu. Il se met à gagner de l'argent, alors, ça devient très facile. Les dealers viennent même au cabinet. Ce genre de personne ne prend pas que de la coke mais aussi des amphétamines. Rapidement, ils perdent le contrôle, puis pètent les plombs."*

À Paris, il s'agit également d'un sujet tabou sur lequel la profession préfère jeter un voile pudique. Question de bienséance et de réputation qui "relève de l'intime", objectent d'emblée la grande majorité des professionnels sollicités. Oui, comme tant d'autres, les avocats d'affaire sont soumis à la pression. Mais pas de quoi, en tout état de cause, user de subterfuges tels l'alcool, les antidépresseurs, ou pis, de drogue dure comme la cocaïne. Une enquête diligentée par le barreau de Paris en 2003 avait pourtant bien recensé des données relatives à l'état de santé des avocats parisiens. Les résultats consignés demeurent, aujourd'hui encore, confidentiels et "assez inquiétants", selon plusieurs sources qui n'ont toutefois pas souhaité nous les détailler. Il est néanmoins ressorti de cette étude qu'un avocat parisien sur deux présentait "une souffrance psychologique significative", et que 19% d'entre eux étaient alcooliques. Selon nos informations, 40% des indemnités journalières versées aux avocats concernent des pathologies liées au stress. Compte tenu du nombre de dépressions toujours plus élevé et des difficultés croissantes à gérer le stress lié à la profession,

le Conseil national des barreaux (CNB) a décidé lui aussi d'ouvrir une réflexion de fond sur le sujet. Cependant, les chiffres ayant été jugés trop alarmants, cette étude n'est jamais parue... En la matière, le secret défense est donc de rigueur.

Il est immédiatement opposé aux curieux, confirmant la susceptibilité de la profession et de ses plus éminents représentants, lorsqu'il s'agit de commenter des statistiques considérées comme "sensibles" qui n'ont pas, selon le barreau, "à être portées à la connaissance du public". Karine Mignon-Louvet, responsable de la commission prospective du CNB, confie: *"La profession d'avocat est soumise au secret professionnel. C'est un réflexe qui déteint sur la vie personnelle. Nous parlons très peu de nous en général et encore moins de nos difficultés d'exercice ou d'un mal-être. Nous traitons les problèmes des autres et laissons les nôtres de côté au détriment de notre santé et de nos familles. Les avocats, qui vis-à-vis du client doivent représenter un "bloc solide", ont tendance à mettre une barrière de protection vis-à-vis d'eux-mêmes."* Les professionnels ont d'ailleurs opposé les plus vives

## Exposition professionnelle à la cocaïne: le regard de William Lowenstein

*Swaps a demandé au président de SOS addictions de réagir à l'article sur l'usage de cocaïne chez les avocats. Voici ses réflexions.*

*"Je me dopais pour avoir de meilleurs résultats et de l'argent."* Cette phrase récemment prononcée<sup>1</sup> par un jeune coureur cycliste professionnel ukrainien, après le Tour de l'avenir, le bien nommé, pourrait aujourd'hui sortir de la bouche de non-sportifs. Avocats, médecins, journalistes, personnels navigants, cadres supérieurs, coiffeurs, charcutiers-traiteurs et boulangers découvrent, après les personnes du show-biz, les golden-boys, les travailleuses du sexe, les traders et les banquiers, les vertus dopantes de la cocaïne avant de subir la folie de sa dépendance.

Saturation du marché américain oblige, le trafic de cocaïne a conquis l'Europe. Après le Royaume-uni, l'Espagne, l'Italie, les usages de cocaïne se multiplient en France. Depuis une quinzaine d'années, la cocaïne est sortie de son ghetto doré, artistes,

mannequins, tennismen et triangle Neuilly-Auteuil-Passy, pour se banaliser; beaucoup disent *"se démocratiser"*, mais je crois que notre démocratie mérite mieux que cette déclinaison. Banalisation telle que, lorsqu'il nous est demandé de cerner un "profil type social" du cocaïnomane, cela nous est devenu aussi difficile à caricaturer que pour un fumeur de cannabis ou un buveur d'alcool.

Il n'empêche que certaines catégories professionnelles demeurent plus exposées que d'autres. C'est un des grands intérêts de cet article sur les avocats que de ne pas l'oublier. Nous avons, en France, bien des réticences, bien des difficultés à exposer des faits schématiques. Les Américains s'embarrassent peu de ces pudeurs. Lors d'une visite à un centre privé spécialisé en addictologie à Atlanta, mon collègue me présenta ses statistiques et sa file active de patients. Les professions les plus représentées étaient les avocats, les médecins et chirurgiens (anesthésistes et réanimateurs en tête), les chefs d'entreprise (producteurs notamment), les journalistes et le personnel navigant (commandants de bord et stewards). Devant mon étonnement, il précisa que son institution était avant tout subventionnée par les organismes de régulation ou conseils de l'ordre de ces différents métiers. Le "deal" étant de rentre la licence ou l'autorisation d'exercice après réussite de la *"détoxification"*. Puis il donna deux phrases éclairantes: *"Dans certains métiers,*

<sup>1</sup> Entretien réalisé par M Kessous, Le Monde 22 septembre 2009

dénégations à la question de savoir s'ils, ou elles, utilisaient, à l'occasion, des "remontants", prompts à congédier le petit passage à vide, l'anxiété tenace, ou plus grave, la dépression durable. Officiellement, le recours à de quelconques fortifiants, licites ou totalement défendus par la loi, ne saurait exister... L'incrédulité passée, plusieurs membres de la profession ont pourtant et après maintes sollicitations téléphoniques, accepté de lever un coin du voile sur l'usage de produits variés censés maintenir leur motivation intacte.

## Une pression permanente

*"Les problèmes d'alcool ne sont guère nouveaux dans les cabinets d'avocats, explique Caura Barszcz, directeur de la publication Juristes associés, qui mène divers groupes de réflexion avec des dirigeants de cabinets où ces sujets sont régulièrement abordés. Ils existent toujours même si les structures restent discrètes sur le sujet et couvrent souvent les associés qui s'y adonnent. Cela n'en est pas moins un secret de polichinelle. En revanche, ce qui touche de plus en plus les cabinets, ce sont les problèmes*

*d'addictions plus sévères des associés comme des collaborateurs. On peut y voir là le signe d'un malaise général, bien avant la crise, plutôt dû au déséquilibre vie professionnelle privée, à la pression aux heures et au rendement et d'une manière générale à l'ambiance de compétition induite dans beaucoup de cabinets de la place. Les gens doivent tenir le rythme sur le long terme et rester au top, enfin ce qu'ils imaginent être au top. À voir l'état de nervosité et les yeux rouges de certains... on imagine aisément comment ils tiennent."* Philippe admet avoir, dans un passé proche, usé et abusé d'alcool et antidépresseurs qui, dit-il, lui apportèrent "réconfort". La dernière fois ? C'était il y a neuf mois environ. *"J'éprouvais à ce moment-là une grosse fatigue, et j'avais besoin d'un stimulant capable d'enrayer les effets du surmenage. J'avais beau appuyer sur l'accélérateur, il n'y avait plus rien."* Outre ce passage à vide momentané, cet avocat d'affaires quadragénaire, de solide constitution, admet avoir connu la dépression, un gros mot proscrit par la profession. Seul moyen d'en sortir : avaler d'autres antidépresseurs, histoire de ne pas sombrer davantage. "Je 

*l'addiction fait partie des risques professionnels. On pourrait requalifier la dépendance en maladie du travail", et : "Ce qui fait la qualité des personnes dans ces métiers à haut risques et à responsabilités en fait aussi leur vulnérabilité aux addictions. Imaginez-vous un grand artiste qui ne soit pas hypersensible, hypervulnérable ?"*

Nous sommes bien loin en France de reconnaître l'addiction comme une maladie du travail. Nous avons déjà du mal à la reconnaître comme une maladie...

Bien sûr, tous les avocats ne seront pas cocaïno-dépendants, pas plus que les infirmières ne seront toutes séropositives au VIH ou au VHC en se piquant accidentellement. Mais la pression inhérente à cette profession, l'exigence de performance et sa corrélation positive avec la réussite financière, le rythme et les conditions de travail (ces fameux cabinets à l'américaine), l'accession jeune et rapide à des responsabilités ou à des contrats très importants, constituent de réels facteurs de risques aux addictions. Ajoutons que la sélection des personnes tachypsychiques, des hyperactifs, des workaholiques et des mégalos se fait dès le concours du barreau : ce sont les meilleurs qui réussissent les grands concours, c'est-à-dire ceux dont les qualités initiales feront un terrain de vulnérabilité aux conduites addictives.

Un patient, avocat pénaliste de talent, issu d'une famille provinciale de haute notabilité, marié, deux enfants,

avait, comme dans les livres, quitté sa ville natale pour monter à la capitale et y réussir. Quand je lui demandai de préciser ce qu'était, pour lui, réussir, il me répondit sans hésitation : *"avoir une maîtresse et prendre de la cocaïne"*. Car, comme si les conditions pressantes de certaines professions ne suffisaient pas, comme si l'utopie politique et économique de performance sans fin et de résultats infaillibles ne suffisait pas, la cocaïne peut se targuer d'avoir une attractivité forte avec son image paillette, champagne, de réussite.

Alors, les avocats obligés de se doper comme les coureurs cyclistes pour devenir professionnels et réussir ? La question paraît irrecevable et pourtant, en lisant ce texte simple et juste, je me la suis posée.

Sans doute nous faut-il alors commencer par le début :

— D'une part rappeler, informer que la cocaïne est une drogue, une drogue qui rend dépendant et qui tue bien plus que l'héroïne aux États-Unis. Pour réussir, mieux vaut rester en vie... Et pour tout dire, sur ce sujet comme sur bien d'autres, savoir plus c'est risquer moins.

— D'autre part, plus une société est exigeante, plus elle impose la réussite et la performance, plus les conduites dopantes sont probables. Se doper plus pour travailler et gagner plus, est-ce bien cela que nous voulons ?

D<sup>R</sup> WILLIAM LOWENSTEIN (Clinique Montevideo)

venais de perdre ma collaboration dans un cabinet pour lequel je travaillais depuis six ans. Je ne pouvais plus honorer mon loyer, une passe très difficile. J'ai pris des pilules pendant un an et demi, arrosées de beaucoup d'alcool, mais ça n'a pas servi à grand-chose, tout juste un effet placebo avant de remonter la pente doucement." Le contexte économique et social et les règles non écrites qui régissent la profession sont, à l'écouter, à l'origine d'une anxiété à laquelle sont spécialement exposés les avocats d'affaires.

Selon Karine Mignon-Louvet, de la commission prospective du CNB, la notion d'urgence et de gestion du temps, les enjeux traités, les contraintes en termes de délais, les exigences du client, des avocats adverses, l'aspect libéral avec les angoisses que cela comporte mais aussi la gestion en parallèle de sa vie personnelle sont autant de facteurs qui accentuent l'angoisse quotidienne. *"La base du malaise réside dans le statut juridique de la collaboration. Nous ne sommes pas des salariés. Dès le début, nous sommes nos propres patrons. Nous payons nos charges et pouvons être virés sans cause réelle et sérieuse, si ce n'est un préavis de trois petits mois. Voilà, le malaise initial!",* souligne Philippe. *"On picole tous, ça c'est sûr. Un paquet de mes confrères prennent aussi des antidépresseurs ou des "dynamiseurs". La pression ? Dans notre métier, elle est presque consubstantielle. Il faut vivre avec elle quotidiennement. Elle est imposée par votre patron et vos clients. On vous colle des délais difficiles à respecter avec des enjeux parfois extrêmement lourds. Comme les médecins, on nous confie par définition des gros dossiers. Il faut avoir les épaules bien carrées pour supporter."* Une pression plus accentuée dans le milieu du droit des affaires où les enjeux financiers sont souvent énormes. D'après Philippe, la technicité exigée est également un facteur supplémentaire d'angoisse. *"Nous connaissons une pression analogue à celle des chefs d'entreprise. On se doit d'être autant technicien que gestionnaire et commercial. Observez les traits de certains hommes politiques du gouvernement, jadis avocats d'affaires. Voyez leurs visages, c'est un excellent indicateur de la pression que certains de leurs clients non moins célèbres leur ont fait subir..."* Pour Michaël, jeune collaborateur, *"notre métier est le terreau parfait pour développer une addiction. Avocat d'affaires, c'est aussi stressant qu'être trader"*.

## La "coke", rançon de la gloire ?

Marc, jeune avocat d'affaires, collaborateur d'un cabinet du Magic Circle, explique absorber des stupéfiants pour, convient-il, *"booster la machine"*. La cocaïne, élément largement ancré dans certains cabinets parisiens, n'a, à l'entendre, rien d'une légende urbaine. *"Le job est aussi*

*stressant qu'excitant. Du coup, on ne craint pas d'user de substances pas forcément tolérées pour être performant. On connaît les risques encourus mais l'excitation est un stimulant qui ne demande, pour l'instant, qu'à être alimenté. Je bosse comme un malade, soirs et week-ends inclus. En contrepartie, je gagne plutôt bien ma vie. Mais je ne compte pas rester trop longtemps dans ce cabinet. Ce serait trop m'exposer physiquement et psychologiquement",* souffle-t-il. L'allure BCBG, juste ce qu'il faut de négligé, le jeune homme a le débit rapide et ne craint pas de choquer. Il définit la "coke" comme la rançon de la gloire, un ciment commun qu'il dit partager avec d'autres confrères. *"C'est un peu comme dans le film Wall Street, pendant et après certains coups de bourre, on éprouve le besoin d'être au taquet",* admet Marc. *"Prendre de la cocaïne me permet de me dépasser, mais je ne tiens pas à devenir "accro". Je me dis que je peux encore me le permettre à mon âge, ce qui ne sera sans doute plus le cas dans quelques années",* relativise-t-il du haut de ses trois ans d'expérience. S'agit-il d'une pratique répandue ? Il évacue la question d'une moue dubitative. *"C'est un mode de fonctionnement que je partage avec quatre, cinq confrères de ma connaissance. Inutile de vous dire que si nous sommes pris sur le fait, c'est la porte assurée..."* Car si l'alcool est socialement relativement bien accepté, la cocaïne, drogue dure s'il en est, ne laisserait aucune échappatoire professionnelle à un de ses addicts. Michaël, lui, a fait le choix de renoncer aux substances illicites au sein du cabinet qui l'emploie. Sa consommation de cocaïne reste festive. *"La dizaine de fois où on m'en a proposé au boulot, j'ai toujours refusé. Dans notre travail, il faut être très concentré, rester maître de soi, prendre la bonne décision. Je ne veux pas tomber dans l'habitude même si j'ai vu des avocats en prendre au cabinet, y compris des associés à la notoriété indiscutée",* relate le collaborateur. Les rumeurs, sa santé, une carrière à bâtir mais aussi et surtout un équilibre personnel l'ont définitivement dissuadé de prendre le risque d'une consommation régulière de substances illicites. *"Dans les cabinets, tout se sait très vite. Et quand ça se sait, tu es terminé..."*, ajoute-t-il. Lui dit dorénavant se doper, sur son lieu de travail, au café ! *"J'utilise les moyens qui sont à ma disposition. Prendre de la cocaïne, c'est un peu franchir une barrière dangereuse. En revanche, la caféine, c'est une drogue en vente libre et sans pression sociale si on en abuse."*

SAMY MOUHOUBI, ANASTASIA HANCOCK ET CHLOÉ ENKAOUA

## Le Conseil national du sida veut des PES en prison

Estimant *“extrêmement dommageable”* l'absence de programmes d'échanges de seringues (PES) dans les établissements pénitentiaires français, le Conseil national du sida ([www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)) a publié le 10 septembre un avis demandant qu'à l'occasion du prochain vote de la loi pénitentiaire, des PES soient mis en œuvre de façon progressive et dans les plus brefs délais en milieu carcéral en France. Le Conseil national du sida établit sa décision au regard des recommandations internationales, des expériences étrangères et de la réglementation française en vigueur en matière de réduction des risques et d'accès aux soins et à la prévention des personnes détenues.

## Une mise en garde contre le GBL

Précurseur du GHB (gamma-hydroxybutyrate), substance classée comme stupéfiant, la GBL (gamma-butyrolactone) a récemment entraîné des cas d'intoxication grave ayant nécessité une prise en charge en réanimation. C'est pourquoi les autorités publiques ont publié le 24 septembre un communiqué rappelant que *“son absorption peut provoquer des nausées, des vomissements, des difficultés respiratoires, des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma. Sa consommation est généralement suivie d'une amnésie. Ces effets sont augmentés en cas d'association avec l'alcool ou d'autres substances psychoactives (médicaments ou drogues)”*. Ainsi, *“la consommation intentionnelle ou involontaire de GBL doit conduire à une consultation médicale en urgence ou à l'appel du centre 15, notamment en cas de survenue de difficultés respiratoires, de troubles de la conscience ou d'une perte de connaissance”*.

## Daniel Vaillant pour la légalisation de la consommation de cannabis

L'ancien ministre de l'intérieur Daniel Vaillant propose, dans un entretien au *Parisien* du 9 octobre, de *“tenter le pari de la réglementation”* du cannabis pour faire baisser sa consommation. *“On peut imaginer un contrôle des approvisionnements extérieurs et une production en France. Tout se ferait dans la transparence, dans la règle, comme pour le tabac et l'alcool. Pas de produits frelatés, pas d'économie souterraine et une vente à des endroits précis et contrôlés, interdite aux mineurs de 16 ans”*, précise le député et maire du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris, qui se défend d'être *“laxiste”* et admet que le cannabis est dangereux pour la santé. Des propos jugés *“totalement inacceptables”* par Éric Ciotti, secrétaire national de l'UMP à la sécurité, qui rappelle que l'UMP est *“fermement opposé à toute tentative de légalisation du cannabis ou des drogues dites douces qui conduisent inexorablement à l'usage de drogues de type cocaïne ou ecstasy”*.

## Nouvel essai vaccinal contre la cocaïne

L'équipe de Thomas Kosten, à Yale, publie dans l'édition d'octobre des Archives of General Psychiatry les résultats d'un essai vaccinal qui a porté sur 115 personnes dépendantes à la cocaïne, dont 58 ont été vaccinées et 57 traitées avec un placebo. 38 % des personnes vaccinées ont produit assez d'anticorps pour ne plus ressentir les effets de la drogue. Dans ce groupe, la consommation de cocaïne a plongé. Les effets n'ont toutefois pas persisté plus de deux mois. *“Un traitement optimal nécessiterait sans doute des vaccinations répétées pour maintenir un niveau d'anticorps adéquat”*, écrivent les auteurs de l'étude.

## Une nouvelle définition de “harm reduction”

L'International Harm Reduction Association ([www.ihra.com](http://www.ihra.com)) a élaboré une nouvelle définition du terme *“harm reduction”*, qui peut être traduite comme suit : *“La réduction des risques se réfère aux politiques, programmes et pratiques qui ont pour but principal de réduire les conséquences négatives, en matière de santé, sociales et économiques, de l'usage de produits psychoactifs légaux et illégaux, sans nécessairement réduire leur consommation. La réduction des risques bénéficie aux personnes qui utilisent des drogues, à leurs familles et à la communauté.”*

## Première à Beyrouth

Du 16 au 18 novembre se tient à Beyrouth, à l'initiative de Menahra ([www.menahra.org](http://www.menahra.org)), association œuvrant pour la réduction des risques en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la 1<sup>re</sup> Conférence régionale sur la RdR.

*“reconnaître les signes d'overdose” ; “savoir réagir en cas d'overdose”*.

Le document est disponible auprès de l'association Nova Dona ou au 01 45 19 10 59. Une initiative appréciable à l'heure où Asud regrette, dans un communiqué disponible sur [www.asud.org](http://www.asud.org), l'absence de messages de réduction des risques d'overdose relayés par les pouvoirs publics.



## Comment prévenir les overdoses

Pour lutter contre les overdoses, l'association Nova Dona (Caarud et Csapa à Paris) et l'Aruda (Association pour la réinsertion des usagers de drogues du secteur d'Abbeville) ont créé, avec la participation du laboratoire Bouchara-Recordati, une brochure sur les overdoses d'opiacés, composée de trois chapitres : *“connaître les facteurs de risques”* ;

Directeur de la publication  
Didier Jayle

Directeur administratif  
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Édition  
Philippe Périn

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Mustapha Benslimane  
Catherine Brousselle  
Tiphaine Canarelli  
Lydie Desplanques  
Isabelle Grémy  
Mélanie Heard  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Vincent Pachabézian  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Olivier Smadja  
Marianne Storogenko  
Agnès Szal  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Secrétariat, abonnements  
Natalia De Oliveira

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

**SWAPS**  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 54  
75755 Paris cedex 15  
Téléphone : 01 56 80 33 51  
Fax : 01 56 80 33 55  
swaps@pistes.fr  
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida),  
qui édite aussi Transcriptases  
et [www.vih.org](http://www.vih.org)

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



Avec le soutien  
du laboratoire



Deux événements télévisuels ont coïncidé avec le bouclage de la 56<sup>e</sup> livraison – éclectique – de *Swaps* : la sortie de la série TV “Braquo”, fiction vitrine de Canal+, et le lancement de la dernière campagne gouvernementale sur les drogues, intitulée prosaïquement : “*Drogues : ne fermons pas les yeux*” – de fait, *Swaps* s’efforce de les garder ouverts... A priori, les deux événements ont peu de rapports. On peut pourtant y trouver des liens étroits.

Honneur à la fiction : dans la série noire de Canal+, la police apparaît comme un laboratoire, solitaire ou en groupe, des addictions : trois des quatre “héros” sont profondément “addicts”, l’un à l’amour tarifé, l’autre à la cocaïne, et le troisième au jeu ! Entre arrestations, dérives ripoux et addictions, tous picolent allégrement... Une telle mise en scène de l’addiction au commissariat pourrait sans doute attirer quelques commentaires de la part du ministre de l’intérieur...

Sur les chaînes classiques, la campagne ministérielle sur les drogues est censée “*combattre l’indulgence face aux drogues en réalertant chacun*”. En lisant Nestor Hervé page 10, on comprendra que tout est complexe au royaume de la communication d’État sur les drogues. À commencer par la mise en images vite retirée d’un présentateur vedette de la chaîne suscitée. L’intéressé, un certain Thierry A., a obtenu la suppression de son image et de sa voix, tandis que, pêle-mêle, l’AFR, Act Up-Paris, Asud, l’Anitea ou les Verts sont montés à l’assaut de cette nouvelle campagne de communication nationale, y voyant régression, caricature, voire stigmatisation... et un oubli certain de l’alcool. Oubli à rapprocher de sa présence comme paysage normatif dans l’émission de Canal+ ?

Plus encore, l’excellent article “Avocats et addictions : la ligne blanche”, repris de la *Lettre des juristes d’affaires* et commenté dans ce numéro par le Dr William Lowenstein (lire pages 18 à 22) atteste que les addictions à la cocaïne se répandent y compris dans le monde du travail, là où le niveau de performance exigée est le plus élevé.

GILLES PIALOUX