

CONGRESS BOOK



www.addictologie.org

6^{èmes} Assises Nationales de la Fédération Française d'Addictologie

N° DPC 1587140028 - N° DE FORMATION 11751183675

Addictions, risques & dommages :
vers un consensus

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE LA MILDECA

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives



**MERCREDI 8
& JEUDI 9 OCTOBRE 2014**
CITÉ INTERNATIONALE
UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale



De profonds bouleversements s'opèrent ces dernières années dans le champ des addictions, tant dans les pratiques des usagers que dans celles des professionnels. La réduction des risques et des dommages (RdR&D) en est à la fois le symbole et le concept le plus prégnant, le plus porteur de nouvelles pratiques de soin et le plus efficace. Il est pourtant peu connu de l'opinion et généralement conçu comme réservé au seul domaine des drogues illicites et de la prévention des contaminations liées à l'usage de seringues. Aujourd'hui, dans les domaines du tabac avec le développement de la cigarette électronique et de l'alcool-dépendance avec de nouvelles stratégies thérapeutiques qui évitent la cure de sevrage, la RdR&D montre également tout son intérêt.

Quel peut être l'avenir des changements et des progrès réalisés pour prévenir et soigner si l'opinion et la société tout entière n'en comprennent ni les bénéfices ni les ressorts ni le sens ?

Le sous-titre des 6^{èmes} Assises de la Fédération Française d'Addictologie, «*vers un consensus*», indique clairement l'objectif auquel la FFA veut contribuer : construire et promouvoir un consensus interprofessionnel pour que l'ensemble de la communauté sociale s'approprie et soutienne une politique axée sur la réduction des risques et des dommages.

Ces Assises constitueront une première étape visant à identifier et recenser les pratiques concernées et leurs effets ainsi que les questions qu'elles suscitent. À l'image de ce qui est à la base de la RdR&D, chacun des thèmes sera abordé sous le double angle de l'expérience des personnes et de l'expertise scientifique.

La seconde étape sera la préparation et la réalisation d'une conférence de consensus proprement dite, prévue en 2015. Tout au long des débats de ces Assises, les membres du futur comité d'organisation de la conférence de consensus réuniront et synthétiseront les questions qui serviront de canevas au travail des experts de la conférence. Ils en feront une première présentation à l'issue des Assises.

Alain Rigaud - Président de la FFA
www.addictologie.org

» Fédération Française d'Addictologie

● Association fondatrices

- ANPAA - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- FA - Fédération Addiction
- SFA - Société Française d'Alcoologie
- SFT - Société Française de Tabacologie

● Association Membres

- ADDICTOLIB - Regroupement national des addictologues libéraux
- AFR - Association Française pour la Réduction des risques
- Alliance contre le tabac
- ASPSA - Association des Structures Publiques de Soins en Addictologie
- COPAHH - Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière
- CUNEA - Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie
- ELSA - Association Française des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie
- FNESAA - Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Alcoologie
- IREMA - Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives
- RESPADD - Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions
- SAF - Société d'Addictologie Francophone
- SAFE.ASSO
- SOS Addictions

● Association affiliées

- Alcool Assistance
- ASUD - Auto-Support des Usagers de Drogues
- Fondation Gilbert Lagrue

» PROGRAMME

- **MERCREDI 8 OCTOBRE** **P4**
- **JEUDI 9 OCTOBRE** **P6**

» ABSTRACTS ET BIOGRAPHIES **P8**

» PLAN D'EXPOSITION **P43**

» COMITÉ D'ORGANISATION SCIENTIFIQUE

- **Mr Jean-Louis BARA**, vice-président (SAFE.ASSO) - barajeanolouis@gmail.com
- **Pr Amine BENYAMINA** (SFA) - amine.benyamina@pbr.aphp.fr
- **Dr Jean-Yves BREUREC**, secrétaire général (COPAAH) - jy.breurec@ch-estran.fr
- **Pr Michel-Henri DELCROIX** (SFT) - mhdelcroix@bbox.fr
- **Dr Bruno JOURNE** (ADDICTOLIB) - brunojourne@me.com
- **Dr Benoît FLEURY**, trésorier (SFA) - benoit.fleury@chu-bordeaux.fr
- **Dr Alain MOREL**, vice-président (Fédération Addiction) - amorel@oppelia.fr
- **Mr Fabrice OLIVET**, directeur (ASUD) - contact@asud.org
- **Pr François PAILLE**, vice-président (COPAAH) - secretariat.pr.paille@chu-nancy.fr
- **Dr Alain RIGAUD**, président (ANPAA) - arigaud.anpaa.asso@orange.fr
- **Dr Béatrice STAMBUL** (AFR) - beatrice.stambul@gmail.com
- **Dr Didier TOUZEAU** (SAF) - didier.touzeau@gmail.com
- **Mme Marie VILLEZ** (Fédération Addiction) - marie.villez@cedre-bleu.fr

» GROUPE DE SYNTHÈSE

- **Mr Jean-Louis BARA** - SAFE.ASSO
- **Mme Martine LACOSTE** - Fédération Addiction
- **Dr Alain MOREL** - Fédération Addiction
- **Pr François PAILLE** - COPAAH
- **Dr Alain RIGAUD** - ANPAA
- **Mr Gabriel ZIMMERMANN** - FNESAA

Avec le soutien institutionnel de



9H00 Ouverture

Mme **Danielle JOURDAIN-MENNINGER**, présidente de la MILDECA

Mme **Laurence LAVY**, directrice du bureau des pratiques addictives à la DGS

Alain RIGAUD, président de la FFA

» HISTOIRE, BASES ET FONDAMENTAUX DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

9H30 PLÉNIÈRE 1

Président : **Didier JAYLE**, titulaire de la Chaire d'Addictologie au CNAM

Discutant : **Yves EDEL**, secrétaire général de la FFA - ELSA - ECIMUD, Pitié Salpêtrière, Paris

» LES USAGERS : RÔLE, EXPÉRIENCE ET EXPERTISE EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES

- **L'émergence de la réduction des risques en Europe et dans le monde**

Patrick O'HARE, ancien président de l'IHRA (International Harm Reduction Association)

- **Les usagers «consommacteurs» : point de départ, premiers experts et moteur de la réduction des risques :**

Fabrice OLIVET, directeur d'ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues)

- **Expertise des usagers et données probantes : données sur les fonctions et bénéfices de l'implication individuelle et collective des usagers**

Tim GREACEN, docteur en psychologie, directeur du laboratoire de recherche du Groupe Hospitalier de Maison-Blanche

11h00 Pause

11H30 PLÉNIÈRE 2

Président : **Marc VALLEUR**, Hôpital Marmottan, Paris

» DÉFINITIONS, CONCEPTS, OBJECTIFS ET PÉRIMÈTRE DU CHAMP DE LA RdR&D

TABLE RONDE

- **Anne COPPEL**, sociologue - présidente d'honneur de l'Association Française pour la Réduction des risques

- **Michel REYNAUD**, CUNEA - professeur de psychiatrie et addictologie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

- **Pierre CHAPPARD**, SAFE.ASSO - coordinateur du Réseau Français de Réduction des risques et président du forum PsychoACTIF

12H40 Déjeuner

» IMPACTS DE LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

Ce que la RdR&D a changé pour les usagers, les professionnels et la société

14H00 PLÉNIÈRE 3

Président : *Didier TOUZEAU, SAF - chef du pôle addictions, G.H. Paul Guiraud, Villejuif*

Discutant : *Nicolas AUTHIER, consultation pharmacodépendance, CHU, Clermont-Ferrand*

» CE QUE LA RdR&D A CHANGÉ POUR LES USAGERS

- **Les usagers de drogues : quelle place donnée au savoir expérimentiel des usagers ?**
Jean-Maxence GRANIER, membre d'un groupe d'entraide
- **Les usagers d'alcool : histoire et actualité de l'auto-organisation des personnes alcoolo-dépendantes, des associations d'entraide au baclofène**
Samuel BLAISE, association Olivier Ameisen
Jean-Claude TOMCZAK, Amis de la Santé - CAMERUP
- **Les usagers de tabac : le rôle des associations de vapoteurs pour la promotion d'une stratégie de réduction des risques dans la dépendance à la nicotine**
Brice LEPOUTRE, président AIDUCE (Association indépendante des utilisateurs de la cigarette électronique)

» CE QUE LA RdR&D A CHANGÉ POUR LA SOCIÉTÉ

- **Effets sur la santé publique : la réduction des dommages sanitaires et sociaux**
Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, sociologue - chargée de recherches, Inserm
- **Effets sociétaux (pratiques et représentations) en France et dans le monde**
François BECK, directeur de l'OFDT

16h00 Pause

16H30 PLÉNIÈRE 4

Président : *William LOWENSTEIN, SOS Addictions - Paris*

» CE QUE LA RdR&D A CHANGÉ DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

TABLE RONDE

En prévention, en intervention précoce auprès des jeunes, en ambulatoire, en pratique hospitalière, en résidentiel, en pharmacie, dans la rue

- *Elisabeth AVRIL, GAÏA, Paris*
- *Philippe BATEL, Clinique Montevideo, Boulogne-Billancourt*
- *Anne BORGNE, présidente du RESPADD - Centre Hospitalier de Cornouailles, Quimper-Concarneau*
- *Véronique GARGUIL, Fédération Addiction - Hôpital Charles Perrens, Bordeaux*
- *Stéphane ROBINET, PHARM'ADDICT, Strasbourg*

17H45 FIN DE LA 1^{ÈRE} JOURNÉE

» FREINS ET OBSTACLES / LEVIERS ET FACILITATEURS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

9H00 3 ATELIERS POUR UN DEBAT

Représentations et société

Président :

François MOUREAU, Alcool Assistance

Discutant :

Marie DEBRUS, AFR

Michel KOKOREFF, Université Paris VIII
Béatrice STAMBUL, AFR

- Le poids des représentations, des croyances et des dogmes
- Le modèle médical en question
- Les normes en question

Economie, politique et morale

Président :

Etienne KAMMERER, ADDICTOLIB

Discutant :

Loïc JOSSERAN, Université Versailles

Laurent APPEL, ASUD
Christian BEN LAKHDAR,
Université Lille 2

- Le coût social / bénéfices : des producteurs, de la santé publique, de l'économie générale
- Le poids des lobbys

Recherche et formation

Président :

Mickaël NAASSILA, INSERM, Amiens

Discutant :

Marc AURIACOMBE, CHU Bordeaux

Patrizia CARRIERI, Inserm Marseille
Michel-Henri DELCROIX, APPRI
Thierry SAINTE MARIE, ANRS

- RdR&D gynéco-obstétrique et recherche

11h00 Pause

11H30 PLÉNIÈRE 5

Président : Jean-Yves BREUREC, COPAAH - Hôpital de l'Estran, Pontorson

Discutant : Marie VILLEZ, Fédération Addiction - Le Cèdre Bleu, Lille

» LA RdR&D ET ÉVOLUTION DES DISPOSITIFS

- **La ville et la médecine générale**
Xavier AKNINE, MG Addiction - Gagny
- **Le dispositif médico-social**
Jean-Pierre COUTERON, Fédération Addiction - Centre Hospitalier, Mantes-la-Jolie
- **Le dispositif hospitalier**
Pierre POLOMENI, ELSA France - Hôpitaux Universitaires, Paris Seine St Denis

12H45 Déjeuner

» NOUVELLES PERSPECTIVES DE LA RdR&D

14H00 PLÉNIÈRE 6

Président : *Patrick DAIMÉ, ANPAA - CHU, Rouen*

Discutant : *Jean-Michel DELILE, Fédération Addiction - CEID, Bordeaux*

» LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES EN PRATIQUE : PRATIQUES DES USAGERS, PRATIQUES DES PROFESSIONNELS ET DONNÉES PROBANTES

À partir de 6 exemples : tabac, alcool, cannabis, opiacés et stimulants, comment interfèrent les savoirs des usagers et ceux des professionnels pour ouvrir vers de nouvelles relations et modalités d'action visant à réduire les risques et les dommages

- **Usagers de tabac :**

Nathalie WIRTH, Société Française de Tabacologie (SFT) - CHU, Nancy

- **Usagers d'alcool :**

Bertrand NALPAS, INSERM, Montpellier

- **Usagers de cannabis :**

Amine BENYAMINA, Hôpital Paul Brousse, Villejuif & Laurent APPEL, ASUD

15h00 Pause

15h30

- **Usagers d'opiacés :**

Laurent MICHEL, CSAPA Pierre Nicole - Croix-Rouge Française

- **Usagers de stimulants :**

Laurent KARILA, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

- **Usagers de psychotropes et médicaments addictologiques :**

Maurice DEMATTEIS, CHU, Grenoble

16H30 Conclusion

» VERS UN (NOUVEAU) CONSENSUS ?

Nouveaux produits, nouvelles pratiques, nouveaux risques, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques de Rd&RD : questions pour la Conférence de consensus sur la RdR&D

par le groupe de synthèse :

- **Mr Jean-Louis BARA** - SAFE.ASSO
- **Mme Martine LACOSTE** - Fédération Addiction
- **Dr Alain MOREL** - Fédération Addiction
- **Pr François PAILLE** - COPAAH
- **Dr Alain RIGAUD** - ANPAA
- **Mr Gabriel ZIMMERMANN** - FNESAA

Plénière 1 - Les usagers : rôle, expérience et expertise en matière de réduction des risques



Patrick O'HARE

Professor Pat O'Hare is the Executive Director of HIT. In the mid-80s he left teaching to become an adviser on drug education for Sefton Council on Merseyside. In 1987 he became the Director of the Mersey Drugs Training and Information Centre (MDTIC) in Liverpool. There was much interest in what was being done on Merseyside as far as HIV prevention with people who injected drugs was concerned, and visitors came from all over the world to see first hand what was going on.

Pat was Editor of the International Journal of Drug Policy from 1992 till 2002. In 1990 MDTIC organised the 1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm in Liverpool. This eventually became known as The Harm Reduction Conference, the last one of which in Vilnius was the 23rd edition.

In 1994 he left MDTIC, which soon became HIT, to continue the global work, which had started with conference. In 1996 he was one of the founders of the International Harm Reduction Association (IHRA) and was Executive Director until 2004. He was then Honorary President from 2004 until 2011, when he was elected to the board of directors of Harm Reduction International (HRI), the new name of IHRA. This work has taken him around the world to advocate for harm reduction approaches to the problems caused by drug use, especially those caused by the sharing of injecting equipment. In this time he has edited three books on harm reduction and has published extensively on HIV prevention, education and drug policy, and has spoken at many international conferences.

In 1990 he was co-winner of The Norman E Zinberg Award for Achievement in the Field of Medicine and Treatment of The Drug Policy Foundation, Washington, and in 2000 he was given the International Rolleston Award of HRI. In 2008 he was made Visiting Professor in Drug Use and Addiction at Liverpool John Moores University. He is a member of the board of the Middle East and North African Harm Reduction Association, which is based in Beirut. In 2008 he returned to HIT. He is committed to his work because he believes in a world where people who use drugs are free from stigma; have an equal place in society; have their human rights respected; are provided with accurate, evidence-based harm reduction information; and have the same access to health as everybody else.

Outside work he has many other interests. He is a keen photographer and he has had exhibitions in the USA, UK and Switzerland. He is an active musician and plays in a jazz quintet and a soul band. He used to take part in cycle races until recently and he takes a fairly big interest in football, especially the progress of Everton FC. He also enjoys walking in the mountains, although his days as a serious mountaineer are long gone.

Plénière 1

L'émergence de la réduction des risques en Europe et dans le monde - Patrick O'HARE

In the mid-80s, an influx of cheap brown heroin gave Liverpool another bad reputation as «smack city». Services were much as they were in the rest of the UK with detoxification being the prevalent treatment.

In 1985, a significant event was the opening of the Mersey Drug Training and Information Centre (MDTIC), now known as HIT. Its brief was to give honest information to anyone who requested it and training to the public and professionals. It was prevention rather than treatment. The realisation that HIV could be contracted through sharing contaminated injection equipment was met with an immediate pragmatic response based on public health principles. If the danger was infected equipment, clean equipment had to be made available. Following the example of the Netherlands where the measure had been introduced in 1984, a syringe exchange service was started in a converted toilet at MDTIC. Methadone was also used to attract people to services. User friendliness was a key concept. The key idea was the identification of the target group, making and maintaining contact with that target group and delivering specific interventions to that population at risk, the «population» rather than «individual» approach. Co-operation was sought from the target group, the public, professionals and the police. Needle exchange, prescribing mainly of methadone, outreach and the provision of information were the instruments used. How successful was the Mersey Harm Reduction Model as it came to be known? As far as behaviour change is concerned, there was a reduction in sharing and use of street drugs. Many more people were attracted into services who had never been before. Contact was made with over 50% of the high-risk population. An HIV epidemic did not happen among injecting drug users in Mersey. In 1990, the approach was applied to the new phenomenon of the use of MDMA (Ecstasy) with the publication of the milestone leaflet, 'Chill Out'. Key features of this leaflet were that it was culturally attuned, attractive, non-judgmental and user friendly. Its publication was not without its problems but was a kind of turning point in the public's understanding of harm reduction in that a debate about the issue took place on Merseyside with a favourable outcome in terms of public opinion. The First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm took place in Liverpool in 1990 as a response to the interest shown in what was happening in the region. During the following years, the conference has become a powerful instrument in exporting the concept of harm reduction. The paper will look at drug policy developments globally; look at the successes and failures of harm reduction; consider the alternatives to current policy; and ask why France has been left so far behind the rest of Europe.



Fabrice OLIVET

Fabrice Olivet est un militant historique de la réforme des politiques de drogues. Depuis 1996, il anime l'association ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues), agréée par l'Etat pour représenter les personnes prises en charge dans le système de soins pour des questions relatives à une addiction. Historien de formation, c'est également un polémiste engagé dans les débats relatifs à l' « identité française ».

Fabrice Olivet est membre de la commission nationale des stupéfiants et des psychotropes de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Publication : La Question Métisse, Mille et Une Nuits, 2011.

Plénière 1

Usagers experts, un oxymore ? Fabrice OLIVET

En matière de réduction des risques, l'expertise des usagers souffre d'un double discrédit. D'une part, les instruments scientifiques de mesure des addictions ne sont conçus que pour cerner les aspects pathogènes de l'usage, principalement orientés vers l'abus et la dépendance. D'autre part il existe un déséquilibre relationnel majeur entre patients et professionnels du soin que la fameuse alliance thérapeutique n'a jamais vraiment su combler, sauf avec beaucoup d'hypocrisie.

Dans une première partie, cette présentation pose les bases d'une comparaison entre des critères d'expertise retenues par les patients/usagers et ceux qui intéressent les professionnels. Trois produits psychoactifs couramment utilisés, l'héroïne, l'alcool et le cannabis seront soumis à cette double analyse afin de trouver des points de convergence entre les domaines du ressenti et le champ sanitaire.

Dans une seconde partie, l'inscription symétrique de l'expertise des professionnels et des usagers sur le plan institutionnel sera discutée à l'aune du nouveau crédo de la démocratie sanitaire

Pour sortir de l'effet d'annonce et du politiquement correcte, il est indispensable de poser les bases d'une véritable légitimité de l'expertise des usagers et de leur association qui intègre des objectifs partagés par les patients et les professionnels.



Tim GREACEN

Tim Greacen, docteur en psychologie, est actuellement directeur du laboratoire de recherche de l'Etablissement public de santé Maison Blanche. Auteur et éditeur de sept livres et de nombreuses publications sur la psychiatrie, les droits des usagers du système de soins et la promotion de la santé s'adressant tantôt à la communauté scientifique tantôt au grand public ou aux populations spécifiques, il est aussi co-fondateur d'Espas, centre d'accueil des personnes touchées par le VIH et en difficulté psychologique, ainsi que de la Cité de la santé à la Villette, une plateforme inter-associative d'accès accompagné aux informations santé. Président du réseau européen d'établissements psychiatriques ENTER Mental Health, avec 20 institutions membres dans 16 pays européens, son travail de recherche, comme ses activités associatives, porte essentiellement sur l'empowerment des usagers du système sanitaire et social et des citoyens en général en matière de santé. Il a également un long parcours en milieu associatif dans les domaines de la défense des droits des usagers du système de soins, de l'éducation à la santé et de lutte contre l'exclusion sociale. Militant de longue date dans la lutte contre le sida, il est Président de l'association AIDES Ile-de-France de 1997-1999, représentant des usagers à l'hôpital Broussais (1996-1999), à l'Hôpital européen Georges Pompidou (2000-2014) et à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Ile-de-France (2006-2018).

Plénière 1

Expertise des usagers : les fonctions et bénéfices de l'implication individuelle et collective des usagers - Tim GREACEN

Au niveau international, l'expertise des usagers est de plus en plus reconnue comme un fondement incontournable dans un parcours de soins de qualité. L'expérience des addictions, l'expérience d'une maladie deviennent même une compétence professionnelle en soi. Les pairs-aidants et les médiateurs de santé pairs sont des exemples de ces nouvelles figures professionnelles qui valorisent leur savoir expérientiel auprès d'autres malades, en faisant partie intégrante d'équipes de professionnels dans les services sanitaires et sociaux. Ils peuvent également co-animer des formations à l'usage des professionnels de l'accompagnement médico-social ou de l'insertion. Dans un programme régional danois, MB Projekt, les professionnels du sanitaire et du social qui ont cessé de travailler pour des raisons de santé, bénéficient dorénavant d'une politique de retour à l'emploi, avec une réintégration à l'emploi qui s'appuie justement sur cette double expertise en tant que professionnel de santé mais aussi en tant que personne ayant une expérience d'utilisateur. Dans de nombreux pays, les personnes vivant avec un trouble de santé ou une addiction s'organisent pour se former et former leurs pairs afin de devenir des témoins de leur expérience. Ces personnes utilisent les savoirs issus de leur vécu avec un problème de santé pour investir les services de soins, mais aussi la communauté en général, et même l'université en devenant usagers-formateurs ou usagers-chercheurs, orientant ainsi les programmes d'enseignement et de recherche vers des objectifs définis pour et avec les usagers. La présentation décrira plusieurs programmes en France qui sont actuellement en train d'expérimenter de telles approches.

Plénière 2 - Définitions, concepts, objectifs et périmètre du champ de la RdR&D



Marc VALEUR

Psychiatre, médecin chef de l'hôpital Marmottan, ancien membre de la Commission des stupéfiants et psychotropes et du Collège scientifique de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, il est aujourd'hui membre du Comité consultatif des jeux, du collège de l'Autorité de Régulation des Jeux En Ligne et de l'Observatoire des Jeux, et directeur de publication de la revue Psychotropes. Son complice Jean-Claude Matysiak et lui-même ont publié de nombreux livres, dont certains sont devenus des « classiques », repris en poche ou traduits (Calmann-Lévy, Lattès, Flammarion, Armand Colin, etc.). Ils participent régulièrement à des émissions de radio et de télévision, et sont également sollicités par la presse écrite.



Anne COPPEL

Anne Coppel, sociologue, est spécialisée dans le domaine des politiques des drogues et de lutte contre le sida. Au cours des années 80, elle a mené différentes recherches (consommation de drogues dans la Banlieue parisienne et Paris, Femmes et sida, besoins de santé des femmes prostituées, les sorties de la toxicomanie. De la recherche à l'action, elle est à l'origine de projets expérimentaux de santé communautaire, comme Espoir Goutte d'Or, ou le BUS des Femmes. Elle a contribué à la création de trois programmes méthadone (1989, Centre Pierre Nicole sous la direction du Pr Charles-Nicolas, 1993 Clinique Liberté avec le Dr Touzeau, 1995 Centre Emergence-Espace Tolbiac, avec le Dr Bloch-Lainé). Militante associative, elle a animé le débat public depuis 1993 comme présidente de Limiter la Casse, collectif inter-associatif puis avec la création l'Association française de réduction des risques dont elle est toujours présidente d'honneur. Elle a obtenu le prix international de Réduction des risques, le Rolleston Award en 1996.

Publications : Le Dragon domestique, deux siècles de relations étranges entre la drogue et l'Occident, Albin Michel 1989. Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques, La Découverte 2002. Drogues, sortir de l'impasse, avec Olivier Doubre, La Découverte, 2012.

Plénière 2

Définition, concepts, objectifs et périmètre du champ de la RdR&D - Anne COPPEL

Lorsque nous avons lancé les premières expérimentations, nous n'avions pas de définition stabilisée de la RDR. La démarche pragmatique obéissait à un premier principe : celui qui consomme des drogues doit pouvoir protéger sa santé, sans exiger de désintoxication. Depuis, les définitions se sont multipliées, certaines limitées à la réduction des risques infectieux (OMS, dispositif institutionnel français), mais la démarche de réduction des risques et des dommages peut également s'appliquer à toutes les consommations de drogues, du cannabis à l'alcool ou au tabac. Dans la pratique, elle a modifié la conception et les pratiques de soin et de prévention, et donc la politique de santé dans son ensemble. Ces changements n'ont pas été revendiqués car ils impliquent de renoncer à l'objectif d'éradication des drogues. Or ce changement de la politique des drogues est en cours en Amérique latine et aux Etats-Unis, où la démarche de réduction des risques et des dommages tend à s'appliquer aux conséquences du trafic (violence, renforcement des organisations trafiquantes, corruption), avec le même constat : on ne peut éradiquer ni la consommation ni le trafic. Une nouvelle politique des drogues est en gestation, qui sera discutée à l'ONU en 2016.



Michel REYNAUD

Michel REYNAUD, est Professeur de psychiatrie et d'addictologie dans le Centre d'Enseignement de Recherche et de Traitement des Addictions - l'ALBATROS - à l'hôpital universitaire Paul Brousse - Villejuif et à la Faculté Paris Sud.

Ancien Président du Collège National des Universitaires en Addictologie, et coordinateur du DESC d'addictologie et de plusieurs Diplômes universitaires.

Ancien président de la Fédération Française d'Addictologie, il a occupé le poste de Conseiller pour la politique psychiatrique à la DHOS (Direction de l'Hôpital et de l'Organisation des soins) jusqu'en 1997, puis de la politique addictologique auprès du Directeur Général de la Santé et de la MILDT (Mission Interministérielle et lutte contre la Drogue et des Toxicomanies) jusqu'en 2000. Il est l'auteur de plusieurs rapports ministériels, le dernier étant « stratégies validées pour réduire les dommages liés aux addictions ».

Il est l'auteur ou le directeur de plus de 20 ouvrages pour les spécialistes, notamment le « Traité d'addictologie » (éditions Flammarion), de plusieurs rapports sur l'organisation des soins et de plus d'une centaine de publications internationales et de nombreuses publications nationales.

Plénière 2

Une politique de réduction pragmatique des dommages : Un véritable changement de paradigme - Michel REYNAUD

Au delà d'une discussion assez théorique sur les différences conceptuelles entre réduction des risques et réduction des dommages (le dommage n'étant que la concrétisation de la prise de risque ; mais une politique titrée « réduction des dommages » me paraît plus à même d'être acceptée par les pouvoirs publics et la société, car, à la différence des risques, il s'agit de données objectives, perceptibles, et évaluables), il y a maintenant accord sur la nécessité d'une politique de RdR&D.

On reconnaît désormais de plus en plus une absence de résultats probants des politiques idéologiques.

Les politiques simplistes de « lutte contre les fléaux sociaux, alcoolisme et toxicomanie », les objectifs prohibitionnistes, la « guerre à la drogue » sont coûteux et surtout peu efficaces, voire contre-productifs (la focalisation sur la « guerre à la drogue » a entraîné une perception exacerbée de la dangerosité des produits illicites qui a pour conséquence une sous évaluation relative de celle des produits licites).

Et il y a donc accord chez les professionnels pour une politique pragmatique qui doit s'axer prioritairement sur la réduction des risques et des dommages.

Les consommations de produits psychoactifs et les pratiques liées à des recherches de satisfactions immédiates sont inhérentes à la condition humaine. Il est donc illusoire de vouloir les faire disparaître. En revanche, ce sont les abus et les dommages entraînés par ces pratiques ainsi que les conditions de leur développement qu'il faut viser.

Cette politique devrait être basée uniquement sur des données évaluées et sur des preuves scientifiques.

Les addictions résultant des interactions entre un produit plus ou moins addictogène, un individu plus ou moins vulnérable et un environnement plus ou moins incitatif.

La réduction des dommages implique d'agir sur les **trois déterminants des addictions** :

- Agir pour diminuer la dangerosité des différents produits ou comportements addictifs
- Agir sur les populations les plus vulnérables et les situations à risque
- Agir sur les déterminants sociaux, culturels et économiques

Une politique globale de réduction des dommages est un véritable changement de paradigme qui entraîne par conséquent **quatre changements majeurs** :

I - La réduction des dommages implique un « nouveau référentiel de santé publique »

1- Une autre philosophie du soin

Il faut en effet toujours partir de la demande de l'utilisateur, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès : réduire les consommations, consommer en prenant moins de risques, gérer ses prises de produits, devenir abstinent sont autant d'objectifs d'amélioration et de réduction des dommages.

La force d'une approche graduée est d'offrir un éventail de possibilités, parmi lesquelles les usagers peuvent choisir en fonction de leurs attentes et de leur évolution.

2 - Une prévention/action ciblée

• En premier lieu, en plus de la prévention générale, le développement d'une prévention/action ciblée qui donnera la priorité à des stratégies de repérage et d'intervention précoce.

• Mais ces actions doivent être aussi tout particulièrement adaptées en direction des populations les plus à risques :

- Le public « jeunes » qui doit être une cible prioritaire
- Les personnes en situation de précarité...
- Les patients atteints de troubles mentaux
- Le public féminin, notamment les femmes enceintes et les femmes isolées

3 - Un accès aux soins facilité, un dispositif mieux organisé

En deuxième lieu, il convient d'aménager un parcours d'accompagnement et de soins cohérent et articulé afin de faciliter l'orientation, l'accès aux soins ainsi que la réduction des risques.

II - La réduction des dommages implique un développement de la formation, de l'enseignement et de la recherche

III - La réduction des dommages implique un renforcement de la réglementation, de la législation et de la fiscalité

1- Une adaptation de la fiscalité, avec notamment une augmentation de la taxation de l'alcool au prorata du degré d'alcool.

2 - Une régulation du marketing, en particulier de toutes les incitations à la consommation des jeunes avec une limitation de la publicité sur internet aux seuls sites autorisés.

3 - Une législation comparable pour les délits liés à la consommation de drogues licites ou illicites, en marquant l'interdit des drogues illicites mais en rapprochant au maximum les actions pour pénaliser les consommations, quels que soient les produits en cause (drogue illicite, alcool, tabac) en évaluant systématiquement la situation clinique de toute personne verbalisée pour usage de produit licite ou illicite.

IV - La réduction des dommages implique de modifier les interactions Santé/Police/Justice : une conférence de consensus « Santé/Police/Justice et Addictions »

Il conviendrait de mettre en place d'une conférence de consensus afin de permettre aux actions sanitaires et policières de se compléter et de se potentialiser (meilleure utilisation de la justice pour orienter vers le soin, meilleure utilisation du sanitaire pour éviter les récidives).

Plénière 3 - Ce que la RdR&D a changé pour les usagers et pour la société



Didier TOUZEAU

Psychiatre des hôpitaux Chef de pôle (G.H. Paul Guiraud).

Rédacteur en chef du Courrier des addictions (EDIMARK).

Secrétaire de la société d'addictologie francophone.

Administrateur de la Société française de tabacologie.

Il travaille depuis plus de trente cinq ans dans le champ des addictions (Pierre Nicole, Prisons de Fresnes, actions de terrain, mise en place du premier programme méthadone extrahospitalier (clinique Liberté). Outre les substances psychoactives et le tabac, mes centres d'intérêt ont été les politiques locales de prévention, la santé communautaire, le sida (réduction des risques, accès aux soins des malades) et les hépatites.

Plénière 3 - Ce que la RdR&D a changé pour les usagers et pour la société - Didier TOUZEAU

La réduction des risques, « *invention* » anglo-saxonne, est née, au milieu des années 80 à Liverpool et s'est attachée à réduire les dégâts causés par les drogues plutôt que de lutter contre la drogue... et les usagers. La dynamique de la RDR est faite de pragmatisme et d'empathie. Plutôt que d'intervenants relayant dans leurs institutions les objectifs définis au sommet des politiques en matière de drogues, elle est portée par un courant d'acteurs de terrain à l'écoute des personnes concernées qui sont dorénavant partie prenantes des interventions qui les concernent. Ces nouvelles pratiques bénéficient à l'ensemble de la population quand elles sont partagées avec les professionnels d'autres champs (santé, justice, police...) et si nous sommes capables de montrer leurs points forts !



Nicolas AUTHIER

Professeur de Pharmacologie Médicale, médecin psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie, il est responsable du Centre Addictovigilance Auvergne et de la consultation pharmacodépendance du CHU de Clermont-Ferrand. Ses travaux de recherche, au sein de l'UMR INSERM 1107 NEURO-DOL, se focalisent actuellement sur les liens entre douleur et addiction mais aussi sur l'optimisation du bénéfice-risque des antalgiques et plus particulièrement le mésusage des antalgiques opioïdes chez les patients douloureux. Il développe par ailleurs des études pharmaco-épidémiologiques sur base de données de l'assurance maladie centrées sur les opioïdes (antalgiques, substitution).



Jean-Maxence GRANIER

52 ans. Sémioticien. Membre de différents groupes d'entraide.

Plénière 3

Les usagers de drogues : quelle place donnée au savoir expérientiel des usagers ?

Jean-Maxence GRANIER

Au sein des groupes d'entraide, on oppose volontiers ceux qui se centrent sur la RDR, dans sa conception traditionnelle et qui s'appuient sur des usagers « actifs », à ceux qui proposent des trajectoires vers l'abstinence (groupes dits de 12 étapes par exemple), concernant alors de potentiels « ex »-usagers. Les premiers sont habituellement perçus comme le fer de lance d'une RDR qui, poussée à son terme, débouche sur une logique anti-prohibitionniste, les seconds pouvant au contraire être ressentis (ce n'est bien sûr pas leur position) comme promouvant implicitement l'interdit (faussement) salvateur. A l'heure où la frontière entre l'autorisé et le prohibé, dans les produits, les usages et les soins, est de moins en moins probante, notre intervention se proposera de déconstruire cet antagonisme en partie fictif et surtout dangereux en montrant à la fois comment l'abstinence a vocation à s'inscrire de plein droit dans une logique de RDR (quitte à en réinterroger les contours) et comment la RDR peut s'enrichir de cet apport, face par exemple au risque addictogène en tant que tel (cf. la question de la sortie des TSO). De fait, ces groupes, bien différents les uns des autres, s'inscrivent pourtant tous à la fois dans une logique du care, privilégiant la sollicitude et la bienveillance entre pairs, et dans une démarche qui vise à doter chacun de ses membres de nouvelles capacités, certes de natures différentes, qui lui permettent de modifier ses pratiques en les rendant plus sûres, ce qui peut signifier parfois, et pourquoi pas, d'y mettre fin.



Samuel BLAISE

Après un début de vie entre l'expatriation et quelques régions françaises, il est arrivé à Paris il y a 15 ans. Ses études et son parcours professionnel s'inscrivent dans le développement commercial & marketing auprès de grands groupes de services B to B en France et en Europe. Il a enfin créé une société en facilities management il y a sept ans. Par hasard, il a découvert l'alcool à l'âge de 12 ans. Le profond bien-être ressenti lors de cette expérience m'a amené progressivement vers la poly-addiction : alcool, tabac, puis alternativement haschich, sport, travail, sexe, cocaïne. Plusieurs tentatives d'arrêt toutes infructueuses l'ont conduit à s'intéresser au baclofène fin 2011. Traité et libéré depuis janvier 2012, Il a engagé en même temps un accompagnement psychologique pour consolider sa renaissance. En parallèle de sa société, il a cofondé l'association Olivier Ameisen avec les Dr Renaud de Beaurepaire, Bernard Granger, Eva et Jean-Claude Ameisen. Elle a pour objet le développement international de la prévention et du traitement pluridisciplinaire de l'addiction.

Plénière 3

Les usagers d'alcool : histoire et actualité de l'auto-organisation des personnes alcoolodépendantes, des associations d'entraide au baclofène - Samuel BLAISE

La découverte en 2004 par le Pr Olivier Ameisen de l'efficacité du baclofène à fortes doses sur le « craving » (besoin irrésistible de consommer de l'alcool) via son action sur le récepteur GABAB, confirme la composante neurobiologique de l'alcoolodépendance contre laquelle la volonté demeure impuissante. Cette molécule est

très proche du neurotransmetteur GABA que le cerveau produit naturellement. Des études en double aveugle sur de petites cohortes et à court terme avaient déjà montré l'intérêt de ce médicament dans l'alcoolodépendance. Deux études en double aveugle et à fortes doses viennent d'être menées en France sur un total de plus de 600 patients. Leurs résultats seront connus d'ici la fin 2014. Plusieurs autres études similaires sont en cours dans le monde.

Dès 2008, les premiers malades ont convaincu leur médecin de leur prescrire ce nouveau traitement. Et c'est ainsi, avec l'appui décisif des deux premières associations dotées de forums Internet, l'engagement de prescripteurs puis, par les relais réguliers des médias, que s'est enclenché un effet boule de neige aboutissant à un cumul d'environ 100 000 patients traités et une RTU délivrée par l'ANSM le 14 avril 2014.

Le baclofène n'impose ni l'abstinence ni la consommation contrôlée mais propose l'indépendance et le libre arbitre. En le libérant, cette chimiothérapie permet au malade d'objectiver son rapport à l'addiction. Elle favorise l'ouverture de sa conscience sur son histoire, sur les composantes psychologiques et sociologiques de sa maladie. Pour ceux qui en ont besoin, c'est enfin la possibilité d'engager un accompagnement socio-psychologique efficace pour retrouver ancrage et réelle confiance dans l'avenir. Pour la société, le rapport culturel à l'alcoolisme et le regard porté sur l'alcoolique vont inéluctablement changer.

De nombreux cas médicalement actés démontrent l'efficacité du baclofène sur les dépendances à la cocaïne, au crack ainsi que pour la boulimie et l'hyperphagie. Ces premiers résultats représentent un univers exploratoire vaste et prometteur de stratégies thérapeutiques complémentaires et innovantes dans la guérison de l'addiction au sens large.

Le baclofène ouvre donc aux malades la possibilité d'une prise en charge moderne et pluridisciplinaire, à condition qu'une réelle mobilisation humaniste vienne solidairement la porter.



Jean-Claude TOMCZAK

Militant depuis 1984 dans une association d'entraide « *Les Amis de la Santé de Moselle* » j'y ai fait de l'accompagnement de malades alcooliques et, surtout de la prévention et de l'information dans les collèges, lycées, chantiers d'insertions et autres CFA de Moselle. Pendant une douzaine d'années, j'ai mené en parallèle dans une grande société automobile les fonctions de technicien qualité et correspondant prévention alcool pour les salariés en difficulté avec le produit au sein de l'entreprise, puis pendant deux années, avant de prendre ma retraite professionnelle j'ai pratiqué l'activité de consultant formateur en gestion du risque alcool en entreprise. Président de l'association mosellane, j'ai également été administrateur puis président de la « *Fédération Nationale Santé, Abstinence, Amitié* » renommée par la suite « *Fédération Nationale de Amis de la Santé* » (F.N.A.S.). A ce titre j'ai, entre autres, été rapporteur lors de la synthèse nationale des états généraux de l'alcool, également nommé par décret à la commission nationale addiction comme représentant des usagers j'ai aussi participé à divers travaux à la SFA, à l'INPES, la HAS, etc.. J'ai quitté mes activités nationales durant quatre années cela sans cesser mes actions de prévention et d'information à l'échelon départemental. Rappelé et réélu à la présidence de la FNAS en début de cette année je suis également vice président à la CAMERUP (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique) qui représente Alcool Assistance, Croix Bleue, Vie Libre, Alcool Ecoute Joie et Santé ainsi que les Amis de la Santé et je suis missionné par mes pairs pour les représenter à ces Assises.

Plénière 3

Les usagers d'alcool : histoire et actualité de l'auto-organisation des personnes alcoolo-dépendantes, des associations d'entraide au baclofène - Jean-Claude TOMCZAK

Si l'on peut concevoir des réductions de consommations chez le buveur excessif, les associations membres de la CAMERUP (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique), unanimement, ne voient pas d'alternatives à l'abstinence pour retrouver une qualité de vie, harmonieuse dans les domaines tant familiaux que professionnels pour les malades alcoolo-dépendants.

L'une de nos raisons d'être est d'accompagner les patients non seulement dans une démarche de soins mais, à postériori, de les aider à poursuivre dans une abstinence pour une période la plus prolongée possible sans avoir recours à des substituts ceci, bien entendu, dans la mesure du possible.

Il est évident que nous pouvons concevoir que cela n'est pas simple et que le Baclofène pourrait être un moyen d'accompagnement intéressant s'il n'y avait pas tant de polémique sur les détournements de son usage en remède miracle d'autant plus que la longue liste des effets secondaires indésirables comme les risques convulsifs, les troubles cardiovasculaires, musculaires et autres syndromes ne nous laissent perplexe quant à son action sur le long terme et en dosages croissants.

A entendre les témoignages, les effets indésirables semblent bien plus importants que les effets positifs.

Si l'on peut considérer son usage d'outil de réduction des risques alors seulement dans le cadre d'une alliance thérapeutique avec le Baclofène en complément et ceci après un bilan somatique réalisé au cas par cas par des prescripteurs qualifiés.

Nous ne le proposons pas aux malades suivis dans nos structures par méconnaissance d'une molécule que ni nous ni d'autres acteurs en addictologie ne peuvent cadrer de façon précise.

Nous avons d'ailleurs dans les malades qui nous contactent très peu de personnes qui avancent le Baclofène dans leurs souhaits de projet thérapeutique et si la question se pose nous les dirigeons vers des structures ou vers des professionnels en addictologie.

Il reste beaucoup trop de questions sans réponses avec un historique trop restreint et, d'ailleurs, un autre médicament sonne déjà à la porte avec, paraît-il, des avantages bien plus intéressants que le Baclofène : le Selincro.



Brice LEPOUTRE

Brice LEPOUTRE, responsable informatique pour une société de cosmétiques, est le fondateur/administrateur du forum d'utilisateurs de vaporisateur personnel ou cigarette électronique <http://www.forum-ecigarette.com> depuis 2008. Ce forum, parti d'une poignée de passionnés pionniers, compte aujourd'hui près d'un million de visiteurs par mois, faisant de lui le forum européen le plus consulté sur le sujet. En 2013, Brice LEPOUTRE, face à la menace d'une réglementation démesurée du dispositif, fonde avec François BAURE (administrateur du deuxième forum français sur les vaporisateurs personnels : <http://www.ecigarette-public.com>), l'Association Indépendante Des Utilisateurs de Cigarette Electronique (AIDUCE). Cette association a pour objet de défendre le vaporisateur personnel et sa liberté d'utilisation. Les actions menées par l'association sont totalement indépendantes des entreprises du secteur, et réalisées uniquement par des bénévoles passionnés et convaincus.

Plénière 3

Les usagers d'alcool : histoire et actualité de l'auto-organisation des personnes alcoolodépendantes, des associations d'entraide au baclofène - Brice LEPOUTRE

Nous sommes des utilisateurs de la cigarette électronique et nous avons décidé de nous réunir au sein d'une association : l'Association Indépendante des Utilisateurs de la Cigarette Électronique (AIDUCE).

Pendant des années, nous avons entendu et lu des centaines de propos et d'avis sur cet outil que nous utilisons : des médecins, des professeurs, des organisations et agences nationales ou internationales (OMS, ANSM, etc.), des vendeurs ont disserté sur l'utilisation des cigarettes électroniques. Le plus souvent, nous avons vu et lu des préjugés, des assertions plus ou moins justes. Nous avons vu et lu des experts s'interroger gravement pour savoir s'il fallait interdire ou autoriser la cigarette électronique, si elle devait être considérée comme un produit de tabac ou un médicament, une hérésie ou une aide intéressante pour celles et ceux qui ne souhaitent plus consommer de tabac. Aujourd'hui encore, le débat fait rage jusque dans les couloirs de l'Union Européenne. Or, qui mieux que les utilisateurs de la cigarette électronique peut parler des utilisateurs de cigarette électronique ? Qui mieux que nous peut dire ce que nous vivons au quotidien ?

Nous sommes des utilisateurs satisfaits de notre choix. Cependant, nous ne sommes ni des activistes ni des lobbyistes. Nous ne souhaitons pas convaincre les fumeurs de nous rejoindre. Ni attirer des non-fumeurs. Encore moins s'ils sont mineurs. Nous souhaitons juste témoigner de ce que nous sommes, nous qui sommes des centaines de milliers, partager notre expérience et réclamer notre liberté d'user de la cigarette électronique tant que nous ne dérangeons personne et que nous ne sommes pas un danger pour autrui.

Il n'y a pas si longtemps pour certains d'entre nous, nous consommions un produit reconnu comme excessivement dangereux, contenant des dizaines de substances toxiques ou cancérigènes, tuant sans vergogne des dizaines de milliers de personnes chaque année. Nous étions les victimes consentantes d'un fléau planétaire. Certains d'entre nous ont tenté d'arrêter le tabac à de nombreuses reprises, même par les méthodes de sevrage tabagique tant vantées, mais sans succès. Certains d'entre nous pensaient ne jamais pouvoir arrêter le tabac.

Or, nous l'avons fait.

La plupart d'entre nous nous sentons bien mieux depuis que nous avons pris cette décision. Nous utilisons un produit contenant cent fois moins de substances dangereuses que le tabac : pas de goudron, de monoxyde de carbone, d'ammoniac ou d'arsenic, mille fois moins de nitrosamines. Devons-nous être blâmés pour cela ?

Ni médicament, puisqu'elle est aussi source de plaisir, ni produit de tabac, puisqu'elle n'en contient pas, la cigarette électronique est notre actualité. Notre présent. Elle peut être aussi un avenir pour des milliers voire des millions de fumeurs à travers le monde qui pourront disposer d'un palliatif nettement moins toxique que la cigarette traditionnelle. Nous souhaitons juste qu'elle ne soit pas vilipendée car elle ne rentre pas dans les schémas de pensée classiques, voire interdite parce qu'elle dérange.

Faut-il rappeler que consommer de la nicotine, même sous forme de liquide, n'est pas un crime et ne fait pas de nous des délinquants, ou alors que dire des fumeurs de cigarettes traditionnelles ?

Nous souhaitons donc défendre notre liberté de consommateurs responsables. Nous nous fédérons afin de pouvoir diffuser de manière efficace l'ensemble des savoirs et des connaissances que la communauté des vapoteurs accumule depuis des années (études scientifiques, expériences personnelles) et ce dans le but de développer une information aussi complète et objective que possible concernant les objets et les produits que nous utilisons quotidiennement. Nous souhaitons aussi que des études scientifiques neutres et conséquentes soient menées sur l'éventuelle toxicité des composants présents dans la vapeur. Nous souhaitons être informés sérieusement sur les produits et les liquides que nous utilisons, afin de prendre nos dispositions le cas échéant. Enfin, nous nous réclamons comme indépendants. Ce n'est pas juste un mot, ni une figure de style propre à amadouer les plus naïfs. Nous ne sommes pas dupes : la cigarette électronique peut devenir un enjeu financier susceptible d'attirer la convoitise des entrepreneurs, peut-être un jour des laboratoires pharmaceutiques ou des cigarettiers voyant leurs clients quitter leur giron. Nous souhaitons véritablement ne pas être associés à ces batailles de marché ou de pré carré. Car, au-delà de toutes considérations économiques, politiques ou philosophiques, c'est la santé de centaines de milliers de personnes qui est en jeu. C'est de notre santé dont il est question.



Marie JAUFFRET-ROUSTIDE

Marie Jauffret-Roustide est sociologue, chargée de recherche à l'Inserm au Centre de recherche Médecine, sciences, santé, santé mentale (Cermes3). Elle mène des recherches sur l'exposition au risque chez les usagers de drogues en mobilisant l'épidémiologie, la sociologie et la science politique. Elle est l'auteur de nombreuses publications internationales sur l'épidémiologie du VIH et des hépatites chez les usagers de drogues et l'analyse des politiques publiques. Elle est la responsable scientifique de l'enquête ANRS-Coquelicot et la co-investigatrice de la cohorte COSINUS. Elle coordonne actuellement un programme de recherche international sur l'histoire des politiques de réduction des risques, le processus de biomédicalisation des addictions et l'acceptabilité sociale des salles de consommation supervisées.

Plénière 3

Effets sur la santé publique : la réduction des dommages sanitaires et sociaux - Marie JAUFFRET-ROUSTIDE

La France a un rapport paradoxal à la politique de réduction des risques. Le modèle « faible » et médicalisé de réduction des risques choisi par la France a des implications épidémiologiques, sociales et politiques. Notre pays est présenté comme un modèle en matière de réduction des risques en raison d'une disponibilité importante des traitements de substitution aux opiacés, mais de nombreux indicateurs mettent en évidence les limites du modèle français de réduction des risques. La répression favorise l'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites chez les usagers de drogues en accentuant leur vulnérabilité sociale et leur stigmatisation. Les techniques de réduction des risques actuellement proposées sont limitées et ne permettent pas de limiter la dynamique de la transmission de l'hépatite C. De nouvelles mesures de réduction des risques doivent donc être développées en s'inspirant des expériences internationales qui ont fait la preuve de leur efficacité et en prenant en compte l'acceptabilité sociale de ces nouveaux dispositifs. Notre présentation analysera l'expérience française de réduction des risques en s'appuyant sur les données épidémiologiques et sociologiques récentes et en positionnant la France dans le contexte international.



François BECK

Docteur en sociologie, statisticien, François BECK est directeur de l'OFDT. Il a auparavant été responsable du département «Enquêtes et analyse statistiques» à l'INPES et chercheur au Cermes3 (Université Paris Descartes/CNRS/Inserm U988/EHESS) après avoir été responsable du département des enquêtes à l'OFDT, où il a mis en place le système français d'information sur les usages de drogues en population générale, et notamment l'enquête Escapad. Il est responsable scientifique des Baromètres santé, enquêtes nationales multithématiques.

Poursuivant un travail sur la méthodologie d'enquête et sur l'articulation entre méthodes qualitatives et quantitatives, il tente de concilier une sociologie des usages de drogues et une épidémiologie des addictions en population générale (adultes et adolescents) dans une réflexion globale. Ses travaux comportent également une réflexion épistémologique sur la quantification des questions sanitaires et sociales, en particulier dans le domaine de la santé mentale et des inégalités sociales de santé.

Il a publié plusieurs ouvrages dont : *Adolescences ?* (Belin) ; *Usages de drogues et pratiques addictives en France* (La Documentation française) ; *Violence et santé en France* (La Documentation française) ; *Les usages sociaux des drogues* (PUF) ; *La dépression en France* (INPES) ; *Regards sur la fin de l'adolescence* (OFDT) ; *Les facteurs de risque de l'usage de drogues des adolescents* (Editions du Conseil de l'Europe).

Plénière 3

Effets sociétaux de la RDR : pratiques et représentations - François BECK

Le grand public n'a pas forcément connaissance de la notion de réduction des risques, ce qui ne l'empêche pas néanmoins d'avoir une représentation de la question des drogues et des addictions qui fasse écho aux principes de la RDR. Par exemple, l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) depuis 1999, a permis de mesurer à quel point l'éventualité d'un monde sans drogue est illusoire pour une majorité de la population. Les Français sont par ailleurs de plus en plus en accord avec l'idée d'informer les usagers de drogues sur la façon la moins dangereuse de consommer afin de diminuer les risques pour la santé (83% en 2012 contre 70% en 2008). Or les expériences étrangères ont montré que le préalable à une implantation réussie de dispositifs de RDR tels que les SCMR était la concertation avec les riverains et le niveau d'acceptabilité d'un tel projet dans l'opinion publique.

Si la RDR a fait la preuve de son efficacité dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le VIH, elle a également, plus tardivement, contribué à un certain nombre de changements de représentations sur d'autres produits. Sur les drogues de synthèse dans les années 1990, les espaces de discussion ouverts dans les stands de RDR et de testing ont permis de modifier la perception du risque lié à la méconnaissance du contenu des pilules d'ecstasy. Sur le cannabis, l'introduction à la fin des années 1990 de la notion d'usage à risque sanitaire et social, concernant une minorité des usagers, a permis de renouer le dialogue avec les usagers militant pour la reconnaissance d'un usage récréatif aux conséquences minimales. Le regard porté

sur l'alcool a aussi évolué d'un paradigme de l'abstinence qui a pu sembler immuable à une certaine époque, à l'idée que la régulation de la consommation pouvait se faire de manière moins brutale (boire moins, c'est mieux) autour d'une prise en compte des attentes de l'usager. Sur le tabac, alors que la plupart des experts restent sceptiques sur l'intérêt sanitaire d'une diminution de la consommation, nombre de fumeurs se sont emparés de la cigarette électronique pour tenter, souvent avec succès, de diminuer leur tabagisme, de reprendre le contrôle. Plus récemment, l'apparition des nouveaux produits de synthèses (NPS), molécules au statut légal éphémère et déclinables à l'envi pour contourner la loi, a ouvert un nouvel espace de construction de la connaissance par les usagers eux-mêmes (trip reports, forums) qui prend tous les dispositifs experts et institutionnels de court, nous démontrant qu'une fois encore les réponses à cette offre en perpétuelle mutation ne se construiront pas sans le savoir des usagers.

Plénière 4 - Ce que la RdR&D a changé dans les pratiques professionnelles



William LOWENSTEIN

Formation médecine interne (Faculté Necker, Chef de Clinique et PH chez Pr Hervé Durand) ; pneumologie (Pr Philippe Even), sidénologie et addictologie → développer la Médecine des Addictions en France depuis 1987. Auteur de la 1^{ère} Lettre européenne (dans la Presse Médicale) sur l'infection par le virus du sida (LAV) chez les héroïnomanes IV en 1985. (ref : Histoire du sida par Grmeck). Participation à l'étude, sous la direction de FR Ingold et M Barzach, sur la mise en vente libre des seringues (1987).

Participe au développement de la Réduction des Risques en France (1991-collectif «Limiter la Casse») puis à l'acceptation (AMM) des traitements par Méthadone et BHD (1994 et 96).

Co-créateur du DIU «Cité et Addictions» avec G.BruckerPh Duneton et t J.Lebas, en 1998 à Paris.

Créateur et 1^{er} Président, sous la responsabilité du Dr Fois Chieze, de la Collégiale Addictologie de l'AP-HP en 1998/99.

Chargé de mission (X. Emmanuelli ; M.G. Buffet -sports et addictions- ; B. Kouchner -rapport sur l'accessibilité à la méthadone en France en 2002- ; J.F. Lamour ; X. Bertrand et D. Houssin pour le Plan Nal Addictions 2007-12).

Membre du Groupe Prospective de l' AFLD (Lutte contre le Dopage) 2004-10.

Membre du Bureau du Conseil National du Sida (2002-12) comme expert addicto.

Initiateur du Plan National Addiction avec Mr le PRF J. Chirac, Mr F. Salat-Barroux et Mme M.C. Carrere-Gée (avril 2006).

Président du Groupe TSO /DGS (2007-14).

Président du Groupe Traitements et RdR en Addictologie : DGS/Ministere de la Santé (Lettre de Mission 11 avril 2014 du DGS, le Pr Benoit Vallet).



Elisabeth AVRIL

Médecin généraliste, directrice de l'association Gaia Paris depuis fin 2006, responsable d'un CSAPA/CAARUD et projet Fibroscan Ile de France. Travaille depuis 1995 dans le champ de la réduction des risques et des addictions. Médecin du programme d'échange de seringues de Médecins du Monde en 1995, à l'origine du CSAPA bus méthadone de Paris. A travaillé 10 ans à l'hôpital Marmottan, prise en charge médicale des usagers de drogues en particulier la prise en charge des pathologies virales, VIH/SIDA, hépatites virales. Médecin responsable de l'ECIMUD de l'hôpital européen Georges Pompidou de 2004 à 2006. Responsable bénévole à Médecins du Monde du projet ERLI (éducation aux risques liés à l'injection) et du projet réduction des risques en Géorgie.

Plénière 4 - Ce que la RdR&D a changé dans les pratiques professionnelles

En prévention, en intervention précoce auprès des jeunes, en ambulatoire, en pratique hospitalière, en résidentiel, en pharmacie, dans la rue - Elisabeth AVRIL

En France, l'épidémie de VIH/SIDA a permis à la politique de réduction des risques d'émerger au début des années 90. Cette approche très pragmatique des problématiques de consommations de drogues illicites a révolutionné les pratiques professionnelles en vigueur dans le champ du médico-social. Cette pratique ou cette clinique professionnelle est centrée sur la reconnaissance de l'expertise de la personne bénéficiaire des services. Elle implique le concept d'acceptation de l'usage de produits psychotropes. Dans cette optique, l'usager a le droit de choisir la façon dont il entend mener sa vie et s'il entend recevoir une assistance quelconque. La réduction des risques s'oppose à la subordination de l'usager au service. L'usager, dans ce cadre de travail, devient un partenaire, ni un délinquant, ni un malade, partenaire avec lequel on peut négocier et travailler. Les valeurs fondamentales de la réduction des risques sont le pragmatisme et l'humanisme qui amènent à penser la personne comme acteur principal de sa propre vie, qu'importe ses choix au regard de ses consommations. Dans ce cadre, les usagers choisissent la prise en charge pour laquelle ils éprouvent le plus de confiance. La réduction des risques envisage la personne dans sa totalité et s'intéresse également aux dommages sociaux liés à la consommation de substances et pour une grande part à leur prohibition. Ce cadre de travail développé avec les usagers de substances illicites, s'étend actuellement à d'autres addictions, le choix de l'abstinence n'étant plus la seule alternative envisagée, dans les discours du moins.



Anne BORGNE

Médecin généraliste, la tabacologie a été la porte d'entrée d'Anne Borgne dans le monde de l'addictologie. Praticien attaché à l'hôpital Jean Verdier, elle y a ouvert la consultation de tabacologie en 1989. La pratique clinique et la diversité des patients l'ont amenée à s'intéresser aux autres conduites addictives, et à passer la capacité d'addictologie de Paris. Le plan gouvernemental addiction a ensuite permis la réunion des équipes en tabacologie, alcoologie et de prise en charge des toxicomanies au sein d'une même unité qu'elle a coordonnée jusqu'en 2011. A ensuite été créé un service d'addictologie comprenant des lits de sevrage complexe, de SSR, un HDJ et des équipes de liaison sur les trois sites du groupe hospitalier de la Seine Saint Denis (AP-HP). En termes d'engagements associatifs, elle assure depuis 2007 la présidence du Respadd (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions), qui regroupe près de 800 établissements adhérents, fédérés autour de projets d'action sur la thématique des addictions. Elle a récemment été élue au bureau du Conseil d'administration de la Société française de Tabacologie, chargée des relations avec les acteurs de l'addictologie. Elle a depuis peu quitté ses fonctions à l'AP-HP pour rejoindre le Centre Hospitalier de Cornouaille, chargée de coordonner le projet de constitution d'une ELSA territoriale couvrant les secteurs de Quimper, Concarneau, Douarnenez et Pont l'Abbé.

Plénière 4

Anne BORGNE

L'enseignement médical à la faculté privilégie une triade classique : établir un diagnostic, proposer et mettre en place un traitement, pour aboutir à une guérison ou une rémission. Nous sommes dans la culture du succès. Les soins que nous prodiguons doivent déboucher sur une réussite. Ne dit-on pas « combattre » une maladie ? Le plus fort l'emportera.

Hors, on peut entendre la notion de soins comme prendre soin, apaiser, accompagner, permettre un mieux être. En matière d'addiction, le concept d'abstinence s'est longtemps appliqué, particulièrement à l'hôpital, où on ne fume pas, on ne se drogue pas, on ne boit pas, et on prend ses médicaments tels que prescrits.

La RDR est venue bousculer ces dogmes, d'abord dans la rue, puis en ambulatoire, mais a eu de grandes difficultés à pénétrer le monde aseptisé de l'hôpital. Dans les services d'addictologie, on fait des sevrages, simples, complexes, des soins de suite ou des hôpitaux de jour. Dans ce temps, pas de consommation possible, sous toute forme qu'elle soit. Certes, ces hospitalisations s'adressent à des usagers de produits, dont le trajet de soins a abouti à une demande d'abstinence et certaines règles doivent être respectées, un cadre bienveillant dont l'objectif est d'aider le patient dans son projet à cet instant T.

Cependant, nous savons que les trajectoires de ces usagers ne sont pas rectilignes, et que l'actuel projet d'abstinence peut se transformer en reprise d'un usage. Le professionnel de santé doit donc être formé et être en capacité d'accepter ce changement et de l'accompagner le mieux possible, en favorisant l'enseignement des pratiques à moindre risque. Ainsi, ces professionnels hospitaliers doivent modifier leur perception du soin et ouvrir leur service aux acteurs de la réduction des risques.

Mon intervention tentera de démontrer que les pratiques évoluent, au travers de l'expérience d'un service d'addictologie et du Respadd (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions).



Véronique GARGUIL

Psychologue clinicienne pôle d'addictologie, centre hospitalier Charles Perrens Bordeaux (CSAPA, consultation jeunes consommateurs « CAAN'abus », EMAP équipe mobile addiction parentalité.)

Secrétaire générale et déléguée régionale Aquitaine de la fédération addiction, référente du guide CJC (consultations jeunes consommateurs) et des projets jeunes.

Plénière 4 - Ce que la RdR&D a changé dans les pratiques professionnelles

En prévention, en intervention précoce auprès des jeunes, en ambulatoire, en pratique hospitalière, en résidentiel, en pharmacie, dans la rue - Véronique GARGUIL

A l'extension de la notion d'addiction concomitante d'une offre et d'un attrait grandissant des objets de consommation en tout genre a répondu une généralisation des lieux de demande ou tous les intervenants médico-psycho-sociaux éducatifs sont concernés.

A l'évidence les usages dans toutes leurs modalités ne se déposent généralement pas en premier lieu dans les dispositifs spécialisés en addictologie.

Alors, se pose la question du repérage et des types d'intervention d'un plus grand nombre d'acteurs.

En effet, dès l'instant où il ne s'agit plus seulement d'éviter la rencontre avec certaines substances ou comportements ou bien d'en viser la disparition, chaque professionnel peut aisément y participer de sa place, en facilitant l'accès à des outils, des informations, des lieux, et des intervenants respectueux de l'expérience en vue d'un éventuel changement.

Encore faut-il pour cela que la réduction des risques comme politique, au même titre que la prévention, l'accompagnement et le soin soit bien comprise par le plus grand nombre. L'intervention précoce dans sa stratégie y participe en facilitant la rencontre, en minimisant les obstacles qui permettent de modifier les comportements d'usages et en adaptant l'intervention si besoin.

La moindre des choses serait que collectivement, nous ne laissons pas en hyper accès seulement les « objets de consommation », mais que nous nous rendions disponibles pour accueillir ceux qui en perdent le contrôle. Les usages et les comportements notamment pour les plus jeunes ayant déjà pour fonction entre autres de réduire les risques, on ne s'étonnera pas que la réduction des risques soit reçue 5 sur 5 à ces âges et devienne un sésame à bien des alliances préalables à l'aide au changement ou à l'arrêt.



Stéphane ROBINET

Titulaire d'octobre 1988 à juillet 2011 de la PHARMACIE FINKWILLER à Strasbourg.

ACTIONS SPÉCIFIQUES

Forte implication depuis 1996 dans la délivrance de MSO (méthadone, Subutex®, sulfate de morphine...), de seringues stériles et Stéribox®, et d'antirétroviraux.

Création en 2006 de l'association « Pharm'addict ».

Président de cette association nationale regroupant plus de 100 pharmaciens engagés autour des questions de réduction des risques, de prises en soins de consommateurs de produits psychoactifs (alcool, tabac, « drogues ») et tout ce qui touche aux addictions, avec ou sans substances.

ACTIONS ET IMPLICATIONS DANS LE DOMAINE DE L'ADDICTOLOGIE

Membre de 2009 à 2012 de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes (Agence nationale de sécurité du médicament).

Membre titulaire depuis 2009 de la Commission nationale addictions (Direction générale de la Santé) et du sous-groupe Traitements de substitution et Réduction des Risques en Addictologie de cette commission.

Vice-Président du CIRDD Alsace (Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances).

Membre du Bureau d'ASV Strasbourg (Association Action Sida Ville).

Membre du Conseil d'administration de « Ithaque Strasbourg » (CSAPA-CARUD-RMS).

Membre du comité de rédaction du Flyer et du comité de lecture du Courrier des addictions.

Participation en tant qu'expert à la Conférence de Consensus Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ; 23 et 24 juin 2004 Lyon France sur la question : « Quels sont l'intérêt, le degré d'adaptabilité aux situations pratiques de prescription et les limites des cadres définis pour l'utilisation des deux médicaments de substitution aux opiacés ? Peuvent-ils évoluer ? »

Animation depuis 1996 de nombreuses actions de formations de Pharmaciens (Faculté de Pharmacie, UTIP, IFMO, CA+Pharma), Préparateurs en Pharmacie (CFA Strasbourg), Médecins (Faculté de Médecine Strasbourg), Elèves Infirmiers (IFSI Strasbourg, Saverne, Brumath), ceci dans le cadre de la place du Pharmacien comme acteur de soins dans différents problèmes de Santé Publique.

Président Fondateur de l'association « Pharm'addict ». Association de pharmaciens fortement impliqués dans les addictions.

Atelier 1 – Représentations et société



François MOUREAU

François Moureau, 68 ans, retraité à Chavagne en Ille et Vilaine, est membre de l'association Alcool Assistance depuis le 6 septembre 1986. Il en a pris la présidence nationale en août 2007 ainsi que Président de la CAMERUP*.

* CAMERUP : Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide reconnus d'utilité publique : Alcool Ecoute Joie et Santé, Fédération Nationale des Amis de la Santé, la Croix Bleue, Vie Libre et la Fédération Alcool Assistance.

Le but 1^{er} de ces associations est l'aide et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et leur entourage.

Site internet : www.camerup.fr.

Atelier 1

Prévention pour la réduction des risques - François MOUREAU

Toute personne est à la recherche d'une vie heureuse. Pour y accéder certaines personnes ont recours aux addictions. Elles y trouvent des avantages ... mais à quel prix ?

L'objectif de la prévention c'est d'aborder le champ des addictions tout en aidant la personne à analyser son mode de vie, de savoir s'il est satisfaisant, en travaillant sur les avantages et les inconvénients. Cette stratégie n'est pas une simple information mais doit être une éducation à changer ses comportements si nécessaire.

A l'association lorsque nous faisons de la prévention, notre travail principal est de favoriser le dialogue avec les personnes pour les amener à réfléchir sur leur santé et leur attitude afin d'atteindre leur objectif.



Marie DEBRUS

Marie Debrus, pharmacien diplômée en santé publique, a découvert la réduction des risques en 2002 via la mission XBT (Programme de développement de l'analyse de drogues comme outil de réduction des risques) de Médecins du Monde. Elle a rapidement rejoint le terrain en devenant bénévole de la mission Rave (intervention en milieu festif Techno) et sur le programme d'échange de seringues de Médecins du Monde. Marie Debrus a également participé au montage du projet Squat Paris de Médecins du Monde en 2004 et a été responsable du Lotus Bus de Médecins du Monde de 2004 à 2008 (Programme de réduction des risques après des femmes chinoises se prostituant à Paris).

Elle est actuellement coordinatrice du projet ERLI (Éducation aux Risques Liés à l'Injection) de Médecins du Monde depuis 2009 et présidente de l'AFR (Association Française de Réduction des risques) depuis octobre 2012.



Béatrice STAMBUL

Atelier 1

Drogues et alcool : normes et représentations - Béatrice STAMBUL

L'image des substances psychoactives et de ceux qui en abusent est définie par des normes sociales supposées défendre le bien commun, l'ordre et la santé publique, encadrées par des lois qui en autorisent certaines et en interdisent d'autres sans aucun fondement scientifique. « L'utilisateur problématique » est stigmatisé, rejeté, victime de lois qui punissent ses comportements ou criminalisent ses usages. Les structures de soin classiques reproduisent un modèle répressif qui condamnent ces usages et survalorisent l'abstinence comme seule finalité.

La Réduction des Risques propose un autre regard et un autre modèle qui respectent le sujet dans sa spécificité, offrent d'autres perspectives et peuvent faire évoluer les normes et les représentations.

Atelier 2 - Economie, politique et morale



Laurent APPEL

Laurent Appel, 48 ans, Journaliste freelance, réalisateur de documentaires, coordinateur du plaidoyer pour le cannabis à ASUD (Auto-support des usagers de drogues), consultant pour Principes Actifs (autosupport des usagers thérapeutique du cannabis). Collaboration avec ASUD Journal, Rue89, cannabistext.org, Criminalités...
Co-auteur de : Stupéfiants (Editions du lézard, 2002), Faut-il légaliser le cannabis ? (Le Muscadier, 2013).
Co-réalisateur : Cannabis TV (TNT production, 1997), Au nom du chanvre (Valchanvre, 2000), Chanvre en Suisse (Aqui TV, 2001), RDR (ASUD, 2013).

Atelier 2

Coûts et bénéfices des modèles de régulation du marché du cannabis - Laurent APPEL

Le constat d'échec de la prohibition et de la guerre à la drogue est maintenant largement partagé, à l'exception notable des décideurs français. La consommation de cannabis se stabilise à un niveau très élevé, la production est maintenant localisée au plus près des consommateurs, la distribution structure et irrigue le petit et le grand banditisme, le blanchiment des profits gangrène l'économie et la démocratie, le contrôle des points de ventes terrorise de nombreux quartiers. Le cannabis business est un secteur dynamique malgré l'interdit. Seuls la prévention, la RDR et le soin manquent de moyens. Quels modèles alternatifs ?

De nombreux pays ont dépénalisé ou contraventionnalisé l'usage et la possession en petite quantité. Cette mesure n'a pas entraîné une explosion de la consommation, elle permet des économies sur la répression, elle rétablit la citoyenneté des usagers et diminue les discriminations raciales et sociales dans l'application de la répression. Elle n'a aucun impact positif sur l'intégration de l'économie du cannabis et sur la criminalité induite par son organisation actuelle.

Aux Pays-Bas, la consommation et la vente sont tolérées mais pas la production. En Espagne, la production et la consommation privée sont tolérées mais pas la vente. Pourtant il existe des milliers de coffeshops et de cannabis social clubs. Le Colorado et l'Etat de Washington ont légalisé la vente de cannabis récréatif mais restreignent considérablement l'usage. L'Uruguay a adopté un système plus étatique et contrôlé mais il n'est pas encore appliqué. De nombreux états américains ont légalisé un usage médical à géométrie variable. Quels sont les avantages et les dommages sanitaires, économiques et sociaux ? Quelle pourrait être une voie à la française ? Quels sont les obstacles et les opposants majeurs ?



Christian BEN LAKHDAR

Actuellement à l'Université Lille 2 Droit et Santé, Christian BEN LAKHDAR est docteur HDR en sciences économiques. Auparavant, en tant qu'économiste des drogues et des conduites addictives, il a travaillé plusieurs années à l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Après avoir longtemps exploré l'analyse économique du tabac, ses recherches actuelles vont de l'analyse des marchés des stupéfiants, aux motivations à l'entrée sur le marché du travail illicite en passant par l'évaluation des coûts et bénéfices des politiques de prohibition des substances psychoactives. Son rattachement à différentes institutions comme le Haut Conseil de la Santé Publique l'amène aussi à réfléchir sur les nouveaux phénomènes de santé publique comme la cigarette électronique ou l'offre de drogues de synthèse sur internet.

Atelier 2

Le coût social des drogues licites et illicites.

Quels enseignements à tirer en termes de politique publique ? Christian BEN LAKHDAR

Le coût social est un pur exercice de comptabilité économique. Cet exercice vise à évaluer tout ce qui serait économisé par la collectivité si le phénomène étudié n'existait pas. Plus simplement, l'évaluateur du coût social des drogues licites et illicites se demande quelles ressources ne seraient pas mises en œuvre dans la situation hypothétique selon laquelle le tabac, l'alcool ou encore le cannabis, la cocaïne... n'existaient pas. Evidemment, si personne ne consommait de drogues licites ou illicites, nombre de décès prématurés et nombres de pathologies seraient évités. Mais pas uniquement. Si le cannabis n'existait pas, nombre d'interpellations pour infraction à la loi sur les stupéfiants seraient aussi évitées. Dit autrement, si les drogues licites et illicites n'existaient pas, la société ferait l'économie non seulement de dépenses publiques visant à soigner les conséquences sanitaires des consommations ou des conduites addictives ou à lutter contre la consommation et le trafic de telle ou telle substance. Elle économiserait également les pertes économiques que représentent les décédés prématurément. Ce calcul du coût social des drogues licites et illicites a été mené en France. Il date maintenant quelque peu puisque de 2003. Cette année-là, si le tabac n'avait pas existé, la collectivité aurait économisé plus de 47,7 milliards d'euro ; 37 milliards concernant l'alcool et un peu moins de 3 milliards pour les principales drogues illicites. Spécifiquement au cannabis, le coût qu'il fait supporter à la collectivité a été estimé à un peu plus de 919 millions d'euro. Que nous apprennent ces chiffres ? D'abord la hauteur de la montagne ! Il est facile de constater la différence de coût social entre le tabac et les drogues illicites par exemple. Puis cela nous apprend, en fonction des principales composantes du coût (dépenses de santé, de prévention, de répression, de justice...), quelles politiques ciblées pourraient contribuer à faire baisser ce coût. Minimiser le coût social du tabac passe indéniablement par des politiques de baisse de la prévalence ; minimiser le coût social du cannabis passerait par un changement de politique répressive. Dans le premier cas, c'est bien le nombre de consommateurs qui pose problème, dans le second, c'est la loi et son application.

Atelier 3 - Recherche et formation



Mickael NAASSILA

Professeur de physiologie à l'Université de Picardie Jules Verne et directeur de l'unité INSERM ERi 24 (Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances). <http://www.u-picardie.fr/decouverte/sante/pagesliees/grap/>

Dix huit ans de recherche sur l'alcool. Président de la Task Force Alcool de Picardie et du comité technique régional Addictions de l'ARS Picardie. Membre du CA de la SFA et du board de la société européenne de recherche sur le cerveau et l'alcoolisme (ESBRA). Coordinateur du projet européen AlcoBinge <http://www.alcobinge.org/> qui vise à déterminer l'impact cérébral du binge drinking chez les jeunes et du projet ANR sensibalco <http://anrsensibalco.jimdo.com/> sur la modélisation animale de l'addiction à l'alcool.



Marc AURIACOMBE

Marc Auriacombe est Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux et Adjunct Assistant Professor à l'Université de Pennsylvanie à Philadelphie, USA. Il est directeur-adjoint du Laboratoire Sanpsy (CNRS USR 3413) et responsable de l'équipe « Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs ». A l'hôpital Charles Perrens (Bordeaux) en lien avec le CHU de Bordeaux, le Pr. Marc Auriacombe est chef du Pôle Addictologie qui regroupe un ensemble de services sanitaires et médico-sociaux de prise en charge et de prévention de toutes les addictions avec ou sans substances, ainsi qu'une unité de formation continue et de recherche. Marc Auriacombe a constitué autour de lui une équipe pluriprofessionnelle et dirige un programme de recherche sur les comportements addictifs dont l'objectif est de mieux caractériser la phénoménologie des conduites addictives et de ses déterminants. Ces recherches s'appuient sur les méthodes de l'épidémiologie, de la sociologie, des neurosciences cliniques et la psychologie. L'équipe de recherche de Marc Auriacombe est parmi les premières à avoir mis en évidence un lien entre l'évolution des politiques de santé, les comportements des usagers de substances et la séroprévalence du VIH et du VHC. Son équipe a également été parmi les premières à mettre en évidence un lien prédictif entre craving et rechute, ainsi que le rôle prépondérant des déterminants individuels du craving. Les implications sont importantes pour la prévention, le repérage et les thérapeutiques.

Patrizia CARRIERI

Patrizia Carrieri, est chercheuse à l'INSERM dans le domaine de l'accès à la prévention et à la prise en charge des usagers de drogues. Elle est auteur de nombreux articles scientifiques dont certains comme ceux sur l'effet positif des traitements de substitution sur le risque de séroconversion VIH et sur l'efficacité des traitements pour le VIH ont été largement utilisés dans les recommandations internationales. Elle a été membre de l'expertise INSERM sur la réduction des risques pour les usagers de drogues. P. Carrieri est responsable scientifique de l'étude AERLI sur l'accompagnement à l'injection, de l'étude Méthaville pour la primoprescription de méthadone en ville et coordinatrice (avec C. Larsen) de l'axe santé publique de la cohorte HEPATHER des patients avec hépatite chronique B et C.

Atelier 3

La recherche sur la RdR pour les usagers de drogues : enjeux et perspectives - Patrizia CARRIERI

Les outils de Réduction des Risques (RDR) ont été introduits tardivement en France et beaucoup d'usagers de drogues en payent encore les conséquences, en particulier ceux infectés par l'hépatite C.

La recherche actuelle dans le domaine de l'évaluation des interventions/outils de RDR doit prendre en compte les nouvelles populations d'usagers mais aussi la possibilité de combiner ces interventions. Un panorama de la recherche actuelle dans le domaine de la RdR pour les usagers de drogues sera présenté ainsi que les enjeux et perspectives.

Michel-Henri DELCROIX

Michel-Henri Delcroix, professeur de gynécologie-obstétrique, ancien chef de clinique assistant des Universités, est actuellement président et fondateur d'APPRI-Maternité sans tabac et expert agréé par la Cour de cassation. Auteur de nombreuses publications et communications, son implication dans la recherche clinique en gynécologie-obstétricale vise à améliorer depuis plusieurs décennies les pratiques professionnelles en périnatalité (prise en charge des femmes enceintes, amélioration de l'oxygénation des enfants à naître) ; (1998-2000) responsable du Programme GEST'N-Grossesse Enfance Sans tabac en région Nord-Pas-de-Calais ; en 2004, avec le soutien de l'ANAES, président du comité d'organisation de la Conférence de consensus «Grossesse et Tabac», il organise la rédaction des Recommandations de celle-ci ; chaque année depuis 1999 en partenariat avec l'ANSFTAF, il organise des Rencontres Nationale pour informer et sensibiliser l'ensemble des professionnels de la périnatalité et le grand public sur la question des femmes enceintes ayant des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis). En 2003, avec le soutien de la Direction Générale de la santé, responsable « Maternité Sans tabac » au Réseau Hôpital Sans Tabac, il mobilise les responsables des maternités puis crée la Charte «Maternité sans Tabac» et son référentiel d'application rassemblant aujourd'hui près de 400 établissements ; en 2009, participe au groupe de travail Le tabagisme réuni par le Pr Maurice Tubiana puis en 2009 ; est nommé membre du Conseil de modération et de prévention ; il crée le «Prix Maurice Tubiana» ; en 2011, avec la présidente de l'ANSFTAF ils obtiennent le remboursement des substituts nicotiques à hauteur de 150€ pour les femmes enceintes fumeuses ; il promeut la généralisation de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré en publiant la méthodologie APPRI-Maternité sans tabac grossesse et tabac APP1 & APP2 mise au point et forme des professionnels de la périnatalité dans la prise en charge des femmes enceintes fumeuses et le programme TGV-RCIU sur le plan de la recherche.

Atelier 3 - Recherche et formation

RdR&D gynéco-obstétrique et recherche - Michel-Henri DELCROIX

La recherche clinique en gynécologie-obstétrique vise la réduction des risques et dommages en périnatalité. En effet les inégalités de santé des enfants à naître sont directement impactées par les effets délétères de leur exposition aux toxiques liés aux conduites addictives maternelles et/ou parentales. Ce programme s'inscrit aussi dans le domaine de la recherche : il s'agit d'évaluer les liens de causes à effets comme par exemple la complication la plus admise, le RCIU. Cette recherche clinique permettra de déterminer des indicateurs de qualité de soins périnataux (poids de naissance, nombres et pourcentages de femmes enceintes fumeuses, (avec ou sans autres vulnérabilités),... nombres et pourcentages de complications obstétricales : accouchement prématuré, RPM (rupture prématurée des membranes), RCIU (Retard de croissance intra utérin), hémorragie grave de la délivrance..., complication néonatale... ; nombre et pourcentage d'allaitement maternel. Les perspectives envisagées sont de démontrer que le taux de sevrage tabagique en cours de grossesse est supérieur avec les équipes ayant été formées et appliquant les stratégies de prise en charge des fumeuses enceintes et de montrer que la réduction des risques et dommages s'inscrit aussi dans une recherche en pédagogie de soins afin d'améliorer les pratiques professionnelles d'une part et de démontrer aussi objectivement à partir de données recueillies que l'arrêt du tabac chez la femme en cours de grossesse diminue l'incidence du RCIU pour son enfant à la naissance d'autre part. Dès lors, parmi les mesures et interventions les plus importantes qui doivent être associées à celles qui visent à la réduction des risques et des dommages est l'intervention précoce par «la généralisation de la mesure du monoxyde de carbone expiré pendant ces mêmes consultations de suivi de grossesse » lors d'un entretien. Celle-ci va permettre de dépister 100% des consommations à risques maternelles tabac, cannabis, alcool (action niveau 1). La mesure du CO expiré initie l'entretien motivationnel autour de l'importance de la qualité de l'oxygénation pour le développement de son bébé et ainsi de la qualité de la relation avec lui. Pour le soignant l'efficacité de l'entretien motivationnel, basée sur le résultat de la mesure du CO expiré, sera renforcée par l'empathie, l'expression de questions ouvertes, l'écoute réflexive, le développement des dissonances cognitives et du sentiment d'efficacité personnel. Ainsi pour tout sage-femme ou médecin consulté (consultations en pré-conceptionnel, suivi de grossesse, en post-partum, ou de contraception) la mesure du CO expiré devient une opportunité d'intervention précoce et par conséquent cette dernière s'inscrit dans une stratégie de réductions de risques et de dommages : la recherche clinique en gynécologie-obstétrique doit intégrer les processus stratégiques et d'actions ainsi que les processus d'évaluation permettant d'objectiver le service médical rendu (en termes de réduction des risques et des dommages pour la santé des femmes en âge de procréer et des enfants à naître).

Plénière 5 - La RdR&D et évolution des dispositifs



Marie VILLEZ

Membre du CA de la Fédération Addiction.
Membre du CA de la Fédération Française d'Addictologie.
Directrice Générale Association le Cèdre Bleu.



Xavier AKNINE

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière
Thèse en 1991. Lauréat de la faculté de médecine de Paris
Médecin Généraliste

Après 12 ans d'exercice en Centre de Santé Municipal à Tremblay (93) avec prise en soin de nombreux patients toxicomanes :
Installation en exercice libéral en 2005 à Gagny au sein d'un cabinet de médecine générale.

- Soins de premier recours et prise en soin d'usagers de drogues au cabinet.
- Exercice à mi-temps en centres de soins spécialisés : CSST Aulnay de 2000 à 2007 puis CSAPA Emergence depuis 2010.
- Investissement dans le champ des hépatites virales (président ANGREHC).
- Membre du comité d'animation du groupe MG Addictions (groupe national d'échange de pratiques sur le soin des addictions en médecine générale).

Plénière 5

La réduction des risques en médecine générale - Xavier AKNINE

A - Spécificité de la place du médecin généraliste

- Acteur de première ligne : le patient consulte dès les premiers symptômes, au début de la démarche de soins, avant le stade des complications.
- Accessibilité facile - Délais de rendez-vous très courts.
- Mixité du public reçu : adultes, enfants, différentes catégories sociales. Absence de stigmatisation.
- Ancrage sur l'environnement du patient (conjoint, familles, amis).
- Suivi au long cours de patients atteints de pathologies chroniques.

B - Missions du généraliste dans le champ des addictions

- Repérage précoce des consommations et abus de produits : tabac, alcool, cannabis.
- Intervention brève et conseil minimal / consommation d'alcool de jeunes et d'adultes non dépendants.
- Suivi au long terme de patients dépendants des opiacés et prescription de TSO et de patients alcoolo-dépendants.
- Constitution d'un réseau de soins autour du patient : CSAPA, CAARUD, ELSA, Service Addictologie.

C - Perspectives

- Mise à disposition des TROD en médecine générale en vue d'un dépistage précoce de l'hépatite C des patients consommateurs d'opiacés et de cocaïne et de faciliter l'accès aux nouveaux traitements antiviraux.
- Primo-prescription méthadone en médecine de ville : afin de réduire le marché parallèle et la consommation de méthadone de rue.
- Développer l'intervention brève en médecine générale / consommation d'alcool.



Jean-Pierre COUTERON

Jean-Pierre Couteron est psychologue clinicien. Il exerce au sein de la Consultation Jeunes Consommateurs au CSAPA Trait d'Union (OPPELIA). Il est Président de la Fédération Addiction et précédemment de l'ANITEA de juin 2006 à décembre 2010. Il est l'auteur de nombreux ouvrages sur le parcours de soin et l'organisation des réponses, le cannabis, la pénalisation, les salles de consommation, les TSO et dernièrement co-auteur du manuel PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), outil d'appui aux professionnels des CJC.



Pierre POLOMENI

Psychiatre chef du service d'addictologie / Hôpitaux Universitaires Paris Seine St Denis (93).
 Président de l'Ass. Française des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).
 Psychiatre conseil Risques psycho sociaux et suicide dans le milieu du travail.
 Ancien chargé de mission à la MILDT (2000-2004).
 Ancien Directeur médical association SOS DI, Délégué régional Provence (responsable de 14 établissements) Marseille, 2004-2005.
 Ancien Membre du Haut Conseil de Santé Publique (JO 26/01/2007).
 Expert pour la Conférence Nationale de Consensus "Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés" - 23-24 avril 1998 - Paris.
 Membre du Comité d'organisation de la Conférence de Consensus ANAES/FFA sur les traitements de substitution, Lyon, 2004.
 Expert pour l'INSERM, expertise collective « Réduction des risques chez les UD » 2010.
 Formateur spécialisé addictions / douleur / comorbidités psy. (France, DU Rabat Maroc).

Plénière 5

Dispositif hospitalier et réduction des risques en addictologie - Pierre POLOMENI

L'hôpital est un « lieu de passage » de nombreux utilisateurs de substances psychoactives. En fonction des pathologies présentées (ou des circonstances de vie, telles que la grossesse..), un service sera particulièrement concerné par la réponse thérapeutique immédiate et aura l'opportunité de poser des bases d'une prévention et d'un accès aux soins plus spécifique. Ce processus - soins et prévention - s'engage dans de nombreuses spécialités (citons le diabète et l'endocrinologie par exemple). Mais le champ des addictions est immense, de par le nombre des personnes concernées, de par la gravité des pathologies associées. Nous nous appuyons sur les textes qui organisent l'hôpital, pour envisager les différentes possibilités d'intervention. Au delà des motivations –ou non- des administrations et des professionnels, certaines populations doivent impérativement être rencontrées, et certains risques - médicaux, psychologiques ou sociaux- devront être explorés et prévenus. La place des établissements ou des services de psychiatrie est spécifique.

Les dommages liés au tabac et à l'alcool représentent la part la plus importante des interventions. Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie ont un rôle majeur, avec une inégalité marquée, en terme de moyens, de reconnaissance, et d'outils. Cependant, nous évoquerons les actions menées dans différents établissements, en insistant sur la sensibilisation et formation des équipes, et sur les liens de partenariat (à la place des réseaux disparus) en aval de l'établissement.

Plénière 6 - La réduction des risques et des dommages en pratique : pratiques des usagers, pratiques des professionnels et données probantes



Nathalie WIRTH

Médecin généraliste formé en Tabacologie, en Addictologie et en Thérapie Cognitivo Comportementale, PH, responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie (U.C.T.) du CHU de Nancy, j'exerce à temps plein une activité de consultations, de liaison hospitalière, d'éducation thérapeutique, d'enseignement et de recherche clinique en tabacologie.

Soucieuse de pouvoir contribuer à enrayer le problème de santé publique qu'est le tabagisme, mes objectifs sont de contribuer à développer la tabacologie en clinique, recherche, enseignement et prévention. Localement je suis présidente de l'Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie (A.A.L.T) et j'organise une journée annuelle de formation depuis 8 ans à la Faculté de Médecine de Nancy. Sur le plan national je suis membre du CA de la Société Française de Tabacologie (SFT) depuis 2006 et élue présidente en juin 2012 et membre du CA du Comité National de Lutte Contre le Tabagisme (CNCT) depuis 2006.

Plénière 6

Tabacologie : la réduction des risques et des dommages en pratique - Nathalie WIRTH

Le tabac fumé est le mode de délivrance de la nicotine le plus efficace sur le plan addictogène et le plus dangereux. Seul l'arrêt total de sa consommation garantit à ses consommateurs un gain d'années de vie rapide et notable.

Malgré l'efficacité des traitements de la dépendance nicotinique, le sevrage est dans certains cas difficile à obtenir et/ou à maintenir en raison du caractère extrêmement addictif de la nicotine. D'autre part, certains consommateurs restent réfractaires à toute tentative d'arrêt.

C'est pourquoi les usagers et les professionnels de santé s'interrogent sur la possibilité d'avoir recours à d'autres modes d'administration de la nicotine à priori moins dangereuse pour l'utilisateur.

Plusieurs questions se posent :

- Sont-ils efficaces pour arrêter de fumer ?
- Sont-ils efficaces pour réduire les risques pour la santé ?
- Comment quantifier une réduction des risques ?
- Leur consommation est-elle toxique sur le court, moyen et long terme ?

La réduction des risques et des dommages en tabacologie est une question complexe et beaucoup d'interrogations persistent à ce jour en raison de données scientifiques limitées. Des recherches sont indispensables à condition qu'elles soient menées de façon indépendante.



Bertrand NALPAS

Médecin Addictologue.

Directeur de recherche à l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) - Recherche clinique sur alcoolisme et addiction.

Responsable du pôle Addiction du Département d'Information Scientifique et de Communication de l'Inserm.

Responsable scientifique de la Délégation à l'évaluation et la recherche de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie).

Plénière 6

Réduction des risques et des dommages chez les personnes malades de l'alcool Bertrand NALPAS

L'alcoolisation excessive régulière augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies organiques. La réduction à long terme de la consommation d'alcool, à défaut de l'arrêt complet, est un nouvel objectif thérapeutique discuté par la communauté scientifique.

A propos de deux exemples, la cirrhose et les cancers ORL, on examinera, en s'appuyant sur les données de la littérature médicale, les bénéfices qui peuvent être attendus de cette nouvelle politique de soins.



Amine BENYAMINA

Amine Benyamina est psychiatre addictologue à l'Hôpital Universitaire Paul Brousse à Villejuif, il est également professeur des universités à la Faculté de Médecine Paris XI.

Il est responsable du Centre de Recherche et de Traitement des Addictions.

Il est rédacteur en chef de la revue *Alcoologie et Addictologie* et administrateur de la Société Française d'Alcoologie (SFA), de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie (AFPBN).

Il est l'auteur d'une cinquantaine d'articles scientifiques référencés traitants des questions de thérapeutique, de biomarqueurs et de comorbidités psychiatriques et addictives.

Il est également l'auteur de nombreux ouvrages à vocation académique et pédagogique et a coordonné plusieurs ouvrages collectifs.

Il est également l'auteur d'ouvrages plus grand public traitant des questions d'addiction notamment le cannabis et l'alcool.

Il est le fondateur du congrès de l'ALBATROS, un congrès international d'addictologie qui se tient tous les ans à Paris.



Laurent APPEL

Laurent Appel, 48 ans, Journaliste freelance, réalisateur de documentaires, coordinateur du plaidoyer pour le cannabis à ASUD (Auto-support des usagers de drogues), consultant pour Principes Actifs (autosupport des usagers thérapeutique du cannabis). Collaboration avec ASUD Journal, Rue89, cannabis-text.org, Criminalités...
Co-auteur de : Stupéfiants (Editions du lézard, 2002), Faut-il légaliser le cannabis ? (Le Muscadier, 2013).
Co-réalisateur : Cannabis TV (TNT production, 1997), Au nom du chanvre (Valchanvre, 2000), Chanvre en Suisse (Aqui TV, 2001), RDR (ASUD, 2013).

Plénière 6

Proposer enfin une RDR du cannabis - Laurent APPEL

Partis des Pays-Bas, les dix conseils à propos du cannabis ont été diffusés par les activistes français dès 1994. La RDR du cannabis est pourtant restée très marginale jusqu'à une période récente. Une majorité des cannabisophiles et des associations de RDR comme des professionnels ont longtemps minimisé les risques et les dommages en comparaison d'autres drogues licites comme illicites. Les pouvoirs publics ont promu l'abstinence, surtout chez les jeunes, et ignoré l'usage de masse d'adultes intégrés. Cannabis partout, RDR nulle part ! Comment sortir de l'impasse ?

Les professionnels devraient réviser leurs connaissances des usages et des produits. Sur ce marché globalisé Internet véhicule les tendances et les informations en flux continu. Dabber de la wax de BHO, charger un vape-pen avec du shatter extrait au CO2, vaporiser ou biogazifier, adopter le micro-dosage, avaler une gélule de RSO ou de l'huile d'olive enrichie de cannabinoïdes, utiliser un cannabis à taux de CBD élevé... sont autant d'alternatives au joint de hasch marocain ou à la pipe à eau d'herbe. Quels risques lors de la consommation et aussi de la production à la maison, quels avantages, quels dommages, quels propositions de RDR ? Les usagers experts sont indispensables afin de bien répondre à ces questions.

Les usagers devraient mieux intégrer les risques sanitaires et sociaux, notamment respiratoires, psychiatriques, professionnels et judiciaires. Ils devraient mieux connaître les risques selon les produits et les modes d'usage. Il conviendrait de banaliser la demande volontaire de traitement pour usage problématique. La dépénalisation de la consommation et la régulation publique du marché faciliteraient ce processus. Il faudrait inciter à la modification des pratiques. Le pétard français est la méthode la plus risquée à cause de la combustion de beaucoup trop de matières nocives pour obtenir la quantité souhaitée de principes actifs. Il est le vecteur d'une addiction croisée. Il semblerait aussi opportun de valoriser un usage ritualisé et épisodique face à un usage chronique par habitude ou sous pression du groupe. Il faudrait développer une méthodologie du dialogue familial autour de cette question. Les professionnels doivent s'impliquer dans ces processus.



Laurent MICHEL

Laurent Michel est un Psychiatre, Addictologue, Praticien Hospitalier (MD, PhD).

Il a exercé comme Chef de Service d'un SMPR/CSST en milieu pénitentiaire, puis Responsable d'une unité d'addictologie hospitalière de l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris à Limeil-Brevannes (94), et enfin Directeur Médical du CSAPA Pierre Nicole de la Croix-Rouge Française à Paris depuis 2012.

Il est rattaché depuis 2009 à l'Unité Inserm U669, Santé Mentale et Santé Publique, située à Paris sous la direction de Bruno Falissard. Ses principaux domaines de recherche sont la réduction des risques chez les usagers de drogues, l'accès aux soins et la réduction des risques chez les détenus, la prise en charges des comorbidités psychiatriques et addictologiques chez les sujets VIH et/ou VHC.

Il est enfin membre du CA de la Fédération Addiction, membre de la commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM et membre de la Commission « Traitement et réduction des risques en addictologie » (mais aussi au préalable « Commission addiction » et encore auparavant de la « Commission Nationale Consultative des traitements de substitution »).

Plénière 6

Usagers d'opiacés - Laurent MICHEL

La réduction des dommages pour les sujets dépendants aux opiacés s'est imposée en France dans les années 80 suite à l'explosion de l'épidémie de SIDA. Elle a reposé sur la complémentarité d'une diversité d'interventions comprenant initialement la mise à disposition de seringues en pharmacie, la mise en place de programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux opiacés et le déploiement de structures spécialisées (CSST puis CSAPA) puis les antirétroviraux pour le VIH. Le résultat a été spectaculaire en terme de réduction de l'incidence du VIH et moins de 2% des nouveaux contaminés par le VIH le sont par usage de drogue IV en France. Elle l'a moins été pour le VHC avec une faible variation des taux d'incidence pour les mêmes outils. C'est la convergence d'outils de réduction des risques type PES et de traitements de substitution aux opiacés à dose suffisante qui a montré son efficacité sur la réduction de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues dans d'autres pays. Elle est donc sans doute insuffisante en France. L'articulation systématique des dispositifs est nécessaire. Un certain nombre d'usagers d'opiacés, souvent polydépendants, est par ailleurs toujours en marge des dispositifs actuels. Il s'agit de sujets vivants dans des zones non couvertes géographiquement par les dispositifs méthadone actuels, de sujets en échec avec les traitements de substitution par méthadone ou buprénorphine haut dosage, et parfois aussi de sujets injecteurs compulsifs. Il apparaît donc tout à fait nécessaire de développer de nouvelles alternatives thérapeutiques, à l'instar de ce qui existe à l'étranger dans un nombre croissant de pays. L'élargissement de la palette des outils thérapeutiques, en termes de molécules ou de formes galéniques, est donc une priorité, en articulation avec les différents outils et dispositifs de réduction des risques et des dispositifs adaptés à certains contextes spécifiques. Certaines populations, comme les détenus, les migrants ou ceux présentant des troubles psychiatriques comorbides, justifient d'une attention particulière en terme de santé publique.



Laurent KARILA

Psychiatre - spécialisé en addictologie.

Praticien Hospitalier temps plein dans le Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, hôpital universitaire Paul Brousse, Villejuif.

Médecin Chercheur dans l'Unité INSERM U1000 « Imaging and Psychiatry », dirigée par le Dr Jean-Luc Martinot, Orsay.

Enseignant en psychiatrie, en addictologie et en méthodologie ECN/iECN à la faculté de Paris-Sud 11.

Président du groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les recommandations pour la pratique clinique concernant les stratégies de prise en charge des usagers de cocaïne parue en mai 2010.

Domaine de recherche et de publications sur les questions de l'addiction aux drogues psychostimulantes (cocaïne, amphétamines, nouveaux produits de synthèse), des addictions comportementales (sexe, internet, nouvelles technologies, jeux, achats...), de l'imagerie cérébrale des troubles addictifs et des troubles comorbides psychiatriques.

Auteur d'ouvrages grand public (« Une Histoire de Poudre », « ACCRO ! » aux éditions Flammarion).

Plénière 6

Comment interfèrent les savoirs des usagers et ceux des professionnels pour ouvrir vers de nouvelles relations et modalités d'action visant à réduire les risques et les dommages ? L'exemple des stimulants - Laurent KARILA

Les drogues stimulantes sont un élément de la scène des addictions. La cocaïne est devenue en l'espace de quelques années, extrêmement présente sur la scène mondiale des drogues même si le cannabis reste la substance psychoactive illicite la plus consommée. Elle touche maintenant toutes les classes sociales, à savoir les jeunes fréquentant le milieu festif, les chômeurs, les classes moyennes mais également des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat. L'augmentation globale de la consommation en France s'explique par une chute de son prix au gramme, une forte disponibilité du produit, une demande croissante et un marché relativement vierge.

Sous la dénomination d'euphorisants légaux, de produits pour la recherche chimique, de sels de bains, les nouveaux produits de synthèse (NPS) ont fait une percée considérable dans le marché des drogues depuis 2008. Ces substances psychoactives sont essentiellement produites en Asie. Leur diffusion implique les nouvelles technologies de la communication, qui influencent la nature du marché des drogues et la demande des consommateurs. Les NPS sont vendues essentiellement sur des sites internet et sont une alternative « légale » à des produits psychoactifs contrôlés et réglementés. Ces nouveaux produits touchent différentes populations d'usagers comme le milieu homosexuel, utilisateur d'internet, consommant dans l'espace festif

et lors de parties sexuelles en France et à l'étranger, ayant popularisé la pratique du « slam » (injection intraveineuse) ; les jeunes adultes fréquentant les milieux festifs alternatifs techno, ayant consommé des NPS potentiellement vendues sous des noms d'autres drogues illicites classiques ; les sujets anciens dépendants à la cocaïne ou aux amphétamines ; et les usagers occasionnels de drogues, socialement insérés, utilisant Internet pour se procurer et expérimenter les NPS.

Les stimulants de synthèse que sont les amphétamines et la méthamphétamine sont fabriquées en Europe pour une consommation domestique, bien qu'une certaine quantité soit également produite à des fins d'exportation. Les effets psychoactifs de ces drogues stimulantes dépendent des individus, de la dose consommée et de la voie d'administration. Ces drogues ont dessiné un nouveau paysage des addictions avec son cortège de complications somatiques, psychiatriques et sociales.

La prise en charge thérapeutique doit être multimodale et se baser sur les connaissances actuelles de la littérature médicale, de la pratique clinique et de l'expérience des usagers. La réduction des risques et des dommages doit être intégrée par tout clinicien.

Vers un (nouveau) consensus ?



Alain MOREL

Médecin (1981), Internat de psychiatrie (1979) puis Assistant des hôpitaux psychiatriques (1982) au CH d'ANNE-CY (74), CES de psychiatrie en 1989.

Psychiatre, Praticien Hospitalier détaché (depuis 1989).

Directeur Médical de l'association Le Trait d'Union dans les Hauts de Seine (1990-2009).

Directeur Général de l'Association Oppelia (www.oppelia.fr) depuis 2008.

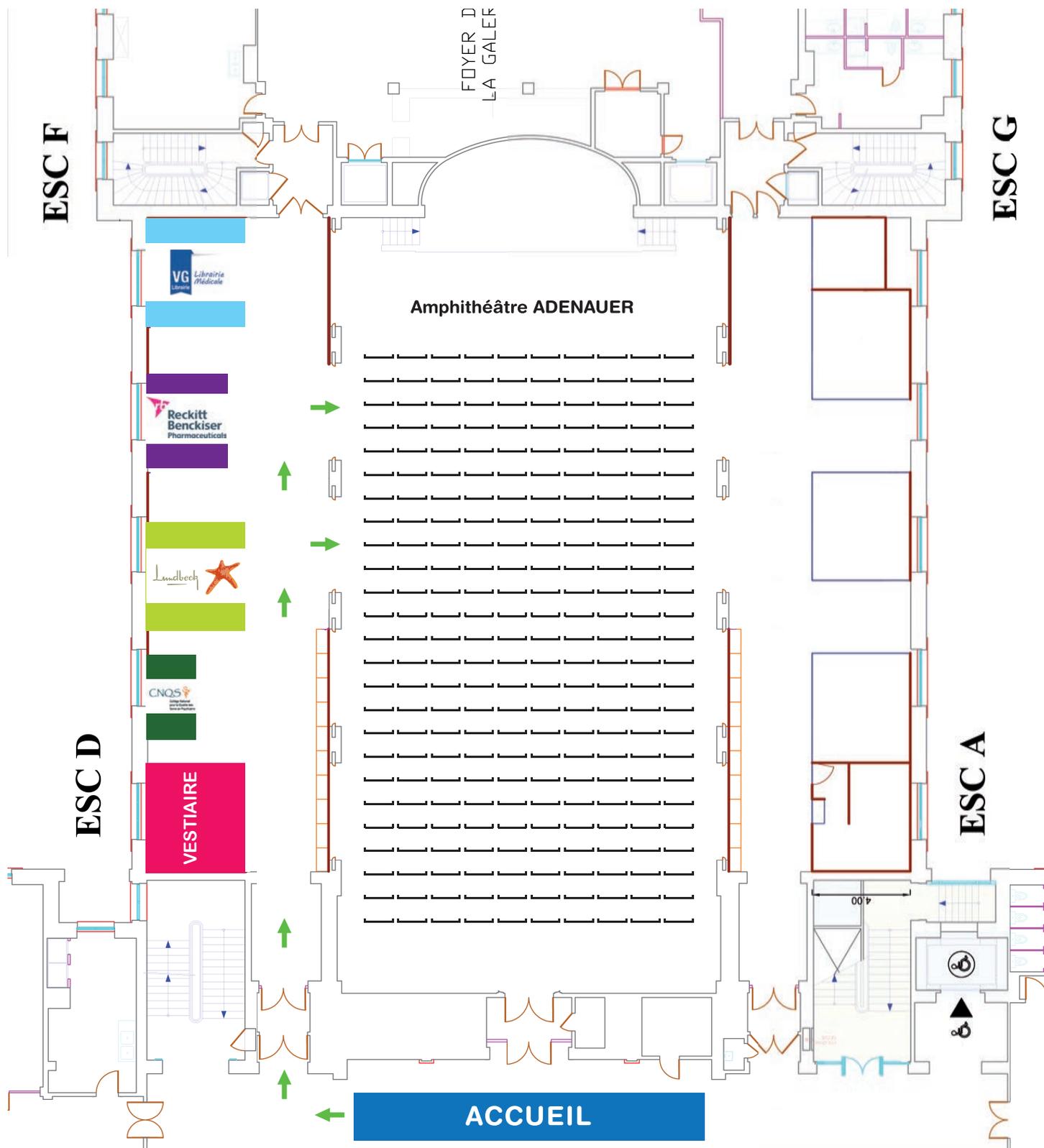
Premier Président (2002-2004) et actuel Vice Président de la Fédération Française d'Addictologie (FFA).

Ancien Président (1990-1994) et actuellement administrateur de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies et Addictologie (ANITeA) devenue Fédération Addiction en 2011.

Co-fondateur et premier Président (1993-1995) de la Fédération Européenne de Rencontres des Intervenants en Toxicomanies (ERIT).

Président de l'Association pour la Recherche et la Promotion des Approches Expérientielles (ARPAE).

Président du comité d'organisation de la Conférence de consensus sur la place des Traitements de Substitution des Opiacés dans les stratégies thérapeutiques en toxicomanie (2004).



- 1 LIBRAIRIE MÉDICALE VG
- 2 RB PHARMACEUTICALS

- 3 LUNDBECK
- 4 CNQSP

