

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

L'EUROPE

SANITAIRE ET SOCIALE

FACE A LA DROGUE

Remerciements

PLAN

PREMIERE PARTIE: PAPAVER SOMNIFERUM ET OPIUM

<u>1 – HUIT MILLE ANS D’HISTOIRE</u>	14
<u>1.1 - Description botanique de la plante</u>	14
<u>1.2 - Origine et histoire du pavot</u>	18
<u>A) Une origine méditerranéenne</u>	18
<u>B) Une marchandise très convoitée</u>	19
<u>C) L’Inde ou la naissance d’une plaque tournante</u>	20
<u>D) Une Europe très intéressée</u>	21
<u>1.3. – La culture du pavot aujourd’hui</u>	23
<u>A) Le cas du Pakistan</u>	24
<u>B) Le cas de l’Afghanistan</u>	24
<u>C) Des circuits internationaux</u>	25
<u>2- PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES GLOBALES</u>	28
<u>2.1 - Les substances naturelles extraites</u>	28
<u>A) La morphine</u>	29
<u>B) La codéine</u>	29
<u>C) La noscapine</u>	30
<u>D) La thébaïne</u>	31
<u>E) La papavérine</u>	31

<u>2.2 – Les dérivés chimiquement obtenus</u>	32
A) <u>Les phényl-4-pipéridines</u>	32
B) <u>Les anilino-4-pipéridines</u>	34
C) <u>Les diphényl-pipéridines</u>	34
D) <u>Les phényl-4-pipéridines N substitués</u>	35
<u>2.3 – La cinétique de ces substances dans l’organisme</u>	41
<u>2.4 – Les effets sur le système nerveux central</u>	42
A) <u>Existence d’un système de récompense</u>	42
B) <u>Des substances opioïdes endogènes</u>	43
C) <u>Analgésie</u>	46
D) <u>Autres effets centraux</u>	47
<u>2.5 – Les effets périphériques</u>	47
<u>Effets comportementaux</u>	50
<u>Autres effets</u>	50

DEUXIEME PARTIE : TOXICOMANIE ET POLYTOXICOMANIE EN EUROPE

<u>1. DEFINITIONS ET RAPPELS</u>	55
<u>1.1 – Le terme de ‘drogue’</u>	55
<u>1.2 – De l’usage récréatif à la toxicomanie</u>	56
A) <u>L’usage récréatif</u>	56
B) <u>L’usage à risque</u>	57
C) <u>L’usage nocif</u>	57
D) <u>La dépendance</u>	58

<u>1.3 – Dépendances, Tolérance et état de manque</u>	60
<u>A) La dépendance psychique</u>	60
<u>B) La dépendance physique</u>	61
<u>C) La tolérance</u>	61
<u>D) L'état de manque</u>	65
<u>2. DE LA CURIOSITE A L'ASSERVISSEMENT</u>	67
<u>2.1 – Un premier contact</u>	67
<u>2.2 - Un moment de la vie</u>	68
<u>2.3 - Un état psychique pathologique</u>	70
<u>2.4 – Un environnement particulier</u>	72
<u>3. LES CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA TOXICOMANIE</u> ..	74
<u>3.1 – Les pathologies somatiques rencontrées</u>	74
<u>A) Les maladies infectieuses liées à la drogue</u>	74
<u>C) Les répercussions pulmonaires</u>	78
<u>D) Les conséquences sur le système cardiovasculaire</u>	79
<u>E) Les signes cutanés</u>	80
<u>F) Les maladies sexuellement transmissibles</u>	81
<u>G) L'état nutritionnel</u>	82
<u>3.2 – Les complications psychiatriques</u>	82

<u>4. CONSOMMATION ILLICITE DE PRODUITS OPIACES</u>	84
<u>4.1 – L'héroïne</u>	86
<u>4.2 – La morphine et autres analgésiques majeurs</u>	88
<u>4.3 – L'opium et préparations magistrales</u>	88
<u>4.4 – Les substituts à l'héroïne</u>	89
<u>5.5 – Cas particuliers du Néo-codion® et du Temgésic®</u>	90
<u>5. UNE EVOLUTION VERS LA POLYTOXICOMANIE</u>	94
<u>5.1 - La cocaïne</u>	96
<u>5.2 – Les drogues de synthèse : amphétamines, ecstasy et LSD</u>	99
A) <u>Les amphétamines</u>	99
B) <u>L'ecstasy</u>	101
C) <u>Le LSD</u>	103
<u>5.3 - Le cannabis</u>	104
<u>5.4 - Les spécialités psychotropes</u>	108

**TROISIEME PARTIE: LA FRANCE & SES PARTENAIRES EUROPEENS
ENGAGENT LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE**

<u>1. LA MATURATION D'UNE VOLONTE POLITIQUE</u>	116
<u>1.1 – L'O.N.U. et la drogue</u>	116
A) <u>La convention unique de 1961</u>	117

<u>B) La convention de 1971</u>	118
<u>C) La convention de 1988</u>	118
<u>D) Un appareil institutionnel éprouvé</u>	119
<u>1.2 – Une volonté relayée par le Conseil de l’Europe</u>	121
<u>A) Création d’un comité européen de lutte antidrogues</u>	121
<u>B) Un observatoire européen pour la collecte d’informations</u>	122
<u>C) La France et son réseau de proximité</u>	123
<u>1.3 – Une tendance à la transversalité</u>	126
<u>1.4 - Disparités légales d’hier et d’aujourd’hui</u>	129
<u>A) La position française</u>	130
<u>B) La législation dans les autres pays d’Europe (93)</u>	134
<u>C) Législations sur le cannabis en Europe</u>	136
<u>En France</u>	136
<u>Consommation et une infraction pénale</u>	137
<u>Dépénalisation de la détention</u>	137
<u>Vente et Culture aux Pays-bas et en Suisse</u>	138
2. <u>LA STRATEGIE ANTIDROGUE DE L’EUROPE</u>	139
<u>2.1 – L’avancée du traité d’Amsterdam</u>	139
<u>2.2. – Un programme quinquennal ambitieux</u>	140
<u>2.3 – Diminuer la prévalence de la consommation de drogues illicites et le recrutement de nouveaux consommateurs</u>	142
<u>A) Sensibilisation au niveau des écoles</u>	142
<u>B) Prévention au sein des activités sportives</u>	143
<u>C) Des campagnes de prévention non ciblées</u>	144

D) Forums d'information et d'échange pour jeunes et adultes	146
E) Des points d'écoute et d'aide à l'insertion	148
F) Prévention dans les lieux festifs et testing	149
2.4. – Diminuer la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé et le nombre de décès liés à la drogue	154
A) Un travail de proximité ciblé	154
B) Formation des toxicomanes aux premiers gestes de secours	155
C) Des programmes de vaccination contre l'hépatite B	155
D) Faciliter l'accès à du matériel d'injection stérile	156
2.5. – Augmenter le nombre de traitements	160
A) Des programmes et des médicaments différents	160
B) La méthadone	161
Propriétés thérapeutiques	162
Indication thérapeutique	162
Pharmacodynamie	163
Effets secondaires	163
Précautions d'emploi	165
Les signes d'intoxication	167
C) La buprénorphine haut dosage	167
Propriétés thérapeutiques	168
Indication thérapeutique	168
Effets secondaires	168
Pharmacocinétique	169
Précautions d'emploi	170
Cas d'intoxication	170
D) Cadre d'utilisation de ces deux médicaments en France	170
Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou CSST	171
Les professionnels présents	172
L'accueil	172
L'intégration au protocole thérapeutique	173
L'initialisation du traitement	174

<u>Un travail social sous-jacent</u>	176
<u>La stabilisation et la sortie du CSST ou de l'établissement de santé</u>	177
<u>Cas particulier de l'injonction thérapeutique</u>	181
<u>La médecine de ville et les réseaux</u>	185
<u>Les professionnels présents</u>	185
<u>L'accueil</u>	186
<u>Mise en place du traitement</u>	187
<u>Le cadre d'utilisation du Subutex®</u>	187
<u>E) Leur utilisation dans les autres pays d'Europe</u>	188
<u>Danemark</u>	189
<u>Finlande</u>	189
<u>Grèce</u>	189
<u>Portugal</u>	189
<u>Espagne</u>	190
<u>Suède</u>	190
<u>Autriche</u>	190
<u>Allemagne</u>	191
<u>Luxembourg</u>	191
<u>F) Des initiatives nationales en devenir ?</u>	191
<u>Des centres d'injection médicalement assistés</u>	191
<u>Des prescription d'héroïne</u>	192
<u>CONCLUSION</u>	193
<u>ANNEXES</u>	196
<u>ANNEXE I</u>	197
<u>ANNEXE II</u>	211
<u>ANNEXE III</u>	215
<u>ANNEXE IV</u>	220
<u>ANNEXE V</u>	222
<u>ANNEXE VI</u>	226
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	228

INTRODUCTION

On accepte communément le postulat affirmant qu'il n'existe pas de civilisation sans drogue. Nous verrons effectivement dans notre première partie que l'usage de substances stupéfiantes remonte dans le temps aussi loin que les plus anciennes traces humaines mises à jour par les archéologues ; les connaissances sur la culture du pavot sont antérieures à toute trace écrite et se transmettaient déjà par oral. Depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, la consommation de drogue n'a jamais cessé ; tous les peuples ont un jour colporté leur savoir sur le sujet, promu leur utilisation que ce soit pour une utilisation médicale ou dans un but moins avouable.

Pourquoi une telle persistance dans la relation Homme-Drogue ?

Nous commencerons notre deuxième partie en abordant les explications et justifications médicales présentant les interactions que toutes les drogues entretiennent avec le système nerveux central, ou plus exactement le système de récompense. Nous approcherons également les dimensions sociales et psychologiques qui incitent un sujet naïf à rechercher dans leur consommation le 'bonheur' qu'ils ne peuvent ressentir autrement. Nous constaterons, par exemple, que la tentation se fait plus pressante à certains moments de la vie.

Enfin, dans la troisième partie, nous présenterons les dispositions légales, sociales et médicales qui ont été décidées par les autorités, tant au niveau international avec les conventions onusiennes sur les stupéfiants qu'européen ou national. Nous nous efforcerons de mettre en lumière les démarches globales et conjuguées de l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne suivant la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues et désormais pour la prise en charge globale des personnes dépendantes même si nous verrons que des disparités subsistent.

PREMIERE PARTIE :

PAPAVER SOMNIFERUM

&

OPIUM

PLAN

Première partie

PAPAVER SOMNIFERUM

&

OPIUM

<u>1 – HUIT MILLE ANS D’HISTOIRE</u>	14
<u>1.1 - Description botanique de la plante</u>	14
<u>1.2 - Origine et histoire du pavot</u>	18
<u>A) Une origine méditerranéenne</u>	18
<u>B) Une marchandise très convoitée</u>	19
<u>C) L’Inde ou la naissance d’une plaque tournante</u>	20
<u>D) Une Europe très intéressée</u>	21
<u>1.3. – La culture du pavot aujourd’hui</u>	23
<u>A) Le cas du Pakistan</u>	24
<u>B) Le cas de l’Afghanistan</u>	24
<u>C) Des circuits internationaux</u>	25
<u>2- PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES GLOBALES</u>	28
<u>2.1 - Les substances naturelles extraites</u>	28
<u>A) La morphine</u>	29
<u>B) La codéine</u>	29

C) La noscapine	30
D) La thébaïne	31
E) La papavérine	31
2.2 – Les dérivés chimiquement obtenus	32
A) Les phényl-4-pipéridines	32
B) Les anilino-4-pipéridines	34
C) Les diphényl-pipéridines	34
D) Les phényl-4-pipéridines N substitués	35
2.3 – La cinétique de ces substances dans l’organisme	41
2.4 – Les effets sur le système nerveux central	42
A) Existence d’un système de récompense	42
B) Des substances opioïdes endogènes	43
C) Analgésie	46
D) Autres effets centraux	47
2.5 – Les effets périphériques	47

1 – HUIT MILLE ANS D’HISTOIRE

1.1 - Description botanique de la plante

Papaver somniferum, ou pavot, est une espèce botanique appartenant à la même famille que le coquelicot (Papaver rhœas) et la chélidoine (Chelidonium majus) : la famille des Papavéracées.

Cette espèce botanique compte une cinquantaine de variétés différentes dont les plus connues sont album, nigrum ou encore glabrum.

Famille :

Papavéracées

Espèces :

Papaver somniferum

Papaver rhœas

Chelidonium majus

Variétés :

P. somniferum var album

P. somniferum var nigrum

P. somniferum var glabrum

Le pavot (1) est une plante herbacée annuelle dont la hauteur avoisine un mètre. Sa tige glabre ou légèrement hérissée chez sa variété glabrum, est dressée et plus ou moins ramifiée dans sa partie supérieure.

Les feuilles sont régulièrement disposées de part et d’autre de la tige . De couleur vert glauque, leurs formes diffèrent suivant leur position sur la tige. A la base, les feuilles sont

pennatiséquées oblongues et le pétiole enveloppe la tige. Dans la partie supérieure, elles sont en forme de cœur et au contour denté.



Croquis de Papaver somniferum

La fleur de pavot (1) est qualifiée de grande taille et atteint régulièrement 10 centimètres de diamètre. Les pièces florales étant froissées à l'intérieur du bouton jusqu'à l'anthèse, les sépales, caducs, laissent alors s'éclorer une fleur à préfloraison chiffonnée. Isolée au bout de la tige, son épanouissement a lieu au début du printemps. Le calice ainsi découvert est composé par quatre pétales libres (sous-classe des Dialypétales) dont la couleur détermine la variété :

- blanc pour album
- violacée pour nigrum
- pourpre pour glabrum



Fleur de Papaver somniferum var glabrum

Les nombreuses étamines, réunies en verticilles (sous série des Méristémons), portent les grains de pollen qui seront ensuite véhiculés par les insectes (pollinisation entomophile).

L'ovaire de la plante ayant reçu des grains de pollen engendre un fruit : une grande capsule (fruit sec comme les gousses et les akènes, à distinguer des drupes et des baies qui entrent dans la catégorie des fruits charnus). De quatre à douze centimètres de diamètre et de forme variable selon les variétés, la capsule est toujours ornée d'un plateau stigmatique résultant de la soudure des styles et des stigmates. Les pores situés sous ce disque permettent alors aux nombreuses graines de s'échapper.



3 capsules de Papaver somniferum

La popularité de cette plante vient du fait que les racines, la tige, les feuilles et surtout les fruits renferment des pseudo laticifères au contenu si convoité. On parle de pseudo laticifères ou de laticifères réticulés car les poches contenant le précieux latex sont le résultat de l'anastomose de plusieurs cellules qui mettent leur production en commun et finissent par disparaître totalement à la fin pour ne plus former qu'une seule poche.



Latex suintant à la surface de la capsule



Epanchement de latex obtenu par scarification de la capsule

1.2 - Origine et histoire du pavot

A) Une origine méditerranéenne

Les traces de pavot retrouvées sur des sites néolithiques laissent à penser que cette plante a été très tôt reconnue pour ses qualités « exceptionnelles ». Les plus anciens témoignages de son utilisation ont été mis à jour sur des sites de fouilles principalement localisés au Centre-Ouest de l'Europe. Des graines de ces plantes ont été retrouvées dans plusieurs villages lacustres d'Italie, d'Espagne, de Suisse ou encore d'Allemagne. Les scientifiques, s'appuyant sur une datation au Carbone 14, estiment que la connaissance de cette plante remonterait au VI^{ème} millénaire avant J.C.(2).

Cette donnée n'est actuellement qu'une estimation scientifique puisque la première trace écrite traitant du pavot n'est vieille que de 3000 ans avant J.C.. Il s'agit d'une petite tablette d'argile sur laquelle sont expliquées, en écriture cunéiforme, les conditions à respecter pour un rendement optimal lors sa cueillette.

Par la suite, on suppose que les Babyloniens, héritiers de la civilisation sumérienne, en ont répandu la connaissance sous le nom de '*hul gil*' (plante de la joie) (2) jusqu'en Perse. Mais, les Perses préférant le cannabis au pavot, ils n'ont pas propagé plus loin le savoir sur les propriétés de cette plante à la différence des Grecs qui en ont multiplié les usages.

L'origine et l'utilisation de l'opium en Grèce (3) se perdent dans les mythes. Le mot opium semble d'ailleurs être la traduction latine du mot *opos* signifiant suc en grec. L'opium est mentionné dans l'Iliade et l'Odyssée ; des guirlandes de pavot ornent la tête de plusieurs divinités : Hypnos, le sommeil ; Nyx, la nuit et Morphée secouerait chaque soir les pavots qu'il tient dans ses mains pour offrir aux mortels repos et oubli.

A des fins médicales, les Grecs scarifiaient les capsules (4) pour en extraire l'*opos*. Les têtes et les feuilles étaient écrasées au pilon pour récupérer le *mekonium*. Hippocrate (400 ans avant J.C.) intégrait souvent le pavot dans ses préparations et Aristote, un siècle plus tard,

l'utilisait pour ses propriétés calmantes et anti diarrhéiques. On savait aussi cette substance utile pour, à forte dose, pratiquer l'euthanasie.

Il est intéressant de noter que dès cette époque les produits issus du pavot connaissent une double utilisation. Ainsi, Alexandre le Grand qui était connu pour être un grand consommateur d'opium, utilisait ce précieux latex pour combattre ses migraines mais aussi pour ses propriétés psychoactives (2).

B) Une marchandise très convoitée

Durant le Moyen Age et jusqu'à sa production à grande échelle au XIX^{ème} siècle par les Anglais, l'opium est resté un produit rare dont les secrets de transformation restaient soigneusement gardés (3); son emploi étant réservé à un usage médical et ludique. Cependant, les savants et commerçants arabes, héritiers des secrets de l'Antiquité, lui consacrent plusieurs traités et le négocient depuis l'Afrique jusqu'à la mer de Chine.

En effet, l'important développement du monde arabe à partir du VII^{ème} siècle a servi de support à l'expansion géographique de la consommation du pavot et plus tard à sa culture (5). Conquistadors et commerçants arabes portent la connaissance des usages médicaux de l'opium en Asie centrale, en Inde et même jusqu'en Chine. La suprématie militaire et commerciale des Arabes sur cette région du globe assure de meilleurs échanges entre les différents pays. La stabilité géopolitique offerte relance le commerce selon l'ancien tracé de la route de la soie. L'opium profite de ce vieux vecteur de commerce entre le Proche et l'Extrême Orient et va voir ses volumes exportés fortement croître.

A partir du VIII^{ème} siècle, le commerce arabe de l'opium est renforcé par la naissance de voies maritimes qui révolutionnent les échanges. L'ensemble des rivages asiatiques est alors accessible sans avoir à craindre un quelconque barrage suite à des bouleversements politiques dans les pays autrefois traversés par les caravanes. A cette époque le courant commercial est solidement établi : des marchands chinois fréquentent le bazar de Bagdad, d'où leurs porcelaines, produits d'échange, sont expédiées vers Antioche ou Alexandrie.

L'opium qu'ils remportent en Chine est alors principalement originaire d'Égypte, de Perse ou en de Syrie (5).

L'apparition d'une production indienne va cependant progressivement bouleverser cet équilibre commercial et modifier profondément le circuit d'échange de l'opium.

C) L'Inde ou la naissance d'une plaque tournante

Avec l'ère des grandes découvertes européennes, le développement du grand négoce occidental change radicalement les routes de l'opium. Depuis la connaissance de nouveaux passages permettant de relier l'Europe à l'Asie (Cap de Bonne-Espérance ouvert par Vasco de Gama) et à la découverte de l'Amérique, le commerce international est réorganisé par les Européens qui ont trouvé le moyen de contourner la zone d'influence arabe. Le rôle de la Méditerranée est alors régionalisé. Les échanges entre l'Asie et l'Europe, anciennement polarisés autour du Moyen Orient, se développent à partir de l'Inde. Ce décloisonnement historique du monde voit notamment naître le commerce triangulaire transocéanique : alcool et armes contre esclaves, esclaves contre tabac : un système qui va logiquement intégrer l'opium. C'est précisément le tabac, importé aux Philippines par les Espagnols et les Portugais, et l'introduction massive de l'usage de la pipe dans toute l'Asie, qui va fonder les bases du futur marché de l'opium (6).

Les Hollandais sont les premiers à agir après avoir constaté que les Javanais vendent du tabac imbibé par une solution d'opium comme remède contre la malaria (3) (ancien nom du paludisme). Les Chinois fréquentant les mêmes ports d'échanges que les Européens vont faire voyager cette connaissance et répandre l'utilisation de l'opium dans leur pays. Mesurant l'importante de profits possibles, les pays européens vont bientôt se disputer le monopole de ce commerce. Les Portugais, les Hollandais, les Anglais et plus tard les Français s'affronteront.

L'intérêt est porté à son paroxysme dès lors que l'empereur chinois, constatant qu'une bonne partie de la population est devenue opiomane, décrète en 1729 l'interdiction de l'entrée

de l'opium en Chine (3). Le marché noir qui résulte de cette décision fait grimper les prix et la motivation des marchands européens pour s'accaparer ce commerce n'en est que plus grande. Pour la première fois l'opium est considéré comme une source de profit, un stupéfiant entraînant une forte dépendance et non plus comme un simple médicament. Cette conception, combinée à la domination anglaise sur toute l'Asie, va être à l'origine du premier grand commerce d'une drogue à l'échelle intercontinentale.

D) Une Europe très intéressée

Vers la fin du XVIII^{ème} siècle, les comptes des commerçants anglais sont fortement déficitaires. Pourtant maîtres des échanges avec la Chine, les Britanniques n'arrivent pas à compenser en valeur leurs importants achats de thé chinois, de laques et de soie achetés ou troqués contre du coton des Amériques (7). La Chine, qui maintient un système traditionnel proche de l'autarcie, vend beaucoup plus qu'elle n'achète. Cette politique économique oblige donc les Anglais soit à consacrer plus d'argent à son commerce avec la Chine (impossible par manque de devises chinoises) soit à trouver un moyen de se procurer ces devises en inversant le sens des échanges.

La vente d'opium aux Chinois leur offre la solution. Suivant ce mécanisme, les importations d'opium en Chine par les Anglais vont alors passer de 240 tonnes en 1792 à 2735 tonnes en 1838, constituant pas moins de 34 % des revenus de la couronne britannique aux Indes (7). Bientôt l'édit chinois décrétant l'interdiction de l'entrée d'opium à Canton est contournée par les principales organisations européennes qui pratiquent alors la vente en contrebande tout le long de la côte chinoise. Militaires et douaniers, sociétés secrètes et pirates chinois participent à ce commerce : ils négocient à bord des clipper anglais et assurent la dernière partie du voyage depuis le large jusqu'aux ports.

S'ouvre alors le débat sur la légalisation ou non de l'opium en Chine, sachant que d'un côté l'interdiction encourage le développement de la contrebande et de la corruption et que d'un autre côté la légalisation, même sous contrôle étatique, risque d'accroître plus encore le nombre de consommateurs. La réponse donnée : l'interdiction ; elle se voit concrétisée par la

saisie de plusieurs milliers de caisses d'opium entreposées par des négociants anglais sur le sol chinois (3). En réaction à cette attaque, les Anglais (souffrant toujours des pertes économiques de la crise de 1837) vont parvenir, à force de pressions militaires et économiques, à contraindre le gouvernement chinois à payer une forte indemnité aux contrebandiers et surtout à ouvrir un nombre encore plus grand de ports de commerce. Tout ceci est décidé au nom du libre-échange (traité de Nankin, 1842). Pendant les dix années qui vont suivre, les importations d'opium déjà importantes vont doubler en volume avec la participation toujours active de fonctionnaires chinois (7).

La deuxième guerre de l'opium (1856 – 1858) associe Français et Britanniques (3). Elle vise à briser les dernières résistances de l'empire du Milieu dont une tranche importante de la population accepte mal le fait que des étrangers réglementent les échanges commerciaux à leur guise. Naît alors dans le pays une révolte populaire contre ce sentiment d'invasion au nom du profit, illustré par des importations toujours plus importantes de ce « poison des étrangers ». Une nouvelle fois la victoire revient aux Occidentaux qui obtiennent la légalisation des importations d'opium en Chine et l'ouverture de onze ports supplémentaires au commerce international (traité de Tientsin, 1858). La capacité d'intervention de l'Etat chinois se trouve par conséquent de nouveau affaiblie par ces concessions. Les prix sont dictés par le marché et tout interventionnisme étatique est par conséquent devenu impossible. Toutefois, en guise de compensation, l'empereur chinois négocie avec les Anglais des tarifs élevés pour l'opium importé de manière à favoriser les productions locales qui voient progressivement le jour à l'intérieur même du pays (7). La production, le commerce et la consommation officiellement interdits au niveau national, sont légalisés dans chacune des provinces ; les autorités locales encaissant les taxes appliquées à cette drogue.

Cet avantage de l'offre concédé aux Chinois va encourager la culture nationale du pavot et le développement important de sa production va bientôt venir concurrencer les importations anglaises qui vont alors avoir tendance à décroître. En moins de 10 ans, les volumes importés vont chuter de moitié pour se stabiliser autour de 3000 tonnes/an. Et, lorsque l'opium chinois supprime l'opium importé, la Chambre des Communes britannique déclare en 1891 ce commerce « immoral ».

Le résultat de cet acharnement à faire toujours plus de profits laisse une Chine noyée sous un problème social d'une envergure impensable. Une étude commandée par le

gouvernement chinois annonce que 5 à 10 % de la population seraient devenus dépendants de l'opium soit 20 à 40 millions de personnes opiomanes. Il s'agit sans aucun doute de « la plus grande intoxication collective de l'Histoire ».

1.3. – La culture du pavot aujourd'hui

Jusqu'à présent, les plantes à drogues (le pavot mais aussi le cocaïer, le cannabis...) étaient principalement produites par des communautés vivant à l'écart de la population générale pour des raisons religieuses ou ethniques (8). Culturellement d'abord car l'emploi de l'opium joue un rôle important lors de certains rituels : chez les Lahu, il permet la forme la plus élevée de l'adoration des esprits (9). Sur un plan plus pratique, la plupart de ces plantes étant peu exigeantes ; elles peuvent être cultivées dans des régions arides, impropres à toute autre culture, et endroits où sont habituellement rejetées certaines ethnies sous dominance. Troisièmement, ces plantes trouvent également un certain nombre d'utilités chez ces groupes qui disposent de moyens limités pour survivre : la graine du pavot peut ainsi être utilisée pour la fabrication d'huile et de savon, l'opium servant quant à lui à soigner les maux d'estomac, les dysenteries et les maladies pulmonaires.

Mais, à partir des années 1970, le développement de la consommation de drogue dans les pays riches d'une part et les difficultés rencontrées par le monde agricole des pays d'Afrique et d'Asie d'autre part ont relancé la culture des plantes à drogue. Cette recrudescence de la production d'opium est la conséquence de la souffrance toujours plus grande des classes sociales appauvries de ces pays. Les agriculteurs étant devenus à leur tour dépendants d'une société de consommation cupide, ils ont cessé de cultiver les produits classiques de la terre qui ne leur offraient que de faibles revenus et relancer la culture du pavot bien plus lucrative.

Aujourd'hui, on estime que la production illicite d'opium voisine de 5000 tonnes par an (10) ; un tiers serait consommé sous cette présentation et les deux autres tiers servirait à l'élaboration d'héroïne. 90% de cette production est assurée par seulement deux régions du

monde, le Triangle d'Or et le Croissant d'Or où l'Afghanistan produirait à lui seul 3000 tonnes par an.

A) Le cas du Pakistan

Selon toute vraisemblance, le Pakistan produirait actuellement 150 à 200 tonnes d'opium par an (9). La totalité de cette production serait à mettre à l'actif de deux districts situés au Nord, à proximité de l'Afghanistan (8). Ces deux territoires plus ou moins autonomes sont principalement peuplés par des pachtounes, tribus depuis toujours indépendantes et belliqueuses. La culture du pavot est dans ces deux districts une réponse à la situation de pauvreté et de marginalité dont souffrent ces groupes d'individus. Désormais la plupart des campagnes de sensibilisation, souvent à l'initiative d'Etats touchés par ce fléau et visant à éradiquer la culture du pavot, se heurtent à la résistance d'une population armée, guidée par des chefs guerriers ou religieux. Le double discours des autorités en place n'est pas plus persuasif, votant d'un côté des lois contre la production de drogue et assurant de l'autre côté les paysans qu'ils défendront cette culture tant que les instances internationales ne proposeront pas de solutions satisfaisantes.

B) Le cas de l'Afghanistan

Avant la prise du pouvoir par les communistes en 1979 et la guerre civile qui s'ensuivit, la culture du pavot était très limitée. A côté de l'opium utilisé alors à des fins médicales, les graines, les tiges et la paille apportaient nourriture et services aux paysans et à leurs troupes. Ce n'est que plus tard que les moudjahidin vont prendre conscience des possibilités que peut leur offrir l'intensification et le contrôle de cette culture (9). En effet l'arrêt net du financement américain pour la lutte contre l'envahisseur soviétique va laisser l'Afghanistan dans une situation économique déplorable : la guerre a pollué les terres arables et détruit les canaux d'irrigation indispensables. Le pavot, une fois de plus, paraît la meilleure

garantie contre le désordre national. Les moudjahidin en ont intensifier la culture (11), et ont ainsi permis aux paysans sinistrés et aux nombreux réfugiés de retour du Pakistan de survivre.



Carte de la circulation de l'opium depuis l'Afghanistan jusqu'en Europe (11).

C) Des circuits internationaux

Comme nous venons de le voir, les circuits de distribution de l'opium ne sont pas le fruit du hasard mais ils se sont organisés au fil du temps suite à de nombreux combats ethniques, politiques, économiques et sociaux.

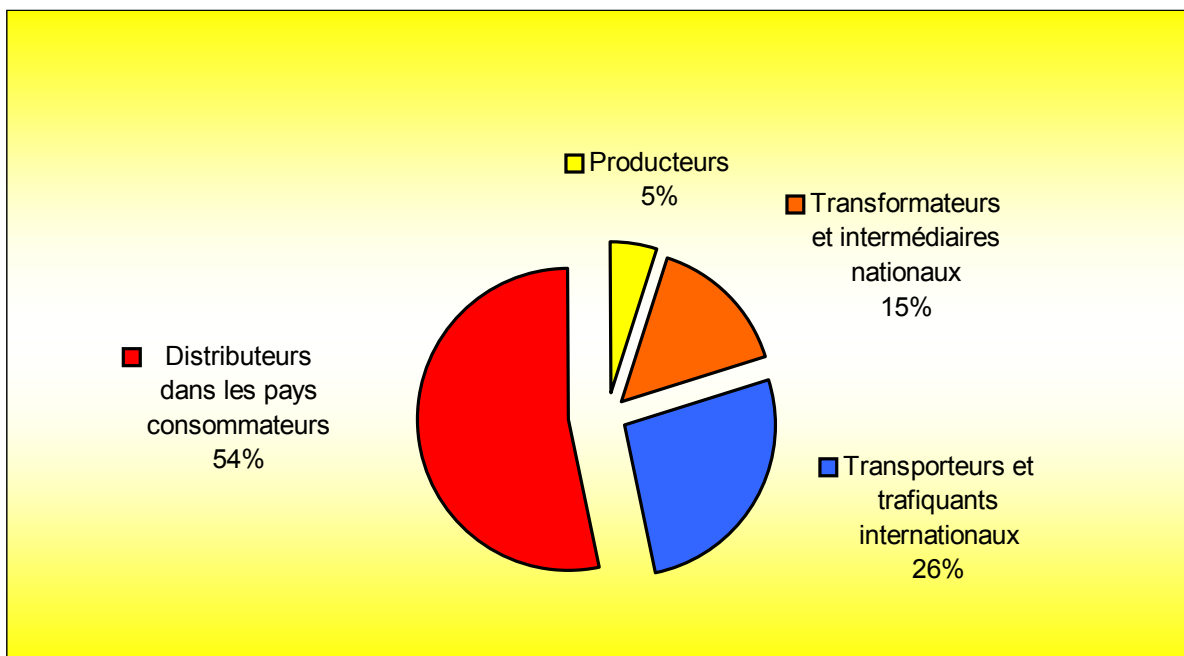
Il pourrait paraître curieux que l'opium emprunte toujours aujourd'hui les mêmes routes que durant l'Antiquité. Pourtant, les lieux de production, les points de passage n'ont pas changé. Deux raisons expliquent cette continuité : les circuits suivis traversent des régions sans contrôle étatique opérant et les pays producteurs d'opium, voire d'héroïne, sont ceux qui ont souffert de la guerre froide. Il ne faut pas voir chez ces derniers une volonté de nuire aux

pays riches, mais plus froidement le moyen qu'ils ont trouvé pour s'adapter localement à de nouveaux équilibres géopolitiques internationaux.

La toxicomanie qui gangrène l'Europe et les Etats Unis profite davantage aux distributeurs en bout de chaîne qu'aux producteurs. Nous en avons pour preuve la connaissance des coefficients multiplicateurs régulièrement appliqués par les trafiquants qui se succèdent depuis le site de production jusqu'au consommateur (12).

En 1990, le Département de Justice américain a dévoilé les chiffres suivants :

- Au Pakistan, le kilogramme d'opium se vendait 385 \$, *le kilogramme d'héroïne* 2 225 \$.
- Le prix de vente des trafiquants pakistanais à des intermédiaires moyen-orientaux était multiplié par 4 : *10 000 \$ le kilogramme d'héroïne* (x 4).
- Un distributeur américain l'achetait *112 500 \$* à ces mêmes intermédiaires (x 11).
- La même année, un consommateur new-yorkais achetait 265 \$ le gramme d'héroïne, soit *265 000 \$ le kilogramme* (x 2)



La répartition des bénéfices de la drogue

Ce rappel historique ne se veut en aucune façon un jugement sur les agissements des différents gouvernements européens de l'époque coloniale ou moyen-orientaux actuels. Son but est simplement de rappeler qu'une situation vue sans recul dans le temps peut engendrer des préjugés sans fondements et éloignés de la réalité passée. Pendant tout le XIX^{ème} siècle le commerce de l'opium s'est inscrit dans une économie internationale ; l'opium devenant même un produit incontournable. L'ensemble des forces commerciales européennes ont souhaité participer à ce commerce, jugé aujourd'hui immoral, de manière à financer par les bénéfices les frais de leurs colonies. La plupart des monopoles européens sur l'opium ne prendront d'ailleurs fin qu'avec la décolonisation. Aujourd'hui, la production d'opium est un moyen de subsistance pour les tranches les plus pauvres du Moyen-Orient et de l'Extrême-Orient et une source de financement ou d'enrichissement personnel pour des groupes mafieux dans les pays consommateurs.

L'histoire se répète.

2- PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES GLOBALES

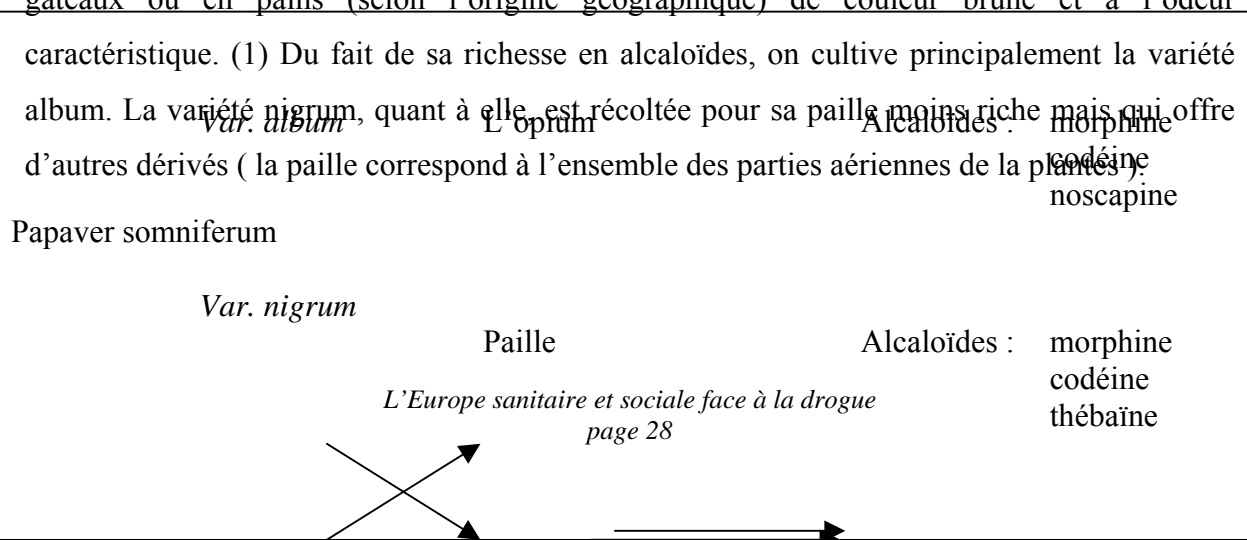
2.1 - Les substances naturelles extraites

Comme nous venons de le voir au fil de ce rappel historique, l'opium fascine l'Homme depuis des milliers d'années. Pourtant, depuis son éloge rédigé par Homère dans l'Odyssée « ce suc merveilleux qui bannissait du cœur la tristesse, la colère et amenait l'oubli de tous les maux » jusqu'au début du siècle dernier, la consommation de cette plante et de son précieux latex n'ont que peu varié (3).

Il faut attendre les progrès scientifiques du début du XIV^{ème} siècle pour pouvoir identifier une pléiade de composés présents dans l'opium. Les travaux de Serturner (13), Robiquet ou encore de Derosne donneront les noms de morphine, codéine ou encore noscapine (respectivement en 1817, 1832 et 1803) aux formules chimiques développées ainsi découvertes.

Ces nouveaux produits identifiés et purifiés vont rapidement trouver des applications thérapeutiques plus ciblées que celles connues depuis l'Antiquité. Leur utilisation en sera d'ailleurs simplifiée et améliorée après la mise au point de la seringue hypodermique. La contrepartie de ce progrès sera le recours à ces techniques médicales par les toxicomanes pour lesquels nous verrons les nouveaux risques engendrés par de telles pratiques.

L'incision des capsules encore vertes de papaver somniferum laisse échapper un latex blanc et de saveur amère qui, après concentration au soleil, donne l'opium aggloméré en gâteaux ou en pains (selon l'origine géographique) de couleur brune et à l'odeur caractéristique. (1) Du fait de sa richesse en alcaloïdes, on cultive principalement la variété album. La variété nigrum, quant à elle, est récoltée pour sa paille moins riche mais qui offre d'autres dérivés (la paille correspond à l'ensemble des parties aériennes de la plante).



Le latex ou suc se décompose de la façon suivante :

- de l'eau restante : 5 à 10 %.
- des alcaloïdes : 12 à 20 % ; la morphine en représentant environ 1/7, on peut compter sur 1 gramme de morphine pour 100 grammes de latex (la paille est à proportion dix fois moins concentrée).
- divers acides organiques.

A) La morphine

Le chlorhydrate de morphine est une poudre blanche présentée en aiguilles incolores ou en masses cubiques blanches. De saveur amère, elle est très soluble dans l'eau et dans l'alcool (à chaud) et pratiquement insoluble dans l'éther ou le chloroforme. (14). Cette substance peut être identifiée par les réactions caractéristiques des alcaloïdes.

La morphine trouve son indication dans le traitement de douleur (15). Antalgique de stade III, ce médicament est prescrit lors de douleurs internes ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible, en particulier en post opératoire ou pour toute souffrance lors d'un cancer, de coliques hépatiques ou néphrétiques. En post opératoire On l'emploie également pour ses propriétés sédatives. Elle est principalement prescrite sous les noms commerciaux de Skénan[®] et Moscontin[®].

B) La codéine

La modification par rapport à la morphine est minime : un groupement méthoxy en 3 remplace la simple fonction phénol (13). Comme la morphine, le sel de codéine est une

poudre blanche cristalline. En revanche, elle est beaucoup moins hydrosoluble et se dissout facilement dans l'éthanol, le chloroforme et l'éther (14). Son point de fusion se situe entre 154°C et 157°C. Elle donne les réactions des alcaloïdes.

La méthylation du groupement hydroxyle (-OH) en position 3 diminue notablement son activité analgésique, qui équivaut environ à 1/ 10^{ème} de la morphine, par suite de sa déméthylation dans l'organisme (13).

Ses indications varient donc partiellement de celles de la morphine (15) :

- en cas de toux rebelle non productive : elle est le principe actif de spécialités pharmaceutiques présentées sous forme de comprimés ou de sirop. Le chef de file est le *Néocodion*[®] dont le mésusage à des fins toxicomaniaques est très répandu. Les autres spécialités antitussives contenant de la codéine et des principes actifs divers sont très nombreuses.
- en cas de douleurs faibles à modérées ; la codéine est alors toujours associée à un antalgique de classe 1 (donc non opiacé), le paracétamol, et commercialisée sous différents noms commerciaux : Dafalgan-codéiné[®], Codoliprane[®]...

C) La noscapine

Le chlorhydrate de noscapine est aussi une poudre blanche microcristalline (14). De saveur amère, elle est facilement soluble dans l'eau, l'éthanol, l'éther et le chloroforme à la différence de la morphine. Son point de fusion est proche de 200°C.

Ses propriétés pharmacologiques sont similaires à la codéine (15). On l'utilisera en cas de toux gênante non productive à prédominance nocturne (nyctémérale). Ses avantages vis à vis du chef de file sont les suivants :

- une moindre dépression respiratoire

- un moindre risque de somnolence
- un moindre risque de dépendance

Elle est prescrite sous la dénomination commerciale de Tussisédal[®].

D) La thébaïne

Cette molécule ne possède pas de monographie dans la *Pharmacopée Européenne* (16). Ceci s'explique par le simple fait que ce dérivé n'est pas utilisé pour ses propriétés pharmacologiques intrinsèques, mais son noyau sert de point de départ pour la synthèse des dérivés opioïdes obtenus par hémisynthèse.

E) La papavérine

Présentée sous forme de poudre cristalline ou de cristaux de couleur blanche ou sensiblement blancs, la papavérine est assez hydrosoluble et soluble dans l'alcool, mais pratiquement insoluble dans l'éther (14).

Elle donne également les réactions des alcaloïdes. Son point de fusion avoisine les 147°C.

Cet alcaloïde de l'opium est un cas particulier. Contrairement aux autres molécules vues précédemment, la papavérine ne possède ni propriété analgésique, ni antitussive. Très peu toxique, elle est intéressante pour ses qualités antispasmodiques et vasodilatatrices. Elle est employée pour lever les spasmes digestifs, urinaires et biliaires ainsi que pour permettre une meilleure perfusion sanguine du cerveau et du cœur.

Son importance est d'ailleurs historique puisque cette substance a été à l'origine d'une nouvelle génération de médicaments du système cardiaque mis au point après que l'on ait découvert son mode d'action. De la connaissance de son mode de fonctionnement est née la

famille des inhibiteurs calciques, médicaments largement prescrits dans le traitement préventif ou curatif de l'angine de poitrine.

2.2 – Les dérivés chimiquement obtenus

La connaissance de la structure chimique de la morphine, ainsi que des analogues naturels extraits de *papaver somniferum*, a été le point de départ de nombreux travaux de recherche. Les multiples effets secondaires gênants incombant à leur utilisation ont poussé les chercheurs à synthétiser de nouvelles molécules en s'inspirant de la structure chimique des morphiniques naturels, dans le but d'obtenir de nouvelles molécules aux actions médicamenteuses plus ciblées et aux effets indésirables moins marqués.

Notre intention n'est pas de dresser ci-après une liste exhaustive des drogues et médicaments morphiniques connus mais plus modestement de passer rapidement en revue les plus usités. Pour plus de clarté, nous avons choisi de ranger ces molécules suivant leur appartenance à un groupe en regard de leur noyau de base. On dénombre selon cette classification quatre groupes chimiques :

- les phényl-4-pipéridines,
- les anilino-4-pipéridines,
- les diphényl-propylamines,
- et les phényl-4-pipéridines N substitués (appelés ainsi car ils possèdent une chaîne sur l'azote).

A) Les phényl-4-pipéridines

• **La buprénorphine** est un dérivé synthétique utilisé pour ses propriétés analgésiques (15) contre les douleurs aiguës ou chroniques particulièrement en période post-opératoire (Temgésic[®]). Son efficacité antalgique est comparable à celle de la morphine mais sa durée

d'action est plus longue (13). Ses autres effets (indésirables dans ce cas) sont identiques à sa référence, et peuvent entraîner une dépression respiratoire surtout chez les enfants et les personnes âgées (effet possible avec une dose égale à la moitié de celle ordinairement prescrite chez l'adulte). Malgré cela, son effet agoniste-antagoniste a encouragé son utilisation comme substance pour le sevrage des personnes héroïnomanes (17) sous le nom commercial de Subutex[®], son potentiel de pharmacodépendance ayant été jugé inférieur à celui de la morphine qu'elle est censée supplanter.

- **L'héroïne** ou diacétylmorphine résulte de la double acétylation des groupements hydroxyles (- OH) de la morphine situés en position 3 et 6 (18). C'est sous le nom d'héroïne qu'est déposée l'invention de cette molécule par la société Bayer. Fabriquée pour la première fois à Londres en 1874 par le chimiste Wright, elle ne sera commercialisée par la firme allemande qu'en 1898. (9) A cette date, une campagne publicitaire mondiale vente l'action de ce « sédatif contre la toux ». Peu après, la diacétylmorphine sera même employée pour désintoxiquer les morphinomanes, dépendants de la 'drogue du soldat' ; ceci avant que ne soit démontré que cette substance est métabolisée au niveau sanguin et donne une morphine encore plus active. En 1923, la Société des Nations déclare ce produit dangereux et de faible intérêt thérapeutique. En 1924, l'utilisation non médicale de l'héroïne est prohibée aux Etats Unis ; elle sera totalement interdite en France en 1963. Aujourd'hui, certains pays comme la Suisse et l'Australie l'utilisent toujours pour traiter des patients très fortement dépendants dans le cadre de programmes de recherche (19).

- **La pholcodine** est synthétisée selon le même principe que l'héroïne par l'adjonction d'une fonction éther sur le groupement hydroxyl en position 3 (20). Le blocage de la fonction phénol a pour conséquence la diminution de l'activité antalgique sans, pour autant, modifier ses qualités antitussives qui restent équivalentes à la codéine. Deux spécialités pharmaceutiques la représentent sur le marché (15) : Dénoral[®] et Trophires[®].

- **La pentazocine**, synthétisée à partir d'un noyau benzomorphané, est une molécule agoniste-antagoniste à rapprocher de la nalorphine (13). Bien que son action analgésique soit trois fois plus faible que celle de la morphine, sa spécialité, Fortal[®] est indiquée pour toute douleur intense surtout lorsque celle-ci ne répond pas aux autres antalgiques. La pentazocine

stimule les récepteurs κ et bloque partiellement les récepteurs μ , ce qui la distingue des autres morphiniques et évite toute toxicomanie croisée avec les morphiniques purs. Une toxicomanie à la pentazocine est cependant possible.

- **La péthidine**, mise au point en Allemagne et synthétisée pour la première fois pendant la seconde guerre mondiale, possède à la fois les propriétés pharmacologiques de la morphine et de l'atropine (13). Utilisée au début comme substitut à la morphine (en prenant des doses dix fois supérieures), elle s'en démarque par ses qualités spasmogènes et plutôt stimulantes pour le système nerveux central (tremblements, contractures musculaires, convulsions par accumulation d'un produit de dégradation : la norpéthidine) et pour le cœur (15). Elle trouve aujourd'hui régulièrement son indication lors de spasalgies digestives ou urinaires sous le nom de Dolosal[®].

B) Les anilino-4-pipéridines

- **Le fentanyl** est un agoniste pur des récepteurs μ dont la puissance d'action est environ 100 fois supérieure à la morphine aussi bien pour l'activité analgésique que pour les effets dépresseurs respiratoires (20). Fentanyl[®] étant de maniement très délicat, son utilisation est réservée à la pratique anesthésique où, associé avec un neuroleptique, il permet des opérations sous « neuro lept analgésie » (15). Il existe d'autres molécules appartenant à cette famille chimique et aux mêmes usages : l'alfentanil (Rapifen[®]), le sufentanil (Sufenta[®]) et le Rémifentanil (Ultiva[®]).

C) Les diphényl-pipéridines

- **La méthadone**, agoniste μ , a des propriétés proches de la morphine. De demi-vie prolongée (toujours par rapport à la morphine) et moins attractive pour les toxicomanes

dépendants d'opiacés, elle est utilisée depuis fort longtemps pour tenter de sevrer des héroïnomanes (21).

- **Le dextromoramide** (Palfium®) a été le premier morphinique à pouvoir être administré par voie orale (20). Commercialisé par le laboratoire Jansen®, il possède une activité analgésique deux fois supérieure à la morphine (15). Sa prescription et sa dispensation se heurtent cependant à la forte dépendance rapidement induite (13) ; dépendance couplée à une tolérance qui incite très tôt le toxicomane à augmenter les doses. Ses propriétés hypotensive et bradychardisante, favorisant les lipothymies et les syncopes, restreignent également son champs d'application.

- **Le dextropropoxyphène** (Antalvic®) est un morphinique d'activité antalgique modérée, intermédiaire entre les opiacés et les salicylés (15). Il est généralement associé au paracétamol (Diantalvic®) pour le traitement des douleurs sourdes d'intensité modérée. Pourtant peu toxicomanogène, il peut être néanmoins l'objet d'abus, même sous la forme de suppositoires dont l'usage exagéré peut expliquer l'apparition d'ulcérations ano-rectales (13).

D) Les phényl-4-pipéridines N substitués

Cette famille comprend essentiellement quatre dérivés possédant tous un enchaînement ancré sur l'azote : la nalorphine (Nalorphine®), la naloxone (Narcan®), la naltrexone (Nalorex®) et enfin la nalbuphine (Nubain®). Les trois premiers médicaments cités ci-dessus sont utilisés pour leur activité antalgique (très modérée). De plus, du fait de la dualité de leur fixation sur les différents récepteurs aux opiacés, ils peuvent combattre les effets déprimeurs respiratoires des morphiniques purs. Antagonistes purs, la naltrexone et la naloxone sont en particulier employées pour déterminer la cause d'un coma avec dépression respiratoire, ou pour traiter en urgence les cas d'intoxication volontaires ou accidentels aux opiacés(13).

- *La nalbuphine* est un dérivé proche de la buprénorphine, également agoniste-antagoniste, mais offrant une meilleure sécurité d'emploi. La dépression respiratoire à la nalbuphine présente un effet plafond contrairement au Temgésic® et son apparition éventuelle est plus facilement contrecarrée par l'administration de naloxone. On la préférera donc pour le traitement de douleurs moyennes chez une personne sujette aux défaillances respiratoires.

Le tableau de la page suivante récapitule la majorité des substances présentées précédemment dans les pages qui précèdent. Il précise en particulier les règles de délivrance mises en place par les autorités de tutelle afin de minimiser le risque de détournement de ces médicaments.

SUBSTANCE
DUREE MAXIMALE DE PRESCRIPTION
SPECIALITE
FRACTIONNEMENT
LISTE
VOIE
COMMANDE
SUIVI COMPTABILITE DES STUPEFIANTS
REMARQUES

Buprénorphine
 30
 Temgésic®
 non
 1
 sublinguale
 normale
 absence

Buprénorphine
 28
 Subutex®
 oui/ 7 jours
 1
 sublinguale
 normale
 absence

Fentanyl
 28
 Durogésic®
 oui/ 14 jours
 stupéfiant
 transdermique
 carnet
 oui

Fentanyl et ses sels
 7
 Fentanyl®
 non
 stupéfiant
 parentérale
 carnet
 oui

usage hospitalier

Morphine et ses sels non LP

28

Actiskenan®..

non

stupéfiant

orale

carnet

oui

Morphine et ses sels chlorhydrate

28, système actif,

7, injection

Morphine Aguetant.®.

non

stupéfiant

parentérale

carnet

oui

Morphine et ses sels sulfate

28, système actif,

7, injection

Morphine sulfate Lavoisier

sans conservateur®

non

stupéfiant

parentérale

carnet

oui

Morphine sulfate LP

28

Skénan LP®, Moscontin LP®, Kapanol LP

non

stupéfiant

orale

carnet

oui

Alfentanil et ses sels

7

Rapifen
non
stupéfiant
parentérale
carnet
oui
usage hospitalier

Méthadone et ses sels
14
Méthadone
oui/ 7 jours
stupéfiant
orale
carnet
oui
PIH (1) réservé au CSST

Morphine et ses sels
7
Chlorhydrate de morphine
non
stupéfiant
parentérale
carnet
oui

Pentazocine
7
Fortal
non
stupéfiant
parentérale
carnet
oui

Rémifentanil
7
Ultiva
non
stupéfiant
parentérale
carnet
oui
usage hospitalier

Sufentanil
7
Sufenta
non
stupéfiant
parentérale
carnet
oui
usage hospitalier

Stupéfiants et autres médicaments soumis aux mêmes règles de délivrance(22)

(1) PIH pour Prescription Initiale Hospitalière

2.3 – La cinétique de ces substances dans l'organisme

(23) Les taux plasmatiques de la morphine et des substances apparentées sont très variables suivant :

- la molécule prescrite,
- la dose administrée,
- la voie d'administration utilisée.

Présentés sous forme de poudres blanches, ces substances étaient généralement injectées en intraveineuse après dilution par chauffage. Cette pratique semble actuellement en baisse, et l'héroïne serait désormais davantage consommée par sniff ou fumée .

La voie respiratoire anciennement utilisée par les fumeurs de pipes d'opium en Orient et Moyen-Orient, donnerait des résultats comparables à ceux obtenus par voie parentérale. Des études ont démontré que l'intensité de l'action et la rapidité d'apparition des effets de ces produits sont peu différentes de ceux observés après injection. Cette conclusion explique la « désaffection » d'une part des héroïnomanes pour la pratique de l'injection, technique agressive et risquée et la préférence actuelle pour l'inhalation aux connotations orientales (24).

La voie orale ne présente par contre qu'un faible intérêt puisque la biodisponibilité qui en résulte est très moyenne comparativement à celles offertes par les autres techniques. Cette moindre mise à disposition de l'organisme trouve son explication dans la conjugaison de deux phénomènes :

- l'effet de premier passage hépatique est très important en terme de dégradation de la structure chimique. Les molécules de dérivés opioïdes résorbées au niveau intestinal sont en grande partie arrêtées par le foie dont la fonction est justement de filtrer le sang chargé des composés retenus tout au long du transit. Les modifications de structure accomplies par cet organe (essentiellement des N-déméthylation et des sulfoconjugaison) rendent inopérantes ces molécules qui ne sont plus alors reconnues par les récepteurs qu'elles sont censées exciter.

- l'activité spasmogène des dérivés opioïdes ralentit le transit intestinal ce qui a pour conséquence de diminuer la résorption du toxique au travers de la muqueuse intestinale

La demi-vie des composés résorbés est très variable selon la drogue (ou la spécialité pharmaceutique) et l'individu même. Cette dimension peut ainsi varier de 3 heures pour la morphine à 20 heures pour des dérivés plus lipophiles comme la méthadone.

Enfin l'excrétion se fait principalement par voie urinaire (90 % des dérivés sont éliminés sous forme conjuguée) et fécale. Une élimination plus marginale existe par la salive, la sueur et le lait.

2.4 – Les effets sur le système nerveux central

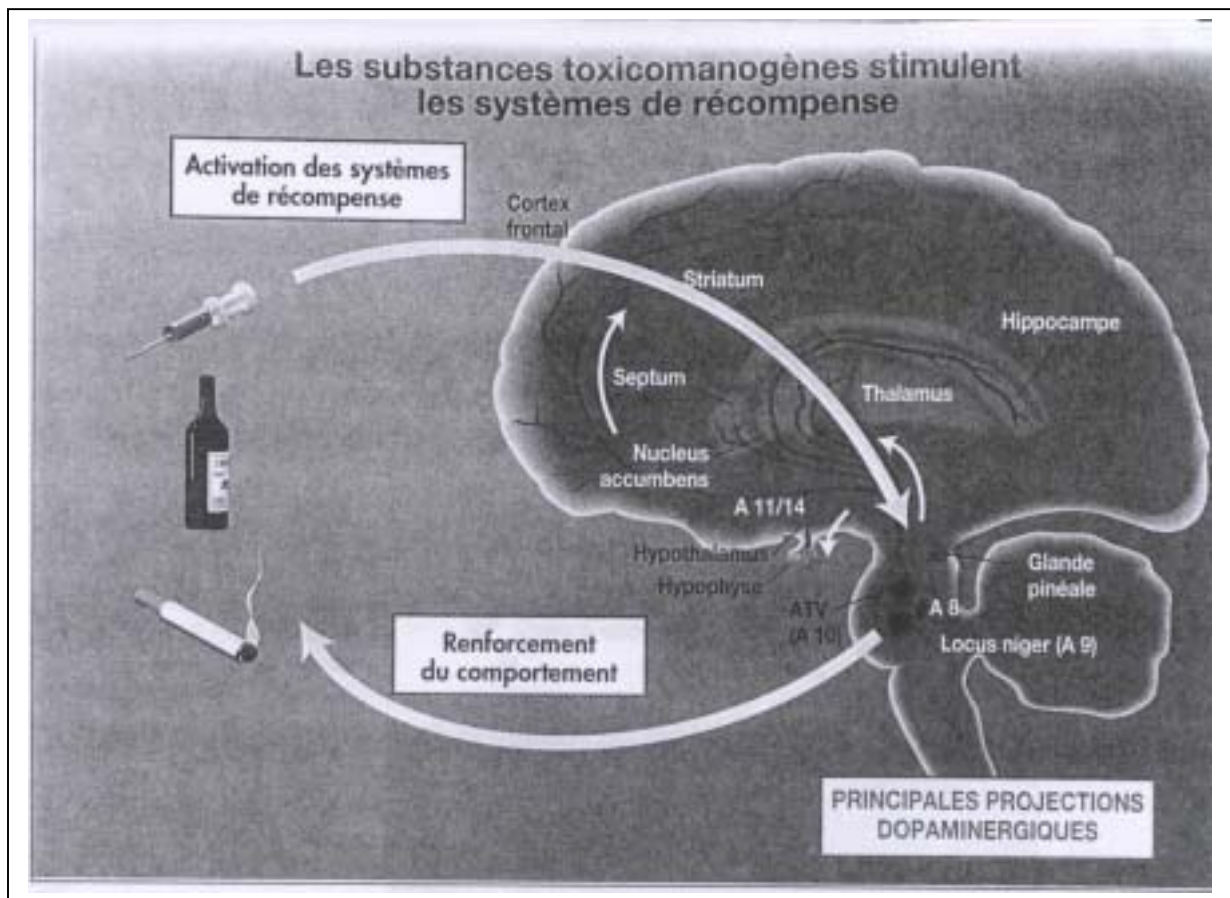
A) Existence d'un système de récompense

La synthèse des premiers morphiniques marqués (au tritium) a permis de mettre en évidence l'existence de récepteurs ou sites de liaison spécifiques à ces substances, liaison réversible et sur des sites saturables (25). Des coupes de cerveau couplées à des techniques de visualisation ont démontré la concentration de récepteurs fixant les morphiniques dans différentes structures du noyau limbique (dans les systèmes mésolimbique et nigro-strié), régions particulièrement riches en neurones dopaminergiques (26).

Dans les années 1950, Olds et Milner avaient déjà mis en évidence chez l'animal le rôle prépondérant de cette région corticale pour la mémorisation, les émotions et le renforcement des comportements.

Ainsi, il est aujourd'hui évident que, quelle que soit la substance impliquée dans la relation de dépendance d'un toxicomane avec un produit donné (morphine, héroïne mais aussi

cocaïne, nicotine...) les mécanismes de dépendance empruntent des voies finales communes de renforcement, probablement les mêmes que celles qui renforcent nos comportements fondamentaux (27). De récentes études basées sur l'analyse d'image cérébrales ont mis à jour que toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance activent des circuits dopaminergiques mésolimbiques, impliqués dans ce qu'il est courant d'appeler à présent le «les systèmes de récompense» (26).



Les substances toxicomanogènes stimulent les systèmes de récompense (26)

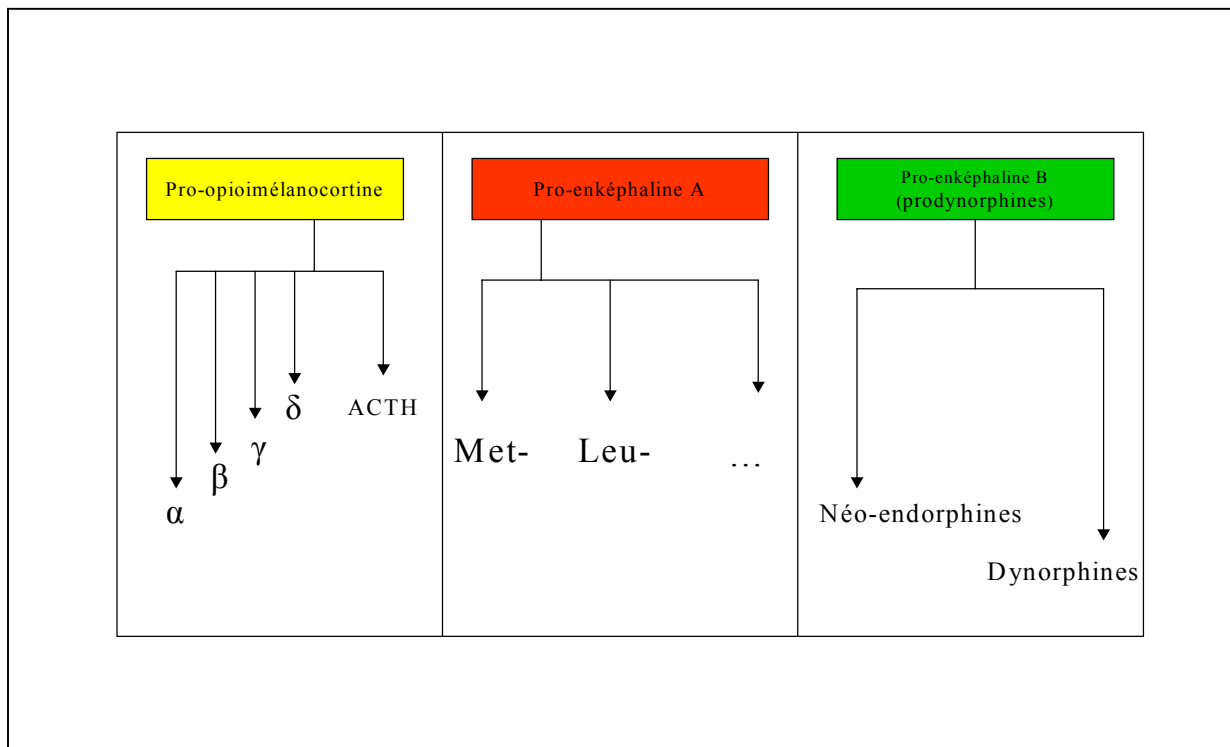
B) Des substances opioïdes endogènes

Parallèlement à la mise en évidence de récepteurs spécifiques aux morphiniques et de leur localisation, des travaux de recherche ont fait connaître l'existence de ligands endogènes

ayant les mêmes sites de fixation (25). Aujourd'hui, les substances de nature peptidique, sont subdivisées en trois catégories suivant le précurseur protéique de haut poids moléculaire qui les engendrent :

- la pro-opiomélanocortine donne après protéolyse les endorphines en plus des hormones hypophysaires,
- la proenképhaline libère les enképhalines,
- la prodynorphine donne les dynorphines.

On compte actuellement une vingtaine d'endomorphines différentes qui possèdent cependant toutes comme point commun une extrémité N-terminale composée d'un enchaînement constant d'acides aminés.



Différents opioïdes endogènes (26)

Comme tous les neuromédiateurs, les endomorphines sont libérées dans la fente synaptique par un processus calcium-dépendant et stimulent les récepteurs pré- ou post-synaptiques. Ces neuromédiateurs libérés provoquent alors une réponse intracellulaire par l'intermédiaire d'un second messager selon des mécanismes de transduction. La stimulation du récepteur induit une hyperpolarisation souvent liée à des modifications de l'équilibre ionique de part et d'autre de la membrane cellulaire. Le couplage des canaux est assuré par

une protéine G de transduction qui agit en inhibant l'activité de l'adénylate cyclase et réduisant ainsi la synthèse d'AMP cyclique. L'entrée de calcium est diminuée au profit de l'entrée de potassium. L'hyperpolarisation des neurones qui en résulte tend à les mettre au repos et donc à diminuer la libération de neurotransmetteurs. Les premiers médiateurs ayant accompli leur tâche sont ensuite rapidement dégradés par des enzymes plus ou moins spécifiques (enképhalinase, aminopeptidase N, carboxypeptidase..).

L'existence de messagers différents répond à la pluralité des récepteurs. On distingue trois à quatre catégories (selon les études menées) de récepteurs aux opiacés et aux endomorphines, appelées μ , δ , κ et σ (25). Cette hétérogénéité a d'ailleurs été suggérée dès leur découverte et les récents progrès en pharmacologie laissent à penser que des sous-catégories existent.

Le récepteur le mieux connu est le récepteur μ . Il se caractérise par sa très haute affinité pour la morphine. Il existerait deux sous-types dans cette catégorie :

- les μ_1 ayant une affinité équivalente pour les enképhalines et la morphine,
- les μ_2 correspondant à la définition classique de la catégorie.

Le récepteur δ a une affinité plus grande pour les endomorphines que pour la morphine.

Le récepteur κ est plus spécifiquement le site de liaison des dynorphines et ne présente que peu d'affinité pour les autres endorphines. A part cette exception, les endomorphines se caractérisent plutôt par une faible sélectivité vis à vis de ces différentes catégories de récepteurs.

Enfin, l'existence d'une quatrième catégorie, σ , reste hypothétique. Certains chercheurs les considérant comme un sous-catégorie des récepteurs κ .

C) Analgésie

Les opioïdes, en se fixant sur les récepteurs μ , provoquent à dose croissante (23) :

- dans un premier temps une analgésie sans altération sensorielle avec des sensations d'ébriété, une envie de sommeil, et un détachement vis à vis de l'extérieur (indifférence pour l'environnement). Tout ceci est ressenti sans pour autant que la personne perde connaissance ; elle reste éveillée et animée par une certaine euphorie.
- puis, en augmentant les doses, l'attention du témoin diminue (obscurcissement de la conscience). La personne perd la notion de veille et de sommeil pour rester dans un état second intermédiaire (état de rêve éveillé) en alternance avec des plages de sommeil réel.

Cette progression dans les effets est donc fonction de la dose administrée mais également de l'individu ; deux personnes pouvant se situer à deux stades différents pour une même dose administrée.

Les morphiniques agissent sur la douleur de deux façons simultanées. Ils élèvent le seuil de perception de la douleur et l'algie devient alors moins présente yeux de la personne, lointaine et parfois même totalement abolie. Les opiacés rendent également le patient indifférent à la perception de douleur, l'apaisent et l'aident à tolérer leur souffrance même si elle n'est pas totalement éliminée.

Les morphiniques sont particulièrement employés pour traiter des douleurs intenses, sourdes, continues, prolongées, angoissantes ou encore viscérales. Ce point à son importance car nous verrons que ces adjectifs peuvent à contrario caractériser les souffrances vécues par les toxicomanes en période de manque.

D) Autres effets centraux

A côté de cette activité analgésique, les opiacés possèdent d'autres propriétés qualifiées d'effets indésirables lors d'un traitement ou de shoots.

Ces dérivés ont une action émétisante. La stimulation de la zone CTZ (centre du vomissement) et de l'area postrema déclenche chez la personne des vomissements qui peuvent être jugulés par la prise de certains neuroleptiques (15).

Les opioïdes sont également connus pour déprimer les centres respiratoires. Ils diminuent, voire inhibent, la réaction normalement gouvernée par les centres respiratoires en réponse à toute augmentation de la pression partielle en dioxyde de carbone dans le sang ($p\text{CO}_2$). Cette dépression respiratoire se manifeste par une diminution à la fois de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires, au rythme également perturbé. Cet effet est la principale cause des morts brutales par surdosage (23).

2.5 – Les effets périphériques

L'utilisation de morphiniques a des répercussions sur le système cardio-vasculaire du receveur (23). Ces composés provoquent une dilatation artériolaire périphérique et une dilatation veineuse. Il en résulte une réduction de la postcharge et de la précharge et par voie de conséquence une diminution de l'efficacité cardiaque. Ces effets sont favorables dans le traitement de l'œdème aigu du poumon, mais il comporte un risque de dépression excessive de la tension artérielle en cas d'infarctus du myocarde, un risque d'hypotension artérielle orthostatique et un risque d'aggravation du choc hypovolémique. Il faut toutefois signaler que la morphine peut, contrairement à ce qui précède, provoquer une élévation de la pression intracrânienne par suite de l'élévation de la pression partielle en dioxyde de carbone ($p\text{CO}_2$) dans le sang.

De même, comme nous l'avons vu précédemment, les dérivés opioïdes sont fortement spasmogènes et augmentent le tonus des fibres musculaires lisses viscérales et bronchiques ; il en résulte :

- une élévation du temps de vidange de l'estomac du au spasme du pylore,
- une diminution de l'activité péristaltique de l'intestin grêle qui se traduit par une baisse des échanges liquidiens au travers de la muqueuse digestive. Cette propriété explique l'utilisation de certains composés comme antidiarrhéique. Ils réduisent les échanges d'électrolytes entre le sang et la lumière intestinale.
- une stase colique due au spasme du sphincter anal et à une inhibition du réflexe d'expulsion. Le receveur subit alors une constipation chronique et intense quelle que soit la durée de la prise car aucun phénomène de tolérance ne vient l'enrayer.
- un spasme des voies biliaires toujours pour les mêmes raisons, ce qui contre-indique les morphiniques dans le traitement de la douleur chez une personne souffrant d'une colique hépatique.

Les opioïdes agissent également sur la physiologie de l'appareil respiratoire en exerçant un effet bronchoconstricteur d'ampleur variable suivant la dose reçue. Cet effet amplifie donc le risque de dépression respiratoire sévère déjà mentionnée dans les effets centraux recensés.

Leur impact sur l'appareil urinaire est tout autre puisque les morphiniques ont tendance à augmenter le tonus des voies urinaires. Ceci peut conduire le receveur à ne plus pouvoir retenir trop longtemps l'envie d'uriner (mictions impérieuses).

De même, ces dérivés ont également une action relaxante sur l'utérus gravide.

Enfin, ces morphiniques naturels ou synthétiques sont à l'origine d'une libération excessive d'histamine. Cette délivrance importante se traduit éventuellement par l'apparition d'un flush au niveau du visage et du cou, ainsi que de prurit, par suite des effets vasodilatateurs de l'histamine sur la microcirculation.

Le tableau de la page suivante permet de visualiser la ou les catégories de récepteurs impliqués dans les actions imputées aux morphines tant au niveau central qu'au niveau périphérique.

	Association avec les récepteurs			
	μ	δ	κ	σ
Effets comportementaux				
Analgésie supraspinale	■			
Analgésie spinale	■	■	■	
Analgésie provoquée par le stress	■		■	
Euphorie	■		■	■
Dysphorie			■	■
Sédation	■			
Catalepsie	■	■	■	
Augmentation de l'activité locomotrice				■
Diminution de l'activité locomotrice	■		■	
Tolérance	■	■	■	■
Signes de sevrage	■	■	■	■
Augmentation de l'appétit	■		■	
Autres effets				
Anticonvulsivant	■	■	■	■
Myosis		■	■	
Mydriase				■
Diminution de la motilité gastro-intestinale	■	■		
Effets endocriniens				
Libération de prolactine	■			
Libération de l'hormone de croissance		■		
Inhibition de la libération de testostérone	■	■		
Effets sur le système nerveux autonome				
Hyperthermie	■	■		
Hypothermie	■			
Dépression respiratoire	■	■		
Tachycardie				■
Bradycardie/ blocage des barorécepteurs	■	■	■	
Hypotension	■	■	■	
Choc endotoxique		■		
Choc hémorragique	■	■	■	
Létalité	■		■	

■ implication directe démontrée
 ■ implication supposée

DEUXIEME PARTIE

TOXICOMANIE

&

POLYTOXICOMANIE

EN EUROPE

DEUXIEME PARTIE :

TOXICOMANIE & POLYTOXICOMANIES EN EUROPE

<u>1. DEFINITIONS ET RAPPELS</u>	55
<u>1.1 – Le terme de ‘drogue’</u>	55
<u>1.2 – De l’usage récréatif à la toxicomanie</u>	56
A) <u>L’usage récréatif</u>	56
B) <u>L’usage à risque</u>	57
C) <u>L’usage nocif</u>	57
D) <u>La dépendance</u>	58
<u>1.3 – Dépendances, Tolérance et état de manque</u>	60
A) <u>La dépendance psychique</u>	60
B) <u>La dépendance physique</u>	61
C) <u>La tolérance</u>	61
D) <u>L’état de manque</u>	65
<u>2. DE LA CURIOSITE A L’ASSERVISSEMENT</u>	67
<u>2.1 – Un premier contact</u>	67
<u>2.2 - Un moment de la vie</u>	68
<u>2.3 - Un état psychique pathologique</u>	70

<u>2.4 – Un environnement particulier</u>	72
<u>3. LES CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA TOXICOMANIE</u> ..	74
<u>3.1 – Les pathologies somatiques rencontrées</u>	74
A) <u>Les maladies infectieuses liées à la drogue</u>	74
C) <u>Les répercussions pulmonaires</u>	78
D) <u>Les conséquences sur le système cardiovasculaire</u>	79
E) <u>Les signes cutanés</u>	80
F) <u>Les maladies sexuellement transmissibles</u>	81
G) <u>L'état nutritionnel</u>	82
<u>3.2 – Les complications psychiatriques</u>	82
<u>4. CONSOMMATION ILLICITE DE PRODUITS OPIACES</u>	84
<u>4.1 – L'héroïne</u>	86
<u>4.2 – La morphine et autres analgésiques majeurs</u>	88
<u>4.3 – L'opium et préparations magistrales</u>	88
<u>4.4 – Les substituts à l'héroïne</u>	89
<u>5.5 – Cas particuliers du Néo-codion[®] et du Temgésic[®]</u>	90
<u>5. UNE EVOLUTION VERS LA POLYTOXICOMANIE</u>	94
<u>5.1 - La cocaïne</u>	96

<u>5.2 – Les drogues de synthèse : amphétamines, ecstasy et LSD</u>	99
A) <u>Les amphétamines</u>	99
B) <u>L'ecstasy</u>	101
C) <u>Le LSD</u>	103
<u>5.3 - Le cannabis</u>	104
<u>5.4 - Les spécialités psychotropes</u>	108

1. DEFINITIONS ET RAPPELS

1.1 – Le terme de ‘drogue’

Nous pensons utile de définir le sens que nous donnerons au mot drogue dans la suite de ce travail. En effet, sa signification varie notablement suivant les croyances et acceptations légales et sociales du terme par la population, et résulte parfois de traductions imprécises.

Alors qu'en Angleterre ce mot caractérise toute matière possédant une activité pharmacologique, à l'instar des médicaments, ce terme accepte en France différents sens, voire stades, suivant l'image qu'associe l'interlocuteur à la drogue et la dimension de l'inconscient collectif.

La définition proposée par le dictionnaire Larousse est très vague (28) : « Toute substance capable de modifier l'état de conscience ».

Suivant la personne interrogée, le champ du mot drogue peut ainsi se restreindre à des substances très nocives comme l'héroïne mais peut aussi s'étendre vers des substances de consommation très répandue comme le tabac ou la caféine. Sa définition doit donc faire appel à d'autres critères pour mieux la circonscrire. Le type d'action qu'elle procure, son mode de consommation, son statut (légal ou illégal, variable selon les pays) ou encore les conséquences qui découlent de son abus sont des valeurs tout aussi importantes que la résultante de son absorption sur le cerveau du consommateur.

Par conséquent, nous entendrons dans ce travail par le mot drogue toute substance naturelle ou synthétique, distribuée légalement (alcool, nicotine) ou de façon clandestine, ayant une action sur le système nerveux central et pouvant entraîner chez certaines personnes une modification du comportement social voire une dépendance.

1.2 – De l’usage récréatif à la toxicomanie

Comme nous l’avons vu au cours de la première partie, l’Homme recourt à diverses substances qui modifient sa perception du réel depuis l’Antiquité. Cependant, il est désormais accepté que les effets, les risques et les dangers inhérents à la consommation de certaines substances varient en fonction du produit lui-même mais également en fonction de la façon dont il est consommé.

Dans le colloque « Toxicomanies en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique » qui s’est tenu à Paris en 2000, Michel Reynaud explique avoir réuni un groupe d’experts afin de discerner plusieurs types de comportements et notamment l’usage nocif (29).

Liées à son histoire personnelle, à son état de santé, à son environnement familial et social, les raisons de consommer une drogue diffèrent selon chaque individu. Le toxicomane, suivant le stade atteint dans sa relation avec le toxique, recherchera un plaisir ou un soulagement. Cela débute par la consommation d’ecstasy dans un contexte récréatif pour accéder à des sensations extrêmes, jusqu’à abusif d’une autre drogue dans le but de faire taire un état de manque.

A) L’usage récréatif

L’usage récréatif s’entend comme une consommation de substances psychoactives n’entraînant ni complication pour la santé, ni troubles du comportement mais qui peut avoir des conséquences nocives sur l’entourage (29).

Elle peut varier dans son intensité et se voir également qualifiée d’expérimentale, d’occasionnelle, voire même de régulière.

B) L'usage à risque

L'usage à risque est un mode de consommation plus difficile à présenter ; il est à intégrer entre l'usage récréatif et l'usage abusif. Etat précoce d'un prochain abus ou d'une future dépendance avérée, il intéresse pourtant au plus haut point le gouvernement français (29). Pour des produits induisant peu de dépendance, comme le tabac ou le cannabis, l'essentiel des dommages survient chez des personnes non dépendantes. Une action dès ce stade devrait ainsi enrayer un basculement vers une relation plus appuyée vis à vis du toxique.

L'usage à risque s'inscrit toujours dans un environnement personnel, physiologique ou temporel qui le rend dangereux pour le consommateur ou son entourage.

On qualifiera ainsi d'usage à risque :

- la consommation des substances modifiant la perception avant la conduite d'un véhicule,
- la prise de toxique chez par une femme enceinte,
- l'absorption d'un produit dans un but d'autothérapie,
- ou encore la consommation excessive de psychotropes.

C) L'usage nocif

L'usage nocif ou usage à problème est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour environnement proche ou lointain.

Dans un tel cas, on peut observer une aggravation de problèmes personnels ou sociaux, comme la dégradation des relations familiales ou bien l'apparition des difficultés financières (30). Les résultats scolaires ou professionnels peuvent être également influencés à

cause d'absences répétées, de mauvaises performances intellectuelles et d'un rejet des responsabilités.

D) La dépendance

La caractérisation de la pharmacodépendance offerte par l'Organisation Mondiale de la Santé aide à appréhender le phénomène toxicomaniaque et prendre en compte toute l'étendue de la souffrance (31) :

« Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments. »

Nous devons cependant distinguer le comportement toxicomaniaque de l'usage abusif. L'importance de la relation de la personne avec un ou plusieurs produits et la récurrence des prises permettent une hiérarchisation. Dans le cas d'une dépendance avérée, les prises de toxique sont répétées et irrépressibles.

Une méthode permet de délimiter plus aisément la dépendance de l'usage abusif. Elle s'attache à la recherche de critères précis et définit le contexte qui anime la relation entre une personne et une substance (restreinte ici au terme de toxique). Est alors décrétée de toxicomanie toute relation impliquant au moins trois items parmi la liste en page suivante, tous ces repères devant être identifiables depuis un mois au minimum.

- 1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - A) Besoin de quantité nettement majorée de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet recherché ;
 - B) Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

- 2- Sevrage, comme en témoignent l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - A) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - B) La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

- 3- Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.

- 4- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

- 5- Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

- 6- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.

- 7- Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

(30) Critères diagnostiques de la dépendance, Dépendance DSMIV (1994)

1.3 – Dépendances, Tolérance et état de manque

La définition de la toxicomanie donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé met en évidence l'omniprésence d'un état compulsif à prendre le toxique. Cette envie irréprouvable de consommer un produit est caractéristique de la dépendance ; ou des dépendances car il est classique de distinguer la dépendance psychique de la dépendance physique.

A) La dépendance psychique

La dépendance psychique est un caractère incontournable de toute toxicomanie puisqu'elle se retrouve dans toutes les relations d'addiction entre une personne et une drogue consommée en trop grande quantité (32).

Elle correspond au désir incontrôlable (craving) de consommer à nouveau le toxique dans l'espoir de retrouver les effets agréables connus lors du premier contact (33). Quelle que soit la drogue utilisée, l'effet tend généralement vers un sentiment de plénitude (apaisement, tranquillité, détachement du monde réel). A contrario, certaines substances procurent un sentiment de renforcement psychique (sensation de puissance, estime de soi, hyperactivité motrice, euphorie sexuelle ou sociale, résistance à la fatigue) (31). Nous parlons de sentiment et non de potentiel car l'observation objective de l'effet des différents toxiques sur le psychisme humain se révèle très subjectif.

B) La dépendance physique

La dépendance physique est la résultante d'une adaptation réflexe de l'organisme du toxicomane. La prise répétée du toxique bouleversant l'état d'équilibre originel de la personne, le corps de cette personne va instinctivement mettre en œuvre une résistance de façon à contrarier les effets du toxique sur l'organisme (31). Difficilement observable en période de consommation, cette adaptation est vivement ressentie dès que le drogué ne respecte plus les horaires de prise. On parle alors de syndrome de manque ou d'effet miroir puisque les symptômes décelés en de tels moments sont à l'opposé de ceux attribués aux substances consommées (du moins au début de la relation).

On peut donc définir la dépendance physique comme un état d'équilibre organique pour lequel la consommation du toxique est nécessaire au maintien des fonctions physiologiques normales (26).

Cette distinction entre dépendance psychique et dépendance physique est à l'origine de la déclinaison des drogues selon les termes de « drogues douces » et de « drogues dures » (32). Les premières ne sont pas censées engendrer de dépendance psychique. Pourtant, et contrairement à ce qu'approuvent les défenseurs de la dépénalisation du cannabis, toute drogue entraînerait une relation de dépendance jouant sur les deux dimensions à l'instar de drogues licites comme le café (excitation et céphalées) et la nicotine (irritabilité, insomnie, perte de poids).

La dépendance aux opiacés inclut ces deux dimensions et se double d'un phénomène de tolérance.

C) La tolérance

Le phénomène de tolérance, présent dans le cas d'une intoxication, se traduit chez le toxicomane par une inexorable tendance à augmenter les doses administrées de manière à

conserver un effet d'intensité égale à celui perçu lors de la première rencontre. Cette accoutumance est le résultat d'un rééquilibrage naturel consistant en une sorte de désensibilisation de l'organisme au toxique incriminé. Seul l'accroissement des quantités absorbées à chaque prise permet de se rapprocher de l'effet obtenu chez le sujet naïf (personne normalement sensible à la substance par inexistence d'un premier contact ou par suite d'une désintoxication).

Dans le cas des opiacés plusieurs mécanismes participeraient à cette réorganisation biologique pour tendre vers un nouvel état d'équilibre (26).

Comme dans la plupart des ensembles de transmission d'informations communiquant par le biais de neurotransmetteurs, un contact répété entre un ligand (ici les dérivés opioïdes exogènes ou endogènes) et son récepteur spécifique se traduit par une diminution de l'efficacité de la liaison entre les deux protagonistes. La réponse donnée pour chaque stimulus décroît en intensité proportionnellement à la diminution du nombre de récepteurs ou de l'affinité entre la molécule et le site de liaison. Ce phénomène explique la nécessité pour le toxicomane d'augmenter la quantité de ses doses en cas de consommation habituelle et l'effet rebond constaté lors de la reprise du toxique après une période de sevrage (laissant le temps à l'organisme de retrouver le premier état d'équilibre). On parle alors de down régulation.

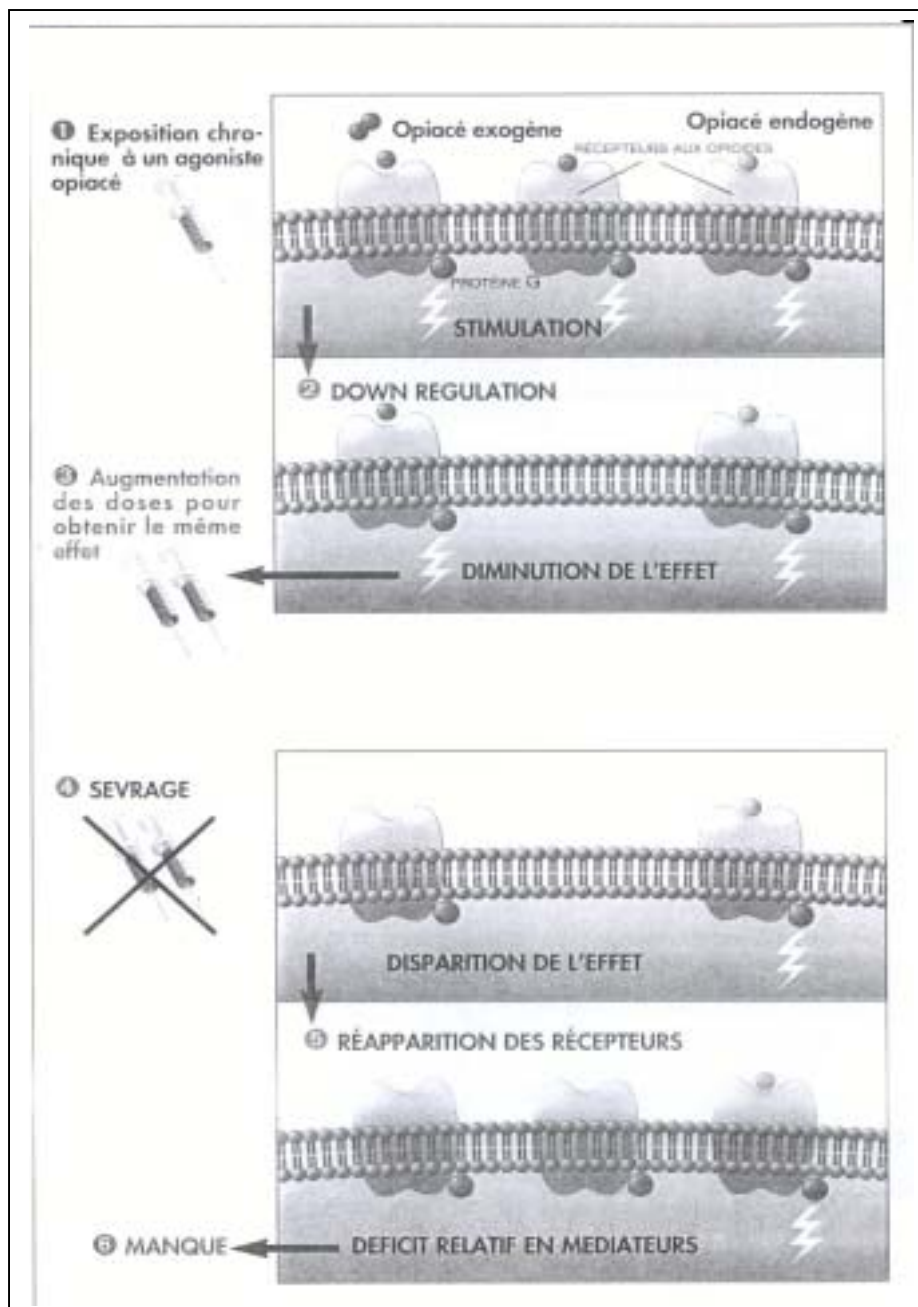


Illustration du phénomène de tolérance par down-regulation (26)

Une seconde théorie complète la précédente et s'observe plus rapidement que la down-regulation qui nécessite un temps d'adaptation plus important. Elle tend à faire penser que cette tolérance n'est pas simplement due à une modification du système ligand-récepteur mais également à une diminution de l'efficacité de la transduction. Par suite de contacts fréquents, le système (protéine G, adénylate cyclase) ne fonctionnerait plus aussi pleinement et l'intensité de la réponse donnée ne serait plus proportionnelle à celle du stimulus originel. On parle dans ce cas de désensibilisation.

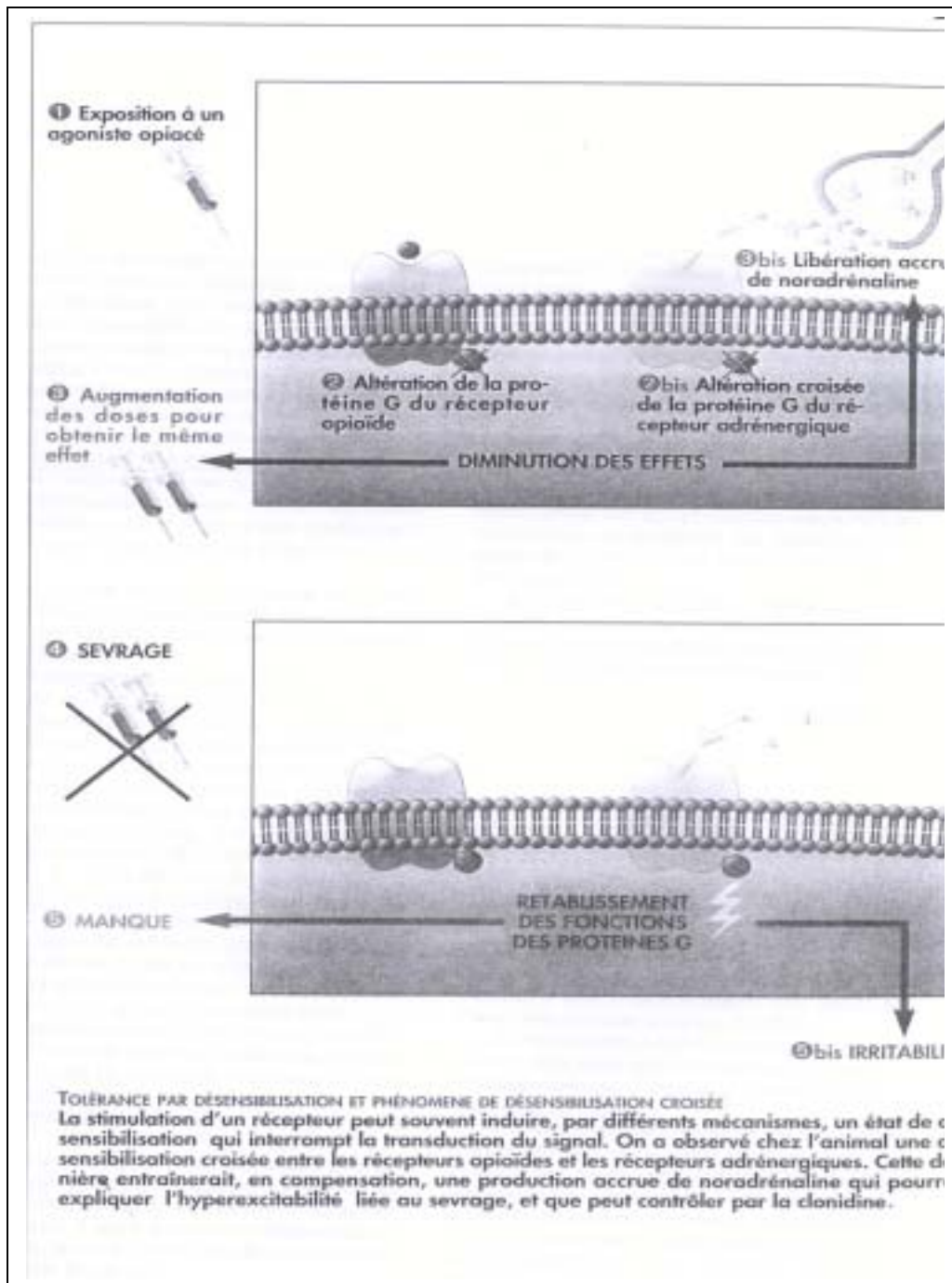


Illustration de phénomène de tolérance par désensibilisation (26)

Enfin, une dernière publication veut démontrer que cette adaptation serait également le fruit d'un mécanisme complexe de contrôle et de rétrocontrôle associé aux récepteurs spécifiques des opioïdes endogènes, aboutissant au largage dans la fente synaptique de neurotransmetteurs anti-opioïdes. Ces agents viendraient occuper les sites de liaison spécifiques aux opiacés à la manière d'un antagoniste.

D) L'état de manque

L'état de manque est la situation vécue par le toxicomane lorsque l'effet de la drogue s'est dissipé et qu'aucune nouvelle prise n'est venu renouveler. Cette situation est d'autant plus mal vécue par le toxicomane que sa dépendance envers le produit est importante. En effet, le corps et l'esprit réagiront plus violemment dans le cas d'une toxicomanie clairement établie puisque l'adaptation organisée par l'organisme du toxicomane joue en sa défaveur (26).

La diminution du taux de toxique dans l'organisme du toxicomane va, à nouveau, désorganiser le rééquilibrage physiologique constaté après adaptation de l'organisme. Les compensations que nous avons abordées dans le paragraphe précédent vont se révéler néfastes en période de descente. La diminution de l'efficacité de la transmission d'informations au niveau de l'arbre nerveux dépendant des neurotransmetteurs opioïdes va, après détachement des ligands actifs de leur site de fixation, déséquilibrer à nouveau la réponse aux stimuli. Les actions diminuées sous drogue vont désormais être quasiment inexistantes et on parlera alors d'état de manque.

L'état de manque apparaît très rapidement après la dernière prise du toxique dans le cas de l'héroïne. Les premiers symptômes apparaissent entre 6 et 12 heures après absorption, s'accroissent progressivement jusqu'au troisième jour et régressent généralement en moins d'une semaine.

Cet état de manque est également observable lors de traitements de substitution. La méthadone et la buprénorphine étant utilisées pour leur demi-vie plus longue, des manifestations comparables à l'héroïne apparaissent plus tardivement mais persistent également plus longtemps (34).

Quelle que soit la substance consommée (héroïne, cocaïne, cannabis..), on observe selon l'importance de l'addiction (35) :

sur le plan psychique :	sur le plan somatique :
agitation, insomnie, irritabilité, accès d'angoisse, asthénie, hallucinations, désorientation, troubles majeurs du comportement,	troubles digestifs (hypersalivation, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales), céphalées, douleurs musculaires, crampes, troubles vasomoteurs (rougeur ou au contraire pâleur du visage, tachycardie), larmoiements, rhinorrhée, transpiration importante, chair de poule.

Différents troubles ressentis sous état de manque.

Il est intéressant de constater que les effets perçus lors d'un état de manque sont 'inversés' par rapport à ceux qui sont observables durant la phase d'intoxication (34). Là où il y avait plaisir, il y a douleur et ainsi de suite. Ces effets contraires ou rebonds sont dits « en miroir » : une dépression psychique profonde après un abus de psychostimulants, des convulsions après la prise de benzodiazépines.....

A côté de ces notions généralement reconnues et adoptées par les scientifiques (dépendances psychique et physique), les cliniciens complètent cette notion de toxicomanie par la répercussion de l'obstination dans la recherche de sa dose de drogue, recherche qui plonge progressivement le drogué dans une spirale de désinsertion sociale responsable de la marginalisation du toxicomane. Cette prospection devenant son seul but, ses investissements affectifs et sociaux antérieurs se voient reléguer au second plan. Cette nuance complète la vision purement médicale de la toxicomanie (dépendances psychiques et physiques, tolérance, état de manque), en insistant sur le désordre social que cette quête obsessionnelle occasionne. Dans le cas du fumeur de tabac dépendant de la nicotine, l'achat d'un paquet de cigarettes ne bouleverse pas ses engagements familiaux et sociaux bien qu'il soit parfois considéré comme un drogué. Il n'en est pas de même pour l'héroïnomanie qui doit se procurer une ou plusieurs doses de drogue illicite chaque jour.

2. DE LA CURIOSITE A L'ASSERVISSEMENT

A la question « pourquoi une personne devient-elle toxicomane ? » il n'y a pas de réponse simple et satisfaisante. Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'usage des drogues (et par extrapolation la toxicomanie) existe depuis l'Antiquité. Pendant longtemps les prises de toxiques se sont faites à l'occasion de certains rituels avec l'accord tacite de la population. Par la suite, au fil des explorations et des découvertes de nouvelles terres, le développement des échanges commerciaux et culturels entre les pays a servi de support à l'extension géographique de l'usage des drogues. Il n'est donc pas surprenant que les marins, les militaires et certains autres corps de métiers aient été les premiers touchés par ce fléau (9).

2.1 – Un premier contact

De cette remarque naît la première des obligations pour qu'une personne puisse devenir dépendante : une toxicomanie a toujours naturellement commencé par une rencontre.

C'est une évidence mais il ne peut y avoir d'addiction entre une personne et une substance sans un premier contact. Auparavant, seuls quelques 'privilégiés' pouvaient se procurer une drogue : les marins, les coloniaux ou encore les artistes. Montmartre était d'ailleurs réputé pour ses fumoirs. On pouvait penser à l'époque que cette barrière sociale, corporatiste et culturelle conjuguée au recul de l'occupation des pays d'Asie et d'Afrique par les Européens aurait pu contenir, voire mettre un terme, à ces pratiques. Mais c'était sans compter avec la vague contestataire de 1968. L'apparition du mouvement hippie a ravivé l'intérêt des jeunes pour les drogues et facilité leur entrée dans le quotidien d'une tranche beaucoup plus large de la population, sans se limiter aux classes les plus aisées.

Aujourd'hui de nombreuses substances sont accessibles, des plus anciennes comme les opiacés mais aussi de nouveaux produits moins bien contrôlés et aux effets tout aussi dévastateurs. Les dernières études menées sur le terrain témoignent de cette intrusion massive. Une étude réalisée dans des lycées de la banlieue parisienne a mis en lumière la facilité

d'accès à diverses drogues (36) dites douces et dures. 35% des lycéens ont déclaré s'être déjà vu proposer des produits illicites comme du cannabis mais également de façon plus rare de la cocaïne ou de l'héroïne (4,1% des lycéens interrogés).

Les lieux de vente de drogues se sont diversifiés ces dernières années. Les stupéfiants sont aujourd'hui disponibles dans les écoles, lors de rassemblements de jeunes (37), au sein des centres de détention voire à l'intérieur même de centres spécialisés dans la prise en charge de toxicomanes. LSD, cocaïne, crack, ecstasy et autres dérivés amphétaminiques font la richesse d'une économie parallèle très intégrée parmi les concentrations de personnes fragilisées.

Nous verrons d'ailleurs que cette disponibilité de substances stupéfiantes est un des points que souhaite combattre l'Union européenne dans le cadre de son plan quinquennal de lutte contre la toxicomanie.

Au final, sept millions de Français concèdent avoir consommé au moins une fois une drogue illicite (38).

2.2 - Un moment de la vie

Bien qu'alarmant, ce constat permet cependant de comprendre que la rencontre entre une personne et une substance ne suffit pas à expliquer la dérive vers un comportement toxicomane. La France ne compte pas heureusement sept millions de toxicomanes car toutes des personnes n'ont pas vécu ce premier contact de la même façon.

La plupart d'entre eux se sont heureusement arrêtés à cette simple expérience ou sont parvenus à contrôler le rythme des prises (usage récréatif, festif et consommation en groupe). Seule une partie de cette population a glissé vers un comportement toxicomane. Il faut donc chercher plus loin les raisons qui ont inexorablement poussé ces individus-là vers la dépendance.

Au regard des études épidémiologiques entreprises, il apparaît clairement que toutes les classes d'âges ne sont pas touchées avec la même intensité. Deux populations se détachent nettement par l'importance de leurs contingents (32) :

- les adolescents,
- les jeunes adultes entre 25 et 35 ans.

Dans son rapport 2002, L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) indique que les taux de consommation de drogues sont nettement plus élevés parmi la population jeune (de 15 à 34 ans). Selon ce travail, 5 à 18% des jeunes européens consomment du cannabis au moins une fois par mois, 0,6 à 5 % d'entre eux des amphétamines, 0,5 à 3,5 % de la cocaïne et 0,5 à 5 % de l'ecstasy (39).

Cette segmentation en fonction de l'âge laisse à penser qu'il existe des périodes de la vie plus propices à la tentation et à la dépendance que d'autres. Les plus jeunes sont perdus dans les choix d'avenir qui se bousculent et angoissés par l'importance de l'enjeu. Les trentenaires connaissent un autre passage difficile (éloignement de la famille, perte d'emploi, rupture conjugale) et semblent être des cibles toutes aussi faciles pour les revendeurs de drogues.

Nous avons retrouvé des résultats similaires au travers d'un questionnaire (Nantes addiction) de toxicomanes suivis dans le cadre d'un programme de substitution au sein de quelques officines nantaises. En effet, les quatorze patients traités qui ont accepté de répondre à notre questionnaire (voir annexe 1) déclaraient avoir débuté à se droguer dès leur plus jeune âge.

Age au premier contact	12	13	15	17	18	19	25
Nombre de patients	1	3	3	1	2	2	2

Age lors du premier contact (Nantes Addiction) (n=14)

Malgré le faible écart d'âge entre ces deux classes on particularise pourtant deux toxicomanies : primaire et secondaire (40).

On parle de toxicomanie primaire lorsque le début de l'intoxication naît et s'affirme dès l'adolescence. Le processus addictif se révèle très fortement intégré au profil psychique de l'individu. Les jeunes commencent souvent par des prises d'alcool, de cannabis, de médicaments (tranquillisants comme les benzodiazépines) voire de solvants (36). Mais ils évoluent rapidement vers d'autres produits comme les opiacés. Le retard de prise de conscience par le jeune de son état de dépendance vis à vis d'une ou plusieurs substances constitue le critère discriminant de cette déclinaison de toxicomanie. Plusieurs années s'écoulent entre son entrée dans le cercle des drogués et sa première réaction contre son état. Les consultations auprès d'établissements de soins spécialisés décrivent alors des personnes gravement touchées chez lesquelles des années de toxicomanie ont entraîné de graves conséquences psychologiques, physiologiques et sociales.

On parle de toxicomanie secondaire lorsqu'elle apparaît chez des personnes plus âgées. Les cas décrits témoignent habituellement d'une décompensation psychopathologique faisant suite à un profond épisode dépressif, névrotique. A la différence d'une toxicomanie primaire, le toxicomane perçoit plus rapidement son état de dépendance et le contact avec des établissements de soins est plus précoce.

2.3 - Un état psychique pathologique

Sous jacent à la fragilité de l'être humain face à certaines périodes de la vie d'adolescent ou d'adulte, la personnalité de l'individu et les troubles psychiques dont il peut souffrir sont des facteurs supplémentaires qui permettent d'appréhender sa tendance ou non à glisser vers un état de dépendance (41). Les travaux des docteurs Laqueille, Perron et Goiset ont mis en évidence l'existence d'une prédisposition psychologique à la dépendance (42).

D'une façon générale, le choix du toxique répond à une certaine logique (l'âge et le trouble psychique orientent vers le produit). Cette démarche démontre que la toxicomanie

n'est pas une fatalité en soi mais une 'automédication' abusive et/ou déplacée voulant combattre un dysfonctionnement propre de la personnalité.

Il est cependant important de différencier ce comportement récurrent, aux prises rythmées par la durée d'action du toxique, de la consommation exceptionnelle à l'occasion de fêtes et autres événements propices (usage récréatif). Dans le second cas, l'alcool, le cannabis, l'ecstasy ou les solvants sont consommés par des personnes jeunes dans le but de faire taire temporairement des difficultés relationnelles et psychologiques, et peu d'entre eux glisseront vers une toxicomanie avérée.

Un vrai toxicomane souffre très souvent d'un déséquilibre psychique profond (43). Son caractère instable, son impulsivité, et son goût pour l'interdit et la marginalité l'orientent insidieusement vers la consommation de drogue. Les effets de ces toxiques (car il s'agit très souvent de polytoxicomanies) aux facultés desinhibitrices combinés à des troubles psychiques préexistants le poussent vers la délinquance. Les produits consommés sont nombreux et le toxicomane alterne entre l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, les opiacés (codéine, méthadone, buprénorphine vendues au marché noir), les tranquillisants en plus de l'alcool dont la prise est quasiment systématique.

Le sujet psychotique est aussi une cible de prédilection pour la toxicomanie (40). Cette personne timide, introvertie, souffrant quotidiennement d'un décalage entre sa perception du monde extérieur et la réalité voit dans la prise de drogue une échappatoire. Elle recherche un état d'apaisement et ira tout naturellement vers des produits psychodysléptiques ou psychoanaleptiques qui ne font en définitive qu'accroître son recul vers l'irréel.

Le sujet névrotique, de caractère anxieux où prédominent immaturité affective, tendances à l'évitement et difficultés relationnelles consommera également des produits aux vertus calmantes comme le cannabis ou les opiacés (42).

Enfin, on retrouve très souvent un sentiment dépressif chez les drogués. La consommation de drogue est alors une sorte d'autothérapie censée lutter contre un état de mal-être (44). En recherchant l'événement déclenchant, on découvre souvent une dépression d'adolescence consécutive à un deuil ou une dislocation du noyau familial.

A coté de ces considérations purement psychiatriques, une nouvelle théorie veut également démontrer que tous les individus ne sont pas égaux vis à vis de la tentation. A l'instar des travaux menés sur le rat, Luis Stinus envisage une extrapolation possible à l'Homme (27) des résultats obtenus. Il souhaite faire admettre que l'injection d'une quelconque substance stupéfiante occasionnerait parmi une population représentative différents phénomènes allant de l'absence de réaction à l'initiation d'une toxicomanie certaine en passant par une majorité de personnes au futur incertain.

2.4 – Un environnement particulier

L'environnement proche, tant humain que pratique, joue également un rôle prépondérant dans le basculement ou non vers un comportement addictif.

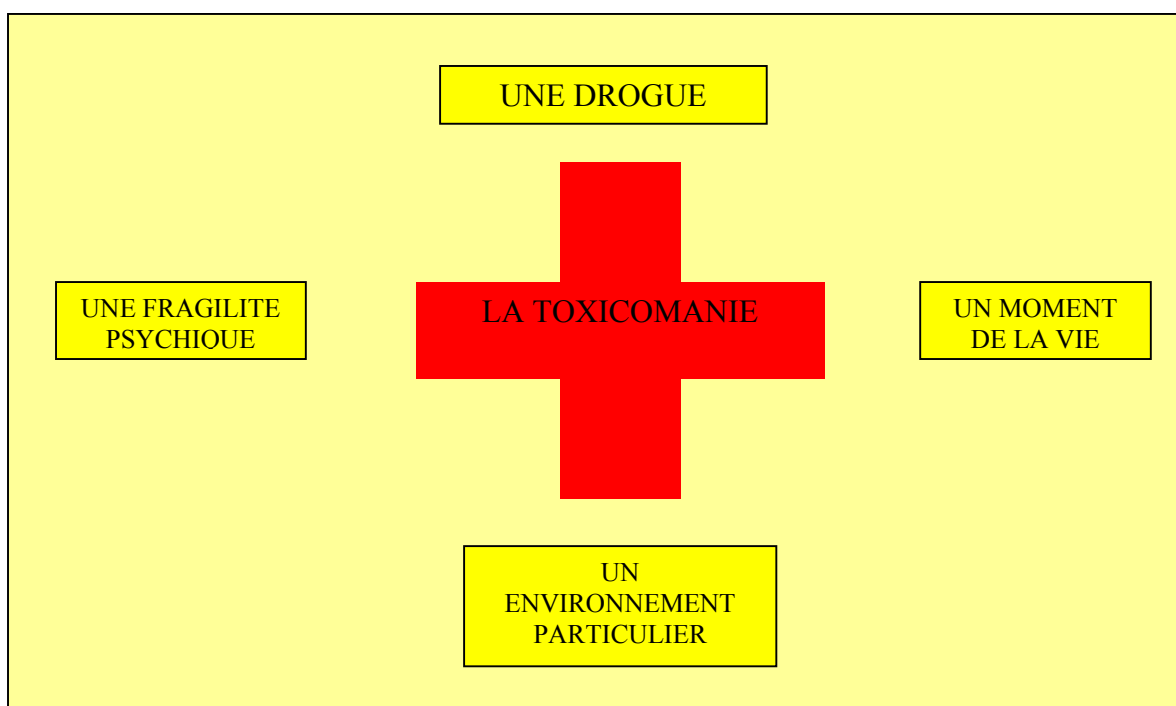
Dans ce cadre, les parents sont un point d'ancrage et d'identification important surtout au moment de l'adolescence. On peut donc penser que les nouveaux modes de vie décrits dans les différentes enquêtes sociologiques où nous sont présentées des tendances à l'éloignement des deux parents soit pour cause de divorce, soit par obligation professionnelle, ne vont pas dans le sens d'une harmonie familiale pour l'enfant. Ceci est fort préjudiciable car ce manque affectif et représentatif ne permet bien souvent pas à l'adolescent de se construire une personnalité forte et réellement autonome (35).

De même, l'entourage amical de la personne semble jouer un rôle de premier plan. Dans son rapport 2002, l'OEDT mentionne que la consommation de drogues, certes dans un but récréatif, est nettement plus importante parmi les jeunes fréquentant les clubs et les discothèques. Ils sont plus facilement en contact avec les nouvelles drogues de synthèse et plus enclins à accompagner la prise de ce type de produits à celle de l'alcool (45).

Le lieu de résidence influence également la prévalence d'usagers de drogues parmi les classes jeunes. La consommation de drogues est beaucoup plus répandue en milieu urbain ; bien qu'elle entame une démocratisation géographique vers les petites villes et le milieu rural (39).

Le début d'une dépendance aux opiacés ou à toute autre drogue s'avère donc être au croisement de quatre évènements :

- un contact avec un produit,
- une pathologie psychique,
- une fragilité temporaire
- un environnement favorable,



Le quadrige de la dépendance

3. LES CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA TOXICOMANIE

Les toxicomanes ont un état de santé très fortement altéré. Souvent dépendants au(x) toxique(s) depuis de nombreuses années au moment de leur premier pas vers une structure de soins, leurs corps et leurs cerveaux ont subi mainte fois les effets néfastes des drogues et développer les signes d'une intoxication de long terme.

De plus, à la toxicité intrinsèque des produits qu'ils absorbent régulièrement, il convient de considérer les risques supplémentaires de contracter certaines maladies en raison de leur mode de consommation :

- voie d'administration,
- consommation de produits contaminés,
- recours à l'injection (léchage de l'aiguille avant la piqûre)
- consommation tribale (partage de matériel)
- et surtout absence totale d'asepsie.

Il n'est donc pas surprenant qu'un bilan médical complet soit le premier acte entrepris par tout médecin au commencement de sa relation avec son patient. Ce check-up est la base d'une prise en charge efficace.

3.1 – Les pathologies somatiques rencontrées

A) Les maladies infectieuses liées à la drogue

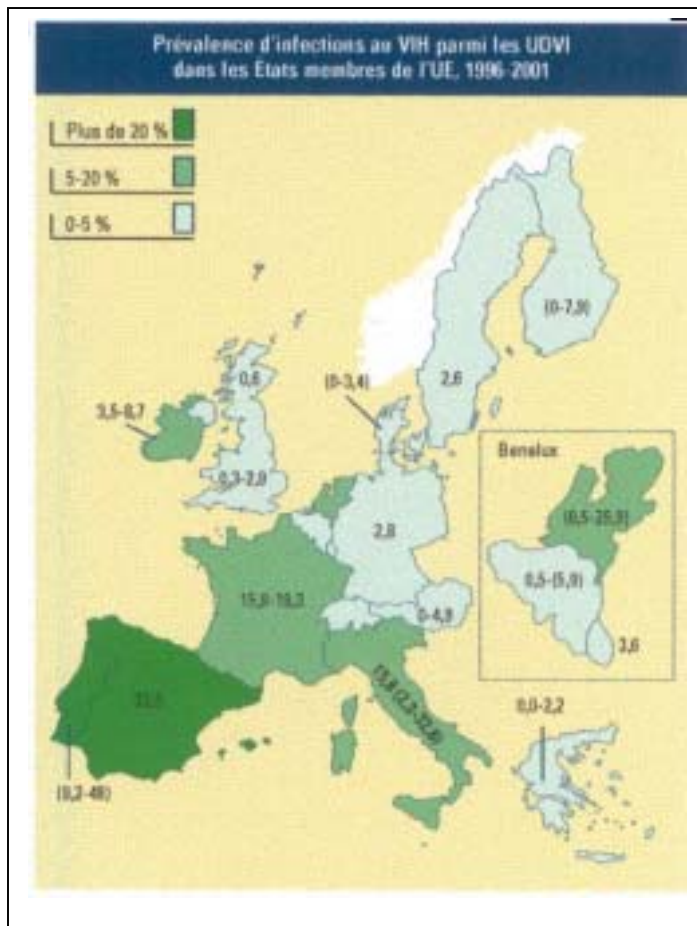
Indépendamment de la voie de consommation utilisée par les toxicomanes, il est un fait attesté par de nombreux scientifiques que l'usage de drogue diminue l'efficacité du système immunitaire. Cependant aucune étude scientifique n'est pour l'instant parvenue à

démontrer de manière indéniable que les drogues affaiblissent le système de défense de leurs consommateurs. On attribue cette fragilité immunitaire aux difficultés d'existence d'une population marginalisée (stress, dénutrition, précarité) chez qui se succèdent les infections bactériennes et virales. Le contrôle du respect des rappels de vaccins et une sensibilisation aux risques encourus lors de certains usages sont de ce fait des préoccupations majeures et le point de départ à toute intégration dans un protocole.

Cependant, cette fatigue immunitaire n'est que peu préoccupante en comparaison des graves infections virales liées à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Il est désormais connu que plusieurs facteurs de risques sont propres à cette technique de prise.

Ainsi, le partage des seringues et de tout autre matériel servant au cours de cette opération constitue le principal motif d'inquiétude et le facteur majeur de séroconversion à combattre par les organismes de santé publique. Il faut cependant distinguer parmi ces UDVI les personnes utilisant réellement le matériel d'autres toxicomanes de celles laissant d'autres récupérer leur seringue. A cette habitude, il faut ajouter que la durée de prise, la fréquence des injections pendant cette période ainsi que l'adjonction de drogues desinhibitrices augmentent également le risque de séroconversion (46).

Les données actuellement disponibles sur la prévalence du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) parmi les UDVI montrent la réalité d'une grande variabilité en fonction des pays. Les niveaux d'infection seraient compris entre 1% au Royaume-Uni et 34 % en Espagne. La carte, en page suivante, complète les chiffres européens.



ND: Les données entre parenthèses sont locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au point central de la fourchette de la prévalence selon les différentes sources de données. Les données concernant l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie sont limitées à la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI en traitement et peuvent ne pas être représentatives de la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI qui ne subissent pas un traitement. Le chiffre élevé correspondant au Portugal se rapporte à une étude faite dans une zone très problématique de Lisbonne.

Source: Points focaux nationaux. Pour les sources primaires, voir le résumé et les tableaux complets intitulés «Prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001» sur l'internet (<http://www.europerit.ecdc.eu.int>)

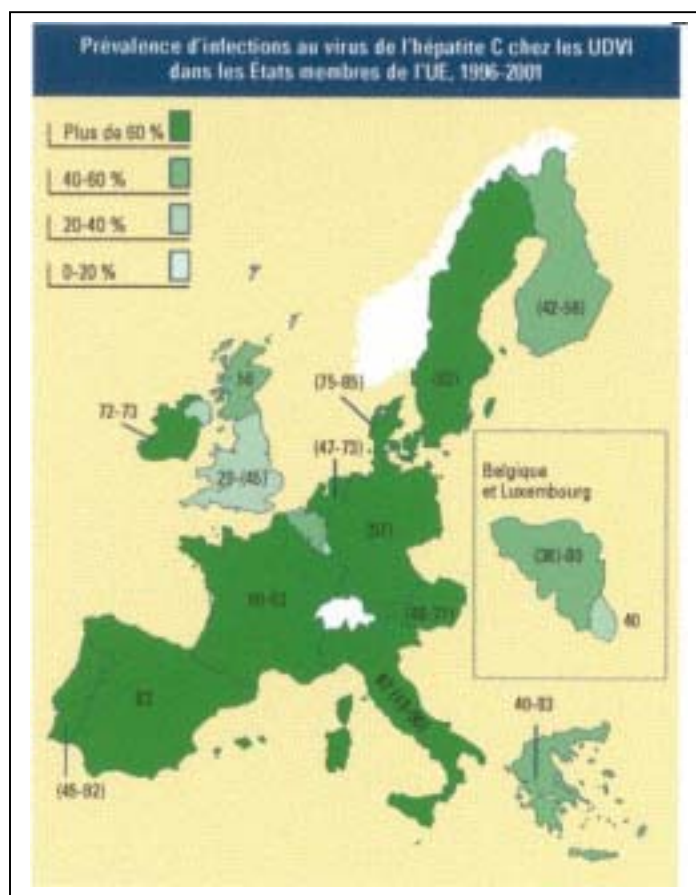
Prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI dans les États membres de l'UE (47).

Même si dans la plupart des cas ces taux sont le reflet d'une épidémie passée, la lutte contre l'apparition de nouveaux cas de sida parmi la population toxicomane et son entourage constitue l'un des six points du plan quinquennal décidé par l'Union européenne pour combattre pleinement la menace toxicomaniaque. Ceci trouve sa justification dans la persistance de l'augmentation du nombre de séropositifs dans certaines régions ces dernières années. Irlande, l'Italie, les Pays-bas, le Portugal, et la Finlande enregistrent des chiffres croissants.

Il serait plus intéressant de connaître le taux de prévalence parmi les nouveaux UDVI mais peu de pays sont en mesure de fournir cette information.

La prévalence de la contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) est également préoccupante. L'hépatite C qui correspond aujourd'hui à 90 % des cas qui, auparavant, étaient qualifiés de non-A, non-B, représente elle aussi un grave problème de santé publique (48)

dont l'importance laisse présager une vague endémique de pathologies hépatiques. Le taux d'infection va, selon les pays, de 40 à 90 % dans différents sous-groupes d'usagers de drogues utilisant la voie intraveineuse. Virus plus infectieux que le VIH, il se transmet plus aisément lors d'échange de matériel d'injection. Cette force infectieuse est d'ailleurs mise à profit dans les études voulant analyser les résultats apportés par les actions de prévention menées contre le sida. Les tendances de la prévalence du VHC constituent un indicateur européen plus sensible que les tendances du VIH sur les comportements d'injection à risque et permettent ainsi de mesurer l'efficacité des mesures de prévention menées par les autorités sanitaires (47).



ND Les données entre parenthèses sont locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et aussi parce qu'il s'agit de données locales. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au pourcentage de la population de la prévalence selon les différentes sources de données. Les données concernant l'Espagne, l'Italie et le Portugal sont basées à la prévalence VHC parmi les UDVI en traitement et peuvent ne pas être représentatives de la prévalence VHC parmi les UDVI qui ne subissent pas un traitement. Les données concernant le Luxembourg, la Finlande et la République tchèque sont basées sur des tests de sérum. Les données concernant la France se basent sur des résultats de tests volontaires, ce qui les rend peu fiables. Les données nationales sont validées pour l'année 1994.
Sources: Peritsi, Centre national. Pour les sources primaires, voir le tableau statistique sur l'internet: «Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE, 1996-2001» (<http://www.matsport.umc.chu.uu.se/>).

Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans les États membres de l'UE (47).

L'hépatite B est la troisième maladie virale infectieuse particulièrement suivie par les autorités sanitaires européennes. Les chiffres rapportés par les différents pays font état d'un pourcentage allant de 20 à 60 % de porteurs d'anticorps contre l'hépatite B parmi les UDVI. Ces chiffres actuels indiquent la possibilité de connaître dans le futur une importante

propagation de l'infection par ce virus parmi les usagers à risque (partage de matériels, pratiques sexuelles non protégées) (47). Cette crainte justifie une fois de plus les efforts produits par les autorités de sécurité sanitaire tant sur le plan de la prévention des conduites à risques que des campagnes de vaccination.

B) Les pathologies hépatiques

Les pathologies hépatiques sont très fréquentes chez les toxicomanes puisque l'examen médical d'un tiers des arrivants révèle des antécédents d'ictère. 80 % des usagers de drogue se présentant dans un centre de soins ont un taux élevé de transaminases (49). Ces agressions et dégradations de la fonction hépatique sont généralement le résultat d'infections virales vues ci-dessus.

Il est à noter que la prise de substances hépatotoxiques comme certains médicaments ainsi que la consommation d'alcool concourent à l'exacerbation de ces souffrances hépatiques (50).

C) Les répercussions pulmonaires

Des maladies respiratoires altèrent souvent l'état de santé des drogués. Ces derniers toussent beaucoup et le tabagisme quasi omniprésent participe à cette fragilité pulmonaire.

Les mêmes conditions qui expliquent l'immunodéficience du toxicomane favorisent également les infections broncho-pulmonaires courantes comme les pneumonies et les broncho-pneumopathies aiguës. Leur récurrence finit par entraîner des complications plus préoccupantes (septicémies, pleurésies). Ces malades fragiles peuvent également contracter des maladies devenues rares comme la tuberculose que l'on sait ne toucher que des personnes dénutries et miséreuses (49).

Les administrations de drogues par inhalation ou injection peuvent aussi déclencher des crises de bronchoconstriction asthmatiforme ou être à l'origine de fibroses pulmonaires plus ou moins envahissantes (50).

Cependant l'œdème pulmonaire est le cas le plus grave pouvant toucher le toxicomane et fait parti du tableau clinique rencontré en cas de surdosage. Les mécanismes impliqués dans son déclenchement sont multiples :

- action lésionnelle de l'héroïne,
- hypoxie,
- déficience cardiaque brutale.

De survenue brutale, l'œdème entraîne très souvent le décès de la victime et son diagnostic se fait généralement post mortem.

D) Les conséquences sur le système cardiovasculaire

A l'exception de la cocaïne qui agit directement sur les bases de la révolution cardiaque, le facteur déclenchant est souvent un agent infectieux et la pratique de l'injection le principal facteur de risque.

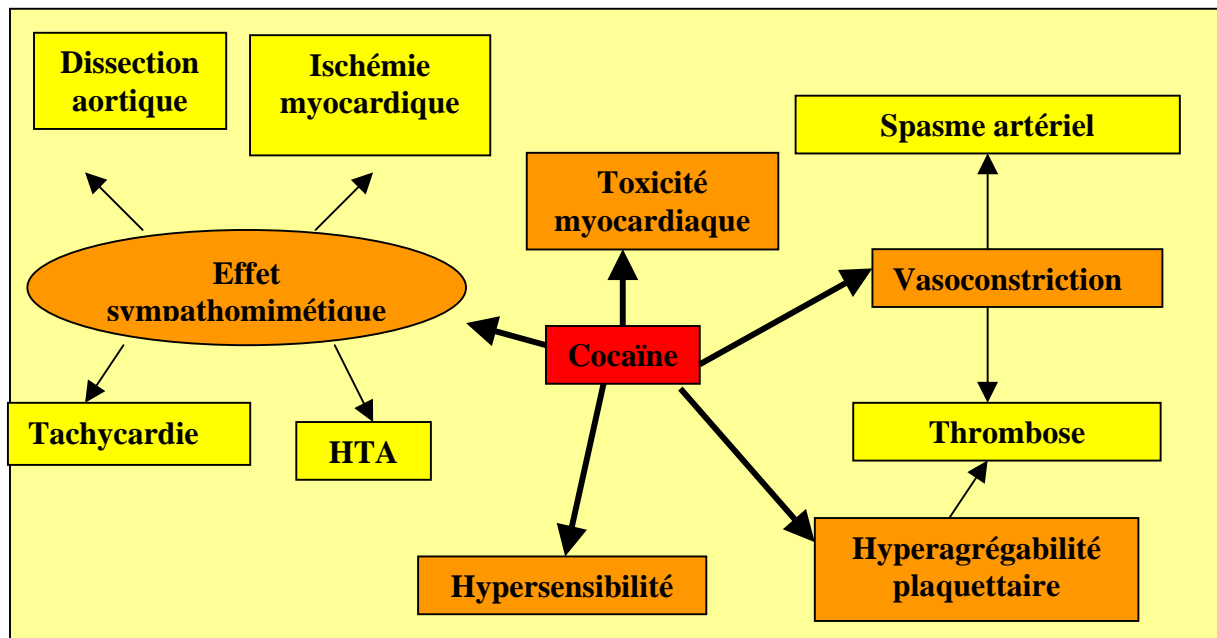
Ainsi, la prévalence de l'endocardite bactérienne (49) peut s'expliquer par :

- le partage ou la réutilisation de matériels d'injection,
- le manque d'hygiène corporelle,
- la présence de substances pyrogènes ou infectieuses dans la préparation.

Cliniquement, la présence microbienne (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*) se manifeste par une forte fièvre et des douleurs ostéoarticulaires. Même si les chances de guérison dépendent des germes présents et de leur localisation, les traitements à disposition obtiennent souvent de bons résultats.

A l'identique, l'intégrité du système circulatoire est constamment mise en péril par la pratique de l'injection. Au début peu traumatisante, la répétition des piqûres provoque des veinites avec fièvre et inflammation locale. L'accumulation des blessures occasionnées conduit logiquement à une détérioration du capital veineux en partie haute et oblige le toxicomane à varier de site d'injection en piquant à des endroits de plus en plus dangereux sur le plan hygiénique (jambe, pied) (50).

Des manifestations cardiaques peuvent aussi être le signe d'une intoxication à la cocaïne du fait de la coexistence d'un effet vasoconstricteur et de propriétés tachycardisantes, hypertensives et agrégantes (51).



Les effets cardiovasculaires de la cocaïne (51)

E) Les signes cutanés

Les pathologies cutanées sont également très fréquentes mais de diagnostic plus facile car facilement observables.

Outre les parasitoses habituelles (poux, morpions, gale), une personne marginalisée contracte souvent la dermatose dite ‘des vagabonds’, maladie de peau se caractérisant par un derme sec, terne et pigmenté en gris (49).

De nombreuses autres pathologies sont régulièrement retrouvées et traduisent les pratiques du passé. Les vieilles injections septiques occasionnent au niveau des points d’injections :

- des ulcérations,
- des nodules,
- des abcès,
- des lymphangites.

A distance de ces sites de piqûre on peut observer la staphylococcie exfoliante, dermatose qui se caractérise par l’apparition d’éruption bulleuse en réaction à la sécrétion d’une toxine par le germe (50).

D’autres infections cutanées non infectieuses peuvent cependant survenir par suite d’une réaction générale comme une nécrose de la muqueuse nasale (voire perforation) chez les personnes s’adonnant au sniff de cocaïne, ou encore du prurit consécutivement à la prise d’héroïne (52).

F) Les maladies sexuellement transmissibles

La forte prévalence des maladies sexuellement transmissibles (H.I.V., syphilis, infections à Chlamydiae, Neisseria, Herpes, Trichomonas) trouve son explication dans les habitudes de vie des toxicomanes :

- la levée des inhibitions résultant de la consommation de certaines drogues,
- le manque fréquent d’hygiène,
- la vie en groupe,

- le recours à la prostitution que certains sont obligés de vivre pour payer leurs doses.

G) L'état nutritionnel

L'alimentation ne constitue pas une priorité pour le toxicomane. Sa seule 'denrée' vitale est la dose de drogue qu'il va absorber pour faire taire les premiers signes de manque.

L'absence de régularité des rythmes dans la journée et les propriétés anorexigènes partagées par l'ensemble des drogues vont à l'encontre d'une alimentation suffisante et équilibrée. Les états de dénutrition et de carence (déficit en protéines et vitamines) sont donc inévitables et enfoncent davantage la personne dépendante vers une morbidité de plus en plus grande (49).

3.2 – Les complications psychiatriques

Comme nous l'avons abordé dans notre première partie, les toxicomanies se développent presque toujours sur un terrain fragilisé. Il n'est donc pas étonnant d'observer des signes de complications psychiatriques chez ces usagers de drogues.

La rencontre de substances psychoactives avec des personnalités pathologiques expose ces personnes à des risques de décompensation psychopathologique. La drogue révèle alors soudainement la maladie qu'elle était censée combattre.

Conjointement à l'omniprésence de l'angoisse, de l'anxiété et des troubles du sommeil, on peut constater la présence possible d'un certain nombre de troubles ordinairement regroupés dans deux grandes familles pourtant opposées :

- les états d'abattement (syndrome déficitaire et syndrome dépressif),
- les états d'agitation (état confusionnel, accès psychotique aigu, psychose chronique).

Le syndrome déficitaire se dépeint par la coexistence d'absences plus ou moins importantes en terme :

- d'activité professionnelle ou scolaire aux répercussions graves,
- de fonctionnement intellectuel (perte de mémoire, fatigue)
- d'humeur avec un désintérêt total pour l'environnement (42).

La tristesse, l'angoisse, la dévalorisation de soi, la tendance au suicide, le ralentissement psychomoteur, l'insomnie matinale manifestent fréquemment un état dépressif chez le malade (35).

Les états confusionnels sont plus fréquents en cas de polytoxicomanie et chez les consommateurs de barbituriques. Ils se manifestent par des troubles de la vigilance et par définition d'une perte des repères spatio-temporels.

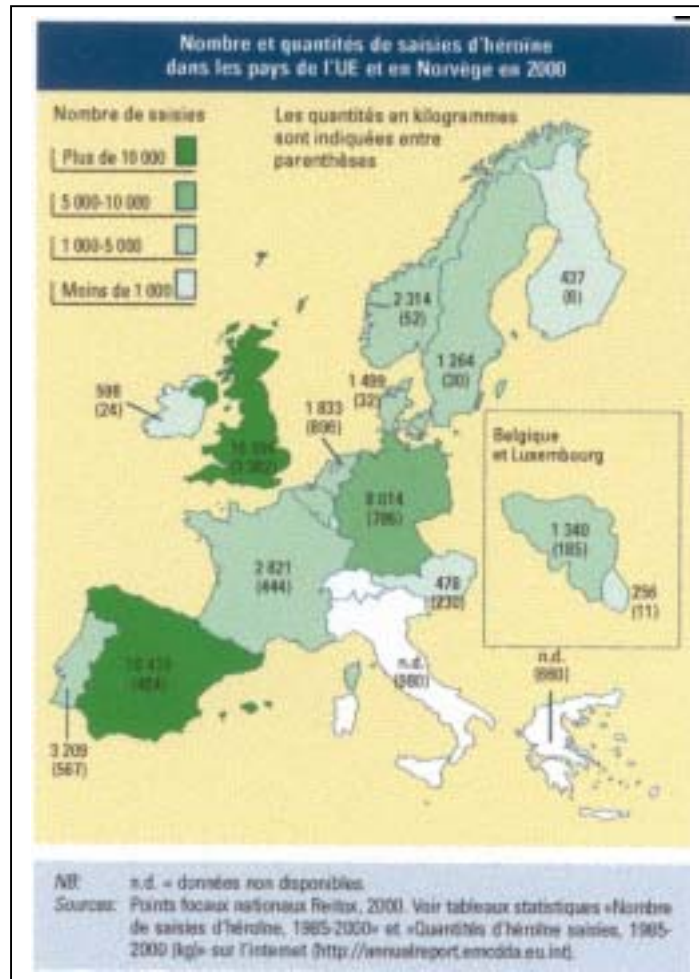
Expérimentalement obtenus par l'administration de psychodysléptiques et de psychostimulants, les accès psychotiques aigus se définissent par la présence de bouffées délirantes persécutrices, de délires paranoïdes, et d'hallucinations (42).

4. CONSOMMATION ILLICITE DE PRODUITS OPIACES

Dans sa déclaration d'ouverture du colloque organisé par la MILDT à Paris en 2000, Boyan Christophorov (53) précisait que le paysage des toxicomanes a notablement évolué au cours des années 90 et a vu les héroïnomanes vieillirent sans forcément compter de nouveaux membres.

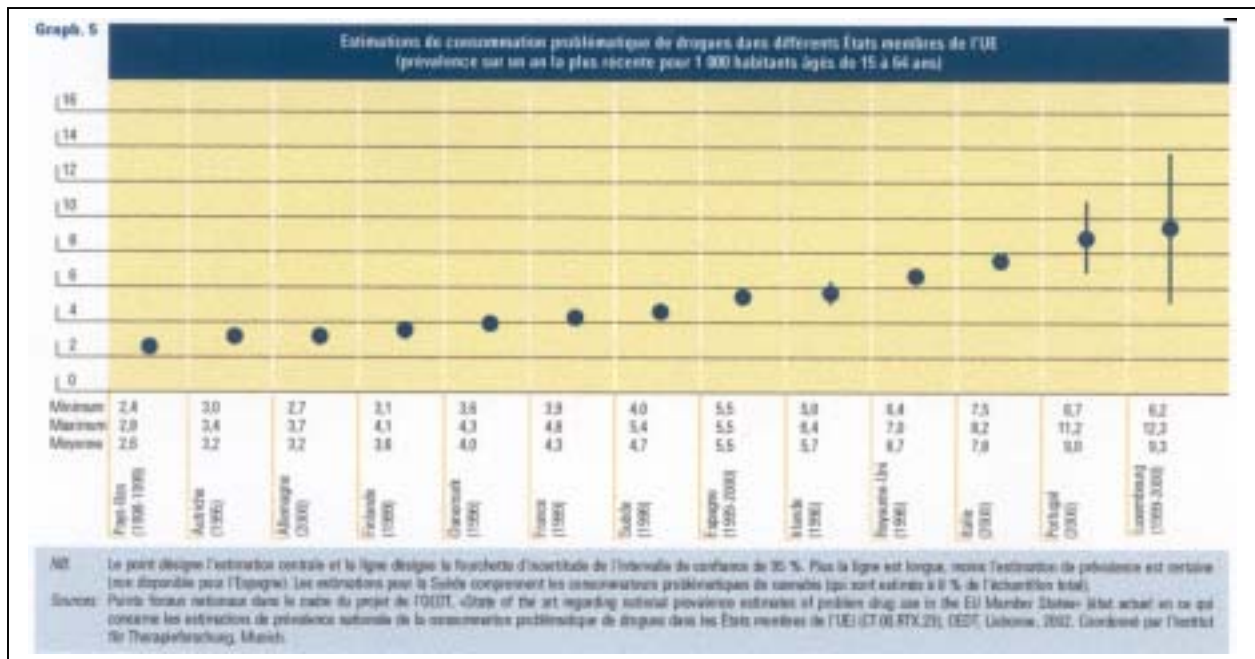
Ce discours encourageant doit cependant être modulé par la persistance d'importantes saisies de différentes formes d'opiacés par les autorités. En 2000, 9 tonnes d'héroïne ont été confisquées par l'ensemble des forces douanières et policières européennes, dont plus d'un tiers au Royaume-Uni. La provenance respecte toujours ce que nous avons exposé dans notre rappel historique sur l'opium et ses dérivés.

Même s'il est vrai que ces captures ont diminué à partir des années 80 pour se stabiliser au début des années 90, la tendance actuelle rapportée par les différents pays de la communauté européenne est à l'accroissement de la circulation d'héroïne à l'instar du Danemark, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Espagne ou encore de la Suède.

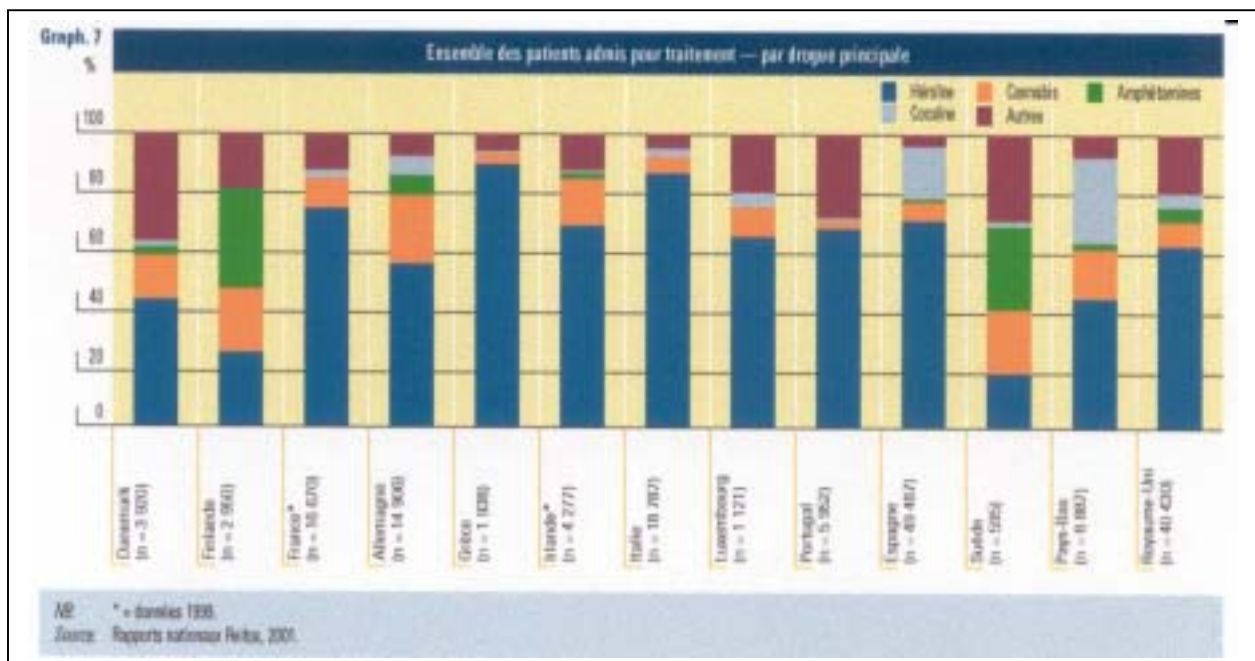


Nombre et quantités de saisies d'héroïne dans les pays de l'UE et en Norvège en 2000 (54)

De plus, même si la tendance générale est à la diminution de la consommation d'opiacés en Europe, ce sujet reste le point central de la lutte contre la toxicomanie en Europe compte tenu du pouvoir de destruction sociale qu'il représente. En effet, à l'exception des Finlandais et des Suédois, la plupart des usagers de drogues à problème sont des consommateurs d'opiacés (55) et à l'origine de la majorité des demandes de traitement.



Estimations de consommation problématique de drogues dans les différents États membres de l'UE (55).



Ensemble des patients admis pour traitement- par drogue principale (55).

4.1 – L'héroïne

Parmi toutes les possibilités de toxicomanies aux opiacés, l'héroïne est la drogue la plus répandue. Se présentant à l'état pur sous la forme d'une poudre blanche floconneuse ou

pulvérulente, elle arbore différents aspects sur le marché suivant les produits de coupage qui composent sa préparation. Mélangée à de la caféine, de la strychnine et des barbituriques, elle porte le nom de brown sugar. Beaucoup d'autres diluants sont également retrouvés par les services de pharmacotoxicologie participant au suivi de la qualité des drogues qui circulent sur le marché (sucre, aspirine, talc, plâtre, ciment) (52).

Elle est vendue emballée dans un simple papier ou dans une feuille d'aluminium (kheppa pour paquet en verlan). Son prix de vente dans la rue oscille entre 25 et 330 euros par gramme et son degré de pureté varie de 20 à 45% suivant les pays (54).

La voie intraveineuse, aux conséquences physiques malheureuses, est la principale voie d'administration de cette drogue. Le toxicomane se l'injecte après avoir dilué la préparation dans de l'eau et y avoir ajouté quelques gouttes de citron dans le but d'activer la solubilisation de la poudre en plus du chauffage.

Plus rarement l'héroïne peut également être inhalée (56). Afin d'éviter le recours à l'injection et ses risques connus de contracter le V.I.H. certains toxicomanes ont pratiqué la technique de « la chasse aux dragons ». Dans ce cas, la poudre est chauffée dans un récipient en aluminium et le toxicomane inhale les vapeurs qui s'en échappent. Cette technique a malheureusement été à l'origine d'une épidémie de leucoencéphalite spongiforme aux Pays-bas en 1982 et continue de provoquer de nombreuses pathologies invalidantes dans toute l'Europe.

Enfin, l'héroïne est dans certains cas fumée. Une hausse de ce mode de consommation a été rapportée par plusieurs pays de l'Union européenne dont la France et l'Italie. Au cours de ces dernières années, cette pratique se serait développée en parallèle de la prise d'ecstasy afin de limiter le bad-trip lors de la descente après la prise de la drogue excitante. Ce phénomène inquiète les politiques mais pour l'instant aucune enquête n'a pu délimiter son importance. Il semble que l'héroïne conserve toujours aux yeux des adolescents une image très négative (57).

4.2 – La morphine et autres analgésiques majeurs

Dans ce paragraphe, nous ne parlons que du détournement de spécialités pharmaceutiques dans un but lucratif et non des prescriptions de certains de ces produits dans un but de traitement mais hors autorisation de mise sur le marché.

La disponibilité sur le marché parallèle de spécialités pharmaceutiques à base d'analgésiques centraux tels que la morphine est vraisemblablement anecdotique.

Il est certain que leur dispensation aux malades entre dans un cadre très réglementé et ce dans l'ensemble des pays de la communauté européenne. Leurs prescriptions devant obéir à des obligations de respect de durée de prescription, d'enregistrement rigoureux des entrées et sorties au sein d'une pharmacie et parfois de lieu de dispensation (pour les médicaments appartenant à la réserve hospitalière) comme présenté dans notre tableau en page 27, le détournement est estimé quasi nul.

Cette difficulté d'accès, associée à des croyances voulant que le traitement de la douleur par de tels médicaments pouvait engendrer un comportement toxicomane, a en revanche considérablement freiné la lutte contre la douleur.

4.3 – L'opium et préparations magistrales

L'opium n'a aujourd'hui qu'un intérêt anecdotique en Europe et son utilisation se limite à quelques ressortissants de communautés asiatiques. Cette pratique se fait selon le mode traditionnel, en excluant les femmes et les enfants. On évalue à deux millions le nombre de fumeurs d'opium dans le monde entier, cette population se concentrant essentiellement en Extrême-Orient (52).

La consommation de préparations magistrales à base de dérivés opioïdes est-elle aussi devenue plus anecdotique. Subsistent quelques adeptes (parégo) de l'élixir parégorique, mais

la plupart des utilisateurs de ce genre de compositions y recourent en cas de pénurie en héroïne. Il peut également s'agir de sujets âgés dont la consommation est devenue chronique.

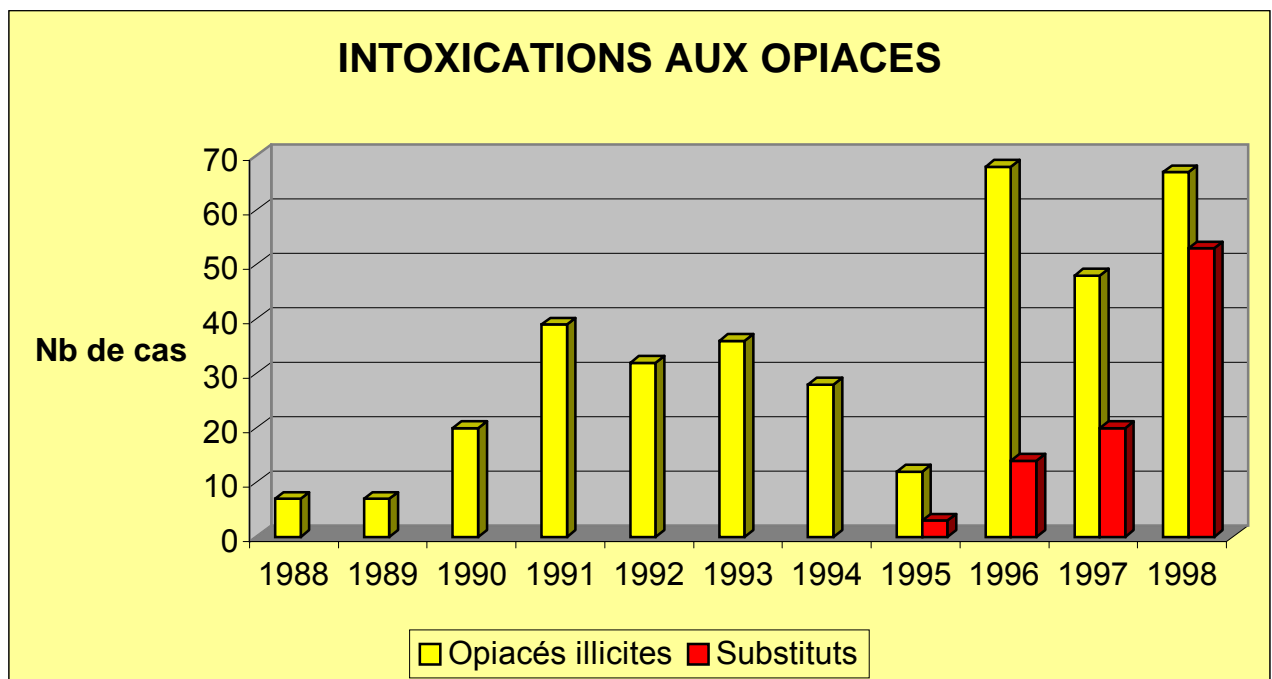
4.4 – Les substituts à l'héroïne

Les médicaments destinés à venir en aide aux personnes dépendantes aux opiacés peuvent parfois également servir de produit de shoot ou d'attente pour certains toxicomanes. A côté des traitements régulièrement suivis par le médecin prescripteur et le pharmacien, une part restant à chiffrer des conditionnements de Subutex[®] connaît une voie d'utilisation à l'opposé de sa destination première. Il est en effet possible à un toxicomane de se procurer dans la rue, et en dehors de tout suivi médical, des comprimés de buprénorphine haut dosage (BHD) auprès de revendeurs-traffiquants. Cet achat est soit motivé par une pénurie de sa drogue habituelle, soit en relais d'un traitement de substitution avorté mais dont il conserve cependant l'utilisation du produit.

Ce détournement de spécialités pharmaceutiques est cependant contraire à l'éthique médicale et pharmaceutique. Nombreux sont les professionnels et membres d'associations d'aide aux toxicomanes à demander le renforcement des contrôles de dispensations des médicaments incriminés (58).

Il est effectivement notoire que la pratique de la dispensation de BHD reste perfectible. De nombreuses ordonnances falsifiées sont aujourd'hui présentées aux pharmaciens d'officine qui n'ont pas toujours le temps ni les moyens d'information nécessaires pour douter de la véracité de la prescription. Ce nombre serait d'ailleurs en augmentation depuis l'avènement des ordonnances sécurisées, documents volés en quantité très importante. Il s'avère aussi que le prescripteur se montre parfois le maillon faible de la chaîne. Certains médecins se voient critiquer pour leur négligence vis à vis de la prescription de ces produits. D'autres enfin prescriraient ces médicaments en quantité trop importante dans la crainte, la peur de représailles de toxicomanes agressifs (59). Jean Lamarche rapporte une situation qu'il a personnellement vécue ou le médecin qu'il contactait par téléphone lui demandait de ne pas s'opposer à la vente dans la peur que le 'patient' revienne le frapper.

La conséquence de ce marché parallèle implique malheureusement une augmentation de nombre d'intoxications avec ces substances. Les accidents se multiplient chez des personnes différentes de celles à qui ces formes médicamenteuses étaient destinées. Le tableau ci-dessous permet d'en mesurer l'ampleur au sein de centre hospitalier régional universitaire de Lille (60).



Nombre de cas d'intoxications aux opiacés au sein du CHRU de Lille (60)

5.5 – Cas particuliers du Néo-codion[®] et du Temgésic[®]

Nous avons tous déjà été surpris de voir quantité de boîtes vertes joncher le sol autour des pharmacies, surtout lors des services de garde.

Le Néo-codion, dont la vertu officiellement déclarée est de calmer la toux, a toujours représenté soit une garantie de dépannage pour les toxicomanes en manque d'héroïne, soit une

voie possible d'autothérapie pour les toxicomanes désireux de se sortir de la dépendance par leurs propres moyens. Pour beaucoup, la prise de « Néo » est inscrite dans leur journée et des toxicomanes peuvent acheter jusqu'à huit boîtes quotidiennement. Les consommateurs de long terme se satisfont de six à huit comprimés par jour.

Avant même la publication de ce constat par les organismes de santé publique, les personnes dépendantes aux opiacés avaient déjà compris l'intérêt de ces formes solides, qui en l'espace de quatre à six jours, peuvent stabiliser le manque et permettre une vie quasi normale. Le tableau ci-dessous informe sur l'importance du recours au Néocodion[®] et autres formes galéniques assimilées pour les toxicomanes. Ces résultats ont été obtenus après enquête auprès de 1283 patients toxicomanes inscrits dans un programme de prise en charge entre 1990 et 1995 (61).

Médicaments	Nombre	% de patients
Néocodion [®]	173	13,5
Buprénorphine (Temgésic [®])	40	3,1
Méthadone	23	2,6
Nétux [®]	19	1,5
Dinacode [®]	13	1

Importance du recours aux spécialités à base d'opiacés (61)

En réponse à ce phénomène et ne voulant pas se faire les complices de ce détournement de médicaments, les autorités sanitaires françaises ont répondu par la diminution du nombre de comprimés par boîte (passant de 24 à 20 comprimés) et par la limitation de la délivrance hors prescription médicale à une boîte.

Adoptée au cours de l'année 1995, cette disposition n'aura non pas enrayé mais limité l'extension de cette autothérapie. Dans les grandes villes, les toxicomanes font facilement le tour des officines alors qu'ailleurs ils sont obligés de faire régulièrement plusieurs centaines de kilomètres par semaine pour se fournir.

Année	Boîtes vendues
1992	8 748 200
1993	10 000 400
1994	10 833 300
1995	11 996 800
Sept 1995 à sept 1996	11 246 300

Nombre de boîtes de Néocodion[®] vendues en France par année (62)

Deux dernières études menées respectivement durant l'été 2000 puis l'hiver 2001 témoignent cependant d'un fort recul du détournement du Néo-codion[®] même s'il reste important par rapport au volume total (74% des demandes en été et 55% en hiver correspondent à un usage déviant). Le nombre de boîtes vendues a cependant été divisé par deux entre 1995 et 2000, et il apparaît que ce médicament n'initie plus les jeunes à la toxicomanie (63).

Quelques années auparavant, le Temgésic[®] avait déjà connu le même engouement. En 1985, le docteur Reisinger de Bruxelles commençait en effet à prescrire ce nouveau médicament encore introuvable en France. Il fallut attendre 1987 pour le voir apparaître sur le marché français mais uniquement sous forme injectable. Cette présentation galénique n'aurait certainement pas connu un tel détournement si le décret connu sous le nom de son auteur, Barzach, n'était venu légaliser la vente des seringues (62).

A partir de ce moment, les usagers de drogue pouvaient s'injecter un produit propre, adapté à l'injection et qui permettait de vivre normalement. De plus, il dissuadait de prendre de l'héroïne puisque la buprénorphine empêchait plus ou moins de ressentir les effets de manque lié à cette drogue.

1990 marque l'arrivée de la forme sublinguale du Temgésic[®] sur le marché national. D'obtention plus facile car non réservés à l'usage hospitalier, ces comprimés ont rapidement été détournés de leur cadre d'utilisation et nombreux ont été les toxicomanes à se l'injecter à la façon de l'héroïne. Devant l'ampleur du détournement et les dégâts provoqués par ces injections à répétition, Bernard Kouchner pris la décision de reclasser cette spécialité

pharmaceutique et d'obliger les médecins prescripteurs à utiliser les anciens « bons à toxiques ».

Ces précautions supplémentaires eurent l'effet escompté et beaucoup de toxicomanes se retournèrent vers l'héroïne et ses galères.

5. UNE EVOLUTION VERS LA POLYTOXICOMANIE

L'Union européenne entend par polytoxicomanie le phénomène décrit par l'Organisation mondiale de la santé comme étant la consommation abusive, de façon simultanée ou séquentielle, de plusieurs drogues par une même personne.

Il s'agit pour notre continent d'un concept récent, né dans les années 1970, correspondant plus généralement à l'usage d'une drogue illicite en association plus ou moins concomitante avec une autre substance licite ou illicite. Toutefois, il existe des différences notables entre les états européens quant aux produits concernés et aux périodes de référence quand il s'agit de consommations séquentielles (57). Ces écarts incombent en grande partie aux critères retenus pour les études de suivi réalisées dans chaque pays et aussi à la perception nationale des risques associés à un produit ou à la conjugaison de plusieurs toxiques. Les périodes considérées comme définissant des consommations associées varient selon les pays de six heures à l'expérimentation au cours de la vie. De même, certains gouvernements incluent des drogues licites comme l'alcool et le tabac (cas de la France) alors que d'autres les excluent.

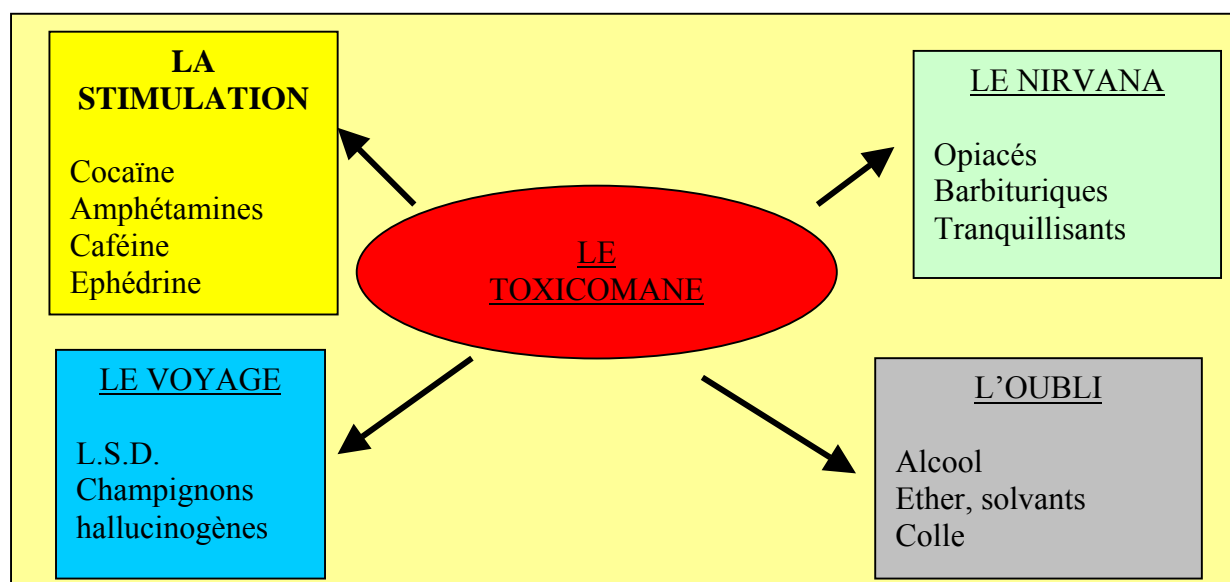
Par la suite, nous limiterons le terme de polytoxicomanie à l'usage des principales drogues illicites ainsi que de la prise détournée ou abusive de médicaments psychotropes, de manière à ne pas qualifier tous les toxicomanes de 'polytoxicomanes' ; car rares sont les personnes à n'avoir jamais abusé ni d'alcool ou de tabac.

Ainsi, le toxicomane ne se limite bien souvent plus à la consommation d'un seul produit mais va plutôt marier plusieurs substances simultanément ou dans un laps de temps rapproché. Tout le monde s'accorde pour reconnaître que ce mode de consommation trouve son intérêt parmi les quatre grandes fonctions énoncées dans le tableau en page suivante :

Principes	Exemples
Maximaliser les effets	Alcool + Ecstasy
Equilibrer les effets	
Maîtriser les effets négatifs	Ecstasy + Héroïne (fumée)
Dépannage	Héroïne + Subutex®, Néocodion®...

Les quatre raisons de la polytoxicomanie (57)

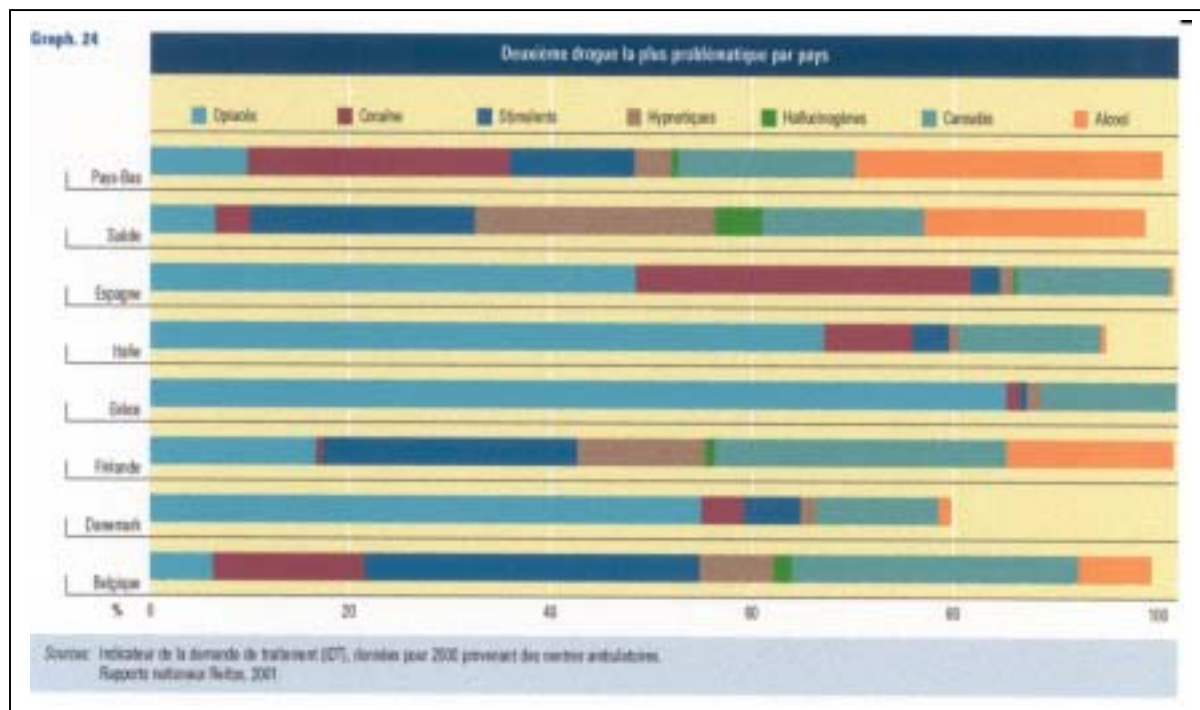
La journée classique d'un toxicomane se compose par conséquent d'une succession de périodes de fatigue, lassitude, d'angoisse, ou d'anxiété. Le matin, fatigué au réveil, le sujet ressentira le besoin de prendre une substance psychostimulante qui va agir toute la matinée. Progressivement les performances psychiques et physiques vont augmenter et entraîner angoisse et irritabilité. En conséquence, au déjeuner, le drogué cherchera à combattre cette nervosité par la prise d'une drogue aux qualités apaisantes. Les phases d'excitation et d'apathie vont ainsi se succéder tout au long de la journée au rythme des prises des différents produits. Cette dualité enferme doucement le drogué dans un monde complexe et multiplie les effets néfastes de ces substances sur sa santé psychique et physique.



Problématique de la polytoxicomanie

Nous nous proposons maintenant de passer en revue les principales substances responsables des comportements toxicomaniaques en s'appuyant sur les études menées par différentes équipes auprès de toxicomanes en demande de traitement. Le graphique ci-dessous

illustre parfaitement la prépondérance de la cocaïne, du cannabis, des stimulants, des hallucinogènes et des hypnotiques (57) parmi les drogues aux dures conséquences tant physiques, psychiques que sociales.



Deuxième drogue la plus problématique par pays (57)

5.1 - La cocaïne

La cocaïne est un alcaloïde issu des feuilles d'un arbrisseau d'Amérique latine : le cocaïer. La plante était initialement utilisée par les classes socio-économiques élevées avant de connaître un grand succès en thérapeutique jusqu'aux années 1900 après la découverte du principe actif par Niemann en 1860. A de rares exceptions près où elle entre dans la composition de quelques préparations anecdotiques en art dentaire ou en association avec la morphine dans certains élixirs analgésiques, la cocaïne n'est aujourd'hui plus proposée (35).

A l'opposé de la tendance médicale, cette substance passe pour être l'une des drogues les plus populaires tant outre-Atlantique que sur notre continent européen. Une estimation porte à huit millions le nombre de consommateurs actuels de cocaïne aux Etats-Unis (52). Une enquête des centres de sélection militaire français rapportait en 1993 une consommation

expérimentale chez 2,3 % des jeunes hommes âgés de 20 ans, dont un tiers concédaient s'y être adonnés à plus de dix reprises (51).

C'est la réalité de ces chiffres qui explique aujourd'hui la persistance de sa culture. 110 000 hectares de la Colombie sont réservés à la culture de cette plante, et au minimum 20 000 hectares en Bolivie, malgré une forte campagne d'arrachage de plants organisée par l'état en collaboration avec les Etats-Unis (12).

Elle se présente généralement sous la forme d'une poudre blanche et porte le non de neige (en raison de son aspect floconneux), d'ice ou encore de came. Comme nous l'avons vu pour l'héroïne, cette drogue est aussi très souvent diluée par les trafiquants successifs qui emploient indifféremment du talc, de l'aspirine, de la caféine, des barbituriques ou des anesthésiques locaux comme la lidocaïne qui rappelle l'amertume originelle du produit et en mime les propriétés anesthésiques (52).

L'inhalation est la principale utilisation qui est faite de cette drogue. Le toxicomane commence par préparer sa prise en la disposant de façon linéaire (ligne ou rail) sur une surface plane ayant la propriété de ne pas retenir les particules si précieuses (52). L'alcaloïde passe alors dans le sang après avoir traversé les muqueuses nasales. La méthode est peu invasive comparée à l'injection intraveineuse mais la répétition de ces inhalations aboutit cependant souvent à la nécrose de la cloison nasale par suite de la forte activité vasoconstrictrice de la cocaïne.

A côté de l'utilisation de la cocaïne se développe la consommation de crack. Il s'agit d'un dérivé moins coûteux de la pâte à coca qui se caractérise par une très grande pureté et par la possibilité d'une consommation sous forme de vapeurs. Passant encore plus rapidement dans le sang via les alvéoles pulmonaires, son action est comparée à celle d'une injection intraveineuse mais sans les risques microbiens que l'on sait propre à l'usage des seringues. Ces avantages expliquent son important essor d'abord aux Etats-Unis et maintenant en Europe.

L'activité essentielle de la cocaïne est également d'interagir avec la transmission dopaminergique en inhibant la recapture de ce neuromédiateur ainsi que de la noradrénaline. Elle inhibe aussi la recapture de la sérotonine et du tryptophane, ce qui contribue à lever plus

encore la rétention axonale de la dopamine. En réponse à cette surexcitation, le nombre de récepteurs à la dopamine a tendance à diminuer en période d'intoxication chronique et explique les manifestations dépressives enregistrées lors d'une cure de sevrage.

Puissant psychostimulant, la cocaïne exerce pourtant son action différemment suivant le contexte culturel du toxicomane. Dans tous les cas, l'action débute quinze minutes après l'inhalation et se révèle par une excitation intense, dite orgasmique, avec logorrhée, diminution des sensations de fatigue physique, hypervigilance, et potentialisation de la libido, ce qui lui vaut d'être assimilée à un aphrodisiaque. Ces sensations épuisées, l'excitation fait place à une grande lassitude intellectuelle et une phase dépressive intense. A plus forte dose, cet alcaloïde peut amener le toxicomane à un délire paranoïde avec potentialisation d'un passage à l'acte, des tremblements voire des convulsions.

Son action sur les centres respiratoires est marquée par une hypoventilation pouvant entraîner la mort. C'est le principal risque qu'encourent les body packing lorsque les sacs remplis de cocaïne qu'ils ont ingérés se rompent

L'effet gratifiant de la cocaïne est évidemment ressenti comme positif par les toxicomanes, surtout lors des premières expériences. La dépendance psychique est donc intense alors que la dépendance physique mesurée lors d'un sevrage paraît très modérée et facilement combattue par l'administration d'anxiolytiques.

L'Espagne est la principale porte d'entrée de ces produits en Europe. Ils arrivent directement des sites de production, via les Caraïbes, et la péninsule ibérique reçoit la majorité des livraisons destinées à alimenter le marché européen bien que le pays de redispach soit les Pays-bas. Les quantités saisies en Europe fluctuent depuis le début des années 80 et la tendance actuelle semble s'orienter vers une diminution du nombre des saisies et des volumes confisqués par les polices espagnoles, néerlandaises et françaises, trois pays fortement touchés par la cocaïnomanie.

Le prix de vente de la cocaïne dans la rue varie entre 45 et 170 euros le gramme pour un degré de pureté généralement compris entre 50 et 85% (54). Nous ne possédons pas d'estimation du prix du crack.

5.2 – Les drogues de synthèse : amphétamines, ecstasy et LSD

A) les amphétamines

Toutes les amphétamines actuelles ont pour ancêtre naturel, l'éphédra, plante reconnue pour sa richesse en éphédrine et en composés structurellement proches. Ces substances ont connu un grand succès lors de la seconde guerre mondiale, période pendant laquelle de nombreux pilotes les consommaient pour leurs propriétés stimulantes sur la vigilance. Dans les années soixante, elles ont davantage été utilisées pour leur propriété anorexigène (52).

Maintenant, tous les médicaments amphétaminiques utilisés par les toxicomanes ont été retirés du marché comme par exemple la fenoxolone (Ordinator®), ou ont vu leur cadre de prescription restreint, à l'instar du chlobenzorex (Dinintel®) dont la prescription est réservée à certains services hospitaliers (32). Nous nous limiterons donc dans ce travail aux produits illégaux.

Dans les pays nordiques, les amphétamines arrivent au second rang des drogues les plus couramment saisies, le record revenant au Royaume-Uni (54). Le recours à ces substances ne s'est donc pas éteint avec le durcissement des conditions d'obtention mais a perduré après leur grande en vogue en tant que stimulants intellectuels, physiques et anorexigènes.

Ces drogues se présentent sous la forme de petits cristaux blancs translucides, ce qui leur vaut d'être vendues sous le nom commun d'ice. Une autre appellation possible, 'speed', est aussi très évocatrice sur ses possibilités.

Ces préparations sont généralement ingérées (cachets) mais les présentations sous forme de poudre peuvent aussi être inhalées (64).

En tant que sympathomimétiques indirects, les dérivés amphétaminiques obéissent aux mêmes interactions avec la dopamine puisqu'ils facilitent la libération de dopamine et de

norépinéphrine par les terminaisons nerveuses présynaptiques et complètent leur effet global en inhibant l'action de la mono-amine-oxydase.

Après ingestion, inhalation ou encore injection par voie intraveineuse, le toxicomane ressent une excitation intense qui peut se voir exacerbée par la prise concomitante d'autres drogues apparentées (ecstasy, médicaments psychotropes..) ou d'alcool. Cette phase pouvant régulièrement atteindre le délire, surtout en cas d'injection, il n'est pas rare de constater un comportement agressif chez le consommateur avec de nombreux cas de passage à l'acte et d'automutilation (35). Stimulant intellectuel et physique, les amphétamines donnent l'impression de supprimer la fatigue et l'illusion d'être invincible.

Après plusieurs heures d'excitation, la descente peut être mal vécue avec d'éventuelles crises de tétanie, crispation des mâchoires, ou crise d'angoisse. L'effet le plus néfaste est pourtant le risque de dépression consécutif à la prise de ces préparations et ressentis au terme de l'action de ces drogues. Mal accepté par le toxicomane, cet état dépressif est un moteur pour la prise d'une nouvelle dose afin de faire taire ce sentiment contraire mais ceci précipite les dépendances psychique et physique. Cependant, à la recherche de sommeil, le consommateur chronique d'amphétamines est également un consommateur d'hypnotique. La coexistence de phases d'excitation et de relaxation est classique chez un consommateur habitué et préjudiciable pour l'avenir de la personne. Ces substances peuvent provoquer la décompensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente et induire des troubles de l'humeur chroniques poussant souvent le sujet au suicide (52).

Les Pays-Bas constituent le principal site de production de ces dérivés en Europe, au même titre que pour les autres drogues de synthèse. En effet, à la différence de la cocaïne qui est importée, la majeure partie de ces composés sont produits à l'intérieur même de nos frontières européennes puisque cette production a également été mise à jour au Royaume-Uni, en Belgique, en République Tchèque et en Estonie.

Après une baisse significative dans les années 90, le prix de vente des amphétamines est actuellement stable dans toute l'Europe et est compris entre 5 et 35 euros le gramme. Le degré de pureté des amphétaminiques est très variable, généralement compris entre 10 et 15%, il atteint ses extrêmes en Irlande avec 3% et en Finlande avec 46%.

B) L'ecstasy

L'ecstasy est le représentant le plus médiatique d'un groupe de composés, généralement synthétiques, aux propriétés proches des amphétamines. Il existe néanmoins des éléments naturels principalement issus du règne végétal. Ainsi, la myristicine de la noix de muscade était-elle utilisée par les prisonniers américains en manque de substances hallucinogènes.

En effet, à côté de son action pareille aux amphétaminiques, la méthylène-dioxy-metamphétamines (MDMA) se double de propriétés hallucinogènes à doses moyennes ou fortes résultant de son interaction avec la médiation sérotoninergique (52).

Venants d'outre-Atlantique, ces dérivés ont rapidement envahi toute l'Europe au milieu des années 80. La « pilule de l'amour » s'est fait largement connaître en France en 1984 après la parution d'un article présentant le produit comme un aphrodisiaque miraculeux. Depuis cette date, l'ensemble des pays membres de la communauté européenne a enregistré une hausse du nombre de saisies de ces composés pour connaître leur maximum dix ans plus tard. Les chiffres actuels sont repartis à la hausse et seuls le Danemark, le Luxembourg et le Portugal semblent moins touchés. L'apparition massive de l'ecstasy est notamment associée à l'émergence du mouvement musical techno et à l'organisation de rave-parties (64).

Qu'il s'agisse de l'ecstasy (méthylène-dioxy-3,4-metamphétamine) ou de ses homologues, ils se présentent sous la forme de comprimés ou de gélules comprenant chacun entre 50 et 150 mg de principe actif, et marqués d'un symbole d'identification.

Un signe distinctif par rapport aux autres drogues vues jusqu'à maintenant est l'impressionnante énergie dépensée par les fabricants pour trouver de nouvelles molécules. Les drug-designer mettent continuellement sur le marché de nouvelles substances qui ont l'avantage de ne pas être référencée et donc exempte de toute réglementation. Cette particularité explique la vague d'implantation de laboratoires clandestins de production sur le sol européen. 17 ont été recensés au Royaume-Uni, 100 aux Pays-Bas, 15 en Belgique et 25 en Allemagne. La production est telle que l'Europe exporte même ces substances toxiques.

Ainsi le trafic vers l'Asie augmente fortement et, à titre d'exemple, 320 millions de pilules ont été saisies à Hong Kong (65).

Du fait de la présentation sous forme compacte, ces composés sont généralement ingérés ; seuls quelques polytoxicomanes se l'injectent.

Les effets se font ressentir une heure après la prise et débutent par une légère anxiété doublée d'une augmentation de la pression artérielle et d'une augmentation du rythme cardiaque. Dans le même temps la peau devient moite et naît une sensation de sécheresse buccale (64). Suivant une légère euphorie ainsi qu'une sensation de bien-être et de plaisir. Le toxicomane recherche également par la prise de ces comprimés l'intensification des perceptions sensorielles et une levée des inhibitions sociales (à l'origine sans aucun doute de sa réputation d'aphrodisiaque).

Le principal risque associé à cette consommation, la plupart du temps récréative, est la déshydratation de l'organisme. La consommation ayant souvent lieu en discothèque, le phénomène peut se voir amplifier et à l'origine d'un « coup de chaleur » lorsque la température des lieux est élevée et les sources d'eau potable insuffisantes. Certains jeunes surnomment même la danse sous l'emprise d'ecstasy la « danse de la mort ». Dans ce contexte, le tableau clinique associe un état de choc avec hyperthermie fulminante (jusqu'à 43°C), des convulsions, un œdème cérébral, une arythmie cardiaque, une hypotension artérielle, une rhabdomyolyse, une coagulation intravasculaire disséminée, et une insuffisance rénale aiguë. Plusieurs accidents mortels ont été relatés par des médecins-urgentistes et la connaissance de ces facteurs de risques est désormais partagée par tous. Même les dealers recommandent à leurs clients de porter des vêtements légers, de boire abondamment et surtout d'arrêter de danser au premier signe de fatigue (66).

A l'identique des amphétaminiques, la période de descente est souvent mal vécue et semble devenir le motif d'une nouvelle polytoxicomanie avec le recours à l'héroïne pour diminuer l'impression de mal-être.

A côté du risque vital instantané, la consommation régulière et fréquente d'ecstasy amaigrit et affaiblit certains consommateurs ; leur humeur devient instable et elle est parfois à l'origine de comportements agressifs (64).

Le prix du comprimé d'ecstasy varie en Europe de 5 à 15 euros l'unité, ce qui le rend financièrement abordable pour la majorité des personnes, jeunes y compris. La pureté est par contre beaucoup plus variable suivant les pays, allant de 30% en Grèce jusqu'à 100% en Finlande. Le coupage reste cependant une constante, que se soit à l'aide de composés structurellement proches ou par mélange avec d'autres substances psychoactives (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, PMM, PMMA) sortis tout droit de l'esprit de drug-designers (54).

C) Le LSD

La diéthylamide ou acide lysergique (LSD) a été synthétisé pour la première fois par le chimiste Hoffmann à partir d'un alcaloïde extrait de l'ergot, petit champignon parasitant le seigle. Il s'apparente chimiquement à des médicaments très prescrits tels que la dihydroergotamine (Diergo-Spray®, Séglor®) (52).

Les saisies de LSD sont certes moins fréquentes que celles enregistrées pour les autres drogues de synthèse mais sa présence reste une réalité. Le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande rapportent une augmentation de son trafic (54).

L'avantage du LSD réside dans sa présentation. Liquide incolore, il est facile de le dissimuler sur n'importe quel support. On le retrouve ainsi souvent commercialisé imbibé soit sur un petit carré de papier buvard soit sur un petit objet ressemblant à une mine de crayon (microbille).

Sa voie d'administration habituelle est la voie orale mais d'autres présentations plus rares, liquides ou sous forme de petits cristaux, permettent le recours à l'inhalation et à l'injection (52).

L'acide est un hallucinogène puissant censé induire un état de dépersonnalisation et d'intemporalité très influencé par l'histoire personnelle du consommateur. A l'euphorie

induite lors de la première heure, suivent les hallucinations pendant plusieurs heures. Le sujet vivrait une distorsion des images, des illusions visuelles, des acouphènes, une impression de distorsion du temps, une modification des perceptions tactiles. La descente est lente et le sujet semble rester dans un état d'hébétude. Le risque majeur de ce toxique est la potentialisation d'induction d'une maladie psychiatrique. Par ailleurs, des effets de flash-back ont été attribués à cette drogue. Il arriverait que le toxicomane puisse revivre par la suite le même phénomène de transport intellectuel en l'absence de toute prise de toxique et de façon inopinée (52).

5.3 - Le cannabis

Le cannabis est certainement la drogue la plus répandue au monde. Son seul commerce représente à lui seul 60 % du chiffre d'affaires mondial des stupéfiants selon l'Observatoire français des drogues (en 2000) (12).

Deux variétés végétales composent l'espèce du cannabis : le chanvre dit 'textile' et le chanvre 'indien'. Le premier est très répandu et sa culture est possible sous nos latitudes. Il a été longtemps recherché pour la résistance de ses fibres qui permettaient entre autres la fabrication de cordage pour navire.

Le second, cannabis indien, s'est montré par contre beaucoup plus intéressant sur le plan chimique pour sa richesse en cannabinoïdes, et en particulier en tétrahydrocannabinol (THC). Il s'agit d'une plante connue depuis l'Antiquité et prisée pour ses propriétés thérapeutiques. Elle fut d'ailleurs utilisée jusqu'au début du siècle dernier et longtemps inscrite à la Pharmacopée française.

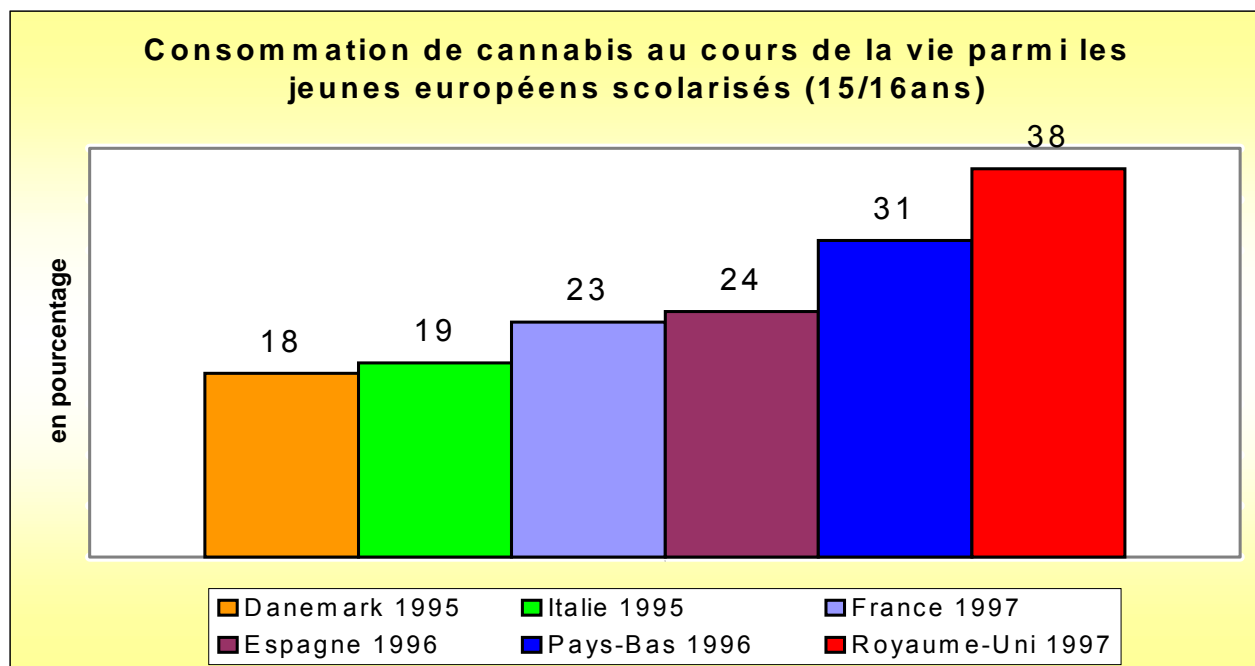
Le statut légal du cannabis est aujourd'hui sujet à discussion au niveau européen. Certains pays ont fait le choix de dépénaliser son emploi sous certaines conditions alors que d'autres maintiennent un cadre réglementaire rigide vis à vis de sa consommation.

La volonté de combattre son trafic est cependant partagée par tous les états membres, ce qui n'empêche pourtant pas la croissance de sa production et de son arrivée sur notre sol.

Malgré les importants dispositifs de lutte contre ce marché illégal, les quantités saisies ne cessent d'augmenter. A l'exception du Portugal où les prises d'héroïne sont prédominantes, la majorité des saisies concernent le cannabis. Depuis 1996, l'Espagne est le pays ayant enregistré les plus grosses captures de cette drogue (54). Cette prépondérance s'explique une fois de plus par l'itinéraire suivi par cette drogue. La résine de cannabis provient en effet essentiellement du Maroc et transite donc par l'Espagne ou le Portugal pour entrer sur le marché européen. L'herbe de cannabis semble par contre partager son pays d'origine avec l'héroïne puisque principalement produite en Afghanistan et au Pakistan.

En plus de la quantité importante de cannabis qui entre sur le sol européen en étant débarqué depuis des vedettes rapides sur les plages de la péninsule ibérique, il faut ajouter la naissance d'une nouvelle forme de production : le nederweït. Ceci correspond à la culture du cannabis sous des climats européens, assistée par des moyens modernes assurant une température et un taux d'humidité adéquates (54).

Au final, la diffusion de ces produits est impressionnante et il suffit de consulter les résultats des enquêtes menées. Ainsi, Un Français sur trois concède y avoir touché au moins une fois.



Consommation de cannabis au cours de la vie parmi les jeunes européens scolarisés (15/16 ans).(67)

Même si ces résultats se rapportent uniquement à des jeunes scolarisés, Marie Choquet a montré que les variables sociodémographiques, familiales, la catégorie socioprofessionnelle des parents ainsi que l'habitat du jeune (urbain ou rural) jouent peu de rôle dans cette consommation (32).

Drogue particulièrement utilisée chez les jeunes, 40 % des 17-19 ans disent en avoir consommé au moins une fois, elle peut revêtir plusieurs aspects distincts suivant son origine.

L'herbe ou « marijuana » est obtenue à la suite des opérations de séchage et de pulvérisation des feuilles, tiges et graines de la plante. La concentration en THC est alors comprise entre 1 et 5 %.

Le « shit », ou encore « haschisch » est le résultat des mêmes opérations appliquées aux extrémités végétales qui sont ensuite comprimées. Présenté en gros sous forme de 'semelle' en raison de son apparence, le haschich se vend au détail sous forme d'une barrette allongée et enveloppée dans du papier d'aluminium à fin de conserver l'humidité du produit (55). La teneur en THC est dans ce cas comprise entre 5 et 15 %. De couleur verdâtre à brun, ces préparations peuvent être coupées avec du henné à l'apparence proche. Pour leur emploi, elles sont chauffées puis déchiquetées pour pouvoir être mélangées à du tabac.

De façon beaucoup plus exceptionnelle, le cannabis peut aussi se présenter sous la forme d'une huile, dite huile de cannabis, obtenue par la décoction des feuilles. Les Antilles et l'Inde commercialisent cet extrait de couleur brunâtre dans des pailles dont la richesse peut atteindre 60 % de THC.

Quelle que soit la forme de présentation du cannabis utilisée par le toxicomane, le mode de consommation est identique. Toutes ces préparations (herbe, haschich, huile) sont en effet mélangées à du tabac et fumées sous forme d'une cigarette artisanale. Le 'joint' ou 'pétard' est généralement composé de trois feuilles de papier à cigarette, de forme évasée et souvent terminée par un filtre artisanal.

Le cannabis n'est pas consommé en Europe par ingestion mais ce type d'usage est classique dans les pays du Maghreb.

Au même titre que les autres drogues vues précédemment, le cannabis interagit avec un grand nombre de neuromédiateurs en stimulant la transmission des catécholamines, en augmentant la concentration synaptique en sérotonine. Les vertus anxiolytiques et anticonvulsivantes résulteraient d'une interférence avec les récepteurs GABA-ergiques (52).

Les usagers consomment généralement le cannabis pour le plaisir et la détente. Ils recherchent surtout une sensation ébrieuse, de désinhibition avec modification des perceptions. Les effets de ce produit sont pourtant variables suivant la personnalité du consommateur et le contexte d'utilisation (35). Les expérimentateurs rapportent régulièrement une légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement et d'une envie spontanée de rire. Les perceptions visuelles, tactiles et auditives sont modifiées (67). Sur le plan physique, il existe une sécheresse buccale, une tachycardie et une stimulation de l'appétit.

A l'inverse, il est parfois possible que le consommateur ressente des effets opposés comme une anxiété, des céphalées, des nausées.

Les conséquences psychiques et physiques de cette substance apparaissant peu importantes et beaucoup militent pour sa dépénalisation. Même si ce fait se révèle exact, il ne faut pas sous-estimer pour autant la majoration du risque d'accident. La sensation ébrieuse vécue rend le consommateur inapte à la conduite automobile ainsi que de toute activité à risque.

De plus, si la dose est forte (supérieure à 30 mg de THC) ou la personne psychologiquement fragile, des bouffées délirantes peuvent apparaître. Le toxicomane peut ainsi être sujet à une crise de panique, une anxiété aiguë voire un délire dans le cas de la décompensation d'une maladie psychiatrique sous-jacente.

5.4 - Les spécialités psychotropes

Si la consommation initiale de bon nombre de médicaments est soumise à la prescription d'une ordonnance, la poursuite du traitement peut échapper au contrôle du médecin et devenir une automédication. L'abus de médicament fait d'ailleurs l'objet d'une définition proposée par l'organisation mondiale de la santé :

« Usage excessif, persistant ou sporadique, incompatible ou sans rapport avec un emploi médical acceptable »(52).

La toxicomanie aux médicaments repose d'une part sur les propriétés pharmacologiques intrinsèques du produit et d'autre part sur la personnalité du patient.

La prescription de posologies exagérées, la possibilité de recours à d'autres voies d'administration que celle(s) initialement prévue(s) ou encore la synergie de certaines associations sont autant de connaissances insuffisamment partagées entre les médecins et les pharmaciens et qui explique la possibilité pour les toxicomanes de se voir prescrire des mélanges détonants.

Le profil psychologique de la personne traitée se révèle également un motif important dans un grand nombre d'abus, et rappelle une fois de plus le quadrige de la dépendance vu au cours de ce chapitre. Il est fréquemment retrouvé des traits psychopathologiques particuliers amenant tel patient à abuser de telle famille pharmacologique (68).

Les mésusages se rencontrent dans deux situations aux commencements bien distincts. Le médicament a pu être pris initialement dans un but thérapeutique, et dans ce cas la toxicomanie s'installe de façon insidieuse, à la faveur d'un trouble psychopathologique sous-jacent. Sinon, il s'agit le plus souvent d'un détournement de médicaments dans une optique dès l'origine purement toxicomaniaque où les doses, les associations et les modes d'administration sont très éloignés du schéma de prise attendu (69).

Quelle que soit la raison de leur initiation, les toxicomanies aux médicaments reposent essentiellement sur deux familles chimiques distinctes et une classe thérapeutique ayant toutes un potentiel toxicomanogène connu depuis plus ou moins longtemps (61) :

- les barbituriques,
- les benzodiazépines,
- les antidépresseurs.

Beaucoup de toxicomanes ont utilisé les barbituriques (appelés barbitos) par voie orale en association avec l'alcool. Tranquillisants à posologie normale, l'ivresse recherchée n'est atteinte qu'avec des doses très supérieures aux posologies communément admises. Ils étaient recherchés pour leur effet paradoxal de stimulation et de détente euphorique. A terme, la répétition de ces prises entraîne des perturbations hépatiques et neurologiques avec une désorganisation mentale, des troubles mnésiques (68). Les dépendances physiques et psychiques sont indéniables et posent le problème du sevrage qui, si trop brutal, induit les troubles de l'effet miroir : insomnie, anxiété, tremblements, douleurs, et plus tard délires, convulsions voire décès.

En réponse à ce mésusage, la France, comme de nombreux pays, applique la politique du retrait des spécialités à base de barbituriques dans le cadre de la lutte de la polytoxicomanie. Aujourd'hui la plupart des molécules ne sont plus disponibles sur le marché. Seul le Gardénal[®] subsiste (52).

L'autre famille chimique impliquée dans le détournement de médicaments à des fins toxicomaniaques est celle des benzodiazépines. Leur chef de file est le flunitrazépam, molécule commercialisée sous le nom de Rohypnol[®] (70).

Cette seconde classe thérapeutique soulage quotidiennement des millions de personnes mais la prescription ne doit pas en être banalisée. Il a été démontré que la fréquence d'utilisation de benzodiazépines augmente significativement dans l'entourage d'une personne déjà traitée par ce type de médicament (68). Chez les adolescents, leur délivrance ne doit pas se faire trop rapidement mais seulement après mures réflexions, et elle est à proscrire chez des sujets déjà connus comme dépendants d'une drogue. En effet cette dernière population recourt fréquemment à ces produits pour calmer un état de manque et finit par consommer ces

médicaments en dehors de toute prescription puisque achetant les comprimés au marché noir. Le laboratoire pharmaceutique qui produit le chef de file donne d'ailleurs son nom au tableau clinique présenté lors d'une prise excessive de flunitrazépam, molécule très amnésiante à l'origine de nombreux dérapages. Ci-dessous les deux extraits d'entretiens menés avec d'anciens toxicomanes désormais inscrits dans un programme de substitution témoignent de l'agressivité du Rohypnol® (70):

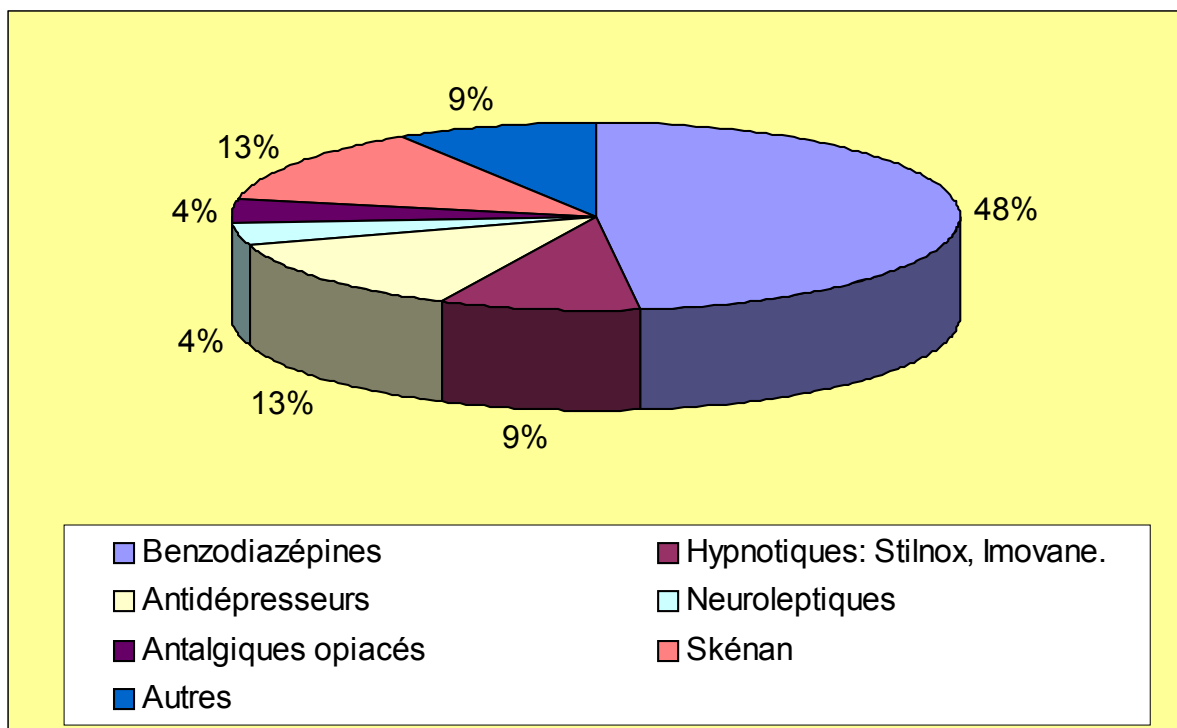
« Etre en roche »

« Sous l'effet du Roche, on n'est pas soi-même, on perd le contrôle de son corps, et on se laisse aller, pas nécessairement sous l'influence des autres, mais sous l'influence du médicament. C'est le médicament qui dit : 'tu vas là, tu rentres'. En Roche, t'as pas peur. C'est ça, quand tu prends un Roche, tu crois que t'es invincible, même que tu tombes, tu te relèves, t'as pas mal, c'est ça quoi. T'as pas mal, t'as pas peur. Et puis tu te retrouves en prison et tu pleures. C'est ça le Roche. »

« J'ai même fait des agressions à main armée. Au moment où on le fait, on est un peu conscient. J'aurais pas été en Roche, je ne l'aurais pas fait. En Roche, tu n'as plus d'inquiétude, tu fonces et tu tapes. Le lendemain on ne se rappelle de rien. Avec les jours qui passent, par fois il y a des morceaux qui reviennent. »

Les antidépresseurs se montrent également capables d'engendrer, de participer ou d'entretenir un comportement toxicomaniaque. Des cas de dépendances ont été rapportés chez des patients traités par de l'amineptine (Survector®) (44) dont l'emploi dans des cocktails est aussi connu. Leur abus est toujours source d'effets indésirables comme une diminution de la vigilance, une somnolence ou au contraire une excitation continue.

Une étude menée pendant deux mois auprès d'un réseau de 49 pharmaciens sentinelles de la Loire Atlantique a permis de mesurer l'importance du détournement de certaines classes thérapeutiques non seulement en quantité mais aussi en qualité. 118 ordonnances falsifiées ont été présentées et le camembert ci-dessous résume les résultats obtenus (71).



Médicaments retrouvés dans les 118 prescriptions falsifiées (71)

De plus, à côté des détournements de médicaments soumis à prescription, il convient de tenir compte des médicaments non listés et pouvant par conséquent être obtenus sans ordonnance. En 1999, leur chiffre d'affaires a représenté 30% du marché global du médicament en France, soit 6,1 milliards d'euros (63).

TROISIEME PARTIE

LA FRANCE

&

SES PARTENAIRES EUROPEENS

ENGAGENT LA LUTTE CONTRE

LA TOXICOMANIE

LA FRANCE

&

SES PARTENAIRES EUROPEENS

ENGAGENT LA LUTTE CONTRE

LA TOXICOMANIE

<u>1. LA MATURATION D'UNE VOLONTE POLITIQUE</u>	116
<u>1.1 – L'O.N.U. et la drogue</u>	116
<u>A) La convention unique de 1961</u>	117
<u>B) La convention de 1971</u>	118
<u>C) La convention de 1988</u>	118
<u>D) Un appareil institutionnel éprouvé</u>	119
<u>1.2 – Une volonté relayée par le Conseil de l'Europe</u>	121
<u>A) Création d'un comité européen de lutte antidrogues</u>	121
<u>B) Un observatoire européen pour la collecte d'informations</u>	122
<u>C) La France et son réseau de proximité</u>	123
<u>1.3 – Une tendance à la transversalité</u>	126
<u>1.4 - Disparités légales d'hier et d'aujourd'hui</u>	129
<u>A) La position française</u>	130
<u>B) La législation dans les autres pays d'Europe (187)</u>	134
<u>C) Législations sur le cannabis en Europe</u>	136
<u>2. LA STRATEGIE ANTIDROGUE DE L'EUROPE</u>	139

<u>2.1 – L’avancée du traité d’Amsterdam</u>	139
<u>2.2. – Un programme quinquennal ambitieux</u>	140
<u>2.3 – Diminuer la prévalence de la consommation de drogue illicites et le recrutement de nouveaux consommateurs</u>	142
<u>A) Sensibilisation au niveau des écoles</u>	142
<u>B) Prévention au sein des activités sportives</u>	143
<u>C) Des campagnes de prévention non ciblées</u>	144
<u>D) Forums d’information et d’échange pour jeunes et adultes</u>	146
<u>E) Des points d’écoute et d’aide à l’insertion</u>	148
<u>F) Prévention dans les lieux festifs et testing</u>	149
<u>2.4. – Diminuer la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé et le nombre de décès liés à la drogue</u>	154
<u>A) Un travail de proximité ciblé</u>	154
<u>B) Formation des toxicomanes aux premiers gestes de secours</u>	155
<u>C) Des programmes de vaccination contre l’hépatite B</u>	155
<u>D) Faciliter l’accès à du matériel d’injection stérile</u>	156
<u>2.5. – Augmenter le nombre de traitements</u>	160
<u>A) Des programmes et des médicaments différents</u>	160
<u>B) La méthadone</u>	161
<u>Propriétés thérapeutiques</u>	162
<u>Indication thérapeutique</u>	162
<u>Pharmacodynamie</u>	163
<u>Effets secondaires</u>	163
<u>Précautions d’emploi</u>	165
<u>Les signes d’intoxication</u>	167
<u>C) La buprénorphine haut dosage</u>	167

<u>Propriétés thérapeutiques</u>	168
<u>Indication thérapeutique</u>	168
<u>Effets secondaires</u>	168
<u>Pharmacocinétique</u>	169
<u>Précautions d'emploi</u>	170
<u>Cas d'intoxication</u>	170
<u>D) Cadre d'utilisation de ces deux médicaments en France</u>	170
<u>Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou CSST</u>	171
<u>Cas particulier de l'injonction thérapeutique</u>	181
<u>la médecine de ville et les réseaux</u>	185
<u>E) Leur utilisations dans les autres pays d'Europe</u>	188
<u>Danemark</u>	189
<u>Finlande</u>	189
<u>Grèce</u>	189
<u>Portugal</u>	189
<u>Espagne</u>	190
<u>Suède</u>	190
<u>Autriche</u>	190
<u>Allemagne</u>	191
<u>Luxembourg</u>	191
<u>F) Des initiatives nationales en devenir ?</u>	191
<u>Des centres d'injection médicalement assistés</u>	191
<u>Des prescription d'héroïne</u>	192

1. LA MATURATION D'UNE VOLONTE POLITIQUE

1.1 – L'O.N.U. et la drogue

La mission de L'Organisation de Nations Unies est d'assurer la paix et la sécurité dans le monde. Née de la signature de la charte de San Francisco le 26 juin 1945 par Churchill, Staline et Roosevelt, cette organisation prend le relais de La Société des Nations qui n'a pas survécu à la seconde guerre mondiale. Elle se veut un lieu de discussion et de décision incontournable, fondé sur des principes démocratiques, malgré un ordre mondial convalescent.

Très tôt, à l'instar de son prédécesseur, cette nouvelle organisation a compris que la paix et la sécurité mondiale passaient entre autres par la fixation d'un nouveau droit international sur la drogue et par la mise en place progressive d'un dispositif institutionnel et de moyens concrets de lutte contre la toxicomanie (72).

Sur le plan juridique, l'O.N.U. s'appuie sur trois conventions :

- la convention de 1961, souvent appelée convention unique,
- la convention de 1971,
- la convention de 1978.

L'un après l'autre, ces accords ont fixé les tolérances et les interdits internationaux concernant les drogues en commençant par les stupéfiants pour ensuite englober toutes les substances douées de pouvoir toxicomanogène. Chaque Etat membre de l'O.N.U. décline ensuite les décisions retenues dans son code pénal national, en conservant néanmoins la possibilité d'y apporter certains aménagements.

Tous les pays signataires ont cependant validé comme infraction au marché licite des stupéfiants le fait de se livrer à :

- la culture,
- la fabrication,
- la commercialisation,
- la distribution,
- la détention,

de substances stupéfiantes et psychotropes en dehors des utilisations à des fins médicales. On peut cependant noter qu'il n'est pas fait mention de la consommation.

A) La convention unique de 1961

Cette première convention s'est essentiellement intéressée à la classification des substances stupéfiantes dans un tableau selon une échelle de dangerosité et aux dispositifs que les Etats devaient organiser afin de réduire les risques de détournement.

La hiérarchisation des substances comprend trois niveaux. Le premier regroupe les produits dont le risque d'abus est limité comme la codéine ou le dextropropoxyphène dont le contrôle international est peu exigeant. Une seconde catégorie comprend les préparations contenant un stupéfiant dont le risque d'abus est limité. La dernière classe centralise toutes les substances au pouvoir toxicomanogène fort comme l'héroïne. Suivant ces distinctions, la France publie régulièrement la liste des substances assimilées à des stupéfiants dans un arrêté ministériel (voir annexe II).

En marge du suivi administratif, l'O.N.U. réclame de ses membres la mise en place d'une administration en charge de faire appliquer les clauses de la convention et la rédaction d'un rapport annuel sur l'avancement des travaux dans le but de renseigner le secrétariat général de l'organisation internationale.

B) La convention de 1971

Cette seconde convention traitant des substances psychotropes s'inspire certes de la convention unique mais laisse également apercevoir la naissance d'une réorientation de la politique globale de lutte contre la drogue. Les peines encourues en cas de pratiques illicites sur les substances listées ne sont plus systématiquement répressives. L'O.N.U. comprend désormais les impératifs médicaux et sociaux de ce combat et propose, en remplacement des sanctions pénales, un traitement et un accompagnement global aux personnes dépendantes (72).

Les psychotropes sont subdivisés en quatre catégories selon la balance de leurs effets néfastes pour la santé publique et des bénéfices médicaux procurés aux malades :

- produits posant des risques graves pour la santé publique et sans vertu thérapeutique (comme le LSD...),
- substances relativement dangereuses mais aux propriétés thérapeutiques moyennes (amphétamines..),
- produits aux risques sérieux mais à forte valeur thérapeutique (barbituriques..),
- substances aux risques comme à l'intérêt médical faibles (tranquillisants..).

C) La convention de 1988

Cette troisième convention a eu pour objectif la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes. Le texte arrêté réclame la coopération des forces de police de tous les Etats , une entraide judiciaire et critique ouvertement le secret bancaire, arcane propice au blanchiment de l'argent par les trafiquants (73).

D) Un appareil institutionnel éprouvé

Pour que ces conventions ne restent pas de simples désirs intellectuels mais qu'elles s'appliquent concrètement dans les Etats qui auront ratifié tout ou partie de ces textes, l'O.N.U. s'est dotée d'un véritable appareil institutionnel comptant :

- la commission des stupéfiants,
- l'organe international de contrôle des stupéfiants (O.I.C.S.),
- un fond des nations unies pour la lutte contre la drogue (F.N.U.L.A.D.),

La commission des stupéfiants a pour mission de se charger de la mise à jour des listes des produits stupéfiants suivant le texte de la convention unique.

L'O.I.C.S. est chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues. Ses taches, fixées par les traités de 1961 et 1968, sont essentiellement de deux ordres. Il veille d'une part à ce que des quantités suffisantes soient disponibles pour les applications médicales et scientifiques en contrôlant la fabrication, le commerce et la vente licite des drogues. D'autre part il apporte son expérience sur la mise en place de remparts efficaces contre la fabrication et le trafic illicites de drogues (48).

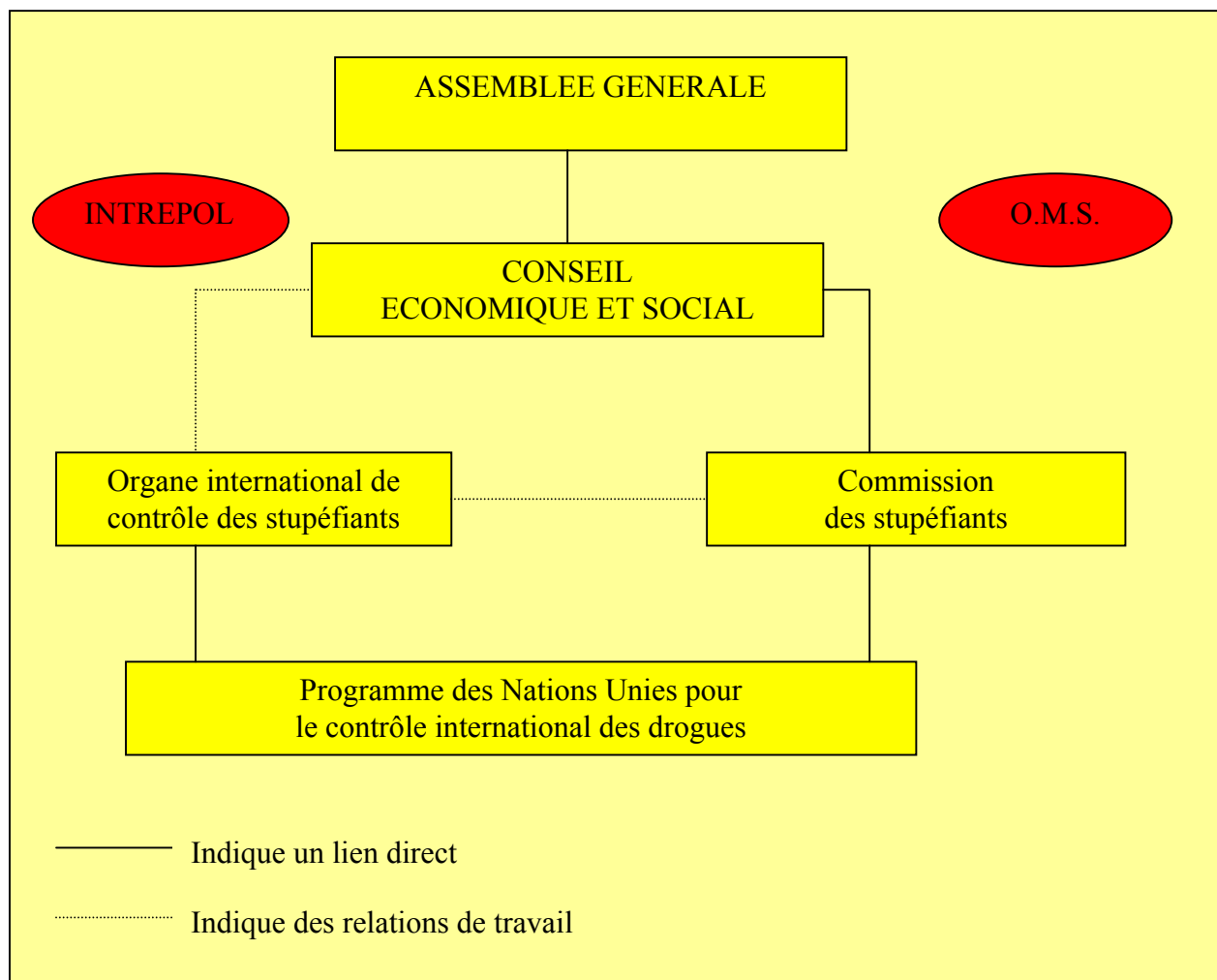
Le fond des nations unies assure le financement des actions menées dans le but de lutter contre le trafic des stupéfiants. Il offre également une aide technique aux pays en voie de développement qui souhaitent ratifier les conventions internationales.

Ces trois services sont regroupés administrativement sous le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (P.N.U.C.I.D.).

A ce triptyque, il convient d'ajouter les participations de l' Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) et d'INTERPOL.

L'O.M.S. est en charge de l'analyse médicale et scientifique des substances stupéfiantes et psychotropes. Elle donne son avis sur l'inclusion ou non des nouvelles substances à risque à la Commission des stupéfiants qui reste seule juge.

INTERPOL est police internationale constituée par la mise en commun des différentes forces de polices nationales. Les coopérations consistent en des échanges de renseignements (73).



Articulation de la lutte contre le trafic de drogue au sein de l'O.N.U

1.2 – Une volonté relayée par le Conseil de l'Europe

A) Création d'un comité européen de lutte antidrogues

L'Union européenne, sur proposition de l'ancien président de la République française, François Mitterrand, a mis en place une structure analogue au conseil économique et social de l'O.N.U.. Ce comité (CELAD) réunit l'ensemble des coordinateurs nationaux en charge des questions de lutte antidrogues au sein de chaque pays membre de l'Union européenne.

Le C.E.L.A.D. est depuis cette date responsable de l'établissement des plans d'action européens de lutte contre la drogue dont la première version fut publiée en 1990 lors du traité de Rome. Du fait d'un manque certain d'informations claires, objectives et validées, le premier plan d'action a mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la coordination entre les différents Etats membres de façon à concrétiser efficacement les deux objectifs initiaux qui étaient la réduction de la demande de drogues et la lutte contre son trafic illégal (74).

Il apparaît désormais que ce travail a servi de base à la mise en place d'un réel pouvoir institutionnel au sein de la Communauté européenne. Le traité de Maastricht, signé en 1993, a pour la première fois inclus le sujet des drogues dans un accord de l'U.E.. Ce traité a déterminé les objectifs spécifiques et les instruments de lutte contre la drogue sous les titres de : Santé publique, Politique étrangère et sécurité commune, coopération dans les domaines de la justice et les affaires intérieures (75).

Le plan actuel, ratifié lors du conseil européen de Ferrare, est dit plan 'quinquennal' puisqu'il détermine la politique attendue pour la période 2000- 2004. Ce texte comprend six grands objectifs (74):

- 1) Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la prévalence de la consommation des drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs, en particulier parmi les jeunes de moins de 18 ans ;

- 2) Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé (V.I.H., hépatites B et C...) et le nombre de décès liés à la drogue ;
- 3) Augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès ;
- 4) Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la disponibilité des drogues illicites ;
- 5) Diminuer dans un même délai le nombre de crimes liés à la drogue ;
- 6) Et, enfin, diminuer de manière significative le blanchiment de l'argent et le trafic illicite des précurseurs.

Nous utiliserons la déclinaison de ce dernier plan d'action en six points pour exposer les stratégies européennes, transnationales ou nationales qui ont été mises en œuvre pour répondre aux trois premiers objectifs fixés.

B) Un observatoire européen pour la collecte d'informations

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (O.E.D.T.) a été créé pour répondre à un besoin d'informations claires, nécessité exprimée tant par les autorités politiques que par les professionnels prenant part à ce combat.

Cet organe, à l'instar de onze autres agences européennes indépendantes spécialisées sur un sujet, a été constitué pour apporter à la Communauté et à ses Etats membres des informations objectives, fiables et le plus possibles comparables entre les pays sur le phénomène des drogues et des toxicomanies ainsi que sur leurs conséquences. Il est donc en

charge de collecter et de présenter les données recueillies dans les quinze pays de l'Union européenne et désormais en Norvège (pays inclus dans son rapport annuel 2002). Pour ce faire, il anime un réseau d'observateurs nationaux (R.E.I.T.O.X. pour REseau d'Information sur les drogues et les TOXicomanies) ayant tous pour mission de rassembler annuellement les données scientifiques et statistiques qu'ils auront pu obtenir sur leur territoire par l'interrogation d'organismes gouvernementaux ou non. Le représentant pour la France est l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T.).

Au delà de cette architecture verticale, l'O.E.D.T. échange également ses informations avec six autres organisations européennes et internationales à la façon de la structure onusienne :

- le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues,
- le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe,
- l'Organisation Mondiale de la Santé,
- l'Organisation Mondiale des Douanes,
- Europol,
- Interpol.

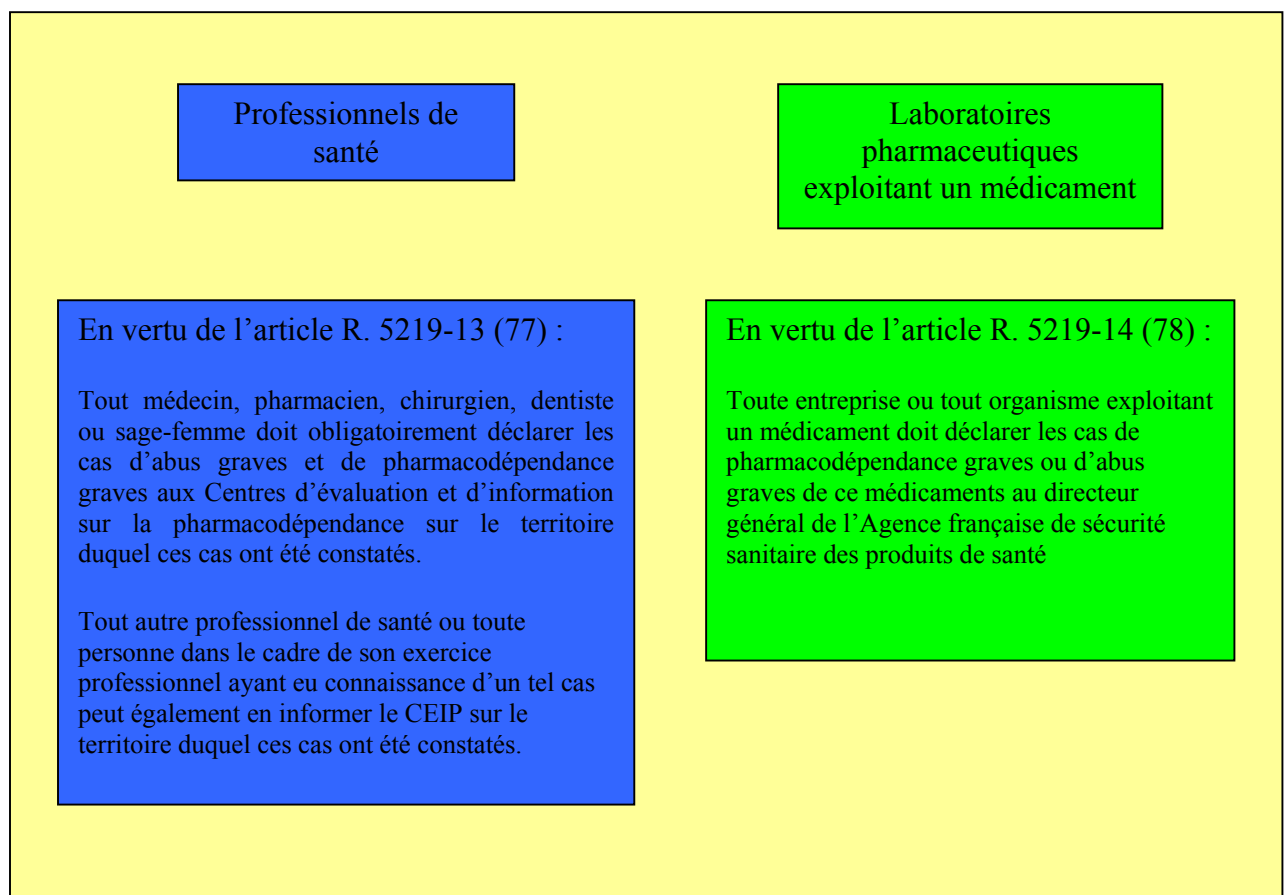
Depuis le mois de février 1995, cette coopération se voit renforcée par la présence des trois premières organisations citées ci-dessus aux conseils d'administration de l'O.E.D.T. en qualité d'observateurs.

C) La France et son réseau de proximité

La France est pour l'instant le seul pays en Europe à posséder un réseau d'agences spécialisées dans l'évaluation du potentiel de dépendance et d'abus de substances psychoactives, médicamenteuses ou non.

Ce fonctionnement repose sur la participation de six centres d'éducation et d'information sur la pharmacodépendance dispersés sur le territoire français respectivement à Caen, Nancy, Paris, Grenoble, Toulouse et Marseille. Ces centres principaux sont assistés sur le terrain par d'autres appuis régionaux de taille plus modeste (76).

L'ensemble de ces centres est chargé de plusieurs missions de recueil, d'évaluation, de recherche, d'expertise et d'information. Ils sont appuyés en cela par des dispositions réglementaires qui obligent les différents acteurs de la santé à leur transmettre tous les cas d'abus et de dépendance qu'ils sont amenés à observer.



Obligation réglementaire de déclaration des cas d'abus et de pharmacodépendance.

En plus de l'enregistrement de ces déclarations, les CEIP se sont dotés de plusieurs outils leur permettant d'affiner et de compléter leurs connaissances sur les propriétés des substances psychoactives et sur les conséquences de leur abus. On peut notamment citer :

- le système O.S.I.A.P. (Ordonnances Suspectes, Indicateurs d'Abus Possible) qui compile les signalements d'ordonnances suspectes par des pharmaciens sentinelles dans le but d'identifier les médicaments les plus recherchés.

- Le questionnaire OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Ces formulaires sont complétés lors d'entretiens personnels avec des personnes dépendantes fréquentant une structure de soins. Egalement pratiquée aux Etats-Unis et en Allemagne, cette démarche permet de cibler les produits, licites ou non, principalement impliqués dans les cas de dépendance. Concernant les drogues illicites, ces chiffres sont nettement plus précis et intéressants que les données rapportées par le autres pays sur l'importance des saisies de drogues (54).

- L'outil DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) permet de mieux identifier les causes de décès en relation avec l'usage de substances ayant fait l'objet de d'abus, de dépendance ou de mauvaise utilisation à l'instar des victimes de la prise simultanée de Subutex[®] et de benzodiazépines (79).

- La technique du screening permet d'évaluer pour les nouvelles drogues de synthèse et leur précurseurs : le mécanisme d'action, les effets pharmacologiques constatés, le potentiel de dépendance, le potentiel toxique aigu et chronique ainsi que l'éventuelle neurotoxicité chronique persistante. Ces études se font suivant le plan et les procédures dictés par l'O.M.S. et leurs résultats participent à la décision du classement ou non du principe actif comme stupéfiant (76).

La richesse et la précision des informations offertes par cette structure résiliaire devraient influencer les instances décisionnaires européennes et nationales à répliquer cette organisations dans les différents Etats membres.

1.3 – Une tendance à la transversalité

La lutte contre la toxicomanie faisant appel à de nombreuses compétences différentes, la plupart des gouvernements européens sont tentés de regrouper au sein d'une unique organisation fonctionnelle les divers éléments d'information, de décision et de contrôle.

A l'instar des structures mises en place par l'O.N.U. et la Communauté européenne, les pays membres ont généralement constitué des groupes de travail fusionnant des représentants de plusieurs ministères afin de profiter pleinement de la complémentarité de leurs expériences et connaissances respectives.

Suivant cette politique novatrice, on peut citer les dernières créations (80) :

- l'Autriche a nommé en 2002 un coordinateur en matière de drogue et de toxicomanie qui vise les actions menées sur les neuf territoires composant le pays ;
- la Belgique a créé en juin 2001 une cellule « drogue » qui devrait se voir soutenue par un organe de coordination nationale,
- le nouveau gouvernement italien a annoncé en novembre 2001 la création d'un département entièrement dévoué à la lutte contre la drogue et dirigé par un coordinateur.
- l'Allemagne vient également de constituer une équipe de coordinateurs régionaux afin d'harmoniser la démarche antidrogue dans ses différents Länder.

La démarche française est plus ancienne puisqu'elle remonte à 1982 (81). Depuis cette date, notre pays s'est doté d'une cellule coordinatrice de l'action gouvernementale concernant les problèmes de drogue. Identifiée sous le nom de « mission permanente de lutte contre la toxicomanie » à sa création, elle a connu plusieurs appellations pour désormais porter le nom de Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Pièce maîtresse de la démarche nationale contre la drogue et directement placée sous l'autorité du Premier ministre, elle coordonne les actions de 19 cabinets ministériels compétents dans ce domaine.

Disposant de son propre budget, elle est chargée de coordonner l'action du Gouvernement dans le domaine de :

- la prévention,
- la prise en charge sanitaire et sociale,
- la répression,
- la formation,
- la communication,
- la recherche,
- et les échanges internationaux.

Sa compétence va de l'animation des partenaires nationaux ou locaux, tant publics que privés, jusqu'au financement de groupements d'intérêt public (O.F.D.T., Drogue Alcool Tabac Info Service...). Ce comité interministériel définit également la politique à mener en la matière.

En 20 ans, cette coordination possède à son actif différents plans d'actions dont les moments charnières ont été (82) :

- Le développement du secteur spécialisé de prise en charge des toxicomanes,
- l'adoption de la politique de réduction des risques, marquée par l'extension du dispositif sanitaire et social et par le développement de la prescription de médicaments de substitution à partir de 1995,
- la création du GIP (Groupement d'Intérêt Public) "Drogues Alcool Tabac Info Service" (service d'écoute téléphonique) en décembre 1990 et du GIP " Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies" en mars 1993,
- en matière de prévention, l'extension des champs de compétence du comité interministériel à l'ensemble des produits psychoactifs (dont tabac et alcool), le 15 septembre 1999.

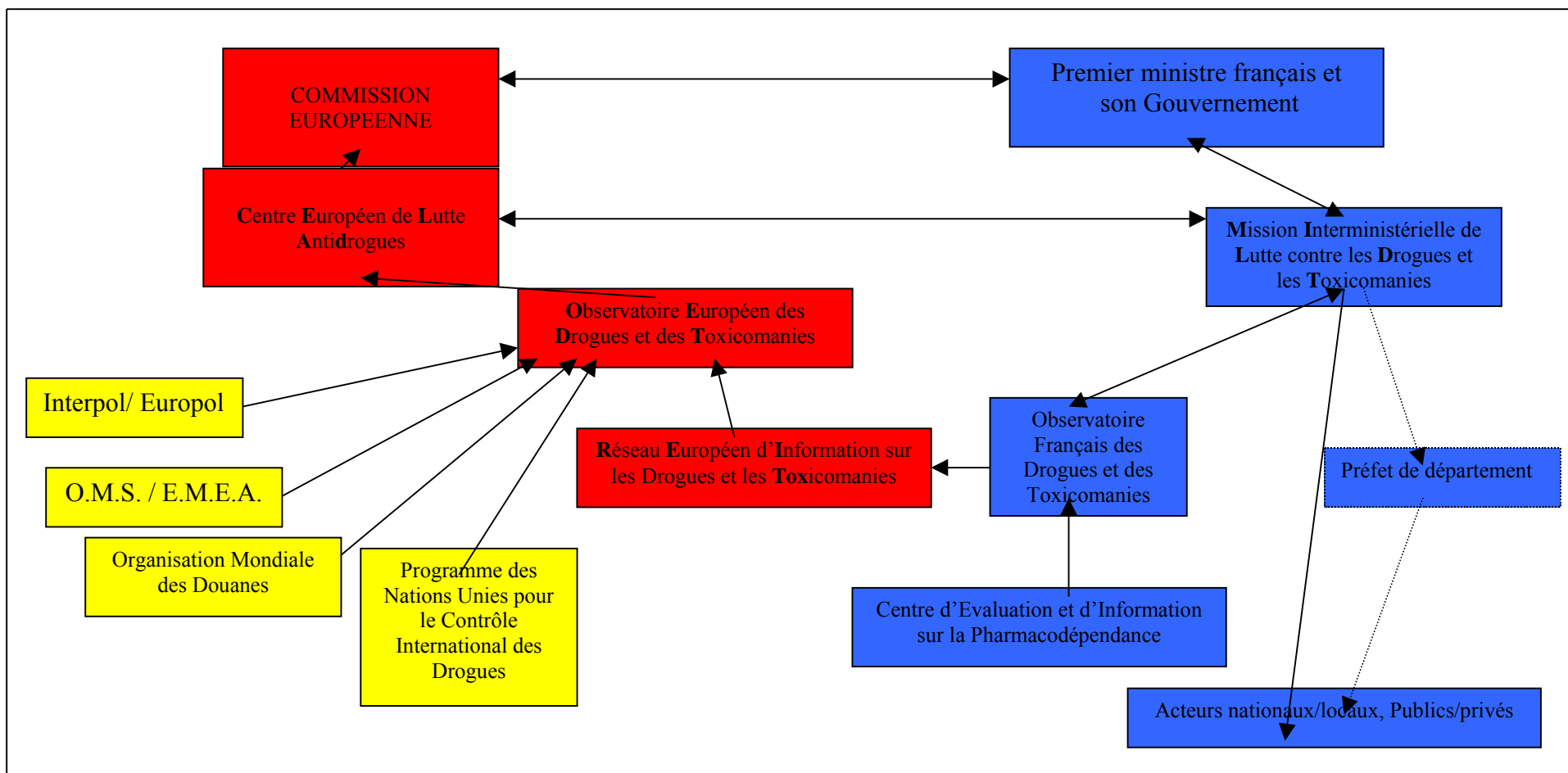


Schéma d'interrelation des circuits européens et français pour la circulation d'information et la prise de décision

A contre courant, le Royaume-Uni a dissout son unité centrale de coordination de la drogue ou « tsar anti-drug » pour confier la responsabilité de cette fonction au ministère de l'Intérieur et au secrétaire d'Etat aux affaires intérieures.

1.4 - Disparités légales d'hier et d'aujourd'hui

Le statut des drogues et l'importance des peines encourues en cas de trafic au sein des pays membres de la Communauté ne suivent pas la même harmonie que les appareils institutionnels mis en place pour appliquer les politiques sociales et de sécurité intérieure. Dans un article vieux de dix ans, Christine Fallet présentait déjà dans le tableau ci-dessous les disparités légales et répressives entre les différentes politiques nationales parmi l'Europe des douze (83) :

Les 12 face aux stupéfiants				
	Classement des stupéfiants	Usage de stupéfiants	Articulation légale sous répression	Possession de stupéfiants en vue de l'usage
Allemagne	Pas de distinction	Non incriminé entre différentes drogues	Traitement incitatif : se substitue à prison <2 ans	1 à 4 ans d'emprisonnement
Belgique	Pas de distinction	Répression de l'usage entre différentes drogues	Pas de dispositions spécifiques collectif 3 mois à 5 ans	Est assimilée au trafic de stupéfiants
Danemark	Pas de distinction	Non incriminé entre différentes drogues	Pas de dispositions spécifiques	Est assimilée au trafic de stupéfiants
Espagne	Distinction entre le cannabis	Non incriminé et les autres drogues	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	Amende, permis retiré
France	Pas de distinction entre différentes drogues	Répression de tout usage 2 mois à 1 an	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	En théorie, est assimilée au trafic de stupéfiants
Grèce	Pas de distinction entre différentes drogues	Non incriminé	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	Réprimée pour les non toxicomanes 2 à 5 ans
Irlande	Distinction entre le cannabis et les autres drogues	Non incriminé sauf opium (14 ans)	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	I : jusqu'à 3 ans D : jusqu'à 7 ans
Italie	Distinction entre le cannabis et les autres drogues	Interdit; Traitements mais non réprimé	volontaires incitatifs et même forcés	1- avertissement 2- permis retiré 3- prison amende
Luxembourg	Pas de distinction entre différentes drogues	Individuel : 3 mois à 3 ans Collectif : 1 à 5 ans	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	Acquisition et détention pour usage jusqu'à 5 ans
Pays-Bas	Distinction entre le cannabis et les autres drogues	Non incriminé	Pas de dispositions spécifiques	I : jusqu'à 1 mois D : jusqu'à 1 an
Portugal	Pas de distinction entre différentes drogues	Interdit	Traitements volontaires incitatifs et même forcés	Jusqu'à 1 an d'emprisonnement
Royaume-Uni	Distinction entre 3 niveaux de dangerosité	Non incriminé sauf opium (14 ans)	Pas de dispositions spécifiques	A - jusqu'à 7 ans B - jusqu'à 5 ans C - jusqu'à 2 ans

D : drogues dites dures I : drogues dites douces

Les douze face aux stupéfiants

Bernard Leroy, à l'époque conseiller juridique à la Division des stupéfiants aux Nations Unies, ajoutait dans le même temps qu' « aucune concertation n'a eu lieu entre les Etats membres de la Communauté lorsqu'il s'est agi de légiférer ».

Même si toutes les législations européennes visent essentiellement à lutter contre le trafic illégal de substances stupéfiantes tout en préservant la possibilité de recourir à certains de ces produits dans un but médical, il apparaît que cette quasi unité n'est pas le fruit de discussions intracommunautaires mais de celui du rôle fédérateur joué par l'adoption des conventions internationales onusiennes (8).

A) La position française

- Avant 1968

Le décret du 11 octobre 1908, indiquant les peines encourues en cas de vente ou d'achat d'opium ou de ses dérivés, marque le premier pas de la République en matière de répression du trafic et de la consommation de substances stupéfiantes (84). Destiné à compléter et à préciser les textes d'application inspirés de la loi du 19 juillet 1845 (traitant du commerce des substances vénéneuses), ce texte a servi de support aux forces de police et leur permis de confondre les personnes détenant des opiacés ou réalisant diverses préparations à base d'opium, et de réprimer le fait d'en favoriser l'usage.

Ce premier jalon vers la répression de ce marché sera complété en 1916 par la « grande loi sur les stupéfiants » qui reprend les mêmes intitulés et limites, réprimant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses mais de façon plus explicite. Elle vise directement la morphine, l'opium, la cocaïne...

Ce n'est qu'au début des années 1950 que le législateur ne considère plus simplement les drogués comme des délinquants mais les apparente à des malades. La loi du 24 décembre 1953 tient compte de cette vision sous un angle médical et distingue, devant l'insistance des

pionniers de l'aide aux toxicomanes, l'utilisateur de drogue, victime, et le trafiquant envers lequel les peines s'alourdissent (84).

Un nouveau tournant sera pris en 1970 par le vote d'une loi qui constitue toujours aujourd'hui le socle de la politique sanitaire française en matière de drogue.

- La loi du 31 décembre 1970

Avant cette loi, les politiques ne percevaient pas le dossier de la drogue comme un problème épineux de santé publique mais plus sûrement comme du ressort du ministère de l'Intérieur puisque le trafic n'était qu'un moyen de renforcer le trafic international et de financer des organisations secrètes (84).

Le gouvernement va revoir sa position suite aux mouvements de mai 1968. Le rapport Henrion (85) note que, votée dans une période très marquée par des mouvements étudiants dont certaines drogues avaient été l'emblème, la loi du 31 décembre 1970 est le fruit d'une lutte entre contestataires voulant « la dissolution des mœurs » et le gouvernement de l'époque qui cherche à endiguer cet élan révolutionnaire. Les nouveaux modes de consommation et d'utilisation des drogues connues à ce moment et la révélation du rôle involontaire de la France comme plaque tournante au trafic international de drogue (époque de la French Connection) vont largement influencer le choix du législateur en matière de lutte contre la drogue. Le texte adopté est alors un compromis entre répression et aide médicale aux toxicomanes.

Cette nouvelle loi s'articule autour de trois axes :

- répression sévère du trafic,
- interdiction de l'usage et proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage,
- gratuité des soins et anonymat pour les usagers.

En compensation de l'effort intellectuel consenti vis à vis du consommateur de drogue, le législateur durcit très lourdement les peines encourues par toute personne se livrant au trafic sous toutes ses formes. Ce premier texte prévoit notamment :

- l'allongement du délai de garde à vue à 48 heures, temps reconductible une fois ;
- la facilitation des démarches de visites, perquisitions des locaux susceptibles de renfermer des stupéfiants ;
- des peines supérieures aux condamnations normalement applicables pour des délits.

Les différentes lois qui ont suivi ce premier texte sont toutes aller dans le sens d'un durcissement pénal des actes illicites en relation aux stupéfiants . Le texte du 17 janvier 1986 lève le doute sur les petits trafiquants et valide l'article L. 627.2 du Code de la santé publique :

« seront punis d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 5 000 à 500 000 francs (762 à 76220 Euros) ou de l'une ou l'autre de ces deux peines seulement, ceux qui auront cédé ou offert des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle » (181).

Ces délinquants, couramment appelés usagers-revendeurs, sont condamnés dans le but de lutter contre le deal des rues.

La loi du 31 décembre 1987 (86) vient renforcer l'arsenal des forces de police et prévoit la réduction ou l'exemption de peine pour ceux qui révèlent une infraction de trafic ou qui permettent l'identification des coupables. Dans un autre domaine, elle incrimine le blanchiment de l'argent tiré du trafic des drogues en créant des délits de 'facilitation de la justification mensongère de l'origine des ressources et des biens' de l'auteur d'un trafic.

En 1991, la loi du 19 décembre légalise les opérations de livraisons contrôlées. Michel Charasse, à l'époque ministre des finances, demande son vote afin de multiplier les opérations de guet-apens commandée entre autres par son ministère dans le but de confondre les acheteurs exerçant en France métropolitaine et dans les DOM-TOM.

Plus près de nous, la loi votée le 13 mai 1996 veut défendre plus spécialement les jeunes victimes de la toxicomanie en punissant de 7 à 10 ans le fait de provoquer un mineur au trafic de stupéfiants.

A côté de ce volet purement répressif, la loi du 30 décembre 1970 ouvre la possibilité de proposer une autre alternative aux personnes inculpées pour consommation de produits illicites. Il est désormais recommandé aux magistrats de préférer l'alternative thérapeutique à la répression pour le simple usager.

La mise en œuvre de cette loi va cependant rapidement soulever des interrogations bien légitimes sur la dualité délinquant/malade. De même, les acteurs médicaux et sociaux doutent de la mise en place de l'injonction thérapeutique et de son efficacité. En réponse à ces hésitations, une circulaire (87) est adressée aux juges leur demandant de recourir à l'injonction thérapeutique uniquement en cas d'échecs répétés à une prise en charge libre et de proposer avant cela le contact avec un centre spécialisé.

Le rapport Pelletier (88), publié à la fin des années 70, établit le bilan de l'application de la loi. Il souligne, sans surprise, que l'alternative thérapeutique est proposée de façon très minoritaire (comparativement aux condamnations pour usage). En réaction à ce constat, cet exposé veut modifier la façon de penser la consommation de stupéfiants. En effet, il propose de distinguer les différents usages de drogues en fonction du produit. A la suite de ce rapport une circulaire invite les parquets à ne pas poursuivre les usagers de cannabis.

Malgré ces efforts de mise en place, les années 80 seront marquées par un renforcement de la répression. Une circulaire de 1984 souligne que l'injonction thérapeutique n'apporte pas le bénéfice attendu. Ses modalités d'application ne sont en effet pas suffisamment définies. De grandes disparités sont constatées. Les proclamations d'obligations de soins s'appliquent aussi bien à des héroïnomanes avérés qu'à de simples fumeurs occasionnels de cannabis.

La circulaire du 12 mai 1987 (89) recadre une nouvelle fois le problème de l'usage. On ne doit plus penser la toxicomanie en fonction du produit mais évaluer le type de relation que le toxicomane entretient avec un ou plusieurs toxiques. Cette nouvelle évolution satisfait

les professionnels de la santé qui voient alors leurs compétences et leurs expériences davantage exploitées dans les décisions futures. Selon ce principe, elle recommande :

- pour les usagers occasionnels un simple avertissement,
- pour les usagers réguliers l'injonction thérapeutique ;
- les usagers trafiquants et délinquants doivent être, quant à eux, poursuivis.

Pour la première fois, on ne considère plus simplement l'acte de consommation mais plus globalement l'histoire du toxicomane en tenant compte de l'ancienneté de la relation, ainsi que de son impact physique, psychique et social dans le quotidien du 'condamné'.

C'est à partir de ce moment que le volet sanitaire de la loi de 1970, c'est-à-dire l'injonction thérapeutique, est réellement mis en œuvre avec des moyens adéquats.

Cette ligne directrice se verra renforcer par les annonces alarmantes des épidémies de sida et d'hépatite, maladies que l'on sait dès le début particulièrement virulentes chez les personnes dépendantes en raison de leurs pratiques à risques.

Le mot d'ordre sera donc toujours de faciliter au maximum le rapprochement entre toxicomanes et structures de soins avec des évolutions importantes tant dans la politique de prise en charge (sevrage, traitements de substitution, réduction des risques...) (90) (91), que dans les moyens mis en œuvre (centres de soins spécialisés (92), réseaux ville-hôpital, officines, aides aux associations...).

B) La législation dans les autres pays d'Europe (93)

Les plus divergences entre les pays membres de la Communauté touchent essentiellement à la définition apportée aux termes de 'consommation' et de 'trafic' de stupéfiants.

Dans le but d'harmoniser le regard européen sur le second terme, le Parlement ainsi que le Conseil des ministres de l'Union européenne examinent actuellement un projet de définition commune ainsi que des sanctions minimales applicables lors de tels jugements.

Au niveau national, les politiques préfèrent mieux cerner le terme d' « usage » et surtout adapter leurs réponses légales envers cet acte. Deux axes bien distincts se dessinent :

- la distinction entre la consommation de cannabis et l'usage d'autres drogues,
- l'adaptation de leur outil judiciaire et répressif.

Depuis avril 2001 ; le Luxembourg limite les sanctions à l'encontre des infractions liées au cannabis en supprimant la possibilité d'une peine de prison pour possession pour usage personnel. Parallèlement, un autre volet de cette nouvelle loi renforce la répression envers les usagers à risque. La Belgique a adopté une ligne politique similaire en distinguant le cannabis des autres drogues dans sa note du 19 janvier 2001. La Grèce entame également une modification de sa législation en matière de drogue mais son premier projet a été rejeté par le Parlement en avril 2001. Enfin le Royaume-Uni devrait très prochainement déclasser le cannabis de la classe B à la classe C afin que la détention de cette drogue pour usage ne soit plus à l'avenir un motif d'arrestation possible.

Au lieu de différencier le cannabis des autres drogues sur le plan judiciaire, plusieurs pays ont fait le choix de modifier plus profondément leur arsenal judiciaire afin d'ajuster leurs jugements au monde de la toxicomanie. Ainsi, par exemple, l'usage, l'acquisition et la possession de drogues pour usage personnel ne relève plus du tribunal pénal portugais mais sont passibles de sanctions administratives prononcées par des « commissions de dissuasion de l'usage des drogues ». Créées en juillet 2001, ces cellules regroupent différents profils de professionnels dont des experts (nommés par les ministères de la justice et de la santé ainsi que par le membre responsable de la consommation abusive de drogues) et une équipe technique de trois à cinq spécialistes (psychologues, travailleurs publics, experts juridiques). En Irlande et en Ecosse, les délinquants toxicomanes estimés non violents sont orientés vers un tribunal spécifique. Enfin, les néerlandais condamnés à des peines de prison inférieures à six mois peuvent voir leur peine de réclusion commuées en obligation de travail et d'éducation au nom de la loi des sanctions alternatives entrée en vigueur en février 2001.

C) Législations sur le cannabis en Europe

En France

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses constitue toujours la pierre angulaire de la lutte contre les stupéfiants. Comme nous l'avons déjà vu, son objectif est d'une part de punir les trafiquants et d'autre part d'inciter les toxicomanes à se soigner. C'est pourquoi le trafic tombe sous les coups du code pénal, alors que l'usage est régi par le code de la santé publique.

Malgré cette volonté de venir en aide aux personnes dépendantes, l'article L. 3421-1 (94) déclare toujours que « *l'usage de produits stupéfiants, quels qu'ils soient, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3811,23 Euros (25 000 F). Cependant l'action publique n'est pas nécessairement exercée* ».

En effet, le magistrat peut prononcer une injonction thérapeutique qui annule alors la peine encourue si le toxicomane suit le traitement jusqu'à son terme. Il en va de même lorsque le toxicomane se présente librement et spontanément dans un service de soins. De plus, de nombreuses circulaires émanant du ministère de la justice ont recommandé aux parquets d'éviter de poursuivre les simples usages.

Il en ressort que les simples consommateurs de cannabis sont de moins en moins poursuivis. Cette dépénalisation de fait suscite d'ailleurs une polémique idéologique entre les partisans et les opposants à la dépénalisation officielle (95).

Ce débat animant non seulement la France mais aussi ses autres partenaires européens, nous nous proposons de visiter brièvement la législation nationale de ces derniers. La consommation supposant à un moment donné une obligation d'approvisionnement, nous verrons également les applications judiciaires relatives à cet achat ainsi que celles concernant la détention, la vente et la culture de cannabis.

Consommation et une infraction pénale

D'après la loi fédérale suisse sur les stupéfiants et les substances psychotropes (96), la consommation de n'importe quel produit stupéfiant constitue une infraction pénale, punissable d'une amende ou d'une peine de prison. Cependant, la loi prévoit la possibilité de suspendre la procédure ou de dispenser le prévenu de peine dans les cas dits 'bénins'. En pratique, les forces de police ne transmettent pas aux parquets les affaires de consommation de cannabis mais, à la différence de la France, aucun volet sanitaire n'est prévu.

Dans les autres pays, la consommation de cannabis ne constitue pas une infraction pénale. Elle forme une infraction administrative au Portugal et soumet le contrevenant au jugement de la commission déjà citée (97). En Espagne, la loi organique (98) considère la consommation comme une infraction lorsque celle-ci prend place dans un lieu public. Cette transgression est alors punissable d'une amende ou d'une sanction administrative comme la suspension du permis de conduire. En Allemagne, en Angleterre, au Danemark et aux Pays-Bas, la consommation de cannabis n'est pas interdite. Dans ces quatre pays, toutes les opérations liées aux produits stupéfiants sont interdites, à l'exception de la consommation. Seule la consommation de l'opium est interdite en Angleterre (99).

Dépénalisation de la détention

Depuis le 1^{er} juillet 2001, la détention des produits stupéfiants n'est plus une infraction pénale au Portugal, mais une infraction administrative, à condition que la quantité détenue ne dépasse pas ce qui peut être entendu comme la consommation moyenne d'une personne pendant dix jours.

Dans tous les autres pays, la détention de produits stupéfiants demeurent une infraction pénale même si elle n'est pas systématiquement sanctionnée lorsqu'il s'agit de cannabis.

Les directives néerlandaises (100) et danoises (101) fixent respectivement à 5 et 10 grammes la quantité jugée personnelle et ne devant pas faire l'objet d'une quelconque poursuite. Bien qu'en Allemagne (102), le seuil de détention personnelle admis varie de 5 à 30 grammes selon les Länder, la plupart des procédures engagées pour des faibles possessions sont abandonnées. En Espagne, la barrière est fixée à 50 grammes ; en pratique la détention n'est sanctionnée que si le toxicomane ou le dealers est appréhendé dans un lieu public. L'Angleterre et la Suisse font de la détention de cannabis pour consommation personnelle une infraction spécifique qui est plus légèrement punie que la possession dans le but de revendre à des tiers.

Vente et Culture aux Pays-bas et en Suisse

La vente et la culture du cannabis sont partout des infractions pénales à l'exception des Pays-Bas où le parquet général a même publié des directives (103) détaillant les critères auxquels doivent se conformer les établissements qui se livrent à la vente au détail pour ne pas être inquiétés. Ils doivent notamment respecter l'interdiction de vendre des drogues dures car la politique néerlandaise vise à empêcher les consommateurs de cannabis d'entrer en contact avec d'éventuels dealers de drogues dures. Ces directives (103) précisent également que la culture du cannabis ne doit pas être poursuivie lorsqu'elle ne correspond pas à une activité lucrative. Elle est considérée comme source d'approvisionnement personnelle quand le nombre de pieds est inférieur ou égal à cinq. Il existe également en Suisse un réseau de boutiques spécialisées dans la vente de dérivés du chanvre, et en particulier du cannabis. Un cadre réglementaire devrait très prochainement cerner cette activité.

2. LA STRATEGIE ANTIDROGUE DE L'EUROPE

2.1 – L'avancée du traité d'Amsterdam

On peut légitimement attribuer au traité d'Amsterdam deux avancées dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie. La première consiste en une déclaration très explicite et documentée de la volonté de voir renforcer la coopération entre les Etats membres dans tous les domaines. Les objectifs sont très clairement déclinés si-dessous.

Le second progrès vient du fait que ce traité a été le premier à prévoir la possibilité d'introduire des mesures de prévention dans les programmes européens et par conséquent de ne plus limiter la marge de manœuvre de l'Union à un simple rôle curatif (74).

Ainsi, les nouvelles possibilités prévues par ce traité comportent (104) :

- l'exigence d'assurer la protection de la santé humaine dans toutes les politiques et actions communautaires,
- la mise en place de vastes activités intersectorielles dans le domaine de la drogue,
- une organisation globale des actions de santé publique visant à améliorer la santé publique, à prévenir les maladies et les sources de danger pour les personnes,
- l'encouragement de la recherche médicale sur la cause et la prévention des grands fléaux,...
- la coopération grâce à des initiatives visant à échanger les expériences et les bonnes pratiques en vue de lutter contre l'exclusion sociale,
- l'encouragement de la coopération au niveau de l'Union européenne entre la police, la douane et les autres autorités répressives des Etats membres,
-

2.2. – Un programme quinquennal ambitieux

Lors de sa réunion de décembre 1999, le Conseil européen d'Helsinki a approuvé la stratégie antidrogue de l'Union européenne pour la période 2000-2004. Ce nouveau plan, dit plan quinquennal, couvre toutes les activités de la Communauté liées à la drogue au cours de ces cinq années et fixe les principales caractéristiques des actions et les six objectifs qui doivent être visés.

Ce nouveau plan se veut une approche équilibrée, multidisciplinaire et intégrée tout en insistant sur le fait que la lutte contre la drogue et la toxicomanie doit rester une priorité de l'Union (105).

L'équilibre s'entend comme la disparité des leviers d'actions mobilisés dans ce combat. Les décideurs de ce programme ont choisi de ne pas axer cinq années de politique antidrogue uniquement sur un sujet mais au contraire de citer plusieurs voies de travail possibles avec des objectifs moins précis à atteindre pour chacun. Nous retrouvons ici les six grands objectifs déjà cités au début de cette partie mais que nous pensons utiles de rappeler :

1. Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la prévalence de la consommation des drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs, en particulier parmi les jeunes de moins de 18 ans ;
2. Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé (V.I.H., hépatites B et C...) et le nombre de décès liés à la drogue ;
3. Augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès ;
4. Diminuer de manière significative dans un délai de cinq ans la disponibilité des drogues illicites ;

5. Diminuer dans un même délai le nombre de crimes liés à la drogue ;
6. Et, enfin, diminuer de manière significative le blanchiment de l'argent et le trafic illicite des précurseurs chimiques.

Ces six principales cibles font donc appel aux notions de prévention, depuis la prévention de l'utilisation initiale jusqu'à la réduction des effets négatifs de l'abus de drogue en matière sanitaire et sociale, de prise en charge globales par les traitements utilisant de nouveaux médicaments , et de répression vis à vis des personnes s'adonnant au trafic de stupéfiants en Europe. Cette dualité d'interventions entre action sur la demande et action sur l'offre se veut un gage de réussite puisque tout succès atteint d'un côté doit avoir des répercussions positives sur l'autre versant (74).

La mixité attendue pour les profils chez les décideurs internationaux, nationaux et les acteurs locaux concrétise d'une part la prise de conscience officielle que le problème de la drogue ne se limite pas à une compétence et d'autre part la reconnaissance du pouvoir des acteurs de terrain habituellement oubliés à la table des décisions. Résoudre le problème de la drogue est bien entendu une priorité dans les domaines du bien-être, de la santé et de l'éducation, mais également pour la justice, les affaires intérieures, et plus largement dans les relations entre les pays et les instances internationales. De même, des représentants de toutes les autorités concernées et de la société civile ont été associés à l'élaboration de ce plan quinquennal. Les travailleurs sociaux, les personnels de santé et les éducateurs ont étroitement coopéré afin d'offrir des services appropriés aux toxicomanes délinquants et dans les domaines de la prévention.

Ce plan commun veut aussi intégrer la réalité du phénomène et des personnes touchées. Les problèmes de toxicomanie doivent être examinés dans le contexte plus vaste du désordre social des toxicomanes en tenant compte des situations de chômage, de pauvreté, d'absence de logis et plus globalement des causes de l'exclusion sociale. L'amélioration du bien-être, et en particulier de l'aide aux familles et aux personnes qui se trouvent dans les situations les plus difficiles, offrent une protection efficace contre les problèmes liés à la drogue.

Enfin, ce plan quinquennal met l'accent sur le besoin d'évaluer les résultats obtenus en fonction des actions menées sur le terrain. Pour ce faire, plusieurs indicateurs de comparaison ont été retenus et la situation de 1999 acceptée comme point de départ. Depuis, tous les ans, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies publie son rapport après avoir collecté les données remontées du terrain. Ce suivi mesuré se veut une première méthode de contrôle sur l'adéquation entre le problème de la drogue et les solutions envisagées ainsi que sur l'ampleur et l'affectation des investissements.

2.3 – Diminuer la prévalence de la consommation de drogues illicites et le recrutement de nouveaux consommateurs.

A) Sensibilisation au niveau des écoles

Tous les Etats membres reconnaissent l'importance des programmes de sensibilisation destinés à informer les adolescents scolarisés sur les risques des drogues. Les objectifs de cette prévention ciblée sont très variés : au delà des principes de promotion de la santé en général, le contenu aborde le développement des compétences sociales et personnelles et surtout promeut la construction de la personnalité et de l'identité de la personne.

Toutefois, plusieurs pays concèdent aujourd'hui qu'il existe un décalage entre les objectifs politiques d'une part et la réalité ainsi que la qualité de la prévention d'autre part. Il est en effet difficile de mesurer la portée de cet enseignement tant il revêt de contenus différents et de systèmes d'organisation. Pour remédier à cet obstacle, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne et l'Irlande ont choisi d'adopter un programme de formation standard de manière à pouvoir consolider leurs données et comptabiliser le nombre de sessions organisées (106). En revanche, le Danemark, la France et la Norvège ont opté pour une solution plus flexible et destinée à s'insérer plus facilement au cours des réunions de sensibilisation aux thèmes plus larges sur les comportements à adopter

pour une vie saine. Dans ce deuxième cas, dit déstructuré, la prévention est assurée de façon ponctuelle, grâce à des groupes ou à des comités consultatifs locaux.

Pour exemple, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies finance un réseau national de « Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (CESC), auparavant dénommés « Comités d'environnement social » (107). Dès l'origine, ces structures ont eu pour mission de développer la prévention de la toxicomanie et de l'ensemble des conduites à risques en milieu scolaire en associant les membres de la communauté éducative, adultes et élèves, et des acteurs de la vie sociale de quartier. Par la suite, leurs missions ont été élargies à la recherche de solutions aux problèmes de santé dans le cadre d'une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes. Les plans nationaux successifs de 1993 et 1995 ont développé le nombre de ces organisations. Début 1999, près de 50% des établissements publics du second degré possédaient un comité, mais un tiers d'entre eux n'avait qu'une existence formelle. Un plan de développement de ces centres est actuellement prévu par la MILDT qui s'engage à leur fournir les moyens financiers nécessaires et des documents pédagogiques adaptés.

B) Prévention au sein des activités sportives

Parallèlement à ce contact en milieu scolaire, de nombreuses associations sportives organisent également des journées de sensibilisation aux dangers d'utiliser des substances stupéfiantes pour les jeunes licenciés ainsi que pour les adolescents en manque d'activité dans le quartier. Ces réunions dépassent largement le simple cadre du dopage mais veulent proposer aux enfants et aux jeunes des alternatives et des activités de loisir positives (106).

C) Des campagnes de prévention non ciblées

Pour toucher une tranche beaucoup plus large de la population, la France et l'Italie recourent désormais à des campagnes de sensibilisation et de prévention via les médias les plus écoutés, regardés ou lus.

Ces deux Etats peuvent en effet s'appuyer sur la participation active des principales chaînes de radio et de télévision qui acceptent de diffuser les messages de prévention à l'égard des drogues. Outre la large écoute qui leur est attachée, ces systèmes de diffusion offrent également l'avantage de pouvoir ajuster peu ou prou les messages en fonction de l'auditoire attendu. Un spot pour les jeunes sera prioritairement émis sur les radios alors que des messages à destination des parents seront insérés dans la presse.

Selon ce principe, la France a engagé l'an dernier deux grandes campagnes de communication, l'une à destination des jeunes, l'autre davantage orientée vers leurs parents (108).

Le premier plan d'action visait d'une part à alerter les 15-25 ans sur les consommations problématiques, éventuellement en les incitant à auto-évaluer leur propre consommation et d'autre part à prévenir les risques de l'usage des drogues (plus particulièrement les substances consommées lors des soirées festives). Pendant deux mois, quatre spots radio présentant chacun une situation réaliste de consommation, ont été diffusés sur divers radios connues pour être écoutées par le public ciblé. Dans le même temps des bannières publicitaires étaient présentes sur les sites des stations Fun Radio, NRJ et Skyrock de même que sur Voilà.fr, Yahoo !, Love@lycos, Caramail, i-France et Multimania.

En appui à cet événement aussi puissant qu'éphémère, une série de 5 brochures de 8 pages sur l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy et le tabac, a été diffusée auprès de ce public pour lui apporter l'information et l'auto-évaluation de sa consommation éventuelle pour chacun de ces produits (voir l'exemple du cannabis annexe III).

Six mois plus tôt, une autre campagne de communication et de prévention avait été organisée à destination d'un public d'adulte sous les slogan :

*« Pour prévenir les risques de l'usage des drogues,
il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre »*

Pour faire suite à la large diffusion du livret d'information « Drogues : savoir plus – Risquer moins » dont le but était de fournir aux jeunes et aux adultes des informations scientifiquement validées, l'objectif de ce nouveau plan d'action était alors de responsabiliser les parents et de valoriser leur rôle dans la transmissions des valeurs éducatives et citoyennes entre parents et enfants.

Lancée le 19 juin 2001, cette campagne s'est matérialisée par la parution de quatre annonces presse en pleine page des titres les plus lus en France parmi différents types de presse : quotidienne, nationale, news, TV, féminine, people et spécialisée (voir plan média en annexe IV). Chaque annonce mettait en scène une consommation de produits licites ou illicites : alcool, cannabis, ecstasy, polyconsommation. Elles présentaient au travers d'un environnement réaliste et neutre, des comportements et des contextes de consommation différents, vécus par la plupart des jeunes et se terminaient en bas de page par des messages percutants rappelant les chiffres de la consommation de drogues par les jeunes.

- *A 17 ans, près d'1 adolescent sur 2 a expérimenté les trois produits : alcool, tabac et cannabis.*
- *Près d'1 jeune sur 5 déclare avoir fumé du cannabis au moins dix fois pendant l'année.*
- *1 adolescent sur 3 de 15 à 19 ans dit avoir été ivre au cours de l'année.*
- *7 % des garçons de 19 ans disent avoir déjà essayé de l'ecstasy.*

Trois exemples de ces encarts sont consultables en annexe IV.

Il existe malheureusement de grandes différences entre les Etats membres en ce qui concerne le rôle des médias dans la stratégie de prévention. La participation des professionnels de la communication s'échelonne du niveau 0 comme en Autriche et au Royaume-Uni à une contribution maximale à l'instar de la France.

D) Forums d'information et d'échange pour jeunes et adultes

Si les outils de communication classiques ne sont pas utilisés avec la même intensité dans tous les pays de la Communauté, il en est autrement pour les sites Internet. D'une manière générale, le nombre et la convivialité des sites web destinés à la prévention ont augmenté dans la plupart des Etats membres (106). On peut citer l'exemple français, www.drogues-savoir-plus.com, qui a été mis en service au cours de l'année 2001 et dont la création a été largement publiée lors des campagnes de prévention citées ci-dessus. A l'instar du livret d'information, ce site permet aux jeunes d'accéder à des informations concrètes, simples, fiables et scientifiquement validées sur l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy et le tabac ; un outil d'auto-évaluation permet aux personnes connectées de pouvoir se situer sur l'échelle de la dépendance. Ce site comprend également un forum d'échange sur le thème de la place donnée à la drogue dans notre vie (107).

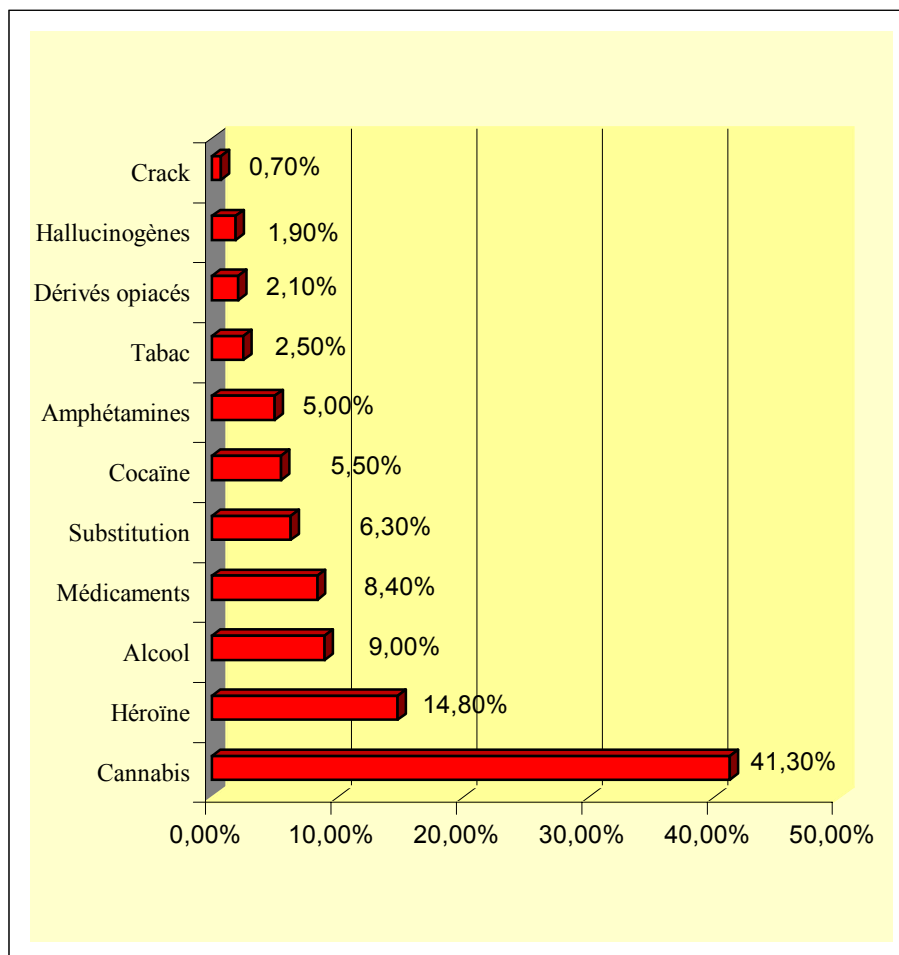
D'autres moyens de contact moins sophistiqués sont utilisés depuis plus longtemps. Il existe ainsi en France, depuis 1991, un service national d'accueil téléphonique spécialisé en matière de drogue et de toxicomanie : « Drogue Info Service ». Ce service gratuit, anonyme et ouvert vingt quatre heures sur vingt quatre est accessible par un numéro vert.



Cet organisme national d'accueil téléphonique est constitué de six pôles basés à Lille, Paris, Strasbourg, Lyon, Toulouse et Marseille. Leur mission principale comporte trois volets (109) :

- écouter, soutenir et apporter des conseils aux personnes qui ont besoin d'aide pour faire face à la consommation de drogue ou pour établir un plan de prévention local ;
- Fournir des informations sur les produits , les effets, les risques liés à l'usage, la loi, les dispositifs de soins ;
- Orienter vers les organismes compétents dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Depuis 2001, sa compétence a été étendue aux problèmes liés au tabac et à l'alcool étant donné que ces deux produits faisaient couramment l'objet d'appels.



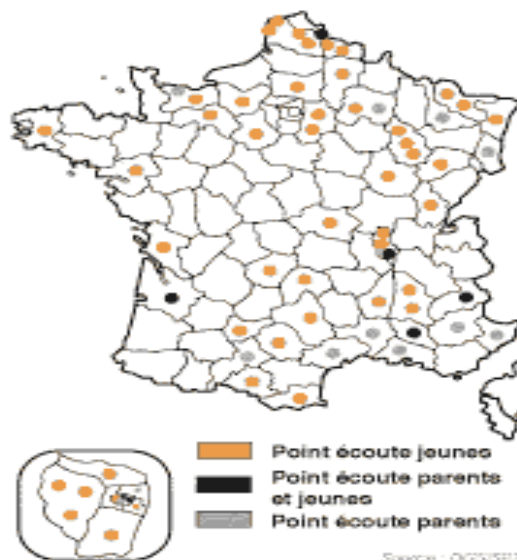
Répartition des appels par types de produits (source Drogues Info Service) (109)

Son nouveau nom est donc désormais « Drogue Alcool Tabac Info Service ». Cette structure jouera également un rôle de conseil et d'orientation pour les professionnels non spécialisés (soignants, enseignants, responsables associatifs,..) confrontés aux problèmes des stupéfiants.

E) Des points d'écoute et d'aide à l'insertion

La France s'est dotée d'un réseau de « Points Ecoute » dans le but de consolider son portail de communication avec les jeunes en difficulté. Ces accès supplémentaires de proximité consolident la démarche d'information et de prévention en matière de drogue au même titre que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Ces centres se veulent tournés vers les jeunes en voie de marginalisation, et leur mission ne se limite plus uniquement à la présentation des risques mais initie en plus un accompagnement socio-éducatif et un travail de rétablissement de l'équilibre psychologique et social des jeunes en difficulté. En dehors de ce premier modèle de points écoute, il existe également un nombre important de lieux d'accueil à vocation plus généraliste pour les jeunes et leurs parents (107).

Répartition géographique
des points écoute



(107)

Logiquement liés à ces centre d'accueil, des structures d'insertion prennent le relais et sont chargées de favoriser et faciliter l'accompagnement des jeunes présentant des conduites à risques. Elles accueillent plus d'un million de jeunes chaque année (107).

F) Prévention dans les lieux festifs et testing

D'un point de vue conceptuel, les actions menées par les organisateurs et les organismes non gouvernementaux peuvent être perçues comme un jumelage entre la prévention et la réduction des risques. Dans certains Etats membres, ces projets sont rattachés à une politique de « prévention secondaire », alors que d'autres estiment ces missions en tant que dispositif de réduction des risques.

Ce nouveau modèle de prévention englobe trois types d'intervention (110) :

- la distribution de matériels d'information sur les drogues et la santé,
- la rédaction et la mise en place d'un guide de bonnes pratiques pour l'organisation de soirées,
- des visites individualisées dans les discothèques et les rave parties, pratique du testing.

La production et la diffusion de supports d'information sont les plus habituelles car les plus aisées à mettre en place. Par exemple, l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni produisent de très nombreux prospectus, brochures et affiches sans que leur impact puisse être estimé. De façon à humaniser cette transmission d'information, ces mêmes pays et d'autres tentent de rencontrer des groupes de pairs, personnes connues pour gérer les diverses soirées organisées.

L'importance et l'impact de règles simples mais essentielles pour la sécurité dans les lieux festifs sont de plus en plus reconnus. Le Royaume-Uni possède déjà un guide regroupant les principales exigences de sécurité pour éviter les accidents de tous types dans les lieux festifs. Y sont mentionnées les nécessités de (111) :

- prévoir un approvisionnement suffisant en eau potable pour prévenir les cas de déshydratation,

- installer des zones de repos (chill-out) pour les ravers à l'écart du rassemblement,
- ventiler les zones de regroupement afin de lutter contre l'hyperthermie particulièrement dangereuse lors de consommation d'ecstasy,
- informer au préalable les personnes en charge de l'organisation sur les risques de l'alcool et des drogues,
- initier le personnel des discothèques à la réalisation des premiers soins,
- libérer des espaces pour que des associations d'information et d'aide puissent s'installer,
- sensibiliser les jeunes au risque de conduire sous l'emprise d'alcool ou de drogue.

Des travaux similaires existent aussi dans beaucoup d'Etats mais leur application par les propriétaires de discothèques ou par les autorités locales compétentes est irrégulière.

Enfin, une autre méthode de prévention ou de prévention des risques consiste à installer une antenne d'accueil et de traitement au sein des grands rassemblements de jeunes (110). En France, ces dispositifs sont généralement représentés par Médecins du monde (MDM) et constitués par une équipe de bénévoles (médecins, infirmiers) et par des salariés de l'organisation. Proche du point de ralliement des ravers, ils disposent généralement d'une camionnette et de quelques lits pouvant recevoir quelques personnes en souffrance lors de la 'descente'. En plus des demandes de soins, les intervenants de MDM sont très souvent sollicités pour tester les pilules vendues sous le nom générique d'ecstasy.

Le Testing, légalisé en France par le ministère de la Santé après plusieurs années de pratique sans autorisation, prend place dans le cadre de la nouvelle « Mission Raves » de MDM. Au sein du « projet d'étude des comportements d'intoxication et des prises de risques dans les raves », on peut lire (112) :

*« La pratique du testing consiste à gratter une partie du comprimé ou à recueillir une petite quantité de la poudre contenue dans la gélule, d'y ajouter une goutte de réactif chimique et d'observer la réaction chimique qui s'opère alors, essentiellement au niveau d'un virage de couleur. Ce réactif permet de faire la différence entre les **ecstasy** (MDMA, MDEA, MDA) qui virent au bleu violacé, les amphétamines qui virent à l'orange brun, et le DOB*

hallucinogène qui vire au vert. Ce système ne permet pas en soi une vérification sûre à 100 %. Cependant, si la couleur observée diffère de celle à laquelle on peut s'attendre en référence au 'catalogue' des pilules analysées en laboratoire, alors on sait au moins que quelque chose ne va pas ; il existe alors un risque important que la pilule contienne d'autres substances toxiques ».

Il est vrai que la créativité des drug-designers et la facilité de production de ces nouvelles drogues de synthèse posent énormément de difficultés aux intervenants en relations avec les consommateurs. Le gouvernement français a néanmoins entrepris la constitution d'une banque de données des drogues de synthèse afin de pouvoir disposer sur le terrain d'un 'catalogue' permettant l'identification d'un comprimé ou d'une gélule et donnant la composition attendue (113). Les produits sont reconnaissables à leur couleur, à leur diamètre, à leur épaisseur, à la forme de leur tranche et aux dessins représentés sur leurs deux faces.

Les noms commerciaux donnés à ces produits sont aussi évocateurs que les dessins incrustés sur leurs faces (112) :

Amphet	Fido / Lido	Superman	Batman
Birdy	Hollandhaus	Yin Yang	Couronne
Cachet	Love	Calife	Diable vert
Calimero	MDMA	Pomme	Dome
Colombe	Papillon	Double P	Fat
Ferrari	RN	Elephant	Footix
Kappa	Mario Bros	Peugeot	U.F.O.



Exemple de comprimés d'ecstasy saisis par la police et les douanes (114)

Ce projet SINTES (pour Système d'Identification National des Toxiques et Substances) vise donc à améliorer la connaissance sur les drogues de synthèse. Il fournit des données sur la composition et le contexte de consommation des substances à partir des échantillons saisis par les services répressifs ou collectés par les associations dans divers milieux festifs. Il vise à refléter partiellement la réalité de la consommation mais sa représentativité est difficile à valider. Les laboratoires de production sont effectivement très nombreux, productifs (2000 doses à l'heure pour les plus petits), mobiles et peu intéressés par les risques qu'ils font encourir aux futurs consommateurs (la composition d'une même présentation varie dans le temps en fonction des matières premières disponibles).

Ce premier niveau de contrôle permet cependant de (114) :

- différencier un produit type « ecstasy » d'un produit type « amphétamine »,
- de détecter la présence d'une double composition amphétamine/Ecstasy qui serait potentiellement plus neurotoxique que la MDMA seule,
- de détecter les produits « non amphétamine » et « non Ecstasy »

Toute nouvelle présentation ou tout écart à la normale déclenche des analyses plus poussées au sein de laboratoires spécialisés. La police scientifique française dispose de cinq antennes (Lille, Lyon, Marseille, Paris et Toulouse), la gendarmerie nationale est installée à Rosny-sous-Bois et MDM travaille en partenariat avec le laboratoire de toxicologie de l'hôpital parisien Fernand-Widal. Leur mission est d'identifier avec précision les échantillons. Selon J. Samat, pharmacien au laboratoire de Marseille, moins de 1 % des éléments reste indéterminé. Les premiers résultats montrent que (114) :

- moins de 25 % des comprimés vendus pour de l'ecstasy contiennent exclusivement de la MDMA,
- La teneur des échantillons varie de 80 à 160 milligrammes,
- Des amphétamines sont très souvent retrouvées dans la composition, seules ou en association avec de l'éphédrine, de la caféine ou des substances hallucinogènes,
- Un certain nombre de doses sont des médicaments , d'inoffensifs à potentiellement dangereux, et vendus pour de l'ecstasy (Nivaquine[®], Artane[®] aux effets atropiniques, des tranquillisants, des β -bloquants, Di-Antalvic[®], Dafalgan[®] ...)

Passé ce premier travail d'analyse, les laboratoires jouent aussi un rôle de santé publique en émettant des avertissements sur la dangerosité des substances examinées. Ce système a ainsi déjà permis de lancer une alerte concernant des comprimés renfermant 15 milligrammes de strychnine (115).

2.4. – Diminuer la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé et le nombre de décès liés à la drogue

En dehors du rôle très important qu'a joué la mise en place des traitements de substitution dans le combat contre les effets nocifs et les décès liés à l'usage de drogues, les principales réponses efficaces mises en place par les différents Etats membres de la Communauté consistent en :

- un travail de proximité auprès des groupes à risques,
- des campagnes de vaccination contre l'hépatite B,
- la formation des toxicomanes aux premiers gestes en cas d'overdose,
- l'accès au matériel d'injection stérile,
- la mise à disposition de salles d'injection avec assistance médicale.

A) Un travail de proximité ciblé

Bien que tous les pays de la Communauté européenne et la Norvège possèdent une offre de services de proximité aux personnes dépendantes, il existe une grande disparité au niveau de leur importance et de leur compétence. Les services à bas seuil demeurent une porte d'accès prépondérante à l'information et à l'éducation des usagers de drogues sur la nature des risques liés à leur pratique et à la façon de les réduire. Par exemple, on peut citer la campagne de promotion pour l'utilisation de l'eau de Javel (209) dont la diffusion a été assurée par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) (voir annexe 6).

Il faut également souligner la participation importante de ces centres, plus ou moins organisés, dans l'apport de services de soins sanitaires essentiels aux usagers de drogues, actions qui contribuent à la réduction du risque de contracter une maladie infectieuse (116).

B) Formation des toxicomanes aux premiers gestes de secours

Des approches innovantes de prévention et de gestion des overdoses sont rapportées par plusieurs pays (117). L'Allemagne, la Belgique, la Finlande, le Royaume-Uni, et la Norvège ambitionnent de former les usagers à correctement réagir face aux descentes difficiles sans avoir recours à l'hospitalisation (116), à mieux se protéger contre l'accident de surdose et à mieux gérer ces situations lorsqu'ils sont témoins d'un surdosage. En plus de la distribution de supports spécifiques, des spécialistes enseignent les techniques de réanimation, voire l'utilisation de la naloxone

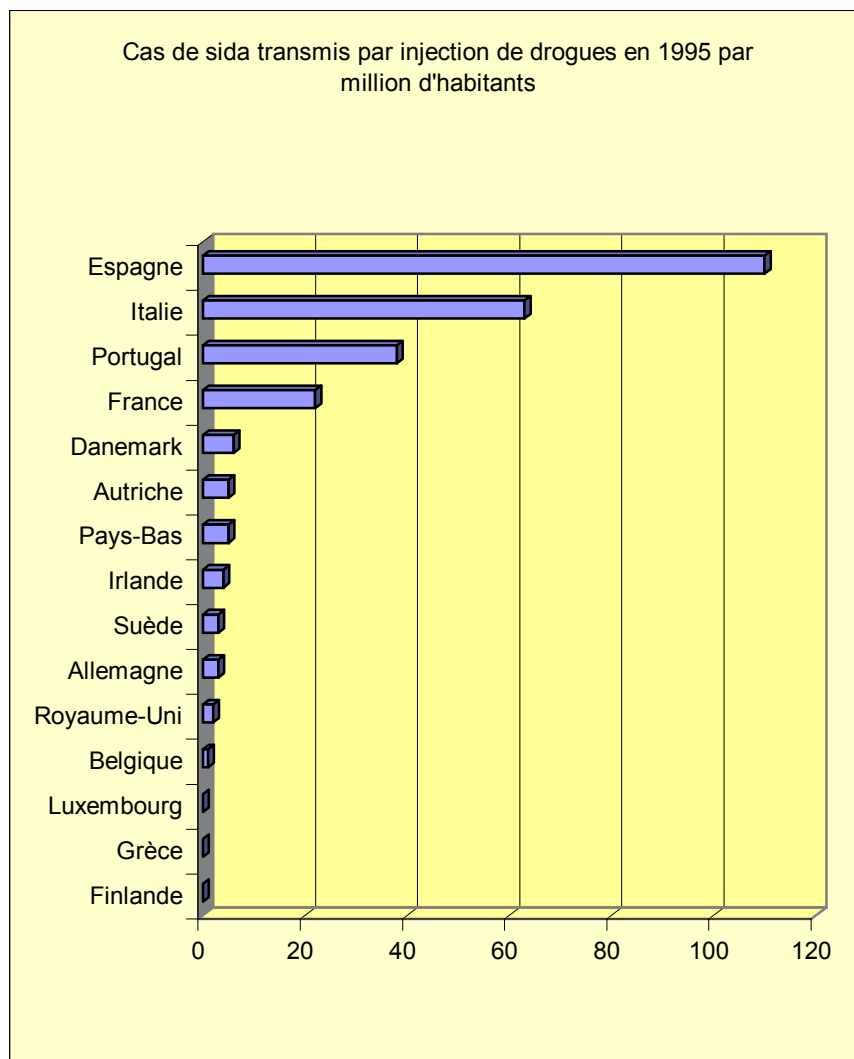
C) Des programmes de vaccination contre l'hépatite B

L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Finlande, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni se sont fixé comme but de vacciner systématiquement tous les usagers de drogues contre l'hépatite B. Cela entend logiquement les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) ainsi que d'autres personnes dépendantes qui peuvent connaître des situations à risque autres que l'injection (117).

Ils oeuvrent pour rendre plus accessible la vaccination contre l'hépatite B avec pour objectif d'atteindre l'immunisation totale parmi un pourcentage élevé de toxicomanes. Beaucoup se heurtent malheureusement à des difficultés financières comme la Belgique, qui n'ayant pas encore déclaré cette population comme groupe prioritaire, ne peut pas compter sur la gratuité des vaccins.

D) Faciliter l'accès à du matériel d'injection stérile

Les programmes de mise à disposition de matériel d'injection stérile sont très importants pour limiter le nombre de cas de transmission du VIH et des autres infections virales par le sang chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. Pour s'en persuader, il suffit de prendre connaissance du nombre de cas de sida transmis par injection de drogues en 1995.



Source : Surveillance du sida en Europe – OMS (118)

Des Programmes d'Echange de Seringues (P.E.S.) existent dans tous les pays de la communauté que ce soit par l'intermédiaire des centres anti-drogue, de pharmacies ou de distributeurs payants.

Cependant, ici encore, de larges différences demeurent en termes de disponibilité et de couverture. La Finlande a fortement consolidé le maillage des points d'échange sur son territoire au cours de l'année 2001, au même titre que l'Irlande qui considère comme primordiale la politique globale de réduction des risques. Cette vision est également partagée par le Portugal mais la disproportion entre le budgets alloués à la réduction des risques (5 %) et à la prévention (95 %) laisse supposer que les futures installations seront retardées pour cause de financement insuffisant (116).

Il faut reconnaître que la France possède dans ce domaine une longueur d'avance. La politique de réduction des risques infectieux a été impulsée dans les années 1990 en réaction à l'extension de l'épidémie du VIH puis de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Dès le début, un des objectifs poursuivis a été de faciliter l'accès aux seringues stériles et à l'ensemble du matériel d'injection.

Dans un premier temps, le gouvernement a modifié sa législation portant sur le commerce et l'importation de seringues et d'aiguilles afin de permettre une ouverture à la vente de ces articles. En 1989 et 1995 sont parus deux textes capitaux :

- un premier décret permettait la vente libre de seringues en pharmacie pour les personnes majeures (119) ;
- un second autorisant la délivrance gratuite de seringues par les associations menant des actions de prévention contre le sida et les hépatites (120).

Dans un deuxième temps, le ministère chargé de la santé a lancé plusieurs initiatives :

- soutien de l'Etat à la mise en place des programmes d'échanges de seringues, à l'implantation d'automates et à l'ouverture de lieux d'accueil de proximité (boutiques, sleep in)
- mise sur le marché de trousse de prévention pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (Stéribox®, Kit® et Kap®).

Les automates comprennent les distributeurs-échangeurs de seringues, les récupérateurs et les distributeurs. Ces machines permettent un accès facile en matériel stérile, et sont donc par nécessité généralement installés sur la voie publique. Ceci se fait après obtention d'un accord formel de la municipalité et réclame un travail d'explication et de mise

au point avec les services de police. Deux modèles sont actuellement sur le marché : les Distribox® positionnés à côté des officines et les distributeurs et échangeurs-distributeurs dits de « voie publique » (90).

Les Boutiques sont des structures d'accueil dites "à bas seuil d'exigence" vis-à-vis des usagers de drogues actifs marginalisés (121). Deux boutiques, du nom du premier lieu d'accueil, ont été créées en 1993. Leur nombre a rapidement augmenté, pour atteindre 32 à la fin 1997 ; deux boutiques supplémentaires ont été financées en 1998. Destinés aux usagers de drogues dépendants en situation de grande précarité, deux sleep-in, un à Paris et l'autre à Marseille offrent un hébergement de nuit en urgence . En plus de la mission primordiale consistant en l'échange de seringues, ces centres doivent aussi permettre :

- la « réparation du corps » grâce à des soins, à la possibilité de prendre une douche et de laver son linge, de se restaurer,
- la création ou la renaissance d'un lien entre le toxicomane et l'antenne sociale,
- le rappel de valeurs citoyennes comme le respects des autres.

Programmes d'échanges de seringues	86
Boutiques	34
Sleep-in	2
Stéribox vendus	2,7 millions
Automates implantés	148
Récupérateurs simples implantés	50

Nombre de structures répertoriées en 1998 en France (Source : DGS/Division Sida) (107)

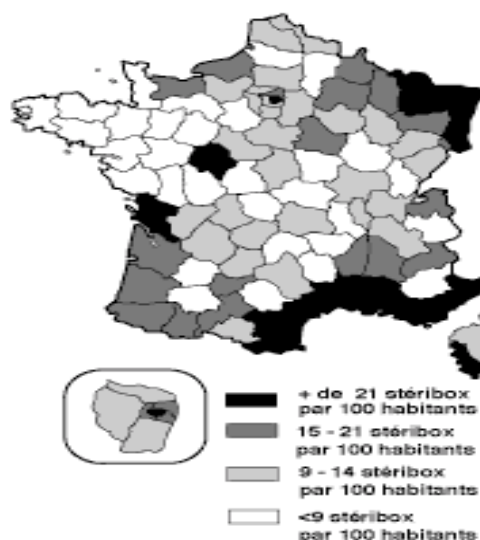
Quatre modèles différents de trousse de secours ont obtenu une autorisation de mise sur le marché français : Stéribox®, Kit®, Kat® et la Trousse MSF. Elles se distinguent par leur présentation et leur contenu comme mentionné dans le tableau ci-dessous.

	Stéribox®	Le Kit®	Kap®	Trousse MSF
Conditionnement	Boite de carton	Boite de carton ou	Tube plastique rigide	Sachet plastique

		sachet plastique		
Seringue(s) à insuline 1 ml	2	2	2	1
Seringue à insuline 2 ml	non	non	non	1 (trousse particulière)
Emballage pour seringue usagée	non	non	Tube plastique rigide	Tube plastique rigide
Ampoules d'eau ppi	2	2	1	1
Tampons alcoolisés	2	2	2	2
Filtre(s) stérile(s)	2	2	1 ou 2	1
Préservatif	1	1	1	1
Message de prévention	oui	oui	oui	oui
Récipient(s) stérile(s)	2 Stéricup [®]	2	1 ou 2	non
Solution d'acide citrique stérile injectable	non	non	non	non
Lieu de distribution	Pharmacies d'officines et Distribobox [®]	associations	Associations MDM et distributeurs	Association MSF
Payant/gratuit	payant	gratuit	gratuit	gratuit

Trousses de prévention pour usagers de drogues par voie intraveineuse disponibles en France (122)

Nombre de Stéricup vendus par 100 habitants de 20 à 39 ans (dans l'année 1998)



(107)

D'autres modèles de trousses, similaires, sont distribués dans les autres pays de la communauté. Toutefois, une différence notable tient au fait que des kits espagnols (kits de

l'association Medicos del Mondo) et suisses renferment des sachets d'acide citrique ou d'acide ascorbique. Ce supplément évite l'usage du citron utilisé et partagé par les toxicomanes pour diluer divers produits, comme certaines héroïnes, et source de candidoses. En France, l'acide citrique en vrac, en sachet ou en gélule continue à être fourni par les pharmaciens d'officine en attendant une présentation plus adaptée et stérile (122).

2.5. – Augmenter le nombre de traitements

A) Des programmes et des médicaments différents

L'acceptation des traitements de substitution est le fruit d'une longue lutte idéologique entre les pro-substitution parmi lesquels le docteur Benjamin Dall qui déclarait déjà à la fin du XIX^{ème} siècle : « *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, 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* » (123); et les contestataires qui voient dans cette pratique le simple remplacement de l'héroïne par une autre drogue.

Les différents gouvernements nationaux européens ont donc dû trancher et tous ont admis le rôle essentiel de ces nouveaux traitements dans la lutte contre la toxicomanie et notamment la prise en charge globale du toxicomane. Les objectifs de telles démarches sont effectivement à court et moyen terme de :

- diminuer l'appétence du toxicomane pour l'héroïne,
- supprimer les signes de manque consécutifs à l'arrêt de la drogue,
- et, point important, stabiliser l'usager avéré pour le réinscrire dans une dynamique de soins et de resocialisation.

Deux grands types de programmes sont appliqués dans les pays européens, tous deux pouvant coexister dans un même pays à l'exemple de la France (124) :

Les programmes à bas seuil d'exigence :

- sont d'accès facile,
- sont orientés vers la réduction des risques,
- ont comme objectif principal de soulager les symptômes de manque et le désir compulsif et de permettre l'amélioration de la qualité de vie des patients,
- proposent différentes options de traitement.

Les programmes à haut seuil d'exigence :

- sont plus difficile d'accès car ils peuvent réclamer des critères d'admission sélectifs,
- sont orientés vers l'abstinence,
- n'ont pas d'option de traitements flexibles,
- procèdent à des contrôles urinaires réguliers,
- mènent une politique d'exclusion rigide en cas de non respect des règles,
- soumettent obligatoirement les patients à un accompagnement psychologique.

Quelque soit le programme choisi, les thérapeutes européens prescrivent essentiellement deux principes actifs : le chlorhydrate de méthadone et chlorhydrate de buprénorphine.

B) La méthadone

La méthadone a été synthétisée pour la première fois pendant la seconde guerre mondiale d'après les travaux de chimistes allemands. A cette époque, l'objectif de ces scientifiques germaniques est de mettre au point un médicament au potentiel analgésique

identique à la morphine mais ne possédant pas les mêmes inconvénients que sont les dépendances physiques et psychiques et le phénomène de tolérance.

L'idée de recourir à cette molécule dans un traitement de substitution à l'héroïne est née aux Etats-Unis en 1949 (Isbell et Vogel), mais il a fallu attendre 1973 pour la voir employée en France dans le cadre de recherches menées dans deux hôpitaux parisiens : Fernand Widal et Sainte Anne. Fait unique, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris est aujourd'hui titulaire de la totalité des Autorisations de mise sur le marché et en a confié l'exploitation au Laboratoire pharmaceutique Bouchara Recordi (21).

Propriétés thérapeutiques

La méthadone est un agoniste des récepteurs aux opiacés et se fixe principalement sur la catégorie μ . Elle trouve donc tout naturellement sa place au sein du groupe très hétérogène des analgésiques. Comme la morphine, son administration peut potentiellement entraîner :

- une dépression respiratoire,
- un ralentissement du péristaltisme intestinal,
- une majoration du tonus des voies biliaires,
- une hypotension orthostatique par vasodilatation périphérique.

Ses propriétés euphorisantes sont moindres (125).

Indication thérapeutique

La seule indication retenue par l'Agence française de sécurité sanitaires des produits de santé est : « le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique » (126).

Pharmacodynamie

La méthadone est bien résorbée par le système gastro-intestinal. Elle offre une excellente biodisponibilité (80 à 95 %), mais possède une demi-vie très variable (10 à 80 heures) suivant l'activité hépatique du patient. Sa vitesse de métabolisation est très influencée par les facteurs génétiques et les associations médicamenteuses. Les prescripteurs doivent d'ailleurs être très vigilants pour les médicaments parallèles (inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, (15)) sous peine de provoquer une toxicité de la méthadone ou, à l'inverse, un syndrome de manque. Les formes métabolisées de la méthadone sont éliminées dans les urines et les fèces (127).

Effets secondaires

Ses effets secondaires sont, d'après les informations collectées (128, 129, 130, 21) :

Hypersudation	Dépression respiratoire	Spasme du sphincter d'Oddi
Nausées	Hypotension artérielle	Flush
Constipation	Arrêt respiratoire	Bradychardie
Euphorie	Choc	Palpitations
Vertiges	Arrêt cardiaque	Rétention urinaire
Somnolence	Céphalée	Diminution de la libido
Vomissements	Agitation	Prurit
Sédation	Trouble de la vision	Urticaire
Dysurie	Sécheresse buccale	Rash
Œdème	Anorexie	Insomnie

Effets secondaires de la méthadone

Les effets mentionnés dans la colonne grisée ne sont ressentis qu'au début du traitement et disparaissent ensuite.

Parmi toutes les études menées sur l'utilisation de la méthadone, un travail australien (131) rapporte non seulement la liste des effets mais également respecte une classification par prévalence décroissante de chacune de ces répercussions somatiques ressenties par les patients traités (étude menée sur 114 sujets).

Symptômes rapportés	Pourcentage
Effets liés à l'usage d'opiacés	
Constipation	68
Sécheresse de la bouche	65
Démangeaisons de la peau	26
Démangeaisons du nez	18
Règles irrégulières	49
Effets dus à un manque d'opiacés	
Insomnie	43
Douleurs musculaires	43
Douleurs articulaires et osseuses	36
Nausées	35
Effet fugace	53
Autres	
Sudation excessive	85
Léthargie	67
Baisse de la libido	64
Problèmes dentaires	49
Appétit accru	40
Problèmes sexuels	33
Difficultés de concentration	33
Confusion mentale	28
Vertiges	20

Rétention urinaire	18
vomissements	14

Résultats de l'étude australienne (n=114)

Précautions d'emploi

Les précautions découlent des effets indésirables énumérés ci-dessus. Il faudra donc apporter une attention toute particulière chez une personne :

- asthmatique,
- atteinte d'insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique grave,
- diabétique en raison de la teneur en saccharose dans la spécialité,
- souffrant d'hypothyroïdie, d'insuffisance surrénalienne, ou encore d'hypertrophie prostatique.

Des mises en garde spécifiques à ce produit sont décrites comme suit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM française (21) :

- le chlorhydrate de méthadone est un dérivé morphinique dont l'usage est exclusivement réservé au traitement des pharmacodépendances opiacées.
- le succès du traitement est étroitement corrélé à la posologie et aux mesures médico-psychologiques et socio-éducatives associées.
- le traitement peut révéler des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée et adaptée au patient.
- l'arrêt brutal du traitement entraîne l'apparition d'un syndrome de sevrage aux opiacés et une diminution de la tolérance (cette parenté toxicomanogène avec les substances opiacées illicites ou retrouvées dans des spécialités pharmaceutiques a longtemps été un frein à son emploi). En cas de reprise du traitement les mêmes précautions que lors de la mise en place du traitement doivent être observées.

Une dernière précaution est de rappeler à la personne prise en charge le risque vital d'associer la méthadone à la prise :

- d'autres morphiniques par addition des effets secondaires (129),

- les benzodiazépines (132), les barbituriques et autres dépresseurs centraux.

Le tableau ci-dessous dimensionne les taux de mortalité observés parmi des groupes de personnes prises en charge sous méthadone (133), que se soit par suite d'un mauvais dosage (40 % des cas) ou par association d'autres substances (60 % des cas).

Etude	Lieu	Période	Population étudiée	Décès liés à la méthadone (%)
Worn et al.	Copenhague (Danemark)	1981	Toxicomanes	6/94 (6,4%)
		1989		15/70 (21,4%)
Caplehorn et al.	Sydney (Australie)	1970 à 1980	Héroïnomanes	11/307 (3,6%)
Harding-Pink	Genève (Suisse)	1981 à 1986	Décédés d'overdose d'opiacés	23/87 (26,4%)
Coleridge et al.	Victoria (Australie)	1989 à 1990	Décédés d'overdose de drogues ou de médicaments	11/231 (4,8%)
Obafunwa et al.	Lothian (Ecosse)	1983 à 1992	Toxicomanes décédés d'overdose	54/352 (15,4%)
Kaa et al.	Copenhague (Danemark)	1980 à 1989	Toxicomanes	33/238 (14%)
	Oslo (Norvège)	-	-	6/263 (2%)
Kringsholm et al.	Copenhague (Danemark)	1987 à 1990	Toxicomanes	140/739 (19%)

Décès sous méthadone (133)

Les signes d'intoxication

Une overdose peut survenir à tout moment pendant le traitement par suite d'un abaissement de la tolérance du malade face à la méthadone. Cette diminution d'acceptation est la conséquence directe d'une trêve dans le déroulement du traitement ou au contraire la prise massive accidentelle ou volontaire de sirop.

Dans ce cas, le tableau clinique observé par les équipes soignantes d'urgence est le suivant :

- un myosis,
- une bradypnée,
- un œdème pulmonaire,
- un état de somnolence voire un coma,
- une hypotension artérielle,
- une bradycardie,
- une dépression respiratoire.

C) La buprénorphine haut dosage

La buprénorphine est un opioïde hémi-synthétique doté d'une activité mixte agoniste/antagoniste au niveau des récepteurs centraux aux opiacés.

Sa puissance analgésique est 20 à 40 fois celle de la morphine. Ce critère en a fait un médicament de choix dans le traitement de la douleur aiguë ou chronique, notamment en phase post-opératoire ou néoplasique (134). Cette même capacité analgésique explique que cette molécule a d'abord été commercialisée à cette fin et lui a valu ses premières Autorisations de mise sur le marché.

Le Laboratoire Schering Plough est aujourd'hui titulaire et exploite les Autorisations de mise sur le marché pour les formes galéniques de buprénorphine haut dosage (BHD) (134).

Propriétés thérapeutiques

Agoniste/antagoniste morphinique, la buprénorphine se fixe au niveau des récepteurs μ cérébraux. Son activité dans le traitement de substitution aux opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible, qui, en occupant ce site de fixation si prisé, minimise de façon prolongée le besoin du toxicomane en stupéfiants (17).

L'activité agoniste partielle confère à cette molécule une grande marge de sécurité. Cette dualité d'action limite les effets dépresseurs communs aux opiacés et affecte moins les fonctions cardio-respiratoires (135).

Indication thérapeutique

Pareillement à la méthadone, l'intitulé porté dans l'AMM française pour la buprénorphine haut dosage est : « le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique » (17).

Effets secondaires

Toujours d'après les informations rapportées (17, 136, 137) :

Constipation	Nausées	Hypersudation
Céphalée	Vomissements	Dépression respiratoire
Insomnie	Lipothymie	Hépatite cytolitique
Asthénie	Sensation de vertige	Hallucinations
Somnolence	Hypotension orthostatique	Syndrome de sevrage

Effets secondaires du Subutex®

Les cas de dépression respiratoire mentionnés dans la littérature sont souvent la résultante d'un usage détourné du Subutex® qui est alors le plus souvent injecté (138) et non absorbé per os. La présence concomitante de benzodiazépines est également souvent

retrouvée dans un grand nombre d'observations de dépression ventilatoire. Plusieurs auteurs pensent que les représentants de cette classe pharmacologique pourraient majorer de façon importante la dépression centrale induite par la buprénorphine (79).

Ainsi, en marge des risques inhérents à l'injection en intraveineuse de buprénorphine, la prise concomitante de benzodiazépines, comme le Rohypnol, constitue aussi un facteur de risque de premier ordre, surtout lorsque l'on connaît la prévalence de leur utilisation parmi la population toxicomane (139).

Des cas de cytolyses hépatiques et d'hépatites ictériques ont été rapportés. Même si elles sont généralement d'évolution favorable et bien que la relation causale n'ait pas formellement été établie, un bilan biologique et étiologique est pratiqué en cas de suspicion d'atteinte hépatique. Si le résultat est négatif, le médicament est maintenu en respectant une étroite surveillance médicale. Dans le cas inverse, la prescription est arrêtée selon un protocole précis afin d'éviter tout risque de syndrome de sevrage ou de rechute vers la toxicomanie (17).

Il convient également de porter une attention toute particulière lors de la première administration, celle-ci pouvant produire un effet de sevrage du même type que celui de la naloxone chez les patients présentant une opiodépendance marquée. Un intervalle minimum de quatre heures doit être respecté entre la dernière prise de toxique et le recours au Subutex[®] (134).

Pharmacocinétique

L'importance de l'effet de premier passage hépatique interdit l'utilisation de la buprénorphine par voie orale. Les formes galéniques sont donc adaptées à une administration par voie sublinguale qui offre une meilleure biodisponibilité, environ 40 %. Celle-ci peut cependant être augmentée par la prise d'alcool ou d'autres formes médicamenteuses liquides simultanée. Elle est ensuite métabolisée par un type de cytochrome P450 qui désactive définitivement les propriétés thérapeutiques de la molécule (140). L'élimination est essentiellement biliaire mais une partie de la prise est également excrétée par voie rénale.

Précautions d'emploi

Les précautions à respecter découlent d'une part des effets indésirables cités ci-dessus et de sa pharmacocinétique, et d'autre part des associations médicamenteuses à prendre en compte.

Il convient alors de prendre garde à sa prescription chez des personnes étant ou ayant connu des antécédents (17) :

- d'asthme et plus largement d'insuffisance respiratoire,
- d'insuffisance rénale ou hépatique.

La prescription concomitante de benzodiazépines augmente considérablement le risque de dépression respiratoire centrale. Il est alors d'usage soit de diminuer les posologies, soit d'éviter leur prescription en cas de suspicion de mésusage. D'autres associations avec des dépresseurs du système nerveux central doivent aussi appeler à la vigilance (134).

Cas d'intoxication

Les propriétés d'agoniste partiel morphinique de la buprénorphine confèrent à cette spécialité une marge de sécurité importante. Mais, en cas de surdosage accidentel et surtout lors d'injection intraveineuse, la fonction respiratoire du patient peut être atteinte. Cette complication nécessite alors l'admission du malade au sein d'un service de réanimation.

D) Cadre d'utilisation de ces deux médicaments en France

La prescription de méthadone en France respecte la description européenne d'un programme à haut seuil d'exigence. Jusqu'en 2001, sa réalisation reposait sur un réseau de

Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST). Nous verrons pourtant que d'autres médecins peuvent désormais intervenir lors de son initialisation (141).

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou CSST

Ces centres sont l'aboutissement et l'illustration d'une note d'orientation (126) et d'une circulaire (142) émanant de la Direction générale de la santé qui précisent l'obligation pour tout service public hospitalier de tenir à la disposition des personnes les plus démunies une structure d'accueil spécialisée et d'aide médicale.

Les CSST ont pour but d'offrir aux toxicomanes une porte de sortie à leur comportement addictif, échappatoire visant à atteindre l'abstinence d'une manière acceptable et de façon durable. Ces centres ne traitent pas uniquement les dépendances aux opiacés mais plus largement les toxicomanies à toute substance psycho-active, que celle-ci soit légale ou non.

Dans cette perspective, les personnels soignants se donnent pour mission de faire entrer le toxicomane avéré dans leur organisation de soins en appréciant son niveau de dépendance dès son accueil pour mieux combattre les multiples difficultés médicales, psychologiques, psychiatriques et sociales inhérentes à ses anciennes pratiques (143).

En filigrane, ces antennes hospitalières ont également un rôle préventif : préserver les nouveaux patients contre les risques associés aux conduites addictives comme le recours à la voie intraveineuse propice à l'infection par le SIDA et par les hépatites.

Cette globalisation de la prise en charge du phénomène toxicomaniaque nécessite de gros efforts des deux côtés (médecins et malades) et explique la nécessité d'affirmer un contrat moral imposant certaines règles de comportement aux patients dès leur accueil.

Les professionnels présents

Les équipes sont toutes multidisciplinaires et comprennent (32) :

- des médecins généralistes,
- des psychiatres,
- des psychologues,
- des infirmiers,
- des éducateurs spécialisés,
- des assistants sociaux.

L'accueil

Un accueil réussi est sans nul doute le premier gage de succès pour la conclusion de la prise en charge du toxicomane. A l'inverse, un échec lors de cette étape peut démotiver le toxicomane volontaire et le faire replonger dans l'univers qu'il souhaite pourtant quitter (144).

En peu de rencontres et peu de mots, l'accueillant doit :

- convaincre le malade de l'importance de sa démarche,
- obtenir sa fidélité et son acceptation des contraintes dans la dispensation de la méthadone et du suivi de l'efficacité du traitement.

Cette étape capitale se déroule pourtant dans un environnement pas toujours organisé pour cela. Une même personne doit en effet veiller à ce que les patients respectent l'ordre des visites, surveiller les entrées et les sorties des personnes étrangères au centre (ces lieux peuvent intéresser des dealers), s'assurer que les malades sont en état de quitter le centre après la prise de méthadone, ou encore s'interposer entre des pensionnaires agressifs (145).

L'intégration au protocole thérapeutique

Le premier contact noué, le relais est assuré par une consultation médicale visant à établir un 'bilan initial' duquel va découler le choix d'une stratégie thérapeutique adaptée au patient.

Ce bilan comprend couramment (145) :

- un examen médical somatique avec notamment la recherche de points d'injection, un examen sérologique. Cet examen médical porte aussi sur la fonction hépatique, la recherche d'asthme ou d'insuffisance respiratoire. La détermination de la dose journalière de méthadone prescrite sera liée au degré de dépendance physique évalué par le médecin (état général mais aussi nombre de comprimés de codéine ou de dextropropoxyphène en cas de traitement sauvage).
- un examen médical psychiatrique puisque la comorbidité psychiatrique des toxicomanes est importante (troubles dépressifs majeurs, personnalités antisociales, troubles phobiques ou anxieux, alcoolisme). Ces pathologies réactivent l'appétence toxicomaniaque et sont des facteurs d'échec des cures mal entamées.
- un examen toxicologique des urines avec recherche d'opiacés et de méthadone afin de confronter ces résultats aux informations données par le malade, d'affirmer la dépendance et d'éviter les doubles suivis.

Des 'tests' d'évaluation viennent compléter ce premier bilan médical. Ils permettent d'inclure les malades dans des sous-groupes et guident les thérapeutes vers le choix d'un premier traitement. A posteriori, on pourra juger de l'adéquation entre un protocole de traitement et un sous-groupe de patients par l'analyse des résultats observés.

Parmi la batterie de tests disponibles, on peut citer (144) :

- *l'A.S.I (Addiction Severity Index)* offrant la possibilité de retracer l'histoire du comportement toxicomaniaque du patient et d'établir la gravité possible des troubles mis à jour. Il comprend sept domaines :

- usage de drogues,
- usage d'alcool,
- état médical,
- état psychologique,
- situation légale,
- relations familiales,
- emploi et ressources.

- le *R.A.B.*, questionnaire mis au point par le docteur Metzger, s'attache à déterminer le risque pour le patient d'être infecté par le virus du SIDA suivant son comportement passé (échange de matériel d'injection, activité sexuelle).

- L'amélioration de la qualité de vie est appréciée grâce au *T.E.A.Q.V.* (Test d'Evaluation Assistée de la Qualité de Vie) et appréciée selon deux visions :

- objective ; elle s'appuie essentiellement sur l'état médical, psychiatrique et sur l'environnement social du malade ;
- subjective ; elle se réfère au sentiment personnel de satisfaction du toxicomane. Le Beck Depression Inventory (BDI), échelle d'auto évaluation de la dépression en 21 items mise au point par le docteur du même nom, peut venir compléter l'analyse de la situation psychiatrique.

L'initialisation du traitement

Les conditions de délivrance de la méthadone respectent les protocoles ministériels retenus et leurs modifications. La prescription de ce produit relève de la seule décision du médecin, nommé médecin référent, puisqu'un patient est toujours suivi par le même

thérapeute. Depuis la circulaire de la Direction générale de la santé (141), la capacité de primo-prescription est reconnue aux médecins travaillant dans un CSST ainsi qu'aux médecins exerçant au sein d'un établissement de soins. Cette ouverture répond aux critiques formulées sur la difficulté d'accès à la méthadone, obstacle jugé à l'origine du retard français compte tenu du nombre de personnes suivies selon ce programme (146). Un quelconque contact entre un toxicomane et un hôpital, exception faite des services d'urgence, peut désormais ouvrir sur l'initiation et le suivi par l'établissement d'un traitement de substitution. Ceci vaut également pour les médecins intervenant dans les centres pénitentiaires.

En dehors des cas d'hospitalisation, les patients se rendent quotidiennement au CSST pour recevoir leur dose. Ce médicament présenté sous forme de sirop doit obligatoirement être bu sur place et en présence d'un personnel infirmier (125).

Les infirmiers tiennent une grande place dans le fonctionnement des centres puisqu'ils rencontrent tous les jours les curistes. Disponibles et à l'écoute des malades, ils doivent assurer en plus de ce rôle d'accueil et de délivrance un suivi médical et le respect des contrôles urinaires.

La première précaution du contrôle urinaire vise à s'assurer que le patient donne bien sa propre urine. Ensuite, selon les possibilités des centres, une recherche de toxiques est régulièrement entreprise sur les échantillons collectés. Le rythme imposé est d'un à deux contrôles par semaine pendant les trois premiers mois, puis deux fois par mois ensuite.

La liste ci-dessous présente les produits susceptibles d'être testés dans les urines :

- recherche de méthadone,
- méthadone
- opiacés naturels (si positif, il est conseillé de compléter cette analyse par la recherche du 6 mono acétyl morphine qui signe la prise d'héroïne).
- opiacés synthétiques (buprénorphine, dextromoramide, dextropropoxyphène),
- cocaïne,
- amphétamine et ses dérivés,
- barbituriques,

- benzodiazépines,
- cannabis.

Cette liste ne peut être qu'indicative car un curiste peut très bien recevoir en parallèle un traitement à base de benzodiazépines.

La mise à jour d'une prise d'opiacés en sus de la dose de méthadone peut témoigner d'un sous dosage de méthadone, dose insuffisante pour la stabilisation du patient.

L'adaptation du traitement à une personne donnée est à ce prix.

Un travail social sous-jacent

Le fait que les centres spécialisés et établissements de santé concentrent en un même lieu des professionnels et des volontaires médicaux, paramédicaux et sociaux constitue un énorme avantage.

La fréquentation quotidienne, puis hebdomadaire, de ces centres par les malades permettent aux acteurs sociaux de rebâtir sereinement l'avenir des patients. Selon leurs besoins habituels ou spécifiques, un certain nombre de démarches peuvent être entreprises dans divers domaines (145) :

◆ l'accès aux soins :

- aide à la reconnaissance des droits (ouverture des droits, affection longue durée (ALD), couverture mutuelle universelle (CMU)...),
- dispensation gratuite des traitements de méthadone.

◆ les ressources :

- constitution d'un dossier pour le revenu minimum d'insertion,
- dossier d'allocation adulte handicapé (AAH) auprès de la COTOREP,

◆ le logement :

- recherche d'un logement,
- constitution d'un dossier de financement,
- aide financière directe de Médecins du Monde,
- orientation vers des structures d'hébergement d'urgence,

◆ l'insertion professionnelle :

- centres de formation professionnelle, ANPE

◆ la vie quotidienne :

- aide financière pour les transports,
- aide alimentaire,

La stabilisation et la sortie du CSST ou de l'établissement de santé

La posologie usuelle varie d'un patient à l'autre, mais la plupart des sevrages débutent avec des doses comprises entre 60 et 80 milligrammes par jour. L'expérience montre que la posologie maximale indiquée dans le résumé des caractéristiques du produit est parfois dépassée (125).

Point important de la phase de stabilisation, la prise journalière de méthadone ne doit jamais être diminuée, suspendue ou définitivement arrêtée sans le consentement du médecin référent. Le thérapeute décidera cependant de mettre un terme au traitement s'il s'avère que le toxicomane ne respecte pas les engagements décidés le premier jour ou s'il apprend que son patient fréquente déjà un autre établissement analogue. Les flacons de méthadone distribués pour ces traitements contiennent un marqueur spécifique et identifiable lors des contrôles urinaires. Cette précaution écarte tout risque de double-suivi.

D'autres événements auparavant suspensifs comme l'incarcération du patient ne sont plus aujourd'hui des obstacles incontournables pour la poursuite de la thérapie. Les contacts

noués entre les CSST et les centres pénitentiaires permettent la continuité du traitement sans trop de difficultés. La bibliographie rapporte que cette passation de responsabilité se montre cependant plus aisée au sein des centrales pénitentiaires que des maisons d'arrêt, question de moyens (145).

Plusieurs mois après le début du traitement dans le cas d'un traitement suivi par un CSST où lors de la sortie de l'établissement de santé, le médecin référent peut proposer en fonction de la régularité du patient (dose d'équilibre atteinte, suivi des visites, début de réinsertion sociale) et après concertation auprès des autres professionnels, un relais par un médecin de ville. Si le praticien hospitalier ne juge pas son patient suffisamment stabilisé pour un relais en ville, il l'oriente alors vers le CSST le plus proche (141).

Cette ouverture vers un médecin généraliste non spécialisé se veut une preuve de confiance envers le malade puisque sa mise en place allège alors les conditions de délivrance et les vérifications permanentes parfois mal vécues.

Le choix du médecin relais est libre pour le toxicomane et le médecin référent n'intervient que dans un second temps afin de définir le cadre réglementaire et moral de cette substitution. Il n'y a pas actuellement de texte réglementaire limitant la prescription à certains médecins généralistes comme par exemple ceux impliqués dans un réseau toxicomanie/ville/hôpital. Contact pris, le médecin référent adresse son ancien patient à ce généraliste après lui avoir remis une ordonnance sur papier sécurisé portant la mention 'prescription initiale' et le nom du médecin libéral choisi par le malade. Ce document est capital puisqu'il doit être conservé durant une année par le malade et présenté au pharmacien d'officine lors de toute délivrance de méthadone, en plus de l'ordonnance hebdomadaire du médecin libéral (126).

L'année terminée, le patient reprend contact avec son médecin référent afin d'établir un bilan, de communiquer sur son expérience et renouveler son ordonnance annuelle.

La prescription par un médecin de ville n'est possible que si celui-ci a été contacté par le médecin référent du patient concerné et dans la mesure où son patronyme figure sur l'ordonnance initiale. Comme précisé ci-dessus, l'ordonnance est établie pour une durée au plus égale à quatorze jours avec une dispensation par tranche de sept jours maximum. Le

médecin pourra exiger que le patient vienne quotidiennement à l'officine pour obtenir son flacon.

Le relais en ville fait également intervenir un pharmacien d'officine, librement choisi par le curiste, comme le médecin libéral. De la même façon que le médecin généraliste de ville, il est contacté avant la rédaction de l'ordonnance et doit donner son accord. Le nom du pharmacien retenu doit aussi être mentionné sur l'ordonnance.

Par analogie au CSST, le pharmacien d'officine joue alors l'ancien rôle dévoué à l'infirmier en assurant la délivrance de la méthadone et en contrôlant sa prise in situ. De même, il doit se montrer vigilant envers l'évolution de son patient et prêter une oreille attentive aux sollicitations et remarques du toxicomane en voie de guérison.

MEMENTO SUR LA DISTRIBUTION DE LA METHADONE

PATIENT

- ◆ Majeur
- ◆ Volontaire et acceptant les contraintes
- ◆ réellement dépendant à un produit opiacé

PREMIERE PHASE

CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES

CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES OU ETABLISSEMENTS DE SOINS

- ACCUEIL
 - tenue d'un registre des différentes orientations
 - suivi médico-psycho-social et éducatif
- MEDECIN*
 - analyse urinaire (pour déterminer les prises de récents toxiques)
 - déterminer la posologie
 - procéder aux contrôles urinaires réguliers

* A ce stade, le médecin du CSST accepte ou non la mise sous méthadone du toxicomane. Les autres solutions sont l'hospitalisation, la cure ou encore le traitement en ambulatoire.

- TRAITEMENT & SUIVI
 - prise quotidienne
 - état semestriel = quantité de méthadone administrée

Facultatif

DEUXIEME PHASE

RELAI CONTACT STABILISE SOUS METHADONE (couverture sociale, sachant se gérer)

MEDECIN du CSST

Ordonnance sur ordonnance sécurisée
Avec mention « prescription initiale »
Comportant :

- . le nom du médecin du CSST
- . le nom du médecin généraliste
- . le nom du patient
- . la posologie préconisée

CONTACT

CSST

- tenue du registre
- continuité du suivi
- médico-psycho-social et éducatif
- contrôles urinaires

MEDECIN GENERALISTE

Donne son accord

Ordonnance sécurisée MAXIMUM 14 JOURS comportant :

- . le nom du médecin généraliste
- . le nom du pharmacien
- . le nom du patient
- . le rythme (cas du fractionnement)

il estime la fréquence des contrôles urinaires (effectués par le CSST)

Si changement de médecin généraliste,
reprendre la procédure (étape 1)
avec nouvelle ordonnance
« prescription initiale »

PHARMACIEN

Donne son accord

Délivre le produit si concordance

Des deux ordonnances

(CSST et Médecin généraliste)

Si changement de pharmacien,
Reprendre la procédure (étape 2)
Avec nouvelle ordonnance
(prescription de ville)

Cas particulier de l'injonction thérapeutique

En cas de délit d'usage de stupéfiants, l'article L. 628.1 du Code de la Santé Publique donne la possibilité au procureur de la République de proposer à une personne reconnue comme simple usager de suivre un traitement médical. En cas de respect du traitement le magistrat peut en conséquence déclarer la sanction normalement prévue comme levée.

Sur décision judiciaire, les injonctions thérapeutiques s'effectuent sous deux formes :

- une cure de désintoxication dans un centre agréé,
- un traitement ambulatoire sous la responsabilité du médecin choisi par l'accusé et accepté par le magistrat (145).

Il s'agit d'un cas particulier de prise en charge par un centre spécialisé ou un médecin généraliste de ville, le toxicomane n'étant pas l'instigateur du protocole thérapeutique.

La durée de prise en charge validée par le procureur varie selon les besoins estimés du toxicomane en fonction de son état de dépendance et de sa marginalisation. En cas de bonne exécution du programme, l'obligation de soins avec objectif médico-social se substitue à la condamnation.

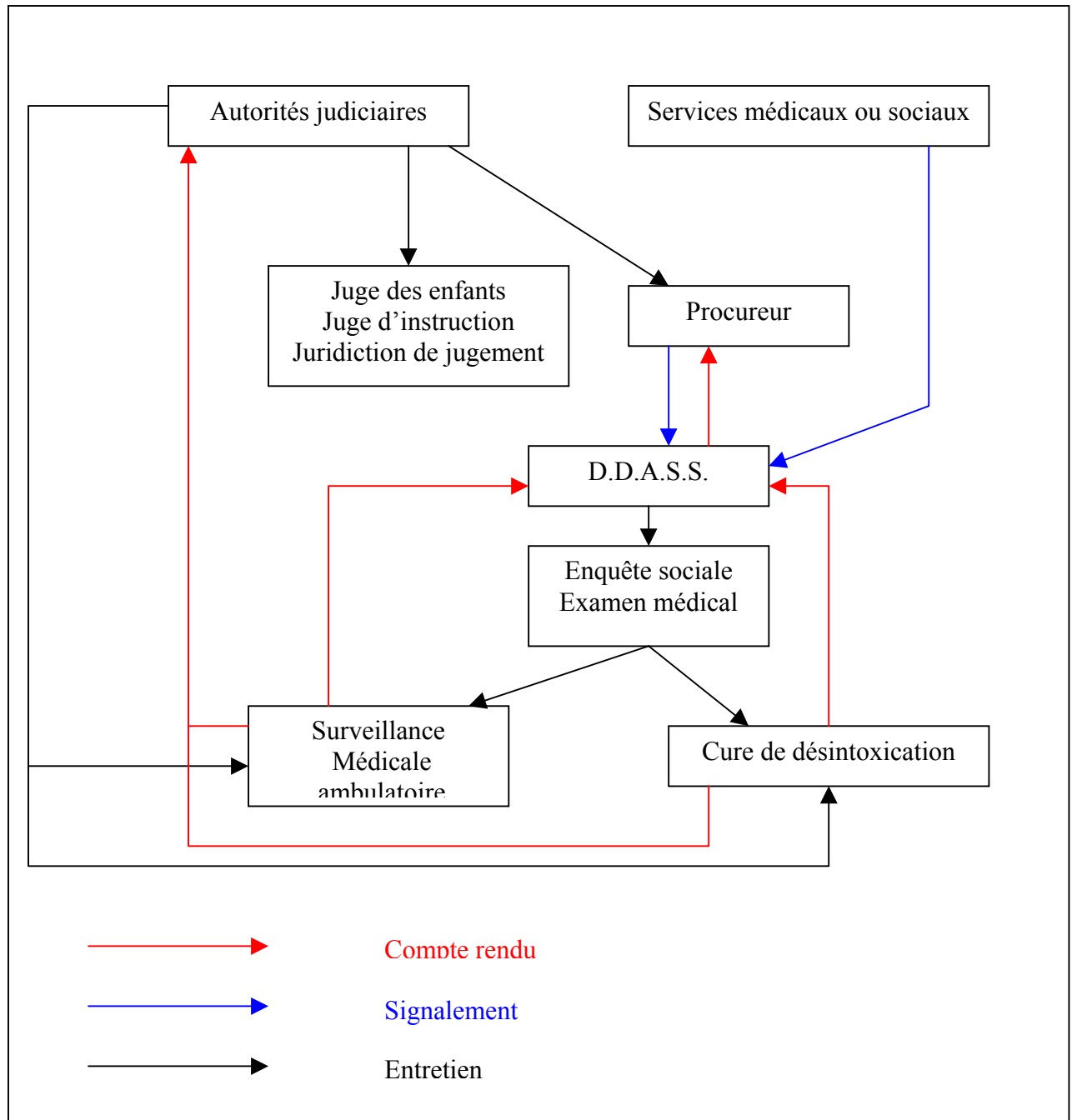
Le principal obstacle à la réussite et au développement de cette porte ouverte est la réticence qu'expriment les médecins face aux contraintes judiciaires imposées dans les relations médecin/malade. Les thérapeutes reprochent au système d'une part l'obligation qui leur est faite d'échanger des informations avec la justice et d'autre part de fausser la libre relation médecin/malade comme l'indique un docteur nantais dans son article : « il y a à peine un an des scellés ont été posés sur les dossiers et la méthadone d'un centre spécialisé » (146).

La loi de 1970 ne distingue pas les drogues dures des drogues douces. Les décisions d'injonction thérapeutique sont très variables selon les régions et peuvent s'appliquer aussi bien à des héroïnomanes qu'à de simples fumeurs occasionnels de cannabis. Nombreux sont d'ailleurs les médecins et les associations à critiquer le fait que le magistrat soit placé au centre de la décision, et non un arbitre entre le corps médical au sens large et les détenus.

A l'inverse, on peut reconnaître à cette possibilité trois avantages :

- l'anonymat (anonymat non garanti dans les traitements de substitution),
- la gratuité,
- le « volontariat ». La participation à une injonction thérapeutique est effectivement sous tendue à l'accord des deux parties : personnelle et judiciaire. Le délictueux n'a pas la liberté de choisir le protocole de sevrage qu'il pourra suivre mais peut cependant refuser la prise en charge médicale et accomplir la peine normalement prévue pour l'infraction qu'il a commise.

Malgré ces remarques et la complexité des interrelations entre les professionnels (illustré en page suivante), le recours à ce type de prise en charge va croissant : 5 000 en 1995, 8812 en 1996. Il ne s'agit là que d'une analyse comptable des injonctions engagées et le sens de cette courbe n'indique nullement un succès sur le plan thérapeutique (147).



Mesures d'ordre sanitaire prévues par la loi de 31 décembre 1970 (84)

En complément de ces protocoles très rigides, le gouvernement français a mis en place une seconde proposition de prise en charge globale des toxicomanes. Contrairement à la méthadone, la prescription de Subutex® est possible par tout médecin même s'il est fortement recommandé à ces praticiens de s'inclure dans un groupe de travail multidisciplinaire. Ces derniers portent le nom de réseau ville-hôpital.

L'objectif attendu dans ce cas n'est pas le sevrage mais plus souvent la stabilisation sanitaire, affective et sociale du demandeur de soins. Il coexiste donc en France deux protocoles différents, le premier à haut seuil d'exigence et le second à bas seuil.

la médecine de ville et les réseaux

Les professionnels de santé touchés par l'ampleur du phénomène toxicomaniaque ont souhaité participer à la lutte contre la toxicomanie en parallèle des efforts fournis par les autorités sanitaires. Ainsi, à côté des centres spécialisés aux toxicomanes, ils ont mis en place des réseaux qui se veulent la déclinaison « ville » des centres et établissements précédemment cités.

Il s'agit d'associations à but non lucratif de différents profils d'acteurs de soins, dont les statuts sont régis par la loi de 1901. Elles font l'objet d'un conventionnement avec l'Etat dans le but est d'améliorer, à l'instar de « leur grand frère hospitalier », la prise en charge globale du patient (médicale, sociale et psychologique).

Les professionnels présents

On retrouve dans ces réseaux tous les acteurs de soins pouvant contribuer à la prise en charge dont voici ci-dessous une liste non exhaustive puisque tout réseau est un cas particulier, dont la forme dépend des motivations propres de ses instigateurs (32) :

- Médecins généralistes de ville, médecins hospitaliers,
- Médecins exerçant en centres médico-sociaux ou dispensaires,
- Médecins de centres pénitentiaires,
- Médecins conseils de la Sécurité Sociale,
- Médecins du travail,
- Médecins scolaires
- Psychiatres hospitaliers ou exerçant en ville,
- Ophtalmologistes,

- Dermatologues,
- Gynécologues,
- Dentistes,
- Pharmaciens hospitaliers et Pharmaciens d'officine
- Infirmières hospitalières ou libérales, ou exerçant dans le cadre d'hospitalisation à domicile,
- Aides soignantes
- Kinésithérapeutes,
- Assistantes sociales, éducateurs,
- Avocats

L'accueil

L'accueil du malade au sein du réseau est généralement réalisé par un médecin généraliste de ville. Il est en effet le centre névralgique de tout réseau puisque son droit à prescrire le Subutex® permet d'apporter au toxicomane venant consulter un effet d'accalmie rapide (148).

D'abord plus facile que ses confrères hospitaliers, le médecin généraliste a le profil idéal pour développer l'aide globale aux marginaux restés à l'écart des centres de soins spécialisés.

Ce premier contact est l'occasion d'un bilan médical plus sommaire que celui des centres spécialisés mais qui a cependant le mérite d'exister. Cet examen se révèle très important dans l'inconscient du toxicomane qui se sent désormais écouté et considéré.

De plus, grâce à la richesse en métiers médicaux, para-médicaux et sociaux du réseau, le médecin pourra facilement diriger son malade vers les autres acteurs nécessaires et avec lesquels il a des relations privilégiées.

Mise en place du traitement

En cas d'entente entre le praticien et son patient, cette consultation initiale aboutit à la prescription du Subutex® sur une ordonnance sécurisée sur laquelle est porté le nom de la pharmacie dans laquelle devra se rendre le toxicomane pour obtenir son traitement après accord téléphonique du pharmacien au médecin traitant (134).

Sur cette même ordonnance, le médecin précise le rythme de délivrance du médicament : quotidien, hebdomadaire. Comme pour la méthadone, la délivrance quotidienne est encouragée par les organismes de tutelle, surtout au commencement du traitement (149).

Le cadre d'utilisation du Subutex®

Contrairement à la méthadone qui relève du régime des stupéfiants et nécessite impérativement une prescription initiale rédigée par un médecin référent d'un CSST ou établissement de santé, la buprénorphine haut dosage peut être prescrite en première intention par tout médecin généraliste.

En effet, tout médecin, dans le cadre d'une thérapie 'globale' de prise en charge des patients présentant une pharmacodépendance majeure aux opiacés, peut faire librement le choix de recourir à ce médicament. Aucune spécialisation ni aucune formation complémentaire n'est exigée pour son utilisation même si nous voyons qu'il est recommandé à tous ces professionnels de la santé de travailler au sein d'une organisation de conception proche des centres spécialisés.

En phase d'induction, il est recommandé aux médecins de limiter la durée de prescription à une semaine. Cette précaution impose des visites rapprochées et permet la réévaluation du dosage. En phase de stabilisation, le rythme d'une visite par mois est acceptable puisque la prescription du Subutex® est limitée à 28 jours.

De son côté, le pharmacien délivre le médicament suivant les indications du médecin. Au début, la délivrance quotidienne est de rigueur et la prise de la dose dans l'officine, sous le contrôle du pharmacien, est souvent exigée. Par la suite, la délivrance est hebdomadaire sauf

indication expresse du prescription « délivrance en 1 seule fois ».En marge de ce protocole de distribution, le pharmacien doit (134) :

- s'opposer à la présentation de deux ordonnances se chevauchant sauf mention expresse du médecin,
- obligatoirement déconditionner la spécialité pharmaceutique quand la prescription est présentée au-delà de 24 heures après sa rédaction,
- et enregistrer toutes les sorties sur un registre spécifique et conserver l'information pendant 10 ans. Une copie de chaque ordonnance doit aussi être archivée pendant 3 ans en respectant un classement par ordre chronologique et par prescripteur.

E) Leur utilisation dans les autres pays d'Europe

La naissance des premiers protocoles de traitement par la méthadone date de la fin des années 1960. La Suède, Le Royaume-Uni, Les Pays-Bas et le Danemark ont été novateurs dans ce domaine, avant d'être rejoints dix ans plus tard par la Finlande, le Portugal, l'Italie et le Luxembourg. Ont ensuite suivis les derniers pays et notamment la France (124). Les traitements officiels à base de buprénorphine haut dosage sont plus récents.

S'il est quasiment constant que la mise en place d'un tel traitement se fait dans le cadre d'une prise en charge globale du toxicomane, les protocoles de prescription varient cependant sensiblement en fonction des composantes politiques, géographiques et culturelles de chaque pays.

On peut néanmoins regrouper toutes ces organisations en deux groupes suivant qu'elles centralisent ou non cette tâche à des centres spécialisés. On peut classer parmi les Etats centralisateurs le Danemark, la Finlande, le Grèce, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et la Suède. En revanche, d'autres gouvernements ont opté pour une participation plus large des services de santé classiques ; Parmi eux l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, et le Luxembourg. Les informations données pour chaque pays dans la suite de ce travail émanent

d'un compte rendu émis en 2002 par le Conseil de l'Europe au sujet du développement et de l'amélioration des programmes de substitution (150).

Danemark

Le traitement des toxicomanes, par méthadone ou buprénorphine, est pris en charge par des services centraux. Ces derniers peuvent néanmoins déléguer la prise en charge médicale à un médecin généraliste. Il s'entame alors une coopération mais les services centraux restent cependant toujours responsables du suivi des patients, y compris pour les projets sociaux.

Finlande

Les protocoles reposent essentiellement sur des centres spécialisés. Les médecins généralistes ont cependant le droit de prescription dans la mesure où ils se conforment aux instructions fixées. La méthadone et la buprénorphine sont autorisées.

Grèce

Seuls les centres spécialisés, OKANA, ont le droit de délivrer la méthadone, et plus récemment la buprénorphine (septembre 2001).

Portugal

La méthadone et la buprénorphine respectent comme en France deux principes de prescription et de délivrance différents. Pour la première, la prescription est réservée aux centres d'accueil de toxicomanes, aux services de santé de quelques prisons ainsi qu'à des cas spécifiques de prise en charge d'héroïnomanes sans abri. En revanche, sa délivrance peut s'effectuer dans les centres spécialisés et dans les pharmacies. En ce qui concerne la buprénorphine, son protocole se calque sur le modèle finlandais puisque les médecins généralistes ont le droit de prescription en sus des centres spécialisés.

Espagne

L'Espagne n'utilise actuellement que la méthadone et entreprend des projets pilotes avec le LAAM. Les centres de prescription et de délivrance sont généralement distincts et on ne compte pas moins de 1654 points dévoués à cette prise en charge : 190 centres de prescription, 1181 centres de délivrance et 283 centres mixtes. Ces centres de délivrance sont des pharmacies d'officine qui ont accepté de participer à un programme de méthadone. Le centre de prescription, le toxicomane et le pharmacien conviennent au préalable des modalités de prise en charge : dose, horaire de prise. Tout est constamment réévaluable (153).

Suède

La méthadone et la buprénorphine sont prescriptibles mais les critères d'inclusion dans un programme de prise en charge sont très précis concernant la méthadone. Le toxicomane doit en effet reconnaître : un minimum de 4 ans de dépendance, un essai de traitement libre de drogues, être âgé de 20 ans au minimum, et ne pas consommer d'autres drogues. Il doit aussi être libre. Si tous ces critères sont remplis, il peut alors se diriger vers un des quatre centres gérant la totalité des prescriptions nationales. L'accès à la buprénorphine est moins réglementé et tous les médecins généralistes peuvent la prescrire.

Autriche

En raison de la structure fédérale du système de santé, les traitements de substitution sont organisés autour des provinces. Des décrets permettent cependant l'uniformité dans leur mises en œuvre. Une action a récemment été menée auprès des médecins généralistes afin qu'ils puissent participer plus activement au suivi de ces traitements qui étaient auparavant uniquement confiés à des structures spécialisées.

Allemagne

L'arsenal médicamenteux est très vaste puisque les médecins généralistes allemands peuvent faire leur choix entre la méthadone, la buprénorphine, la lévométhadone, la codéine, la dihydrocodéine et le LAAM. Munis de leur prescription, les toxicomanes se rendent ensuite dans une pharmacie d'officine pour obtenir le traitement. L'échelonnement des dispensations est fonction de la stabilité entre le patient et le pharmacien (154).

Luxembourg

Il existe un programme national de substitution coordonné par l'agence principale de conseil en matière de drogue. La distribution de la méthadone, de la buprénorphine et du sulfate de morphine s'appuie sur plusieurs points de distribution. Un nouveau règlement devrait prochainement paraître et proposer de façon individuelle à des médecins généralistes la capacité de prescrire ces différents traitements.

F) Des initiatives nationales en devenir ?

Des centres d'injection médicalement assistés

L'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas ont adopté un programme de lutte contre les effets nocifs liés à l'usage des drogues très novateur sur le plan idéologique. Ne s'arrêtant pas aux protocoles d'échange de seringues et de mise à disposition de matériels stériles, ces trois pays proposent désormais aux usagers de drogues par voie intraveineuse de venir pratiquer leurs injections au sein d'établissements équipés pour les accueillir, leur délivrer des matériels stériles et éventuellement prêts à leur venir en aide en cas de complication (151).

En plus des bénéfices attendus en termes de réduction des risques de transmission de maladies par le sang et du nombre des overdoses, l'implantation de ces salles de consommation estime également participer à la mission de rapprochement entre toxicomanes et services de soins en multipliant les occasions de rencontre ; et diminuer les nuisances

environnementales, consistant en l'abandon sans précaution de matériels souillés sur la voie publique.

Cette démarche courageuse devrait bientôt être dupliquée dans de nouveaux pays dont les populations se montrent favorables à ces projets comme en Norvège et en Autriche.

Des prescription d'héroïne

La Suisse, souvent mise à l'honneur pour les efforts fournis dans la lutte contre la toxicomanie, partage avec l'Angleterre une singularité supplémentaire. Vingt centres helvétiques sont aujourd'hui agréés pour délivrer de l'héroïne à des toxicomanes irréductibles à toute autre forme de traitement (19). Comparables aux centres dédiés aux traitements par méthadone, ces sites regroupent des équipes multidisciplinaires réunissant des médecins, des personnels soignants et des travailleurs sociaux. Mille patients sont ainsi pris en charge.

De nouveaux pays membres, dont l'Allemagne (154), devraient très prochainement rejoindre la Suisse et proposer à leur tour la prescription d'héroïne.

De son côté, l'Angleterre qui permet cette même dispensation depuis le début des années 1990, semble faire marche arrière. Les médecins des Drug Dependency Unit (DDU) ne prescrivent désormais que très rarement de l'héroïne, respectant ainsi le vœu officieux des autorités sanitaires (152).

Conclusion

Comme ont voulu le démontrer les deux premières parties de notre travail, la toxicomanie doit se comprendre comme un phénomène ancien et complexe. Elle n'est pas la résultante d'une simple volonté de transgresser les règles sociales mais plus certainement la recherche d'une solution personnelle pour un retour à un état de bien-être individuel. Mais la prise de substances stupéfiantes ne doit cependant pas réduire ce fléau à une simple dimension médicale, tant dans ses causes que dans ses implications et ses conséquences.

Derrière cette automédication se cachent des désordres psychologiques et sociaux que nous avons évoqués. Cet ensemble de causes combiné à des facteurs culturels ou politiques justifie pleinement la démarche actuelle des instances gouvernementales, tant internationales que nationales, de vouloir agir simultanément sur l'offre et la demande de drogues. L'absence d'intérêt économique et d'esprit de compétition est favorable aux échanges d'expériences entre les différents gouvernements. A en croire la dernière polémique née après la demande officielle du ministre de l'intérieur français au sujet de la révision des peines applicables en cas de consommation de produits illicites, il semble même que les communications internationales soient plus aisées que les concertations interministérielles.

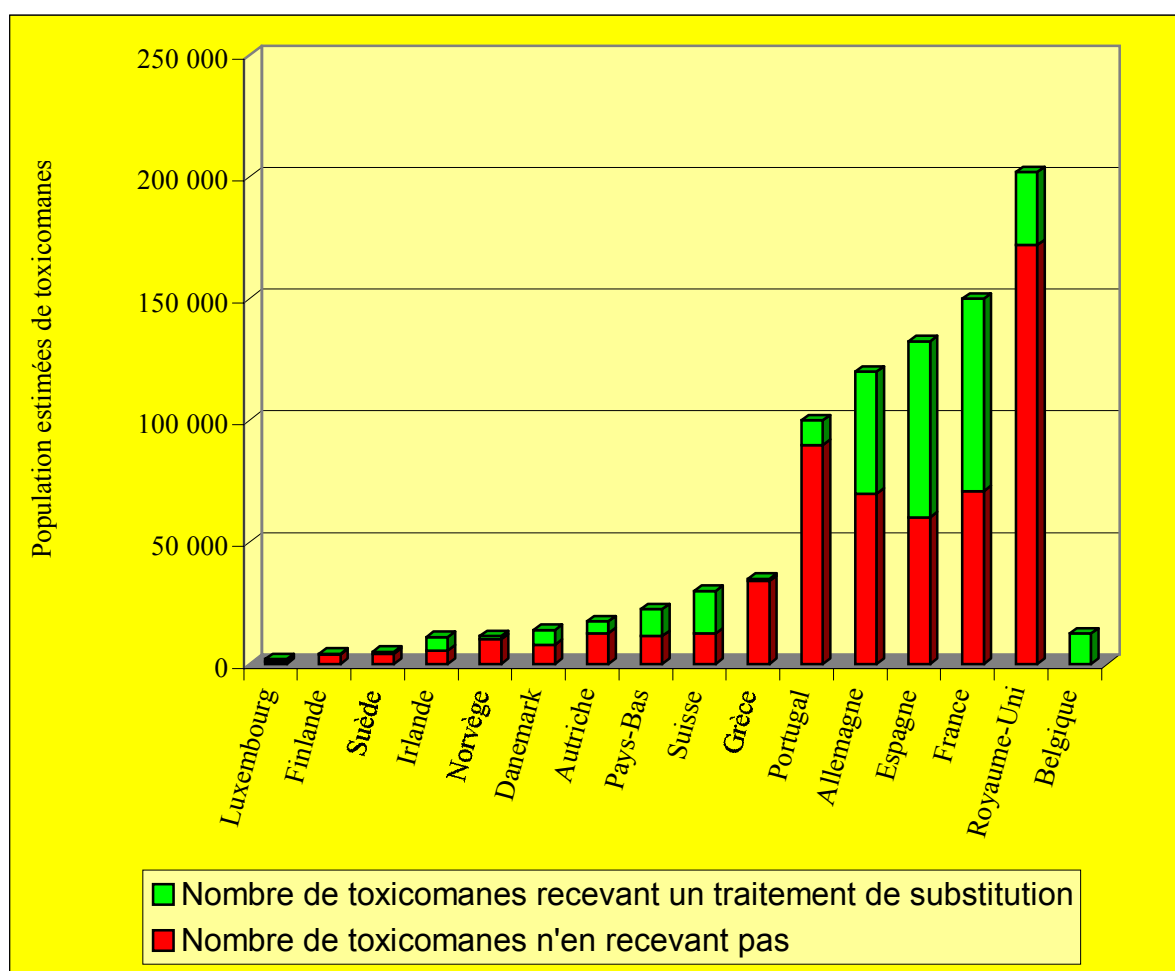
Sur le plan judiciaire, les progrès en terme de considération de la personne dépendante sont notables. De nombreux pays ont reformé leur outil législatif dans le but de favoriser la prise en charge des toxicomanes, sous quelque forme que se soit, et abandonné la politique du tout répressif qui tend à marginaliser plus encore les personnes en souffrance.

Les avancées dans le domaine de la prévention sont tout aussi encourageantes. Même si, pour l'instant, la mesure de l'efficacité des campagnes de prévention est difficilement appréciable, il n'en demeure pas moins une profonde motivation collégiale qui devrait nécessairement conduire à une plus large connaissance des risques encourus lors d'usage de drogue.

Les actions de réduction des effets nocifs liés à la drogue sont cependant actuellement les plus médiatiques. Très diversifiées et au bénéfice plus rapidement mesurable, ces

démarches concourent à encourager l'effort européen pour la lutte contre la toxicomanie. Les opérations de réduction des cas de transmission des maladies infectieuses et des décès par overdose sont récompensées par les tendances actuelles (146).

De même, les traitements de substitution enregistrent de bons résultats. Beaucoup d'obstacles ont été vaincus depuis trente ans et les derniers chiffres publiés par le Conseil de l'Europe laissent penser à un bel avenir. Le graphique ci-dessous présente le nombre de toxicomanes dépendants aux opiacés recensés dans les différents Etats membres de la Communauté. L'importance de la zone verte est proportionnelle au taux de prise en charge sous forme d'un traitement thérapeutique global.



Nombre de toxicomanes sous traitements de substitution (150)

L'Europe devra néanmoins très rapidement s'interroger sur la faisabilité d'une augmentation du nombre de patients traités. Ce développement s'accomplissant souvent au détriment de la qualité des soins périphériques, la Communauté devra veiller à ne pas

s'éloigner de ses ambitions initiales et soutenir l'importance des volets psychologiques et sociaux. La dérive belge en est une parfaite illustration (155).

Pour finir sur une note positive, nous rappellerons que de récentes études de rentabilité économique portant sur les prises en charge par substitution ont démontré l'intérêt ces traitements. Comparé au coût social des drogues (coût des soins, coût de la mise en œuvre des lois, coût liés aux décès et aux maladies, et perte de productivité) en l'absence de prise en charge, la facture des traitements de substitution est beaucoup moindre. Lorsqu'un Etat investit un Euro dans une telle thérapie, il économise quatre Euros sur su budget global (156).

ANNEXES

Annexe I

NANTES ADDICTION

Dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie depuis 1992, le ministère chargé de la Santé a choisi de développer une politique de prise en charge des toxicomanes à l'aide de produits de substitution.

Avant cette démarche, la France était le mauvais élève de la classe des pays occidentaux dans ce domaine. Elle a été la dernière à promouvoir le protocole de substitution par la méthadone à grande échelle.

Désireuse de quitter cette position peu flatteuse, elle a dans un premier temps engagé une politique nationale de promotion du protocole de substitution par la méthadone et donner au corps médical les moyens nécessaires à son exécution. Dans ce sens, elle a multiplié le nombre de points d'accueil pour les toxicomanes.

Dans un deuxième temps, en 1995, l'Agence du Médicament (aujourd'hui Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) a attribué deux Autorisations de mise sur le marché à la méthadone et au Subutex[®] pour le traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La buprénorphine haut dosage a été mise à disposition des patients et des médecins en février 1996, accompagnée de recommandations relatives aux indications du produit, au choix des bénéficiaires, aux modalités de prescription et de délivrance.

Les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone et de la buprénorphine		
	Méthadone	Buprénorphine
<i>Prescription initiale</i>	Un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes ou d'un	Tout médecin hospitalier ou exerçant en ville

<i>Prescription initiale</i>	Un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes ou d'un établissement de santé	Tout médecin hospitalier ou exerçant en ville
<i>Rédaction de l'ordonnance</i>	Ordonnance sécurisée	Ordonnance sécurisée
<i>Délivrance initiale</i>	Dose quotidienne délivrée par le centre assortie d'un contrôle urinaire	Le pharmacien d'officine désigné par le généraliste
<i>Durée maximale de la prescription</i>	Passée de 7 à 14 jours en 1999 (20 09 1999)	28 jours
<i>Dose efficace</i> - <i>dose d'attaque</i> - <i>dose maximale</i>	20 mg/ jour 100 mg/ jour (légale)	0,8 à 2 mg/ jour 16 mg/ jour
<i>Cadre premier de la prescription</i>	Un centre méthadone pour une prise en charge globale ou un établissement de soin	Une prise en charge globale en réseau
<i>Prescription seconde</i>	Un généraliste désigné par le médecin référent	
<i>Délivrance du traitement</i>	Le pharmacien d'officine désigné par le généraliste	

Parallèlement les échanges entre professionnels ont été encouragés, les pouvoirs publics souhaitant que les médecins et les pharmaciens libéraux soient largement impliqués à côté des structures hospitalières et spécialisées.

Par ce questionnaire, nous allons voulu observer le profil des toxicomanes ayant recours à un traitement de substitution.

MATERIEL ET METHODES

Rédaction d'un questionnaire

Pour cette étude nous avons choisi de bâtir un questionnaire. Cet outil nous a semblé le plus adapté pour recueillir les informations dont nous avons besoin. Les mêmes questions étant toujours posées dans le même ordre, ces formulaires permettent de collecter des informations homogènes, facilement exploitables et au contenu peu influencé par la participation d'un éventuel sondeur.

Destiné à être directement complété par les malades, nous avons voulu respecter une logique de proximité dans son élaboration (voir questionnaire en dernière page de cette annexe) :

- il se limite à une simple page afin de ne pas susciter chez le sondé une impression de longueur. D'autres questions auraient pu être intéressantes à poser mais par manque de place nous avons dû être sélectifs.
- les questions sont courtes et appellent à des réponses courtes, toujours dans un but de lisibilité et de simplification,
- l'ordre des questions a été choisi de façon à ne pas rebuter le malade et lui donner le sentiment de passer un interrogatoire supplémentaire.

Diffusion du questionnaire

Présenté comme un acteur majeur de santé publique, le pharmacien d'officine nous est apparu comme le mieux positionné pour faire vivre ce questionnaire. Dans le cadre des programmes de substitution par la buprénorphine haut dosage, il est régulièrement au contact du malade.

Ainsi, cinq officines nantaises intra-muros ont reçu ce questionnaire. Nous tenons d'ailleurs à remercier les étudiants en Pharmacie en stage de 6^{ème} année qui ont répondu à notre demande. Ce choix s'est fait sans discrimination particulière (achat ou non de Subutex[®] ou de méthadone, emplacement dans la ville, chiffre d'affaires,...) mais simplement suivant la motivation des étudiants présents.

Chaque pharmacie retenue a reçu dix exemplaires accompagnés d'un courrier explicatif à destination des pharmaciens titulaires quinze jours avant le début de l'enquête, soit mi-mars.

Durée de l'enquête

Notre souhait était que tout malade venant chercher du Subutex ou de la méthadone pendant le mois d'avril 2000 complète un formulaire. La durée maximale de prescription étant de 28 jours, nous pouvions logiquement nous attendre à ce que chaque malade suivi par une de ces cinquante officines soit sollicité au moins une fois.

Retour des questionnaires

Le mois d'enquête écoulé, nous avons demandé aux participants de bien vouloir nous retourner les questionnaires complétés via l'OCP, grossiste répartiteur qui nous a proposé son aide. Nous tenons d'ailleurs à remercier à les très chaleureusement pour leur participation active à cette étude.

Traitement des données recueillies

Notre questionnaire conjuguant questions ouvertes et questions fermées, nous avons décidé de traiter et de présenter différemment les réponses obtenues suivant ces deux types d'interrogations.

Les réponses aux questions fermées (oui/non, questions à choix limité) ont été conservées sans exception. Les résultats donnés dans les paragraphes suivants sont donc le reflet exact des renseignements collectés. Aucune réponse n'a été écartée, aucun résultat considéré comme non significatif. Les chiffres publiés répondent à la formule suivante :

Pour chaque critère : Nombre de citations/14

RESULTATS

Nombre de questionnaires retournés

Quatorze formulaires ont été retournés au grossiste après un mois d'enquête. La répartition par officine était la suivante : 10, 2, 1, 1 et 0. En supposant que tous les patients suivis dans ces cinq pharmacies ont accepté de participer, il est facile de constater la disparité du nombre de toxicomanes soignés d'une officine à l'autre.

Médicament(s) prescrit(s)

La dépendance de nos quatorze volontaires de cette étude est traitée par le Subutex®. Aucun patient de notre échantillon ne reçoit actuellement de méthadone, cependant certains ont déjà été intégrés auparavant dans un protocole de substitution utilisant ce dernier médicament.

Profil des patients traités dans ces pharmacies

Les caractéristiques socio-économiques appréciées dans les parties suivantes ne sont que le reflet d'un échantillon de toxicomanes ayant pris contact avec un service de santé. Nous ne chercherons donc pas à généraliser ces données à l'ensemble de la population touchée par ce fléau, population estimée à 150 000 personnes en France.

De même, ces résultats peuvent être sensiblement différents de ceux rapportés par les institutions judiciaires. Les services de soins et les structures répressives entrent en contact avec des populations spécifiques. Les premières s'intéressent aux personnes présentant des problèmes de santé alors que les secondes surprennent davantage les individus susceptibles de poser des problèmes d'ordre public.

Notre questionnaire portant uniquement sur les toxicomanes traités fréquentant des officines de ville, l'effet de sélection induit ne doit jamais être oublié lorsqu'on comparera telle ou telle caractéristique.

A) Sexe

Il y a 5 femmes pour 9 hommes (36 % contre 64 %). Cette répartition ne correspond pas à celle que l'on retrouve dans les autres enquêtes de ce type, même si la prépondérance masculine subsiste. Généralement, la proportion retrouvée est de 25 % de femmes pour 75 % d'hommes.

B) Age

L'âge moyen, 31 ans, est pratiquement le même pour les femmes que pour les hommes (femmes : 32 ans ; hommes : 30 ans).

Age]– de 25 ans]	[26 à 30 ans]	[31 à 35 ans]	[36 à 40 ans]	[41 ans et +[
Nb de patients	5	2	4	3	0

C) Nationalité

La totalité des personnes sondées est de nationalité française. D'un point de vue social, il aurait été intéressant de connaître leurs différentes origines (région française, parents étrangers...).

D) Rencontre avec le produit

Pour notre échantillon, l'âge de la première rencontre avec un toxique s'échelonne de 12 à 25 ans. 12 des 14 patients avait moins de 20 ans lors de ce premier contact.

E) Parcours scolaire (dernier diplôme obtenu)

Le tableau ci-dessous met en évidence les difficultés pour de jeunes toxicomanes d'accéder à un niveau de diplôme élevé. Le plus haut diplôme obtenu est un D.E.U.G.. Il semble raisonnable de penser que plus un sujet était jeune lors du début de son comportement toxicomane, moins il a de chances d'avoir un diplôme. Trois parmi les 14 n'en ont aucun et avaient commencé à se droguer entre 12 et 15 ans.

DERNIER DIPLOME OBTENU				
Sans	BEPC	CAP/ BEP	BAC	DEUG

AGE DE RENCONTRE AVEC LE TOXIQUE	Sexe	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	12 ans	1									
	13 ans	1			1	1					
	15 ans	1				1			1		
	17 ans							1			
	18 ans					1					1
	19 ans			1			1				
	25 ans					1	1				

F) Situation familiale

Dans notre échantillon, 8 patients vivent en couple (en concubinage ou mariés) pour six personnes vivant seules.

G) Insertion professionnelle

Parmi les personnes prises en charge dans nos quatre officines nantaises, nous comptons 6 personnes inactives parmi les 14 : 5 au chômage et 1 mère au foyer.

En revanche, il est encourageant de constater que 8 personnes travaillent sous différents statuts : 5 en CDI, 2 en intérim, et 1 en CES.

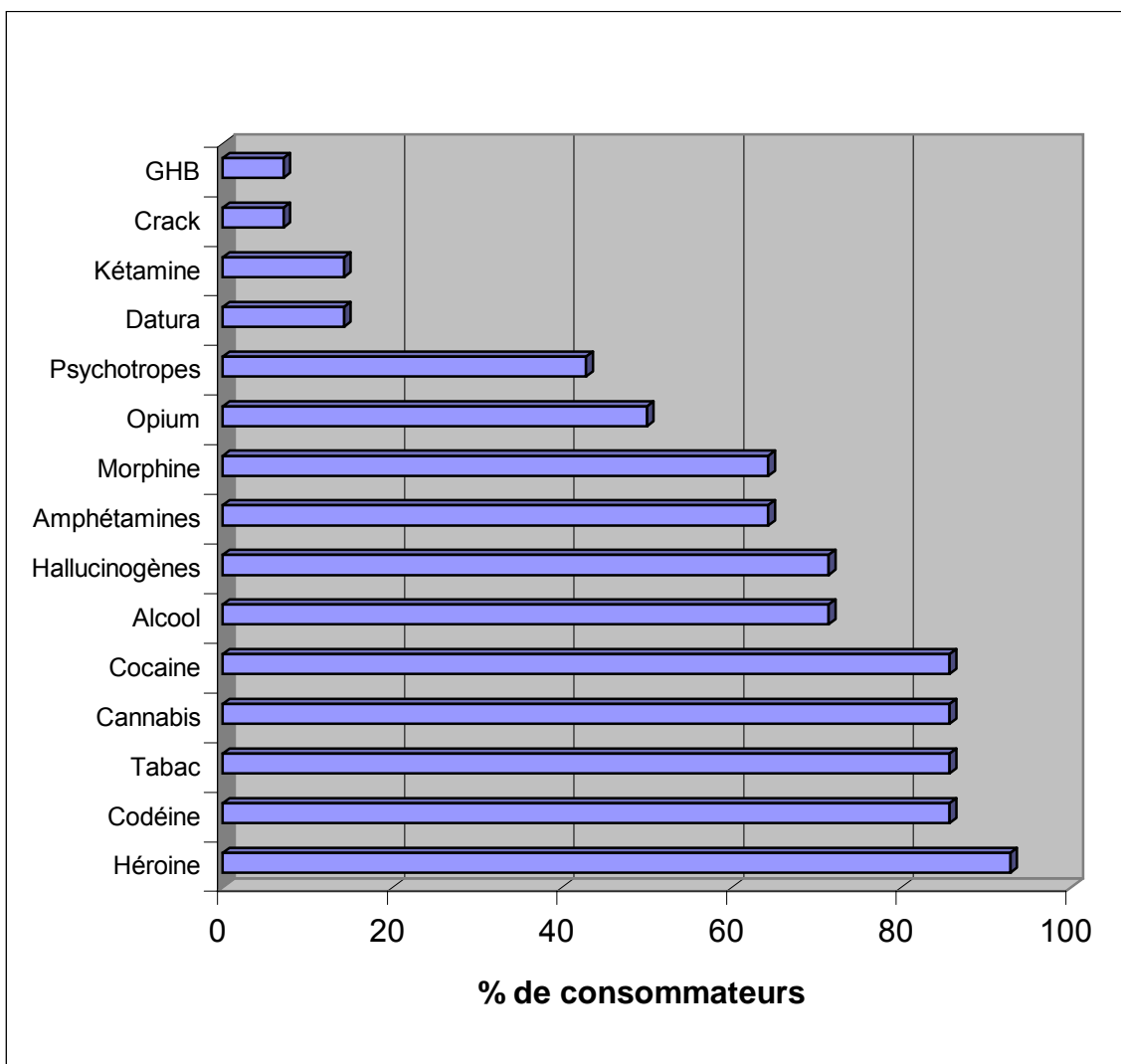
H) Couverture sociale

La majorité des toxicomanes pris en charge bénéficie de la Couverture Mutuelle Universelle, et seulement cinq sont assurés sous le régime général des travailleurs.

Produits consommés avant le début du traitement

Le tableau ci-dessous présente les principales substances que nos quatorze malades reconnaissent avoir consommées par le passé avant leur intégration dans un programme de substitution. On peut valider sans trop de retenue les données rapportées puisqu'on peut considérer qu'il y a prescription pour ces anciennes infractions.

NANTES ADDICTION



Proportion de consommateurs pour les principaux produits (n=14)

Pratique de l'injection IV et infections virales

Dans notre étude, 1 patient sur 2 déclare avoir eu recours ou ont toujours recours à l'injection intraveineuse. Il aurait été intéressant de connaître l'arrêt ou la persistance de cette pratique pendant le traitement de substitution. Certains toxicomanes perpétuent le geste de l'injection en s'administrant le Subutex® par voie intraveineuse.

Toujours selon les informations que les représentants de notre échantillon ont accepté de nous communiquer, seulement un patient apparaît suivre un traitement associé contre le V.I.H.

Rétention au traitement, rechute et consommations associées

Nous entendons par rétention le délai moyen de suivi du toxicomane par un service sanitaire. Elle est à différencier de la notion de rechute qui s'entend comme la reprise plus ou moins importante de la consommation de toxique de quelque nature qu'il soit.

Le délai moyen de rétention pour notre échantillon sous thérapie est de 3 ans si nous exceptons la personne en traitement depuis seulement à peine deux mois.

Concernant le nombre de patients ayant rechuté depuis leur intégration dans leur dernier protocole, 6 sur 14 concèdent avoir à nouveau succomber à la tentation depuis le début de leur traitement.

Annexe II

Annexe III

Annexe IV

Annexe V

Annexe VI

BIBLIOGRAPHIE

Les références ci-dessous sont listées suivant leur ordre d'apparition dans le texte :

1. J. Robert
Trease and evan's pharmacognosy
Suanders – XIVth edition, Great Britain
2. Observatoire géopolitique des drogues
L'opium méditerranéen
Presses universitaires de France – 1996- p17-19
3. Histoire des drogues
Histoire du pavot
Site www.histoire/drogues.htm
4. Prospective jeunesse
Le papaver somniferum
Site www.prospective-jeunesse.be/drogues/pavot1.html
5. Observatoire géopolitique des drogues
Le temps des caravanes
Presses universitaires de France – 1996- p20-21
6. Observatoire géopolitique des drogues
L'Inde au centre du monde
Presses universitaires de France – 1996- p22-24.
7. Observatoire géopolitique des drogues
Des guerres de l'opium à l'ouverture des ports chinois : l'invention de la toxicomanie de masse
Presses universitaires de France – 1996- p25-28

8. Observatoire géopolitique des drogues
La géopolitique mondiale des drogues
Rapport annuel 1995-1996 – site www.ogd.org/rapport/RP09_TABLE.html

9. Observatoire géopolitique des drogues
La genèse du contrôle international des stupéfiants (1902 – 1988)
Presses universitaires de France – 1996- p49-50.

10. D. Pol
Histoire du pavot à l’opium
Site www.users.imagnet.fr

11. J. Piel
Le pavot refléurit dans la tourmente
Libération – 24 11 2001 – p9

12. J-J. Bertolus, A. Boussageon
La culbute financière
Nouvel Economiste – n°1141 – 1999 – p62.

13. L. Bertin
Médicaments de la douleur
Médicaments du système nerveux central et périphérique – édition Masson – p 280-291

14. Pharmacopée Française – Xème édition

15. P. Dorosz
Guide pratique des médicaments
18^{ème} édition – 1998.

16. Pharmacopée européenne – IIIème édition

17. Thériaque
Subutex®, résumé des caractéristique du produit
Site www.theriaque.fr

18. L. Lacomblez, A. Puech
Pharmacologie de la diacétylmorphine (héroïne)
Héroïnomanie – 21 mai 1987 - tome 37 – Vol 29 - p1691-1693.

19. M. Luginsland
Suisse rodée et performante
Moniteur des pharmacies – 20 janvier 2000 - cahier 1 du n°2382 – p24-30.

20. F. Pieri, S. Kirkiacharian
Pharmacologie et thérapeutiques – 2^{ème} édition – Ellipse.

21. Thériaque
méthadone, résumé des caractéristique du produit
Site www.theriaque.fr

22. Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
Extrait d'un document réalisé par le conseil central de la section A de l'Ordre nationale des Pharmacien – juin 2002.

23. R. Chambon
Toxicologie des morphinomimétiques
Moniteur Internat – Toxicologie – tome 1- p225-237.

24. Mission Interministérielle contre les Drogues et les Toxicomanies
Héroïne
Savoir plus – Risquer moins – édition avril 2000 – p59-67.

25. B. Giros, J-C. Schwartz
Les peptides opioïdes et leurs récepteurs
Héroïnomanie – 1987 - tome 37 – Vol 29 – p1695-1701.
26. J. Le Houezec
La dépendance aux opiacés
Actualités Innovations Médecine – 1996 - extrait du n°36.
27. L. Stinus
Addiction : apports des sciences fondamentales et des sciences humaines
Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique –
MILDT – janvier 2002 – p25-38.
28. Larousse
Petit Larousse en couleurs
Edition 1986.
29. M. Reynaud
L’addictologie : vers une culture commune ?
Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique –
MILDT – janvier 2002 – p19-20.
30. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
Abus, usage nocif et dépendance, définitions
Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances – annexe 1 - édition 1999
p 252-253.
31. P. Durand
Pharmacodépendance et toxicomanie
Pharmacologie générale – éditions Masson – p254-265.

32. H. Guillet, P. Coulon
Toxicomanies
La revue du praticien – médecine générale – 8 novembre 1999 - tome 13 – n°476 –
p1755-1772
33. M. Le Moal, G Simonnet
Neurobiologie de la dépendance, comportement de prise de drogues et cerveau
La revue du praticien – toxicomanie - n°45 – 1995 – p1351-1358.
34. Conseil de l'Ordre des Médecins, Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants aux opiacés ; le syndrome de
manque
Conférence de consensus – Sénat – 23 et 24 avril 1998 – p12-13.
35. A.M. Pezous, L. Schmitt
Drogues
La revue du praticien – 1994 - vol 44 – n°5 – p689-698.
36. C. de Perreti
Les lycéens de banlieues difficiles et les drogues illicites
Santé publique 1998 – vol 10 – n°3 – p313-327.
37. M. Galliot-Guilley, C. Sueur, B. Lebeau, D. Fompeydie
L'ecstasy et ses « sosies »
La presse médicale – 20 février 1997 - vol 28 – n°7 – p358-362.
38. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
La consommation des drogues illicites chez les adultes
Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances - édition 1999 - p 62-66
39. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Modèles de consommation de drogues
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en
Norvège – 2002 – p11-13.

40. X. Laqueille, M. Uribé, J.P. Olié
Aspects cliniques actuels des toxicomanies
La revue du praticien – 1995 - vol 45 – p1359-1363.
41. P. Nuss
L’anxieux est-il dépendant ?
L’Encéphale – 1998 – vol XXIV – p260-266.
42. X. Laqueille, J.L. Perron, M. Goiset
Drogues, complications psychiatriques
La revue du praticien – 1991 – Vol 41 – p923-929.
43. H. Verdoux, M. Mury, G. Besancon, M. Bourgeois
Etude comparative des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires
schizophréniques et schizoaffectifs
L’Encéphale – 1996 – vol XXII – p95-101.
44. A. Castrot, C. Benzaken, F. Wagniart, M.L. Efthymiou
Surconsommation d’amépridine, bilan de l’enquête officielle coopérative des centres
régionaux de pharmacovigilance
Thérapie – 1990 – vol 45 – p399-405.
45. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Consommation des drogues parmi les jeunes gens
Rapport annuel sur l’état du phénomène de la drogue dans l’Union européenne et en
Norvège – 2002 – p14.
46. P.M. Llorca, J.C. Scotto
Toxicomanie et Sida
La revue du praticien – 1995 – vol 45 – p1371-1374.

47. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Maladies infectieuses liées à la drogue
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p19-23.
48. B. Denis, V. Lefèbvre
Hépatite C et toxicomanie
Site www.ssmg.be/continuu/dossierssmg/alto_literature.html
49. B. Christoforov, J. Bouchez
Les pathologies somatiques de l'utilisateur de drogues
Les traitements de substitution pour les usagers de drogues – éditions Arnette – 1997
P50-60.
50. T.H. Vassal, M. Pezzano
Les complications médicales de l'héroïnomanie
Héroïnomanie – 1987 – tome XXXVII – vol 29 – p1729-1733.
51. F. Vayre, F. Lapostolle, J.P. Ollivier
Cocaïne et cœur: une réalité clinique
Archives des maladies du cœur et des vaisseaux – 1996 – tome 89 – n°1 – p85-89.
52. D. Richard
Les différentes drogues
Impact médecin hebdo – les dossiers du praticien – 13 mai 1994 – n°236 – p8-26.
53. B. Christophorov
Session d'ouverture
Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique –
MILDT – janvier 2002 – p11.

54. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Marché de la drogue et disponibilité
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p28-30.
55. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Consommation problématique de drogue
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p15-16.
56. E de Viel
La toxicité de l'héroïne inhalée : deux nouveaux accidents de chasse aux dragons
Le quotidien des médecins – 25 février 1997- n°6014 – p7.
57. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
La polytoxicomanie
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p43-48.
58. Ordre des Pharmaciens
Subutex et substitution à la toxicomanie
Les nouvelles pharmaceutiques – 27 février 2003 – n°253 – p10-11.
59. J. Lamarche
Médicaments détournés, fausses ordonnances
L'accueil du toxicomane à l'officine – 2002 – éditions Masson – p81-82.
60. J.C. Linke, D. Mathieu, M. Mathieu-Nolf
Toxicomanies: nouveaux comportements, nouvelles substances
La revue du praticien – 6 décembre 1999 – tome 13 – n°480 – p1998-2001.

61. J.L. San Marco

Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM): 5 ans de surveillance des produits consommés par les toxicomanes à Marseille

Thérapie – 1996 – vol 51 – p586-598.

62. SWAPS

Le Néo-codion ou une « substitution sauvage »

Site www.crips.asso.fr/webidf.htm

63. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

La consommation des médicaments non prescrits

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques – mars 2001 – n°105.

64. Mission Interministérielle contre les Drogues et les Toxicomanies

Ecstasy et drogues d'aujourd'hui

Savoir plus – Risquer moins – édition avril 2000 – p44-57.

65. F. Arnold-Richez

Les routes des nouvelles drogues

Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique – MILDT – janvier 2002 – p73-74.

66. D. Akka

L'ecstasy ou « la dernière danse »

Le généraliste – septembre 1995 – n°1630 - p18-19.

67. Mission Interministérielle contre les Drogues et les Toxicomanies

Le cannabis

Savoir plus – Risquer moins – édition avril 2000 – p28-34.

68. M.F. Poirier, D. Ginestet
Médicaments détournés de leur usage à des fins toxicomaniaques
La revue du praticien – 1995 – vol 45 – p1364-1366.
69. Mission Interministérielle contre les Drogues et les Toxicomanies
Médicaments psychoactifs
Savoir plus – Risquer moins – édition avril 2000 – p106-121.
70. M. Jamouille
Le Rohypnol®, une drogue dure anesthésiante
Site www.ulb.ac.be/esp/mfsp/roche.html
71. C. Vignaud
Enquête auprès des pharmaciens sentinelles de Loire Atlantique : mésusage des psychotropes
Bulletin des CEIPs de Caen et Nantes – juin 2001 – n°8 – p2.
72. V. Jaury
L'ONU et la drogue
THS – juin 2001 – p602-605.
73. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Organe International de Contrôle des Stupéfiants
Site www.sante.gouv.fr
74. L. Brykman
Présentation du plan d'action antidrogue de l'Union européenne
Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique –
MILDT – janvier 2002 – p45-48.
75. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
REseau d'Information sur les drogues et les TOXicomanies
Site www.sante.gouv.fr

76. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Dispositif d'évaluation de la pharmacodépendance
Site www.sante.gouv.fr
77. Code de la santé publique
Article R 5219-13
78. Code de la santé publique
Article R 5219-14
79. A. Tracqui, G. Petit, D. Potard, F. Levy
Intoxications mortelles par buprénorphine (Subutex®) et benzodiazépines : 4 cas
Journal de médecine légale – droit médical – 1997 – vol 40 – n°3 – 213-223.
80. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
La politique en matière de drogues dans les plans d'action
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en
Norvège – 2002 – p31-32.
81. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Depuis 1982, une coordination de l'action gouvernementale
Site www.sante.gouv.fr
82. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Organigramme de la Mission Interministérielle de la lutte contre les drogues et les
toxicomanies
Site www.sante.gouv.fr
83. C. Fallet
A chacun sa loi
Le Moniteur des pharmacies et des laboratoires – 4 février 1995 – n°2107 – p30-31.

84. Code pénal

Loi n°070-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses
31 décembre 1970

85. R. Henrion

Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie
Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville – mars 1995.

86. Code pénal

Loi n°87-1157 relative à la lutte contre le trafic des stupéfiants
31 décembre 1987.

87. Ministère de la Justice

Circulaire JUS 69 F 389 relative à l'injonction thérapeutique
17 mai 1978

88. M. Pelletier

Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue
La Documentation française – janvier 1978.

89. Ministère de la Justice

Circulaire CAB 87-02 relative aux usagers revendeurs
12 mai 1987.

90. Direction Générale de la Santé

Circulaire n°95-37 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile
12 avril 1995.

91. Direction Générale de la Santé

Circulaire n°96-239 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996
3 avril 1996.

92. Direction Générale de la Santé

Note d'orientation n°98-659 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes

5 novembre 1998.

93. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

Législation en matière de drogues dans l'Union européenne

Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p33-34.

94. Code de la santé publique

Article L.3421-1

95. S. Le Masson

Drogues douces : Faut-il dépénaliser ?

Le quotidien du pharmacien – 24 novembre 1994 – n°1424 – p2.

96. Suisse

Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

3 octobre 1951.

97. Portugal

Loi n°30/2000 relative aux règles applicables à la consommation de produits stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi qu'à la protection sanitaire et sociale des personnes qui consomment de telles substances sans prescription médicale

29 novembre 2000.

98. Espagne

Loi organique sur la protection de la sécurité civile

21 février 1992.

99. Angleterre

Loi relative au mauvais usage des stupéfiants

1971

100. Pays-Bas

Loi portant sur les dispositions relatives à l'opium et à d'autres stupéfiants

12 mai 1928.

101. Danemark

Loi sur les substances euphorisantes

31 août 1993.

102. Allemagne

Loi sur les produits stupéfiants

28 juillet 1981.

103. Pays-Bas

Directive du Parquet général sur les infractions définies par la loi sur l'opium

2 novembre 2000.

104. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

Les nouvelles possibilités offertes par le traité d'Amsterdam

Les stratégies antidrogue de l'Union européenne (2000-2004)

Site www.sante.gouv.fr

105. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

Caractéristiques principales de l'approche de l'Union européenne

Les stratégies antidrogue de l'Union européenne (2000-2004)

Site www.sante.gouv.fr

106. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Prévention en milieu scolaire, au niveau local et dans les communautés
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne
et en Norvège – 2002 – p35-36.
107. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Les drogues illicites
Site www.sante.gouv.fr
108. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Campagnes de communication et de prévention 2002
Site www.sante.gouv.fr
109. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
Dispositif d'accueil téléphonique : Drogues Info Service
Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances – annexe 1 - édition 1999
p 96-97.
110. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Prévention dans les lieux festifs
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne
et en Norvège – 2002 – p36.
111. Club Health (Angleterre)
Safer dancing guidelines
Site www.clubhealth.org.uk/pages/download.htm
112. Association CRIPS
L'ecstasy et les drogues de synthèse
Site www.crips.asso.fr/webcapa/xtc/xtc/thm
113. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
Les actions déjà engagées en 1999
Site www.sante.gouv.fr

114. Association Techno de santé communautaire
Le testing
Site www.keepsmling.com
115. C. Torres
Des pharmaciens enquêtent
Le moniteur des pharmacies – 20 janvier 2001 – cahier n°1 du n°2382 – p25.
116. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Prévention des maladies infectieuses
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p36-37.
117. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Prévention des décès liés à la drogue
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002 – p37.
118. P. Roy
En France, le nombre de nouveaux cas de sida chez les toxicomanes s'est stabilisé
Interdépendances – mai-juin 1996 – n°23 – p19.
119. Journal Officiel de la République Française
Décret n°89-560 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
12 août 1989.

120. Journal Officiel de la République Française
Décret 95-255 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
9 mars 1995.
121. J.F. Rioufol, S. Guglielmi
Les « boutiques » espaces d'accueil, espaces de soins
Bulletin des réseaux ville hôpital – décembre 1996 – n°8/9 – p9.
122. D. Bardelay
Les trousse de prévention pour les usagers de drogues par voie intraveineuse
Prescrire – juillet/août 1999 – tome 19 – p528-533.
123. J. Dugarin, P. Nominé
Rappel historique, de 50 en 1990 à 10 000 patients sous méthadone en 2001
Impact médecin hebdo – 25 mai 2001 – n°536 – p4-6.
124. A. Verster, E. Buning
Le traitement de substitution à la méthadone en Europe ; lignes directrices pour le traitement de la méthadone ; p5-6.
Site www.euromethwork.org
125. H. Lôo, J. Dugarin, P. Rémi-Bouissière
Traitement de substitution par le méthadone
La revue du praticien – 1995 – n°45 –p1378-1382.
126. Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville
Circulaire n°94-14 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes
7 mars 1994.

127. A. Verster, E. Buning
La preuve de l'efficacité de la méthadone ; lignes directrices pour le traitement de la méthadone ; p6-9.
Site www.euromethwork.org
128. V.P. Dole, M.E. Nyswander, D. Desjarlais, H. Joseph
Performance-based rating of methadone maintenance programs
The new England journal of medicine – vol 306 – n°3 – p169-171.
129. D. Harding-Pink
Les décès associés à la methadone
Le journal de toxicologie clinique et expérimentale – 1991 – tome 11- n°1
P31-49.
130. P.G. O'Connor, A.H. Oliveto, E.G. Triffelman
A randomised trial of buprénorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic
The American journal of medicine - August 1998- vol 105 – p100-105.
131. SWAPS
La méthadone et ses effets secondaires
Site www.crips.asso.fr/webidf.htm
132. J. Schenckery, L. Lefort
Traitement de substitution de l'héroïne
Le moniteur des pharmacies – 24 juin 2000 – n°2358 – cahier 11 – p1-16.
133. E. Duaux, X. Laqueille, J.P. Olié
Les décès liés à la méthadone
La revue du praticien – médecine générale – 25 mars 1996 – tome 10 – n°334
P51-54.

134. Schering-Plough
Subutex® en pratique
Plaquette commerciale – décembre 2000.
135. D. Bry
Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau
ville hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois de traitement de substitution
La revue du praticien – 14 décembre 1998 – tome 12 – n°442 – p39-42.
136. J. Vignaud
Practiced-based buprenorphine maintenance treatment (BMT) : how do French
healthcare providers manage the opiate-addicted patients?
Journal of substance abuse treatment – 2001 – n°21 – p135-144.
137. R. E. Johnson, J.H. Jaffe, P.J. Fudala
A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence
JAMA – May 27 1992 – vol 267 – n°20 – p2750-2755.
138. F. Lert
L'injection de buprenorphine
SWAPS – septembre 2001 – n°22 – p14-15.
139. M. Reynaud, G. Petit, D. Potard, P. Courty
Utilisation détournée d'une association buprenorphine-benzodiazépines : 6
décès
La presse médicale – 27 septembre 1997 – tome 26 – n°28 – p1337-1338.
140. G. Lagier
La buprenorphine haut dosage dans tous ses états : face aux promesses et aux
services rendus, les incertitudes
La lettre du pharmacologue – mars 2001 – vol 15 – n°3 – p38-42.

141. Direction Générale de la Santé
Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés
30 janvier 2002
142. Direction Générale de la Santé
Circulaire DGS n°1995/32 relative aux traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés
31 mars 1995.
143. J. Martin
Politique en matière de drogue et de toxicomanie, les points forts du rapport de la commission Henrion au ministre français de la santé
Médecine et Hygiène – 8 octobre 1995 – n°2089 – p2097-2100.
144. Sénat
Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants aux opiacés
Conférence de consensus – 23 et 24 avril 1995.
145. D. Grunwald
Prise en charge médicale des toxicomanes – dispositions actuelles, réflexions d'avenir
Rapport adopté par le Conseil de l'Ordre des Médecins – 1998.
146. C. Coumau
Toxicomanie, le retard français
Impact médecin hebdo – 28 septembre 2001 – n°549 – p40-41.

147. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
Les injonctions thérapeutiques
Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances – annexe 1 - édition 1999
p 116-119.
148. C. Olievenstein
Choix thérapeutiques en toxicomanie
La revue du praticien – 1995 – n°45 – p1375-1377.
149. Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville
Circulaire n°DGS/SP3/95-29 relative au traitement de substitution pour les
toxicomanes dépendants des opiacés
31 mars 1995.
150. Conseil de l'Europe
Développement et amélioration des programmes de substitution
Editions du Conseil – 2002.
151. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
Structures pour la consommation de drogues
Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne
et en Norvège – 2002 – p38.
152. B. Quénelle
Royaume-Uni, de l'héroïne au comptoir
Le moniteur des pharmacies – 20 janvier 2000 – cahier n°1 du n°2382 – p28.
153. V. Demon
Espagne, des contrôles urinaires systématiques
Le moniteur des pharmacies – 20 janvier 2000 – cahier n°1 du n°2382 – p27.
154. M. Luginsland
Allemagne, dépannage le week-end
Le moniteur des pharmacies – 20 janvier 2000 – cahier n°1 du n°2382 – p28.

155. J.L. Decaestecker
Belgique, une certaine désillusion
Le moniteur des pharmacies – 20 janvier 2000 – cahier n°1 du n°2382 – p27.
156. P. Kopp
Analyse socio-économique de la stratégie de substitution
Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique –
MILDT – janvier 2002 – p53-55.