



HAL
open science

Addiction, dépendance et drogues : étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016

Orane Chaumont

► To cite this version:

Orane Chaumont. Addiction, dépendance et drogues : étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016 . Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01662082

HAL Id: dumas-01662082

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01662082>

Submitted on 12 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Addiction, dépendance et drogues : étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016

Orane Chaumont

► To cite this version:

Orane Chaumont. Addiction, dépendance et drogues : étude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016 . Sciences pharmaceutiques. 2017. <dumas-01662082>

HAL Id: dumas-01662082

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01662082>

Submitted on 12 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2018

Thèse n°8

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 1^{er} Décembre 2017

Par

Orane CHAUMONT

Née le 05 Décembre 1991 à Bayonne

Addiction, dépendance et drogues :

**Etude de la mise en place de salle de consommation à
moindre risque dans le monde et en France depuis 2016**

Directeur de thèse

Dr. Isabelle BAUDRIMONT

Jury

Dr. Catherine CHEZE

Maître de Conférences

Président

Dr. Isabelle BAUDRIMONT

Maître de Conférences

Directrice

Dr. Marie-Christine JOUBERTIE

Docteur en Pharmacie

Assesseur

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier les nombreuses personnes qui m'ont encouragée et soutenue durant mon cursus universitaire.

Mes premiers remerciements s'adressent à ma directrice de thèse, Madame Baudrimont, qui a encadré mes écrits. Vos conseils m'ont été bénéfiques et je vous suis très reconnaissante pour votre aide et votre confiance.

Mes remerciements vont aussi à mon président de jury, Madame Chèze qui acceptant de diriger ce jury, a pris soin d'examiner mon travail.

Je remercie également mon ancienne collègue pharmacien, Madame Joubertie avec qui j'ai partagé une année formidable ; sa bienveillance et sa guidance m'ont aidée à mieux appréhender ma profession. Je suis très honorée de sa présence dans ce jury et la remercie pour le temps consacré à la lecture de ce travail.

Merci à toute l'équipe Pharmavance de Villenave d'Ornon et plus particulièrement à Madame Le Jeune et Monsieur Guichard qui m'ont permis d'exercer durant une année, dans une nouvelle pharmacie dynamique avec une équipe enthousiaste et chaleureuse.

Je suis heureuse d'avoir rencontré de belles personnes comme Paméla, « MCJ », Adeline, Manon, Marina, Patrick, Clément, Rachel, Elisabeth, Anaïs et Edgard. Cette expérience professionnelle a été formatrice et très enrichissante.

J'espère pouvoir y revenir après mes aventures sous les tropiques.

Pamela, merci pour ces bons moments et ces fous rires, je te promets d'enrichir notre livre de prénoms « improbables » en Guadeloupe.

Je tiens aussi à remercier Madame Banarbe qui m'a fait confiance pour la remplacer pendant quelques semaines à Bayonne. Merci à ma collègue Marie-Christine pour sa bonne humeur et ses nombreux conseils.

Je suis très reconnaissante à mes professeurs de la faculté de pharmacie pour cette formation de qualité.

Un immense et inconditionnel merci à mes parents : Patou et Sandra.

Grâce à leurs encouragements, leur présence et leur amour, j'ai pu faire le choix du métier qui me plaisait et m'épanouissait.

Durant ces longues années d'études, ils ont su me soutenir et me comprendre face aux difficultés de ma jeune vie d'adulte ; leur écoute bienveillante a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ils m'ont permis de voyager et profiter de la vie sans soucis.

Mes frères et moi avons été très heureux dans cette famille aimante.

Merci également à mes supers frères Hugo et Nathan pour leur complicité, leur joie de vivre, leur humour; vous êtes indispensables à ma vie.

Merci à mes grands-parents, Manou, Mayotte, Panou et Peyot pour leur amour et leur soutien inconditionnel. Merci de leur présence tout au long de mon enfance et de leur écoute en ce jour spécial.

Merci à ma famille Guadeloupéenne Gilou, Constance, Camille, Nathalie, Pierre et ses enfants, chez qui j'ai passé de merveilleuses vacances durant mon enfance et mon adolescence.

J'ai hâte de passer les six prochains mois à vos côtés sous le soleil.

Merci aux amis de la famille, les Douat et Nathalie, votre présence me réjouit.

J'espère qu'on pourra concrétiser nos prochaines vacances tous ensemble.

Merci à ma colocataire et amie Floriane qui est mon binôme depuis plus de deux ans maintenant ; ce fut une des plus belles rencontres durant mes études qui se sont finalisées par notre road-trip en Asie.

Tu as su partager mes doutes et mes envies.

Merci d'être présente, avec ton humour, ta gaité et ton soutien au quotidien.

De plus, je suis ravie que tu m'accompagnes dans une nouvelle aventure « professionnelle » aux Antilles !

Merci à sa famille d'être présente en ce jour important.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes amis du Pays-Basque, Alexia, Alex, Anaïs, Charline, Hugo, Julia, Julio, Lorraine, Marie, Mathilde, Myriam, Pierre et Romain avec qui j'ai passé de très beaux moments de complicité et garde de merveilleux souvenirs.

Mes années sont parsemées de fous rires, de réflexions et discussions enrichissantes grâce à votre amitié.

Je dédie de sincères remerciements à Myriam, mon amie de toujours présente dans tous les bons et mauvais moments de ma vie ; son oreille attentive et son amitié dévouée contribuent à mon équilibre personnel.

Marie, ma meilleure amie depuis la maternelle, malgré nos études à distance, reste ma confidente et un soutien indéfectible ; la décoration de ma chambre d'enfance se souvient encore de son imagination débordante (mes parents aussi...). Tu es « ma sœur de cœur ».

Alexia, elle aussi, belle rencontre durant mes années d'études, contribue à ma joie de vivre, devenue une amie fidèle et à l'humour mordant.

Je suis heureuse de ta présence à ma thèse et te suis reconnaissante de ton soutien dans les moments difficiles de ma première année de PACES.

Merci aux Moumounes, Eulalie, Hélène et Floriane qui ont égayé mes années bordelaises, les rendant enrichissantes et très festives. J'espère que notre amitié perdurera malgré la distance géographique.

A mes amis rencontrés au Vietnam, les deux Maxime, Margaux et ceux de Bordeaux comme Etienne, Floriane, Laura, je vous remercie d'avoir fait de ce « stage universitaire », un des meilleur moment de ma vie. C'était un voyage inoubliable. Rendez-vous prochainement au 96 à Ho Chi Minh pour se remémorer ces soirées incroyables.

Je tiens aussi à remercier mes copains rencontrés sur les bancs de la Fac : Etienne, Pierre, Laura, Floriane, Hélène, Mathilde, Antoine, Bruno, Jon, Marina, Julien... Tous ces bons moments et voyages avec certains resteront gravés dans ma mémoire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
PARTIE 1 : ADDICTOLOGIE ET TOXICOMANIE	13
I. ADDICTOLOGIE ET DEPENDANCE	13
1. <i>Définition de l'addictologie</i>	<i>13</i>
2. <i>Définition de la dépendance.....</i>	<i>14</i>
3. <i>Les différents outils de diagnostic de la dépendance</i>	<i>15</i>
II. LA TOXICOMANIE	20
1. <i>Définition.....</i>	<i>20</i>
2. <i>Les différentes drogues</i>	<i>21</i>
3. <i>Etude de la population toxicomane</i>	<i>27</i>
PARTIE 2 : LES DROGUES UTILISEES DANS LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ET LEURS EFFETS	31
I. LES DROGUES UTILISEES DANS LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE	31
1. <i>L'héroïne.....</i>	<i>31</i>
2. <i>Le Subutex® – Buprénorphine</i>	<i>40</i>
3. <i>La méthadone</i>	<i>43</i>
4. <i>La cocaïne et le crack</i>	<i>46</i>
5. <i>Le Skenan® - l' Actiskenan® - Sulfate de morphine</i>	<i>50</i>
II. LES EFFETS NEFASTES DE L'ADMINISTRATION DES DROGUES	56
1. <i>La transmission du virus de l'hépatite C.....</i>	<i>56</i>
2. <i>La transmission du virus de l'immunodéficience humaine.....</i>	<i>60</i>
3. <i>Les overdoses</i>	<i>65</i>
4. <i>Les nécroses, abcès de la peau et autres infections chez les toxicomanes.....</i>	<i>68</i>
III. LA PREVENTION DE LA TOXICOMANIE	72
PARTIE 3 : LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE	74
I. DEFINITION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE	74
II. ETUDES DES PRECURSEURS EUROPEENS ET INTERNATIONAUX	78
1. <i>Les salles de consommation à moindre risque dans les pays européens</i>	<i>79</i>
2. <i>Les salles de consommation à moindre risque dans le monde.....</i>	<i>86</i>
3. <i>Etude du rapport bénéfice/risque des salles de consommation à moindre risque dans le monde.....</i>	<i>92</i>

III. MISE EN PLACE DE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE EN FRANCE	96
1. <i>Texte de loi : Arrêté du 22 mars 2016</i>	96
2. <i>Ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Paris :</i>	97
3. <i>Ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Strasbourg</i>	101
4. <i>Ouverture prochaine d'une salle de consommation à moindre risque à Bordeaux</i>	103
IV. CONSEQUENCES POSITIVES ET NEGATIVES SUITE A L'OUVERTURE DE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE EN FRANCE	104
CONCLUSION	106
ANNEXES	107
BIBLIOGRAPHIE	131

TABLES DES FIGURES

FIGURE 1 – PYRAMIDE DE LA DEPENDANCE	14
FIGURE 2 - CAPSULE DU PAVOT A OPIUM.....	23
FIGURE 3 - ALCALOÏDES PRESENTS DANS L'OPIUM	24
FIGURE 4 - USAGE AU COURS DE LA VIE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (HORS ALCOOL, TABAC, CANNABIS) PARMI LES 17 ANS- EVOLUTION DEPUIS 2000 [10]	30
FIGURE 5 - MOLECULE DE MORPHINE	31
FIGURE 6 - MOLECULE DE L'HEROÏNE	32
FIGURE 7 - LES DIFFERENTS TYPES D'HEROÏNE	33
FIGURE 8 - POUDRE D'HEROÏNE.....	33
FIGURE 9 - SCHEMA NEUROTRANSMISSION HEROÏNE	35
FIGURE 10 - SCHEMA SIMILITUDE MOLECULE DYNORPHINE ET HEROÏNE	36
FIGURE 11 - MOLECULE DE BUPRENORPHINE	40
FIGURE 12 - MOLECULE DE METHADONE [18]	43
FIGURE 13 - MOLECULE DE COCAÏNE.....	46
FIGURE 14 - MECANISME D'ACTION DE LA COCAÏNE [21]	48
FIGURE 15 - METABOLISME DE LA COCAÏNE CHEZ L'HOMME [20].....	49
FIGURE 16 - MOLECULE DE SULFATE DE MORPHINE	50
FIGURE 17 - VIRUS DE L'HEPATITE C.....	56
FIGURE 18 - ÉPIDEMIOLOGIE VHC MONDIAL	58
FIGURE 19 - EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'INFECTION PAR LE VHC PARMIS LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE [30]	59
FIGURE 20 - VIRUS DU VIH.....	60
FIGURE 21 - EVOLUTION DU NOMBRE DE DECOUVERTES DE SEROPOSITIVITE VIH LIE A L'USAGE DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE DEPUIS 2003 [39]	63
FIGURE 22 - EVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAU CAS DE SIDA LIES A L'USAGE DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLES DEPUIS 1995 [40]	63
FIGURE 23 - EVOLUTION DU NOMBRE DE DECES AU STADE SIDA CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE DEPUIS 1998 [41].....	64
FIGURE 24 - EVOLUTION DU NOMBRE DE DECES PAR SURDOSE DEPUIS 1985 [44].....	66

FIGURE 25 - DECES EN RELATION AVEC L'ABUS STUPEFIANTS ET DE MEDICAMENTS ENTRE 2011 ET 2015 [45]	67
FIGURE 26 - PHOTOS D'ABCES DE LA PEAU [47]	69
FIGURE 27 - PHOTO CELLULITE DE LA PEAU	69
FIGURE 28 - PHOTO DU SYNDROME DE POPEYE SUR LA MAIN	71
FIGURE 29 - NOMBRE DE SCMR PAR PAYS EUROPEENS EN 2015 [56]	79
FIGURE 30 - SCMR SUR LE TERRITOIRE SUISSE	79
FIGURE 31 - PHOTO DE LA SCMR A SYDNEY	89
FIGURE 32 - PHOTO DE LA SCMR A PARIS	97

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - CLASSEMENT DES DROGUES SELON LEURS EFFETS [5,6]	21
TABLEAU 2 – AGONISTE ET/OU ANTAGONISTE DES OPIACES [6]	25
TABLEAU 3 – ESTIMATION DU NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE METROPOLITAINE PARMIS LES 11-75 ANS [7] SELON LES ETUDES ESCAPAD 2014 (OFDT), ESCAPAD 2011 (OFDT), BAROMETRE SANTE 2014 (INPES), HSBC 2010 (SERVICE RECTORAT TOULOUSE)	28
TABLEAU 4 - ESTIMATION DU POURCENTAGE DE CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE METROPOLITAINE PARMIS LES 11-75 ANS [7] SELON LES ETUDES ESCAPAD 2014 (OFDT), ESCAPAD 2011 (OFDT), BAROMETRE SANTE 2014 (INPES), HSBC 2010 (SERVICE RECTORAT TOULOUSE) [7]	29
TABLEAU 5 - POSOLOGIE DE L'ACTISKENAN® ET DU SKENAN®	51
TABLEAU 6 - PRIX COURANTS EN EUROS ET ACCESSIBILITE DU SKENAN®, 2013 [25]	54
TABLEAU 7 – RECAPITULATIF DES PAYS AYANT DES SCMR DANS LE MONDE [52]	78

ABREVIATIONS

A

AAD Antiviraux à Action Direct
AMM Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM Agence Nationale de Sécurité du
Médicament et des produits de santé
ARS Agence Régionale de Santé
AVC Accident Vasculaire Cérébral

C

CAARUD Centre d'Accueil et
d'Accompagnement à la Réduction des
Risque pour les Usagers de Drogues
CH₃COOH Acide acétique
CMV Cytomégalovirus
CIM Classification statistique
Internationale des Maladies et des
problèmes de santé
CNRS Centre National de la Recherche
Scientifique
CPAM Caisse Primaire de l'Assurance
Maladie
CSAPA Centre de Soins
d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie
CYP3A4 Cytochrome P450 3A4

D

DCI Dénomination Commune
Internationale
DCR Drug Consumption Rooms

DSM Diagnostic and Statistical manual of
Mental disorders

E

EMCDDA European Monitoring
Centre for Drugs and Drug Addiction
EBV Epstein Barr Virus

F

FNPEIS Fonds National de
Prévention d'Education et d'Information
Sanitaire

H

HCL Acide chlorhydrique

I

INSERM Institut National de la Santé et de
la Recherche Médicale
IST Infection Sexuellement
Transmissible

IV intraveineuse

L

L.I.N.E.S Life Is Not Enough Society
LSD Le Diéthylamide de l'acide
lysergique

M

MDMA
Méthylènedioxyméthamphétamine
MILDT Mission Interministérielle de Lutte
contre la Drogue et la Toxicomanie

MILDECA Mission Interministérielle
de Lutte contre les Drogues Et les
Conduites Addictives

MSIC Medically Supervised Injecting
Centre

N

NH4 Ammoniaque

O

OFDT Observatoire français des Drogues
des Toxicomanies

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONG Organisation Non
Gouvernementale

ONU Organisation des Nations Unis

P

PES Programme d'Echange de Seringue

R

RDR Réduction des Risques

S

SCMR Salle de Consommation à Moindre
risque

SNC Système Nerveux Central

T

TREND Tendances Récentes et Nouvelles
Drogues

U

UDVI Utilisateur de Drogue par Voie
Injectable

UDI Utilisation de Drogue Injectable

V

VHC Virus de l'Hépatite C

VIH Virus de l'immunodéficience
Humaine

VHB Virus de l'Hépatite B

INTRODUCTION

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives.

Pour la classification des addictions, les professionnels utilisent le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V) créée par l'American Psychiatric Association (APA) ou la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La dépendance est définie dans le DSM-V comme une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés pour la substance.

On appelle drogue, toute substance qui modifie la manière de percevoir les choses, de ressentir des émotions, de penser, de se comporter. Les dangers liés à leurs usages varient selon les substances, les individus, les quantités etc.

Les drogues étudiées dans la thèse sont celles utilisées dans les salles de consommation à moindre risque (SCMR). Ce sont l'héroïne, la cocaïne, le crack, la buprénorphine, la méthadone et le sulfate de morphine ; certaines sont illégales et d'autres sont prescrites sur ordonnance pour le traitement de la dépendance aux drogues mais détournées de leur utilisation première.

La consommation de drogues génère de multiples conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale tels que les overdoses, les infections par des maladies transmissibles (VIH et hépatites), etc.

Afin d'y faire face, des politiques de santé publique pour la réduction des risques ont été développées. Les salles à consommation à moindre risque en sont un des outils.

En 1986, en Suisse, est apparue la première SCMR afin de promouvoir des pratiques d'injection de drogues plus sécuritaires et améliorer l'accès aux soins des usagers. Cependant, ces salles ne font pas l'unanimité lors de leur ouverture, les détracteurs les accusant de favoriser la consommation et le trafic de drogues.

Ma thèse fait un état des lieux des SCMR ouvertes dans le monde depuis de nombreuses années, ainsi que l'ouverture récente des SCMR françaises afin d'examiner les bénéfices et risques de ces dernières.

PARTIE 1 : ADDICTOLOGIE ET TOXICOMANIE

I. Addictologie et dépendance

1. Définition de l'addictologie

C'est l'étude des addictions : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, médicamenteuse, trouble du comportement alimentaire, addiction au jeu, achat pathologique, etc.

Elles ont une origine commune, c'est-à-dire une dépendance physique et surtout psychique, associée à une accoutumance, un comportement d'autodestruction et une prise de risque [1].

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue légale ou illégale, de comportement à risque et/ou malgré la connaissance des conséquences nocives [2].

Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans des manuels comme le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-V) créé l'American Psychiatric Association (APA) par ou La Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé (CIM-10) rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [2].

L'étude des addictions permet d'appréhender les pathologies physiques et psychiques dues aux rapports à la dépendance (toxicomanie, alcoolisme, nymphomanie, jeu etc.).

Le concept d'addiction est un regroupement théorique, descriptif, thérapeutique et institutionnel [1].

2. Définition de la dépendance

C'est « un état psychique, quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre un produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelque fois d'éliminer le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance [1].

Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits» OMS 1964 [1].

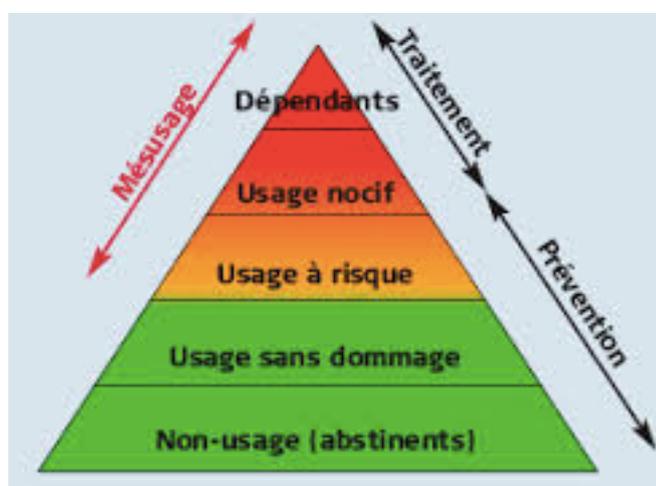


Figure 1 – Pyramide de la dépendance (source : <http://www.ama.lu/fr>)

La dépendance est caractérisée par une incapacité de réduire sa consommation et une obligation comportementale [3].

Souvent limité aux consommations abusives d'alcool ou de produits illicites avec dépendance physique et psychique, le diagnostic de dépendance est très complexe. Aujourd'hui, une évolution du concept clinique qui repose sur des signes psychiques d'assuétude et de manque est observée [1].

Avec une approche descriptive, la dépendance est une « répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou une situation recherchés et consommés avec avidité (Pedinielli) » [1].

C'est aussi « un processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de ses conséquences négatives » (Goodman) [1].

La notion de polydépendance signifie que le sujet a une dépendance multiple c'est-à-dire à un produit, un rituel de prise, à un horaire de prise, à une atmosphère (perception), etc. [1].

3. Les différents outils de diagnostic de la dépendance

3.1 Critères de l'addiction selon Goodman (1990) [1]

- A- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- B- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E- Au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1- Préoccupation fréquente au sujet du comportement et de sa préparation
 - 2- Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 - 3- Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 - 4- Temps importants consacrés à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
 - 5- Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales
 - 6- Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement
 - 7- Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique

8- Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité

9- Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

Les intérêts du DSM IV et V sont d'identifier les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance, abus) et les troubles induits par une substance (intoxication, trouble de l'humeur, troubles psychotiques etc.) [1,2].

3.2 Critères de l'abus selon le DSM-IV (1991) [1]

L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance dangereuse conduisant à un dysfonctionnement ou une souffrance clinique caractérisées par la présence d'au moins une des manifestation sur douze mois :

- 1- Incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail, du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaire ou définitive de l'école, négligence des tâches ménagères courantes)
- 2- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (conduire un véhicule)
- 3- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
- 4- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique)
- 5- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

3.3 Critères de la dépendance selon le DSM-IV [1]

D'après le DMS-IV, le terme dépendance est utilisé quand le mode d'utilisation d'une substance dangereuse entraîne un dysfonctionnement ou une détresse avec la présence d'au moins trois manifestations suivantes :

- 1- Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a- Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b- Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2- Sevrage comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
- a- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b- La même substance (ou substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3- Substance prise en quantité supérieure ou un temps plus long que ce que la personne avait envisagé
- 4- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
- 5- Temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- 6- Abandon d'activités sociales, de loisirs en raison de l'utilisation de la substance
- 7- Poursuite de la consommation en dépit d'un problème physique ou psychologique généré, exacerbé par la substance

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents).

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

Depuis 2013, le DSM-V de l'American Psychiatric Association (APA) regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation « troubles liés à une substance ».

Les différents stades présents dans le DSM-IV : usage, abus, dépendance ont disparu dans cette nouvelle classification [2].

Le DSM-V assure un meilleur dialogue entre le médecin et son patient. Il intègre de nombreuses innovations dont la prise en compte d'une perspective « développementale » qui est un texte susceptible d'être modifié grâce à la réactivité amenée par les supports électroniques [4].

Dans la nouvelle classification, les troubles sont étudiés dans une perspective développementale. En effet, de manière chronologique on prend en compte l'évolution au

cours de la vie, de l'enfance jusqu'au moment de l'arrivée du trouble en intégrant des éléments tels que l'âge, le genre et la culture [4].

De plus, le DSM-V travaille en corrélation avec l'imagerie cérébrale et génétique grâce à l'aide de biomarqueurs [4].

La notion de dimension est intégrée dans la classification afin de mieux prendre en compte la personnalité du sujet ainsi que les symptômes présents dans plusieurs catégories de diagnostiques, comme l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien et le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité dans la section III du DSM-V [4].

De nombreux chapitres sont nouveaux et profondément remaniés tels que ceux sur les troubles de l'humeur du DSM-IV scindés en troubles bipolaires, dépressifs, obsessionnel-compulsifs et ceux liés à des traumatismes ou des facteurs de stress qui sont distingués des troubles anxieux et des troubles neurocognitifs qui intègrent des paramètres issus de recherches biologiques récentes [4].

D'autres chapitres évoluent significativement tels que la définition des troubles qui les composent, sans changer d'intitulé, tels les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, les troubles bipolaires, la schizophrénie, les dysfonctions sexuelles, les troubles dissociatifs, les troubles à symptomatologie somatique [4].

Des troubles nouveaux apparaissent dans la classification principale, comme le trouble de la communication sociale (pragmatique), le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le sevrage du cannabis, les accès hyperphagiques, le sevrage de la caféine, la thésaurisation pathologique, le jeu d'argent pathologique [4].

3.4 Les 11 critères du DSM-V (2013) sont [2]

- 1- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- 2- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- 3- Beaucoup de temps consacré au jeu ou à la recherche de substances
- 4- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- 5- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- 6- Incapacité de remplir des obligations importantes

- 7- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- 8- Problèmes personnels et sociaux
- 9- Désir ou effort persistant pour diminuer les doses ou l'activité
- 10- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- 11- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

S'il y a présence de 2 à 3 critères, l'addiction est dite faible

S'il y a présence de 4 à 5 critères, l'addiction est dite modérée

S'il y a présence de 6 critères ou plus, l'addiction est dite sévère

Le décret du 11 mars 2014 parut en France modifiant les articles R. 3411-11 et R. 3411-13 du Code de la Santé Publique fait état de cette nouvelle classification. En effet, cela étend le champ des missions de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) devenue aujourd'hui MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) à l'ensemble des conduites addictives [2].

3.5 Critères de la dépendance de l'organisation mondiale de la santé CIM-10 (1992) [5]

Certains symptômes ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- 1- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- 2- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation)
- 3- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- 4- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré

- 5- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets
- 6- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

II. La toxicomanie

1. Définition

La toxicomanie est un phénomène social évolutif passif différent d'une intoxication et la désintoxication où le sevrage n'est pas le traitement [1].

Toute leur vie, les toxicomanes malgré une cure de sevrage restent fragiles et dépendants aux drogues.

Parfois il existe une phase de consommation sans arrêt.

La tolérance croisée est une tolérance pour un produit et donc par conséquent pour toute sa famille pharmacologique [1].

Depuis les années 1980, l'utilisation des substances opiacées subit de profondes transformations comme l'émergence de polytoxicomanies ou la diversité des populations touchées et la précocité de l'âge de début de la consommation [1].

La polytoxicomanie se présente selon 3 aspects [1] :

- la polytoxicomanie de gestion de manque (où l'on peut utiliser d'autres produits que celui de la dépendance)
- la polytoxicomanie addictive
- la polytoxicomanie de style de vie

2. Les différentes drogues

2.1 Définition de drogue selon l'Observatoire Français des Drogues des Toxicomanies (OFDT)

La drogue est un « produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non » [5,6].

2.2 Définition de psychotrope

Un psychotrope est un produit qui modifie le fonctionnement psychique en agissant sur les cellules du système nerveux central, en produisant différents effets : modification ou altération de la fonction mentale entraînant des changements dans la perception, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques [5].

2.3 Classement selon leurs effets

En 1991, Jean Thuillier, psychiatre et pharmacien ainsi que Yves Pelicier, médecin et professeur universitaire ont classé les psychotropes en 3 catégories selon leurs effets sur le système nerveux central :

Tableau 1 - Classement des drogues selon leurs effets [5,6]

	Perturbateurs	Stimulants	Dépresseurs
Substances	Cannabis Solvants Kétamine LSD Champignons hallucinogènes	Tabac Cocaïne Crack Ecstasy Amphétamines	Alcool Barbituriques Benzodiazépines Opiacés : <ul style="list-style-type: none">• Héroïne• Méthadone• Codéine• Morphine

<p>Actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agissent sur le SNC avec un double effet • Accélèrent et/ou ralentissent les processus normaux de l'organisme (effets stimulants ou dépresseurs) • Altèrent la perception et les émotions <p>A long terme, ils modifient durablement la personnalité du consommateur qui ne peut plus composer avec les éléments de la réalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accélèrent les processus normaux de l'organisme • Augmentent la vigilance ou l'humeur <p>Dépendance psychologique et Psychique. A forte dose, ils induisent des conséquences graves : paranoïa, dépression, fatigue, accidents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissent l'organisme sur le plan physique en particulier les réflexes • Créent une sensation de bien-être • Impactent le sommeil <p>Dépendance physique. A forte dose, ils induisent des conséquences graves : arrêt cardiaque ou respiratoire, accidents par perte de vigilance et contrôle de soi.</p>
-----------------------	---	--	--

Parmi ces substances, certaines sont légales (tabac, café), d'autres prescrites (morphine, codéine) ou interdites (héroïne) [5].

2.4 Classement selon leur dangerosité [5]

Utilisé majoritairement à des fins juridiques.

Selon l'article L.5132-1 du Code de la Santé Publique, la réglementation française classe les substances vénéneuses en 4 catégories en fonction de leur dangerosité et leur toxicité :

- Les substances stupéfiantes (morphine, héroïne, cocaïne, cannabis, etc.)
- Les substances psychotropes (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques etc.)
- Les médicaments « inscrits sur la liste I et II »
- Les substances dangereuses (éther, acides, etc.)

2.5 Classification des opiacés

Ils sont extraits du *Papaver somniferum* (pavot à opium) variété album, ce dernier appartient à la famille des papavéracées (O : Papaverales) [5].

Lors de l'incision, l'opium est le latex exsudé par les capsules du pavot [5].

Ils sont produits dans certaines régions du monde comme le triangle d'or (Thaïlande, Laos, Birmanie), le croissant d'or (Afghanistan, Pakistan, Iran) mais aussi le Liban, le Mexique, la Colombie etc. [1].



Figure 2 - Capsule du Pavot à Opium (source : <http://www.francini-mycologie.fr>)

2.6 Composition des opiacés [6]

L'opium est composé d'une trentaine d'alcaloïdes différents dont la structure est dérivée de :

- Le phénanthrène : morphine, codéine, thébaine, eubine, héroïne, codéthylène, pholcodine
- L'isoquinoléine : papavérine, narcotine
- La pipéridine : péthidine
- Le diphenylméthane : chlorhydrate de méthadone, destromoramide, destropropoxyphène

L'alcaloïde le plus présent à plus ou moins 10% dans l'opium est la morphine. Elle est l'alcaloïde le plus puissant.

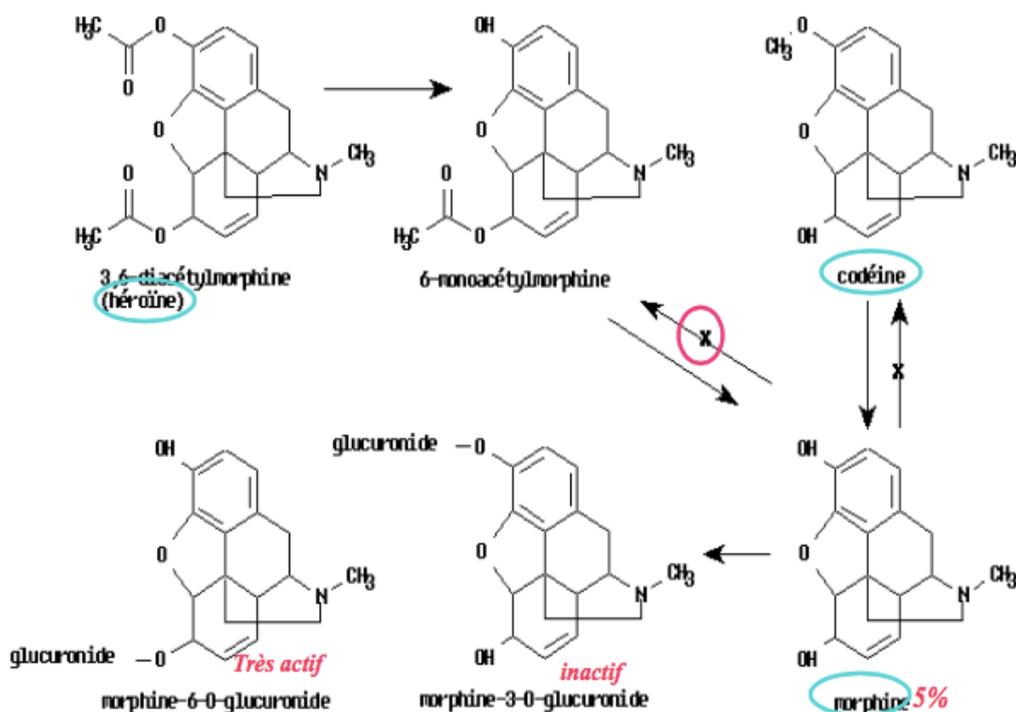


Figure 3 - Alcaloïdes présents dans l'opium [6]

2.7 Toxicocinétique des opiacés [6]

La métabolisation est à 85% hépatique et seulement 15% extra hépatique.

L'élimination est rénale et sa demi-vie est de 9 à 40 minutes pour le 6 monoacétylmorphine et 1 à 7 heures pour la morphine [6].

2.8 Mécanisme d'action des opiacés

Ils agissent après fixation sur les récepteurs opioïdes (site des endomorphines) [6].

Ce sont des récepteurs membranaires morphiniques mu, kappa, sigma et delta par une action agoniste ou antagoniste vis à vis des opiacés endogènes [6].

Ils ont des actions très spécifiques [1] :

- Inhibition du relargage des neurotransmetteurs des voies nociceptives afférentes
- Inhibition des neurones inhibiteurs des voies dopaminergiques (interneurones gabaergiques)

Tableau 2 – Agoniste et/ou antagoniste des opiacés [6]

Agoniste	Antagoniste	Agoniste-antagoniste
Morphine	Naloxone	Buprénorphine
Codéine	Nalorphine	
Héroïne	Naltrexone	
Méthadone	pentazocine	

La voie intraveineuse (IV) est la plus puissante car elle n'est pas dégradée suite au 1^{er} passage hépatique à l'exception de la codéine [1].

Les opiacés provoquent de l'euphorie et du plaisir grâce aux récepteurs mu et delta. En revanche les troubles de l'humeur sont dus à l'activation des récepteurs kappa [6].

2.9 Législation

Les premières mesures [7]

En 1909, la première coopération internationale pour le contrôle des stupéfiants a eu lieu lors de la commission de Shanghai, réunissant 13 pays dont la France.

Les mesures adoptées étaient la suppression totale de la production et de la consommation de l'opium. Elle fut à l'origine de la première convention internationale de l'opium à la-Haye en 1912.

La France, dès 1916, prévient et réprime les dégâts causés par les stupéfiants en les réglementant.

Les conventions internationales [7]

A partir de 1950, la consommation de drogue s'accélère. Plusieurs conventions supervisées par l'Organisation des Nations Unis (ONU) sont créées pour lutter contre ce phénomène :

- 1961 : la convention unique sur les stupéfiants, amendée par un protocole en 1972
- 1971 : la convention sur les substances psychotropes
- 1988 : la convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes

Ces conventions sont à l'origine de l'interdiction de la production, du commerce, de la détention et l'usage des stupéfiants exceptés à des fins médicales.

En 2002, 179 pays ont signé la convention de 1961 et 166 celle de 1988. Ils sont tenus de traduire ces conventions dans leur droit national. La France les a traduites dans la loi du 31 décembre 1970 et les a actualisées depuis.

La lutte contre la toxicomanie et le trafic de drogues est aujourd'hui pris en charge par les instances de l'Union Européenne [7].

3. Etude de la population toxicomane

Il existe plusieurs motifs de consommation de drogues [6] :

- L'être humain est curieux et avide d'expérimentations, c'est pourquoi il désire essayer le produit
- La recherche du bien-être, de s'évader, l'euphorie
- La similitude d'action face à son groupe d'appartenance qui essaye le produit
- Besoin de se rassurer et de valoriser sa confiance en soi
- Améliorer ses performances avec les stimulants, le dopage
- Oublier les soucis de la vie quotidienne, une peine, un échec, diminuer les angoisses, favoriser l'appétit sexuel

Le premier essai de drogue se fait souvent dans un groupe pour essayer de s'intégrer : le premier verre d'alcool jeune dans une soirée, la première cigarette à la sortie de l'école, la première consommation de cannabis dans une soirée, la première ligne de cocaïne avec ses collègues etc. [7].

La plupart du temps, ces premières fois se déroulent pendant l'adolescence, pour braver l'interdit, et surpasser ses angoisses. C'est ce que l'on appelle le début de « l'usage » ou « phase de plaisir » [7].

Généralement, la majorité des gens ne continue pas et arrête rapidement l'utilisation de ces substances quand leur maturité psychique et sociale le leur permet [7].

Malheureusement, certaines personnes ressentent un plaisir intense ou un soulagement momentané et réitèrent de plus en plus fréquemment l'expérience [7].

Au début, la substance n'induit pas encore d'effets négatifs mais l'accoutumance se développe et diminue au fur et à mesure les effets de la drogue, ce qui pousse l'utilisateur à en consommer de plus en plus. L'usager tombe alors dans l'abus [7].

Puis, l'état de manque apparaît avec une souffrance physique et psychique et s'en suit le besoin de consommer de nouveau [7].

La dépendance s'installe insidieusement, le sujet consacre son temps à la recherche de drogue. C'est la phase de « galère » avec des conséquences graves sur la santé et la vie sociale. Le sujet s'est alors isolé et se sent rejeté [7].

Progressivement, le sujet passe d'une vie normale à la déchéance [7].

Aujourd’hui, il est très difficile d’estimer la population toxicomane car la législation française sur les stupéfiants garantit l’anonymat des personnes qui ont recours aux services d’aide aux toxicomanes. Il est donc impossible d’enregistrer ceux qui s’y présentent [8].

D’après les estimations sur la base de données de l’enquête de novembre de SESI, le nombre de toxicomanes est estimé entre 150 000 et 300 000 et 160 000 héroïnomanes [8].

D’après les résultats d’une synthèse des études ESCAPAD 2014 (OFDT), ESCAPAD 2011 (OFDT), Baromètre Santé 2014 (INPES), HSBC 2010 (service du rectorat de Toulouse), on observe les estimations suivantes sur une population française de 11 à 75 ans soit 50 millions [7] :

Annexe ESCAPAD 2014 et 2011

Tableau 3 – Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans [7] selon les études ESCAPAD 2014 (OFDT), ESCAPAD 2011 (OFDT), Baromètre Santé 2014 (INPES), HSBC 2010 (Service rectorat Toulouse)

En nombre	Expérimentateurs	Usagers dans l’année	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
Alcool	46,9 M	42,8 M	8,7 M	4,6 M
Tabac	38,2 M	16,0 M	13,3 M	13,3 M
Cannabis	17,0 M	4,6 M	1,4 M	700.000
Cocaïne	2,2 M	450.000		
Ecstasy	1,7 M	400.000		
Héroïne	600.000			
Médicaments	16,0 M	11,0 M		

M= million

Tableau 4 - Estimation du pourcentage de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans [7] selon les études ESCAPAD 2014 (OFDT), ESCAPAD 2011 (OFDT), Baromètre Santé 2014 (INPES), HSBC 2010 (Service rectorat Toulouse) [7]

En %	Expérimentateurs	Usagers dans l'année	Usagers réguliers	Usagers quotidiens
Alcool	93,8 %	85,6 %	17,4 %	9,2 %
Tabac	76,4 %	32,0 %	26,6 %	26,6 %
Cannabis	34,0 %	9,2 %	2,8 %	1,4 %
Cocaïne	4,4 %	0,9 %		
Ecstasy	3,4 %	0,8 %		
Héroïne	1,2 %			
Médicaments	32,0 %	22,0 %		

En 2010, plus de 70% des usagers d'opiacés accueillis dans les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) ont consommé un opiacé durant le mois. Cela démontre que ce dernier a une place importante dans la consommation de drogues en France [9].

En revanche, depuis les années 1980, l'héroïne est de moins en moins consommée mais s'intègre plus dans un poly-usage de stupéfiants.

Seulement 31,3% d'usagers des CAARUD prennent de l'héroïne au cours du mois, parmi eux moins de 25% en consomment quotidiennement [9].

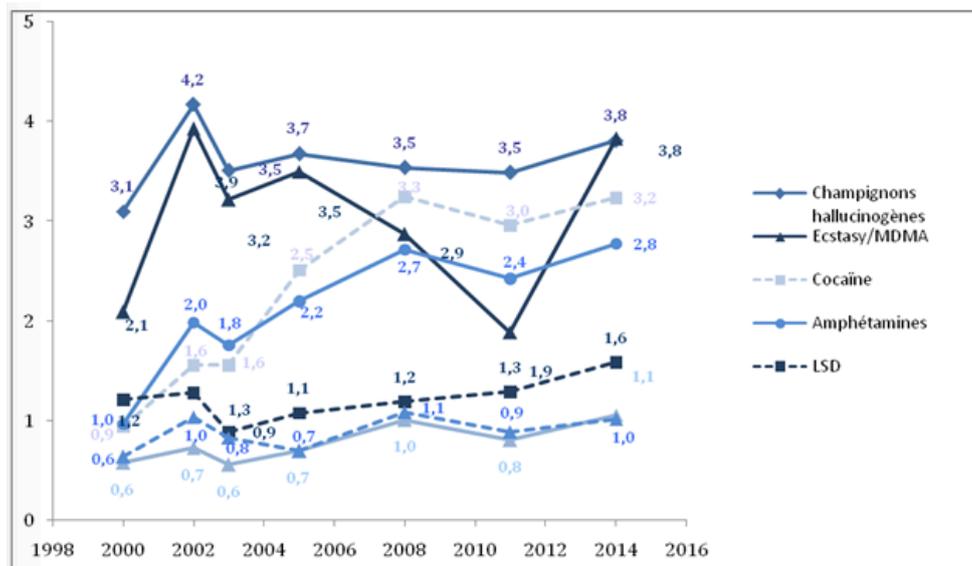


Figure 4 - Usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac, cannabis) parmi les 17 ans- évolution depuis 2000 [10]

q

Premier constat, les substances stimulantes (cocaïne, MDMA/ecstasy et amphétamines) connaissent une forte augmentation en 15 ans.

Deuxième constat, LSD, héroïne et crack ont une évolution stable au cours des 15 dernières années.

Troisième constat, les champignons hallucinogènes conservent une certaine stabilité sur les 15 dernières années, à un niveau relativement élevé compris entre 3 et 4%.

Le poppers et les produits à inhaler restent quant à eux en baisse depuis 2014.

PARTIE 2 : LES DROGUES UTILISEES DANS LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ET LEURS EFFETS

I. Les drogues utilisées dans les salles de consommation à moindre risque

1. L'héroïne

L'héroïne est un dérivé morphinique [11].

1.1 Description de la morphine



Figure 5 - Molécule de morphine (source : www.tpemorphine1s1.com)

La morphine provient des capsules du pavot somnifère après la floraison pour récupérer de l'opium. A cause de l'oxydation de l'air, l'opium durcit et se noircit. Celui-ci est mélangé à de l'eau chaude afin de séparer les alcaloïdes pour obtenir du chandou qui est de l'opium à fumer [11].

Pour l'obtention de la morphine-base la plus pure, il faut procéder à une succession et à une répétition de réactions chimiques en milieu basique avec de l'ammoniaque (NH₄) puis en milieu acide avec de l'acide chlorhydrique (HCL) ou acétique (CH₃COOH) [11].

1.2 Description et synthétisation de l'héroïne

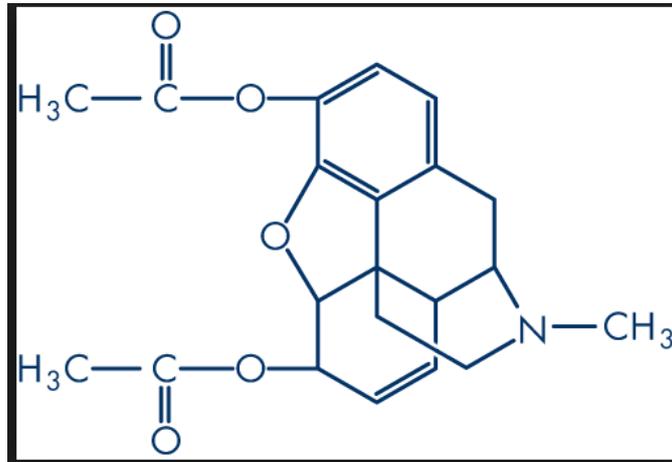


Figure 6 - Molécule de l'héroïne [11]

L'héroïne est découverte officiellement par synthétisation en 1898 par un chimiste allemand Dreider. C'est la molécule 3,6 diacétylmorphine [11].

La synthétisation de l'héroïne est due à l'acétylation de la morphine qui se fait en plusieurs étapes [11]:

- Tout d'abord, la procédure introduit de l'anhydride acétique dans la morphine. Cela entraîne une réaction des radicaux acétyles qui se lient à la fonction alcool de la base morphinique
- Ensuite, on catalyse la réaction en ajoutant une faible quantité d'acide sulfurique
- Par la suite, chauffage pendant 5 heures à 85°C afin de dissoudre la morphine totalement

La résultante est composée de trois produits [11]:

- De l'acide acétique
- De l'héroïne-base
- Une mixture d'eau

L'héroïne-base est filtrée afin de l'isoler. Cette dernière n'est pas soluble de ce fait, elle ne peut être injectée, elle sera seulement fumée [11].

Pour l'injection de l'héroïne c'est-à-dire du chlorhydrate d'héroïne, il faudra ajouter à l'héroïne-base de l'acide chlorhydrique [11].

Sa formule brute est le C₂₁H₂₃NO₅ [11].

Sa racine étymologique provient d'un mot allemand Heroisch traduit en héroïque [11].

On la retrouve sous forme de poudre fine blanche et très légère ; elle est formée de sels solubles dans l'eau ou sous forme d'héroïne-base ou « brown-sugar » composée de 30-50% d'héroïne pure, de quinine, strychnine, de caféine et d'aspirine. La mélanger avec du jus de citron ou du vinaigre permet de la consommer [12].



Figure 7 - Les différents types d'héroïne [11]

La production de « l'héroïne blanche » se fait principalement dans le triangle d'or et les pays limitrophes de l'Orient. Les Pays Européens consomment en majorité ce type d'héroïne [11].



Figure 8 - Poudre d'héroïne (sources : <http://www.filsantejeunes.com>)

Quant à l'héroïne brune, elle est produite en Asie du Sud de façon traditionnelle. Elle est non soluble dans l'eau et de ce fait, elle se fume [11].

Pour finir, il existe une héroïne noire provenant du Mexique appelée « black tar » ressemblant à de l'opium de part sa couleur et sa texture pâteuse. C'est une forme impure consommée par des fumeurs. On la retrouve aux Etats-Unis [11].

1.3 Utilisation de l'héroïne dans le passé

L'héroïne est un opioïde très puissant [11].

Le groupe pharmaceutique Bayer a commercialisé l'héroïne en 1898 pour son pouvoir analgésique 300 fois supérieur à celui de la morphine [11].

Initialement, l'héroïne était employée pour [11]:

- Calmer la toux,
- Stopper les douleurs,
- Le traitement des tuberculeux,
- L'asthme,
- La diarrhée,
- Les insomnies infantiles

Très vite l'héroïnomanie est devenue un problème de santé publique dû à cette addiction beaucoup plus rapide que celle de la morphine. En 1925, les Etats-Unis mettent un terme à la fabrication de l'héroïne [11].

A ce jour, la fabrication de l'héroïne mondiale est illicite car elle n'est plus utilisée à des fins médicales [11].

1.4 Consommation

Elle est majoritairement consommée chez les 18-25 ans [12].

Elle s'utilise de plusieurs façons [13]:

- elle se fume (chasser le dragon)
- elle se sniffe
- elle s'injecte, ce qui provoque un flash (lié à la solubilité de la molécule dans les lipides) [13]. Le flash est une sensation intense, ressentie tout de suite après l'absorption de la drogue par intraveineuse [7].

La molécule atteint les récepteurs opiacés qui sont des récepteurs couplés aux protéines G stimulant la synthèse de dopamine. Ce dernier est un neurotransmetteur induisant un intense plaisir s'apparentant à un orgasme sexuel, une relaxation physique et psychique [12].

Le prix du gramme est d'environ 40 euros [7].

1.5 Pharmacodynamie et pharmacocinétique

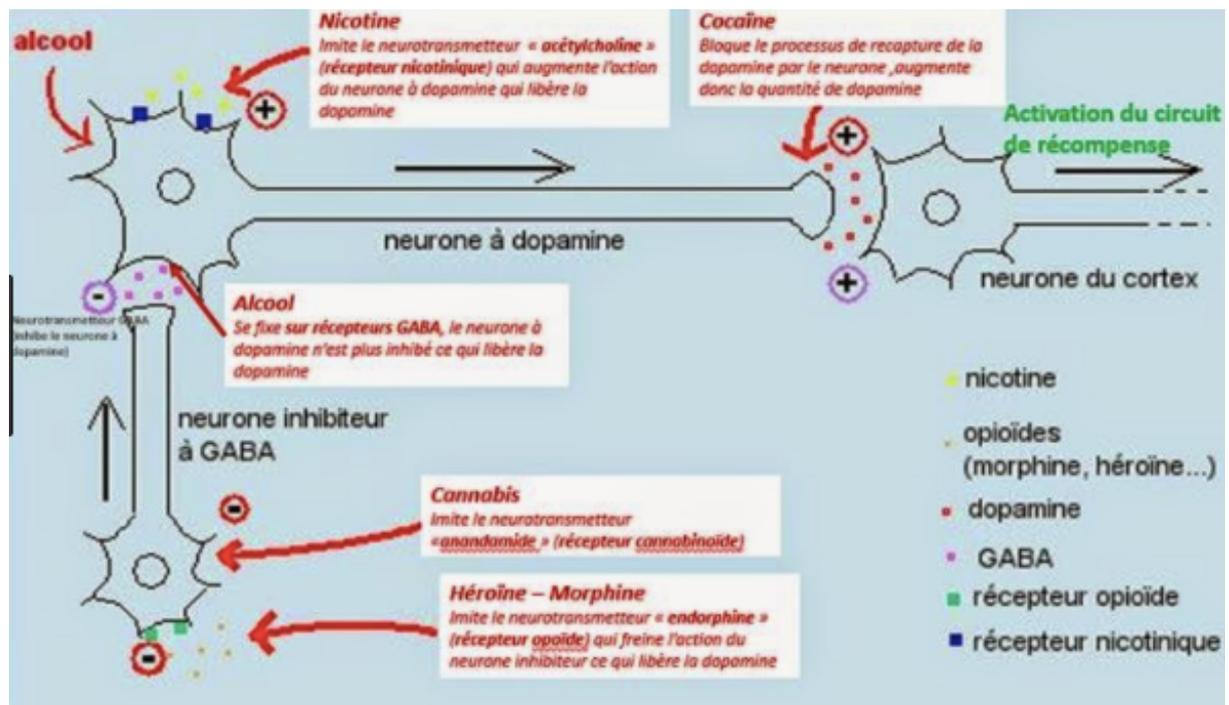


Figure 9 - schéma neurotransmission héroïne (source : <http://drogue-et-dependance.blogspot.fr>)

Dans le cerveau, les neurones régulent naturellement la quantité de dopamine en libérant des neurotransmetteurs GABAergique ayant pour rôle de ralentir la transmission nerveuse. Par conséquent, ils évitent l'hyperactivité neuronale en favorisant la tranquillité et l'apaisement [13].

Dans le système de régulation de la douleur, des substances naturelles sont fabriquées par le corps, ce sont les endorphines (enképhalines, dynorphines), qui diminuent l'action des neurones. De ce fait, les neurones dopaminergiques ne sont plus inhibés et la libération de la dopamine augmente afin de freiner la douleur [13].

L'héroïne a une structure moléculaire similaire aux endorphines (dynorphine). Elle se fixe alors sur les récepteurs à endorphine et augmente la libération de dopamine qui a pour résultante un effet euphorisant, d'apaisement, de diminution de la douleur [13].

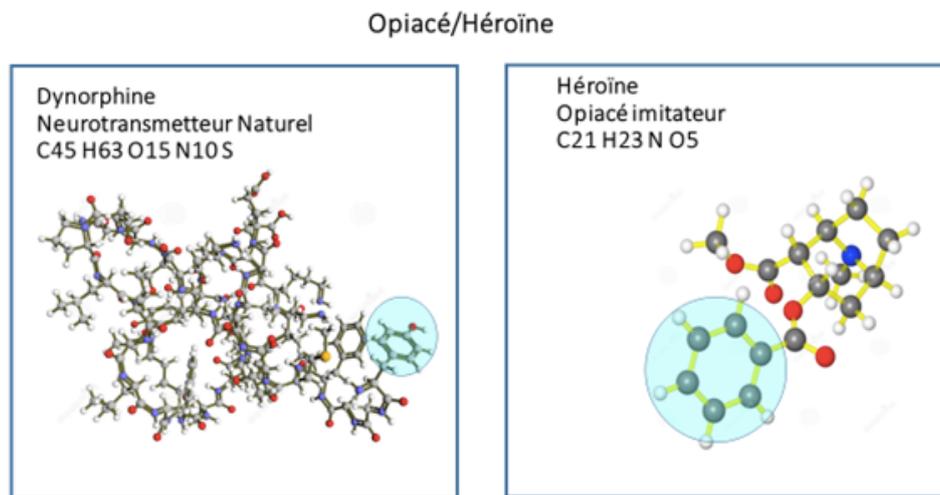


Figure 10 - Schéma similitude molécule Dynorphine et Héroïne (source : <http://drogue-et-dependance.blogspot.fr>)

Sa demi-vie est de 3 à 10 minutes [1].

Elle est catabolisée en monoacétylmorphine et en morphine dans le corps [1].

1.6 Héroïne en phase aigue [1]

Après la prise, il se produit le flash ou rush qui est une jouissance très rapide. Celui-ci est accompagné de bouffées de chaleur, sécheresse de la bouche, lourdeur des membres parfois associés à des nausées, vomissements, démangeaisons.

Après vient la phase de somnolence qui est une sensation de bien-être de plusieurs heures. Les fonctions cérébrales, cardiaques, respiratoires ralentissent, pouvant conduire parfois au coma ou dans les plus graves situations, au décès.

Enfin, il y a la descente qui est un retour progressif au réel [1].

Les principaux effets cliniques sont :

- Myosis
- Ptose palpébrale
- Nausées
- Pâleur
- Hypertension
- Hypothermie

L'overdose se caractérise par un coma et une dépression respiratoire [1].

1.7 Héroïne phase chronique [1]

- La tolérance :

Les effets de l'héroïne diminuent en qualité et en durée d'action après une utilisation régulière car les récepteurs aux opiacés diminuent en nombre [13]. Cela a pour conséquence l'augmentation des doses, l'augmentation de la fréquence des prises et la modification des prises [12].

Une tolérance croisée avec les autres opiacés s'installe [1].

Le risque d'overdose est très variable d'une personne à l'autre en fonction de sa fréquence d'utilisation de drogues, dans son état de sevrage ou quand il y a un changement de dealer [1].

- Le manque physique [1]:

L'aggravation des signes après 3 à 4 jours d'arrêt et la sédation après 10 jours d'arrêt provoque selon les heures :

6-8h : larmoiements, bâillements

12h : mydriase, frissons, douleurs, anxiété

24h : nausées, anorexie, douleurs, anxiété, insomnie

48h : intensification des signes avec hypertension, tachycardie, hyperthermie, polypnée

72h : rétrocession progressive

- La dépendance psychologique [1]:

Cette phase précède la dépendance physique avec une dépendance biologique d'expression psychique et physique mais aussi une dépendance psychique complexe enchevêtrée à des problèmes sociaux, familiaux, individuels.

Le traitement de substitution agit surtout sur les deux premières dimensions.

- Autres aspects somatiques :

Les troubles somatiques directement liés à la substance sont l'asthme, l'insuffisance rénale, le plus souvent liés aux produits de coupage (talc) [12].

Les effets à long terme sont l'altération de la dentition, la constipation, l'impuissance, l'acné, la dépression, l'altération de la mémoire etc. [12].

Les troubles somatiques liés au mode de prise : ulcération des muqueuses nasales avec le sniff, nodules et abcès dus aux injections mais aussi les pathologies infectieuses (abcès, VIH, VHC). D'autres pathologies comme l'absence de douleur, la confusion des symptômes avec le manque, la précarité sont observées [12].

- Les problèmes psychiques :

Ils seraient liés aux effets hédonistes de l'héroïne (doctrine dont l'élément fondamental est la recherche de plaisir). En effet, la première consommation d'héroïne active le système de récompense, de plaisir. L'organisme est très vite dépendant et réclame cet effet qui pousse le sujet à recommencer l'administration de cette dernière [13].

Le développement de troubles anxieux auto-médiqués souvent sous-estimés est masqué par la prise de ces substances. La recrudescence anxieuse est masquée par une apparente déstabilisation [13].

Se développent ensuite une anxiété généralisée, des troubles paniques, des phobies, des troubles dépressifs, des plaintes hypochondriaques, des troubles de la personnalité (paranoïa et schizophrénie), des troubles narcissiques [13].

Une prise en charge psychiatrique institutionnelle est souvent requise [13].

1.8 Sevrage

Le sevrage se traduit par de l'agitation, une insomnie, des douleurs osseuses et musculaires, des manifestations digestives (diarrhée, vomissements), des frissons, et des spasmes [12].

Les premières 48h sont les plus difficiles. Les principaux symptômes disparaissent au bout d'une semaine de sevrage [12].

Il peut se faire soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier [13].

Le sevrage ambulatoire réussit quand le sujet se protège de ses pulsions et contraintes du quotidien. Il sera conseillé au sujet de se rendre dans un centre spécialisé quotidiennement afin de consulter des spécialistes pouvant l'aider à surmonter le sevrage en l'accompagnant, en le soutenant et en lui délivrant le traitement tous les jours [13].

Le sevrage en milieu hospitalier protégera le sujet des pressions et contraintes extérieures en interdisant les sorties, les visites, le téléphone, tout en laissant la possibilité au sujet de mettre fin à l'hospitalisation à tout moment. L'hospitalisation a pour avantage de sécuriser le sujet quand les angoisses et le désespoir apparaissent [13].

Les traitements aidant au sevrage sont :

- Un relais de substitution comme le subutex® ou la méthadone en diminuant les doses progressivement [13].
Les médicaments de substitution sont adaptés de part leur demi-vie longue, l'absence d'effet flash. Ils ne s'injectent pas et présentent peu d'effets euphoriques. Il n'y a pas de risque de surdosage, avec une meilleure sécurité de l'emploi. Les effets indésirables sont minimes par rapport à ceux de l'héroïne [1].
- La prise de médicaments pour traiter les effets symptomatiques de l'arrêt de la drogue (syndrome algique, syndrome neurovégétatif, syndrome anxio-dépressif) [13].

Les substitutions à l'héroïne (subutex®) sont souvent détournées (injection) chez les consommateurs de drogues afin d'atteindre le plaisir provoqué lors de l'utilisation de l'héroïne par exemple [1].

1.9 Travaux de recherche [14]

Une étude de vaccination réalisée par le professeur Kim Janda et son équipe californienne publiée dans la revue *Proceedings of the National Academy of Sciences* a montré des résultats prometteurs chez l'homme concernant la désaccoutumance.

L'utilisation de rats drogués comme cobayes ont donné de bons résultats. Les rats drogués à l'héroïne après la période de sevrage ne montraient plus de signes de désir de consommer les stupéfiants avec le vaccin.

La préparation de ces vaccins semble difficile car les drogues se désintègrent rapidement dans le sang. Les molécules de l'héroïne sont petites, il faut donc y accrocher des fragments de protéines de taille plus importantes pour faire réagir le système immunitaire [14].

2. Le Subutex® – Buprénorphine

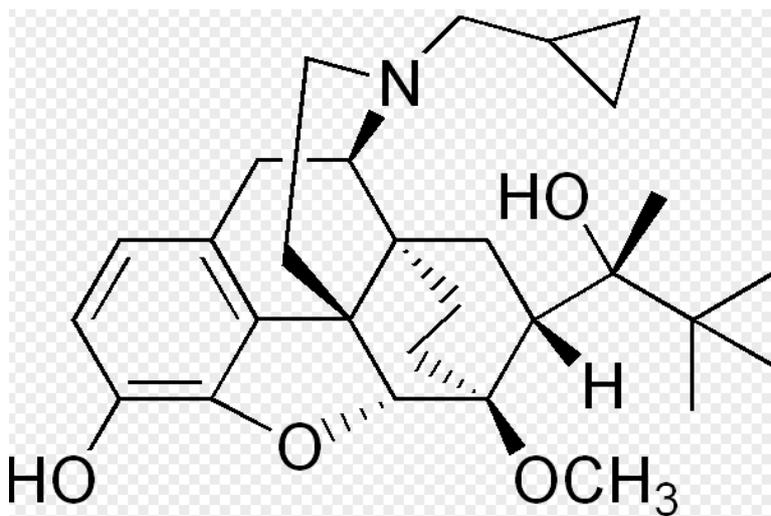


Figure 11 - Molécule de buprénorphine (source : <http://www.sigmaaldrich.com>)

2.1 Description et utilisation [15]

Le subutex® est un médicament du système nerveux utilisé dans les troubles toxicomanogènes et plus précisément dans la dépendance aux opioïdes. [15]

C'est un comprimé sublingual sous plaquettes thermoformées dans des boîtes de 7 qui existe sous 3 dosages : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg.

Le principe actif est la buprénorphine (DCI).

Il est indiqué dans le traitement substitutif de dépendance aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique de prise en charge globale c'est-à-dire médicale, sociale et psychologique.

Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de la dépendance aux opioïdes.

Ce médicament appartient à la liste 1, il n'est possible de le délivrer que sous certaines conditions :

- Prescription limitée à 28 jours, donc il est interdit de renouveler l'ordonnance au-delà des quatre semaines de traitement
- Le subutex® nécessite une prescription sur une ordonnance sécurisée avec chevauchement interdit sauf mention expresse porter sur l'ordonnance initiale.
- Inscription du nom du pharmacien sur l'ordonnance
- Délais de trois mois pour présenter l'ordonnance. Absence de délai de carence pour la présentation de l'ordonnance
- Délivrance fractionnée de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »
- Une copie de l'ordonnance est conservée durant trois ans par le pharmacien

Le traitement se fait sous le contrôle d'un médecin spécialisé dans les dépendances [15].

Le résultat du traitement substitutif dépend à la fois de la posologie mais aussi des aides médico-psychologique et socioéducative apportées au patient.

Lors de l'instauration du traitement, le médecin doit prendre en compte le type de dépendance aux opioïdes, l'intervalle de temps écoulé depuis la dernière prise de stupéfiants et l'apparition des premiers signes de sevrage.

Pour les patients étant sous méthadone, la dose doit être diminuée à une posologie maximale de 30 mg/jour avant de commencer le traitement de buprénorphine.

Il sera recommandé de faire un bilan hépatique avant le début du traitement.

La dose initiale de subutex® est de 0,8mg à 4 mg/jour en une prise. Il faut savoir que la posologie maximale autorisée est de 16 mg/jour. Quant à la posologie d'entretien, elle s'ajuste progressivement jusqu'à la dose minimale efficace.

Une délivrance quotidienne à l'instauration du traitement est recommandée. Puis après stabilisation du traitement, la délivrance peut se faire tous les 7 jours au maximum.

Quand le patient et son médecin envisagent l'arrêt du traitement, cela se fait progressivement avec une diminution des doses jusqu'à l'arrêt total [15].

2.2 Pharmacodynamie [15]

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs mu et kappa. Elle se lie lentement et réversiblement à ces récepteurs qui minimisent de façon prolongée le besoin de drogue.

2.3 Pharmacocinétique [15]

Par voie orale, la buprénorphine subit un important effet de premier passage.

C'est pourquoi, la voie sublinguale est utilisée car la biodisponibilité est estimée entre 15 et 30%.

La distribution est rapide et la demi-vie est de 2 à 5 heures.

Elle se lie fortement aux protéines plasmatiques [16].

La buprénorphine est métabolisée par le CYP3A4 par 14-N-désalkylation et glycuconjugaison de la molécule mère et du métabolisme désalkylé.

L'élimination se fait dans les fèces par excrétion biliaire des métabolites glycuronoconjugués (70%) et le reste est éliminé par les urines.

2.4 Effets indésirables [15]

Constipation, insomnie, maux de tête, vertige, malaise, hypotension, nausées, vomissements, asthénie.

Le subutex® ne doit pas être associé aux benzodiazépines ou à l'alcool au risque de majorer les effets qui peuvent être mortels.

2.5 Mésusage, abus et usage détourné [15]

Tout comme les autres opioïdes licites ou illicites, la buprénorphine peut être mal utilisée ou de manière abusive.

Les risques de mésusage et d'abus sont le surdosage, la propagation d'infections transmises par voie sanguine, la dépression respiratoire et l'atteinte hépatique.

Lors des mésusages par voie intraveineuse, des réactions locales (abcès), des hépatites fulgurantes, des infections aiguës (pneumonie, endocardite) ont été rapportées.

2.6 Prix [15]

- 1,81 euros pour 7 comprimés de 0,4 mg
- 4,83 euros pour 7 comprimés de 2mg
- 15,94 euros pour 7 comprimés de 8 mg

Le remboursement sécurité sociale se fait à hauteur de 65%.

2.7 Subutex® ou méthadone [17]

Durant des années, la méthadone était le choix privilégié du traitement substitutif à l'héroïne.

Aujourd'hui en France, le subutex®/buprénorphine est plus prescrit car les risques de surdosage sont moindres. Si le patient n'arrête pas l'héroïne, la méthadone peut entraîner une effet dépressur sur les fonctions cardio-respiratoires. Les effets indésirables de la buprénorphine sont moins violents que ceux de la méthadone.

Cependant, la méthadone reste le choix privilégié pour les patients fortement dépendant.

Annexe mécanismes d'actions Buprénorphine-Méthadone-Naloxone

3. La méthadone

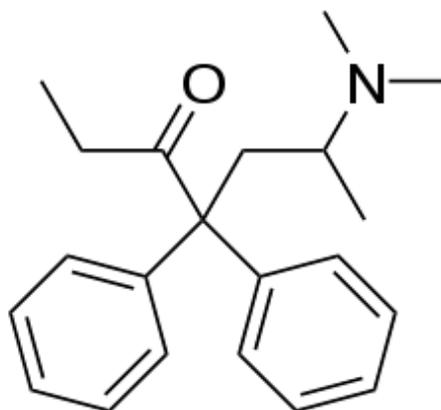


Figure 12 - Molécule de méthadone [18]

3.1 Description et utilisation [18]

La méthadone est un médicament du système nerveux utilisé dans les troubles toxicomanogènes et plus précisément dans la dépendance aux opioïdes.

Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de la dépendance aux opioïdes.

La méthadone se présente sous plusieurs formes et dosages :

- Sirop (boîte unitaire): à 5 mg/3,75 ml, à 10 mg/7,5 ml, à 20 mg/15 ml, à 40 mg/15 ml et à 60 mg/15 ml (récipient unidose fermé par un bouchon de sécurité enfant)
- Gélule (boîte de 7 sous-plaquettes thermoformées): à 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg

Ce médicament appartient à la liste des stupéfiants, il n'est possible de le délivrer que sous certaines conditions :

- La durée maximale de prescription de 7 à 14 jours pour le sirop et de 28 jours (depuis 2014) pour les gélules
- La délivrance doit être fractionnée par périodes de 7 jours au maximum ou sinon le médecin doit marquer sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois »
- La prescription initiale doit être hospitalière ou rédigée par un médecin exerçant en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Le renouvellement est possible sur une ordonnance sécurisée
- Le déconditionnement possible si le délai de carence est dépassé
- L'inscription du nom du pharmacien sur l'ordonnance et la conservation est obligatoire durant 3 ans de la copie de l'ordonnance
- Le chevauchement est interdit sauf mention expresse portée sur l'ordonnance initiale

Le sirop est le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

La gélule est le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. Elle vient en relais de la forme sirop chez des patients traités depuis au moins un an et stabilisés, notamment sur le

plan médical et les conduites addictives. La forme gélule n'est donc pas destinée à l'initiation du traitement.

L'instauration du traitement se fait par dose unique quotidienne de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés.

Progressivement, l'adaptation de la posologie se fait jusqu'à 40-60 mg en une à deux semaines.

La dose d'entretien est obtenue par tranche de 10 mg par semaine et se situe entre 60 à 100 mg/jour.

Le passage de la forme sirop à la forme gélule se fait avec une prescription à la posologie correspondant à celle du sirop. La première prise de gélule se fait le lendemain de la dernière prise du sirop à la même heure. Une réévaluation clinique de posologie peut être nécessaire.

Quand le patient et son médecin envisage l'arrêt du traitement, cela se fait progressivement avec une diminution des doses puis l'arrêt total.

3.2 Mésusage [18]

En cas de mésusage ou abus de gélule (tentative d'injection), le médecin doit obligatoirement revenir à la forme sirop.

Les signes de mésusage sont un myosis, une bradypnée, une dépression respiratoire, un œdème pulmonaire, une somnolence, un coma avec hypotension artérielle, une bradycardie, une apnée.

En cas de risque vital, il existe un antidote, l'administration par voie intraveineuse ou intramusculaire d'opiacés antagoniste tel que la naloxone.

3.3 Pharmacodynamie [18]

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés mu. Elle a des propriétés analgésiques et antitussives.

3.4 Pharmacocinétique [18]

La méthadone est liposoluble et s'administre par voie orale avec une absorption digestive et un effet de premier passage hépatique.

Sa distribution se fait grâce à sa liaison à l'albumine et aux autres protéines plasmatiques et tissulaires. Elle se diffuse dans le placenta et est excrétée dans le lait.

Sa demi-vie est de 12 à 18 heures.

Elle se métabolise principalement au niveau hépatique en subissant une N-déméthylation et une cyclisation sans conjugaison. Les métabolites restent inactifs.

Elle est excrétée par les reins de façon dose-dépendante et dans les fèces sous forme métabolisée via la bile. Elle peut être retrouvée dans la sueur et la salive.

3.5 Les effets indésirables [18]

Euphorie, vertige, somnolence, nausées, vomissements, constipation, sédation, hypersudation, dysurie, oedèmes.

3.6 Prix [18]

- 0,75 à 1,09 euros pour les unidoses de sirop selon le dosage
- 2,24 à 6,78 euros pour les 7 gélules selon le dosage

Le remboursement de la sécurité sociale se fait à hauteur de 65%.

4. La cocaïne et le crack

4.1 Description et utilisation

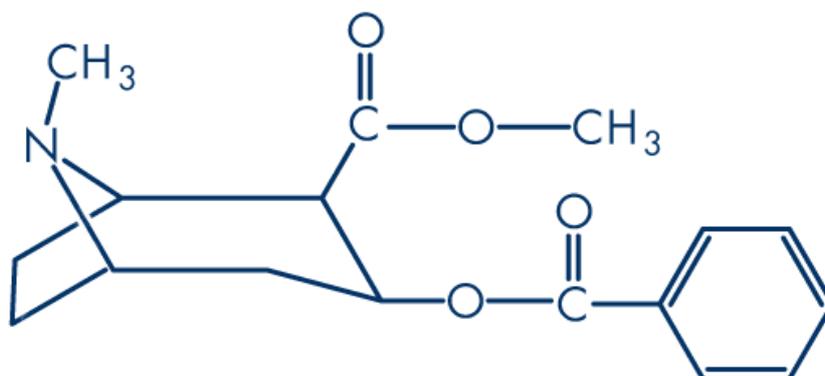


Figure 13 - Molécule de cocaïne [19]

Formule moléculaire C₁₇H₂₁NO₄ [19]

Poids moléculaire : 303,4 g/mol [19]

La cocaïne est extraite des feuilles de coca (*Erythroxylon coca* Lam). C'est un arbrisseau tropical que l'on retrouve dans la chaîne des Andes en Amérique Latine, Indonésie et Afrique de l'Est. Elle est produite et cultivée massivement dans ces régions. Depuis toujours, les populations d'Amérique du Sud utilisent la feuille de coca comme psycho-stimulant en le mastiquant (travail difficile dans les mines et l'agriculture) [19].

La majorité de la production est transformée en sel de chlorhydrate (poudre blanche) et le reste représente la base libre appelée « crack » ou cocaïne fumable [19].

Le chlorhydrate de cocaïne est hydrosoluble, il est consommé par voie nasale (sniffé) ou rarement par voie intraveineuse. C'est une forme ionisée [19].

La cocaïne-base ou crack est liposoluble, elle est fumée. Elle correspond à une forme non ionisée, combinée au bicarbonate HCO₃ [19].

Plus rarement, la consommation de cocaïne se fait par voie sublinguale et orale ou par voie rectale, vaginale et urétrale [20].

La cocaïne base et le sel de chlorhydrate sont les deux des poudres blanches inodores. Lorsque celle-ci se présente sous forme de crack, elle ressemble à un amas de petits cailloux bruns. Le nom provient du bruit de craquement lors de l'utilisation [19].

Les feuilles de coca séchées ne contiennent au maximum que 1% de cocaïne [19].

4.2 Pharmacodynamie et pharmacocinétique [19]

Comme l'amphétamine et les composés apparentés, la cocaïne a un effet psychostimulant.

Son activité se fait au niveau des synapses noradrénergiques et dopaminergiques.

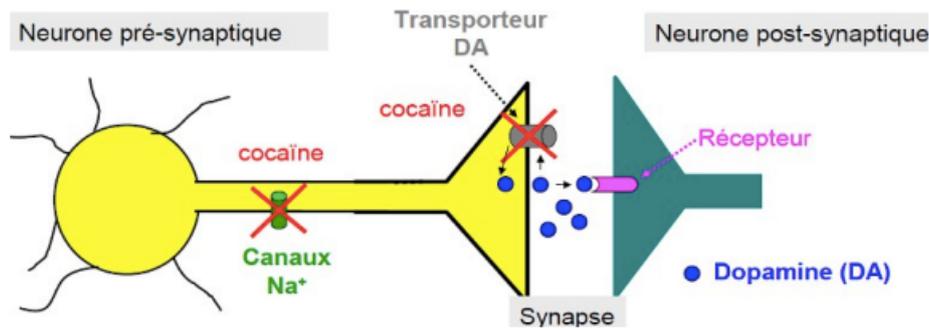


Figure 14 - Mécanisme d'action de la cocaïne [20]

Elle agit de deux manières sur les neurones [20] :

- Par blocage/inhibition de canaux sodiques, provoquant une diminution/ modulation de la propagation de l'influx nerveux
- Par inhibition/blocage de transporteurs de la recapture de la dopamine augmentant l'influx nerveux dopaminergique par augmentation de la concentration de dopamine dans la fente synaptique. La dopamine agit le long de la voie méso-cortico-limbique et qui régit la motricité et le système de récompense (plaisir).

C'est la cause principale de la dépendance à la cocaïne.

La cocaïne peut donc être mastiquée avec un effet au bout de 20 minutes après un premier passage hépatique [20].

Par voie nasale, elle pénètre rapidement et atteint le cerveau en 3 minutes [20].

Par voie injectée, l'effet met 15 secondes et son absorption est totale [20].

Sous forme de crack fumé et inhalé, elle traverse l'alvéole pulmonaire pour arriver dans la circulation artérielle et atteindre le cerveau en moins de 8 secondes [20].

La cocaïne se diffuse dans tous les tissus de l'organisme et traverse aisément la barrière du sang et du cerveau [20].

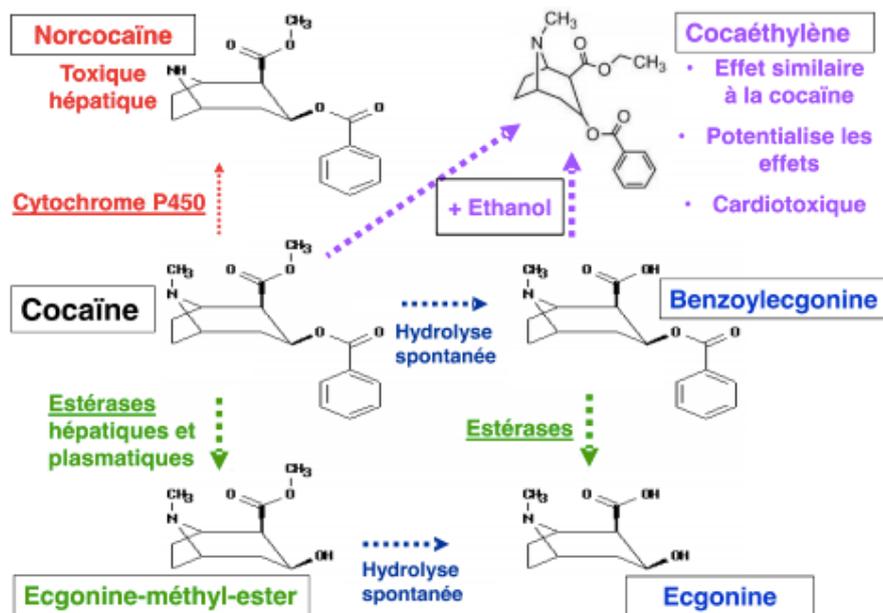


Figure 15 - Métabolisme de la cocaïne chez l'homme [19]

La demi-vie de la cocaïne est de 0,7 à 1,5 heures dose-dépendante [20].

Elle est éliminée par plusieurs processus [20] :

- Par métabolisme majoritairement : les métabolites se retrouvent dans les urines en forte proportion et peuvent être détectés dans le sang et les urines 3-4 jours après la prise
- Par voie urinaire sous forme inchangée (cocaïne)
- Par voie biliaire

4.3 Effets cliniques

Elle a un fort pouvoir anesthésiant avec une indifférence à la fatigue et la douleur [21].

La consommation de cocaïne provoque immédiatement l'euphorie, augmente la confiance en soi, la puissance intellectuelle et physique et peut engendrer une très forte dépendance surtout avec le crack [21].

Tachycardie, hypertension artérielle et vasoconstriction entraînant des complications cardiaques sont fréquentes avec la consommation de cocaïne [20].

La cloison nasale se perfore chez les utilisateurs réguliers [21].

AVC, convulsions, diminution de l'appétit font aussi partis des effets de la drogue [21].

Le crack provoque des effets plus intenses que la cocaïne renflée, car le produit est plus rapide et la durée d'euphorie est plus brève [22].

Cela entraîne des dommages au cerveau, des épisodes de paranoïa, des hallucinations, des envies suicidaires, de la violence, des complications pulmonaires et cardiaques entraînant parfois la mort [22].

4.4 Prix

Le prix moyen d'un gramme de cocaïne est aux alentours de 75 euros [19].

5. Le Skenan® - l' Actiskenan® - Sulfate de morphine

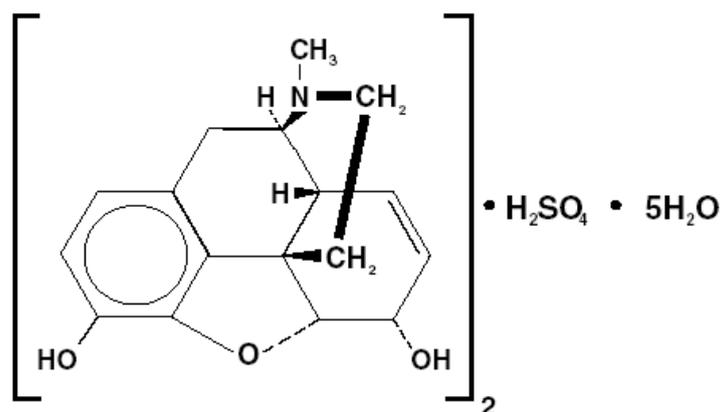


Figure 16 - Molécule de Sulfate de morphine (source : <https://dailymed.nlm.nih.gov>)

5.1 Description et utilisation [23,24]

Ce sont des médicaments du système nerveux, opioïdes, alcaloïdes naturels de l'opium dérivés de la morphine.

Ils sont antalgiques de palier III, antipyrétiques, antispasmodiques.

Ils sont listés stupéfiants avec une prescription sur ordonnance sécurisée limitée à 28 jours.

Interdiction de renouvellement de la même prescription.

Le déconditionnement est obligatoire si le délai de carence de 3 jours est dépassé.

La conservation pendant 3 ans de la copie de l'ordonnance par le pharmacien est demandée.

L'actiskenan® se présente sous plusieurs dosages de boîtes de 14 de gélules : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg.

Le skenan® se présente sous plusieurs dosages de boîtes de 14 gélules à libération prolongée : 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg.

Ces deux médicaments ont pour principe actif commun le sulfate de morphine.

Leurs indications sont pour les douleurs intenses ou rebelles aux autres analgésiques, en particulier les douleurs d'origine cancéreuse.

Le traitement est réservé à l'adulte et enfant de plus de 6 mois.

Il est conseillé d'utiliser la libération immédiate pour l'initiation du traitement puis passer à la libération prolongée si besoin.

Tableau 5 - Posologie de l'Actiskénan® et du Skenan®

	Actiskenan®	Skenan®
Posologie initiale	10 mg toutes les 4 heures soit 60 mg/jour	60 mg /jour
En fonction de la douleur : Augmentation de la dose unitaire	25-50%	50%
Dose journalière totale	Répartie en 6 prises Soit toutes les 4 heures	Répartie en 2 prises Soit toutes les 12 heures

L'adaptation est plus sûre et plus rapide en utilisant des inter-doses de morphine à libération immédiate.

La posologie varie selon la voie d'administration. Dans les deux cas, la posologie de la voie intraveineuse doit être divisée par trois et la voie sous-cutanée par deux.

5.2 Pharmacodynamie [23,24]

L'action analgésique de la morphine est dose-dépendante.

Elle agit sur le comportement psychomoteur et peut engendrer de la sédation et de l'excitation.

Elle a aussi un effet dépresseur sur la respiration notamment sur la toux.

Son action sur le centre cochléo-vestibulaire lui confère des propriétés émétisantes.

Pour finir, elle diminue le tonus et péristaltisme des fibres longitudinales et augmente le tonus des fibres circulaires ce qui engendre un spasme des sphincters.

5.3 Pharmacocinétique [23,24]

L'absorption : les concentrations sériques sont obtenues en 2 à 4 heures pour le skenan® à libération prolongée.

Pour les deux molécules, l'effet de premier passage hépatique est supérieur à 50%.

La distribution se fait par la liaison aux protéines plasmatiques à 30%.

La métabolisation de la morphine se fait majoritairement en dérivés glucuronoconjugués durant un cycle entéro-hépatique.

Le 6-glucuronide est un métabolite 50 fois plus actif que la substance initiale.

La morphine est également déméthylée en métabolite actif, la normorphine.

L'élimination se fait essentiellement par voie urinaire, 10% est éliminé dans les selles.

5.4 Effets indésirables [23,24]

Les principaux effets indésirables sont la somnolence, la confusion, les nausées, les vomissements, la constipation.

Plus rarement, les cauchemars, la sédation, la dépression respiratoire, le prurit.

Un syndrome de sevrage est présent à l'arrêt brutal du traitement.

5.5 Surdosage [23,24]

Les symptômes sont la somnolence, myosis, hypotension, hyperthermie, coma.

5.6 Prix [23,24]

Actiskenan® : de 1,71 à 5,87 euros selon les dosages

Skenan® : de 3,24 à 47,53 euros selon les dosages

Le remboursement de la sécurité sociale se fait à hauteur de 65%.

5.7 Détournement de l'utilisation du sulfate de morphine [25]

Depuis quelques années, le sulfate de morphine indiqué dans le traitement des douleurs intenses est prescrit hors AMM dans le traitement de la dépendance aux opiacés dans le cadre de la « circulaire Girard » du 27 juin 1996 ou en dehors de ce cadre.

Ce médicament peut alors faire l'objet d'usage non substitutif et donc détourné vers le marché noir.

La circulaire Girard « émane de la Direction générale de la santé, elle autorise l'utilisation du sulfate de morphine après accord du médecin conseil de la CPAM, en cas d'échec de médicaments ayant reçu une AMM comme traitement de substitution ou en cas de contre indication à ces médicaments. »

L'utilisation de sulfate de morphine, hors AMM, n'est pas un phénomène nouveau.

En revanche, il s'intensifie depuis une dizaine d'années de façon hétérogène sur l'hexagone.

Cela est dû à deux phénomènes :

- La pénurie d'héroïne en Europe depuis 2011
- L'envie d'essayer un autre médicament substitutif autre que la méthadone et la buprénorphine.

Le sulfate de morphine peut s'injecter et provoque les effets « flashes » tant recherché par les usagers de drogues.

Cette étude de comportement face à l'émergence d'utilisation de nouvelles drogues a été réalisée grâce au dispositif TREND (Dispositif des Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) et l'OFDT, qui depuis 1999, détectent les phénomènes émergents et les tendances récentes dans le champ des drogues illicites.

Le dispositif s'appuie sur un large réseau de sept coordinations locales.

La forme la plus demandée sur le marché est le skenan® LP 100mg et 200mg.

En fonction des régions, l'accessibilité à ces produits varie.

En 2013, le skenan® était très facilement accessible à Bordeaux et à Metz. Au contraire, à Toulouse et à Rennes, il était très difficile de s'en faire prescrire.

Les médecins sont parfois agressés et prescrivent le sulfate de morphine par peur.

Tableau 6 - Prix courants en euros et accessibilité du Skenan®, 2013 [25]

Sites	Skenan® LP gélules	Prix courants	Evolution du prix 2012-2013	Mode d'accès	Disponibilité sur le marché parallèle
Bordeaux	200 mg	3-5 euros	Baisse	- Prescription +++ - Petits réseaux d'approvisionnement	Croissante
Lille				- Prescription - - Pas de marché perceptible	Quasi nulle
Marseille	100 ou 200 mg	10 euros	Constant	- Prescription + - Marché de rue - Réseaux	Constante mais insuffisante par rapport à la demande
Metz	200 mg	10-15 euros	Augmentation	- Prescription ++ stoppée - Logique d'échange et de dépannage	En baisse à Metz (fin 2015), Nancy (2013) mais croissante dans les Vosges
Paris	100 mg	5-7 euros	Constant	- Prescription + - Marché de rue	Baisse
Rennes	100 mg	7-10 euros	Constant	- Prescription +/- - Marché de rue - Réseaux fermés d'usagers	Constante
Toulouse	200 mg	15 euros	Constant	- Prescription - - Réseaux d'usagers - En 2015 émergence d'«un marché de rue	Croissante

Malheureusement, ce phénomène est dû à plusieurs facteurs :

- L'image positive cette drogue induite par son statut de médicament
- Le marché de l'héroïne étant devenu peu attractif à cause de l'impureté et la mauvaise qualité de l'héroïne depuis quelques années [25]

Les prix sont très variables selon la zone géographique. Par exemple, à Bordeaux la gélule de 200mg coûte 3 à 5 euros contre 15 euros à Toulouse [25].

Dans ce dispositif, les risques évoqués de l'utilisation détournée du sulfate de morphine sont nombreux [25]:

- Déstabilisation des prises en charges
- Overdoses avérées
- Tolérance
- Dépendance
- Complications veineuses dues aux injections (abcès, septicémie, transmission maladie)

II. Les effets néfastes de l'administration des drogues

1. La transmission du virus de l'hépatite C

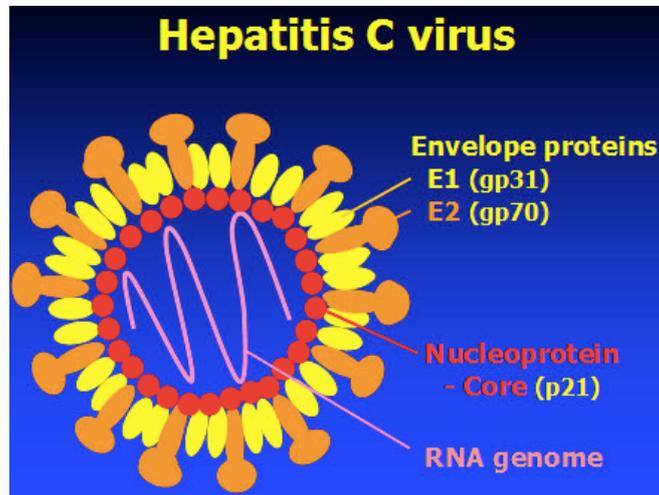


Figure 17 - Virus de l'hépatite C (source : [www. http://hepatites.be](http://hepatites.be))

1.1 Description du VHC

En 1989, le virus de l'hépatite C (VHC) est identifié. C'est une maladie du foie causé par un agent infectieux de la famille des flavivirus [26].

Le VHC est une infection virale, transmise par le sang majoritairement [27]. Les cas de contamination par voie sexuelle sont rares et sont présents essentiellement chez les personnes à partenaires multiples et co-infectées par le VIH. [26].

Dans les trois premiers mois suivant l'infection, le VHC provoque une hépatite aiguë (ictères, fatigue, urines foncées, selles blanchâtres) presque imperceptible.

Dans 1% des cas, l'hépatite est fulgurante. Dans 90% des cas, l'hépatite devient chronique et s'installe dans les cellules du foie. C'est une maladie silencieuse ; les cellules du foie infectées sont détruites par le système immunitaire de l'organisme et se transforment en tissu cicatriciel fibreux [26].

La fibrose se transforme en cirrhose du foie chez 20% des sujets après une quinzaine d'années. Les symptômes observés sont l'hémorragie de l'appareil digestif, l'ascite, les oedèmes.

Chez les patients atteints de cirrhose, le risque de cancer du foie est très élevé [26].

1.2 Traitement

Pendant plusieurs années, le traitement de référence de l'hépatite C chronique était l'association d'interféron pégylé et la ribavirine durant six mois à un an. Il n'était pas très efficace et présentait de nombreux effets indésirables [26].

En 2014, une nouvelle génération de traitements est mise sur le marché avec un pourcentage d'efficacité supérieur à 90% en trois mois.

Ce sont le Sofosbuvir et Siméprévir (antiviraux à action direct - AAD). Malheureusement, encore aujourd'hui, ces traitements sont très onéreux : environ 50000 euros en France contre 1600 euros en Egypte [26].

Annexe des traitements du VHC en 2017 [28]

1.3 Prévention [27]

Le virus de l'hépatite C (VHC) est une cause majeure de maladie du foie et une cause potentielle de morbidité et de mortalité dans le monde entier ; or il n'existe pas de vaccin à ce jour.

Les difficultés de prévention et le contrôle du VHC mondial sont liés à la répartition géographique de l'infection et à la détermination des facteurs de risque associés.

Pour une meilleure planification de politique nationale de santé, il serait souhaitable d'avoir :

- Une prévention primaire plus sûre afin d'assurer une sécurité d'approvisionnement en sang
- Des pratiques d'injection sécurisées dans les centres de santé
- Une diminution du nombre de personnes qui consomment des drogues injectables grâce à une santé [27].

1.4 Epidémiologie et prévalence

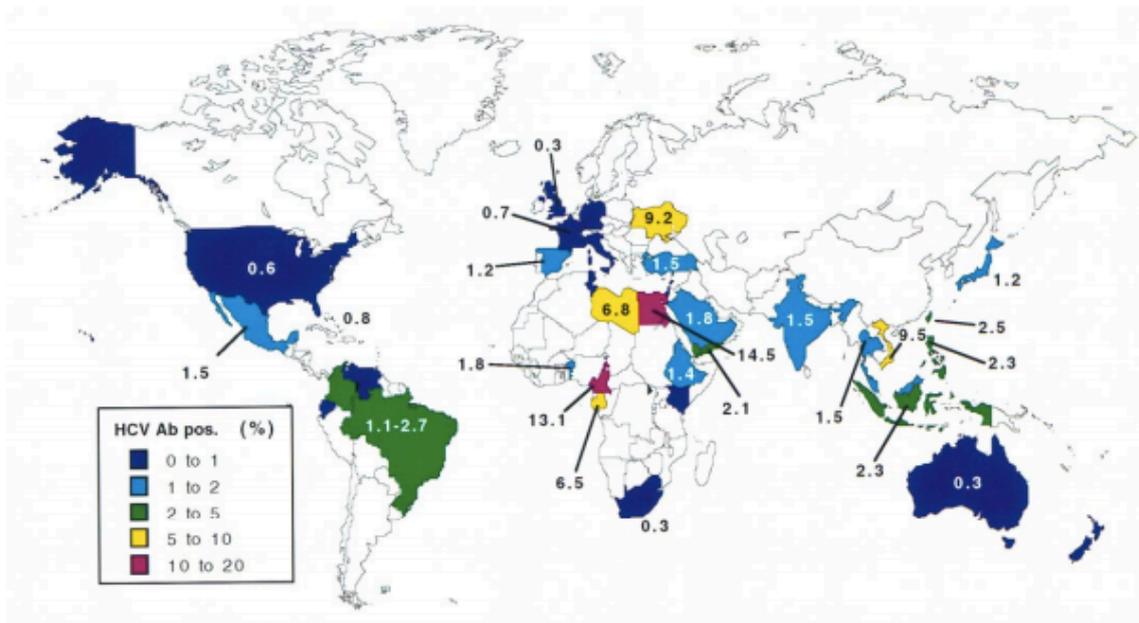


FIG. 1. World map illustrating the prevalence of HCV antibodies in blood donors as measured by second or third generation assays.^{33,38-50,57,74,85-93}

Figure 18 - Epidémiologie VHC mondial (source : www.ofdt.com)

En France 232 000 personnes seraient porteuses du virus. Il est responsable de 2700 décès par an [26].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que près de 170 millions de personnes sont infectées par le VHC dans le monde [27], soit 3% de la population mondiale et 350 000 décès par an [26].

Le principal mode de transmission du VHC est par l'injection de drogue dans les pays développés. Le virus est transmis par contact du sang à sang à la suite d'un partage direct ou indirect du matériel injectable [27].

D'après différentes études, ce virus est responsable de plus de 80% des hépatites post-transfusionnelles (études en Europe et Etats Unis) [29].

En Amérique du nord et en Europe, le taux de séroprévalence est inférieur à 0,5% chez les donneurs de sang.

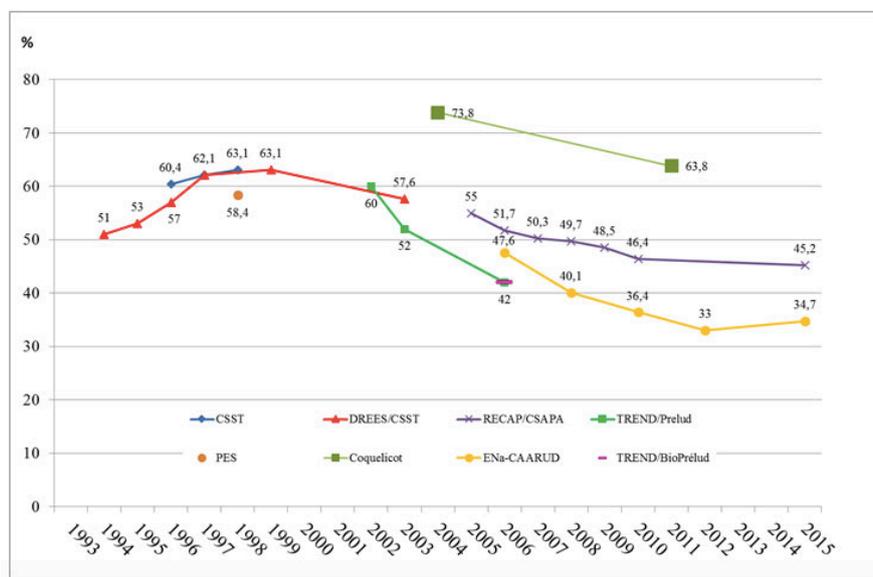
Le taux de séroprévalence en Asie du Sud-Est et Afrique du Nord est de 1-2%.

En Revanche, en Egypte et Afrique centrale (Rwanda, Gabon, Cameroun), le taux séroprévalence est de 5 à 10% [29].

En 2001, des études dans 34 pays ont démontré une prévalence du VHC de 70% chez 46 000 UDVI (Usagers de Drogue par Voie Injectable) ; l'Asie et l'Amérique du nord présentant la plus forte prévalence [27].

En 2004, 13,2 millions de personnes étaient des utilisateurs de drogues injectables (UDI) et le VHC était l'infection virale la plus courante dans cette population (UDI) [27].

Une forte séroprévalence est observée chez les usagers de drogues injectables (48% en Allemagne, 70% en Espagne, 81% au Royaume-Uni), chez les polytransfusés en particulier les hémophiles (70% en Espagne, 10% au Royaume-Uni) et les hémodialysés (24% en Italie) [29].



Sources

Sources :

CSSTH : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée

DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée

RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée

PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée

ANRS-Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques

BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques

Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

Figure 19 - Evolution de la prévalence de l'infection par le VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable [30]

Le VHC est dix fois plus infectieux que le VIH ; de ce fait la prévalence de contamination du VHC est beaucoup élevée [27].

2. La transmission du virus de l'immunodéficience humaine

2.1 Description du VIH

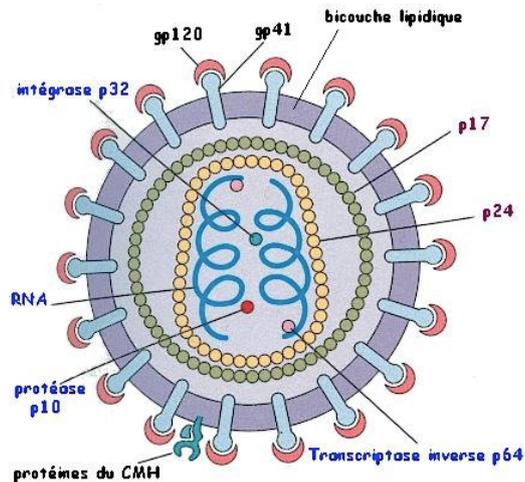


Figure 20 - Virus du VIH (source : <https://steemit.com/medicine>)

En 1983, Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi, chercheurs à l'institut Pasteur isolent le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui est un rétrovirus attaquant le système immunitaire par le contrôle des cellules T CD4.

L'infection est asymptomatique pendant plusieurs années, jusqu'à l'effondrement des défenses immunitaires déclarant le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) où les maladies opportunistes se développent [31].

Les symptômes varient en fonction du stade de la maladie.

La primo-infection se manifeste par un syndrome pseudo-grippal avec de la fièvre des céphalées, un érythème, mal de gorge.

En absence de traitement, de graves maladies se développent comme la tuberculose, les méningites à cryptocoque, les infections bactériennes, les cancers etc. [31]

La maladie se transmet de plusieurs façons [31] :

- Par le sang : les toxicomanes par injection, les transfusions, les tatouages, le personnel de santé
- Par rapports sexuels non protégés hétérosexuels ou homosexuels (sécrétion vaginale, sperme)

- Par la transmission mère-enfant durant la grossesse, pendant l'accouchement et lors de l'allaitement

Le dépistage se fait par le biais d'une prise de sang mettant en évidence des anticorps anti-VIH détectables en moyenne trois semaines après la contamination.

Le dépistage emploie la méthode ELISA qui utilise la réaction anticorps-antigène pour détecter la présence d'anticorps anti-VIH.

Le test de confirmation, si le premier test est positif, est effectué par WESTERN BLOT [31].

Il existe depuis 2015 des autotests disponibles en pharmacie, comparables à des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) qui détectent les anticorps anti-VIH en 30 minutes à partir d'une goutte de sang ou de la salive. Si l'autotest est positif, il faut le confirmer par un test sanguin de 4^{ème} génération vu ci-dessus [31].

Annexes schéma du fonctionnement du Western Blot [32], du Test Elisa [33] et de l'Auto-test du VIH [33]

2.2 Traitement [31]

Les antirétroviraux sont utilisés dans le traitement contre le VIH.

Depuis 1996, on utilise la trithérapie pour contrôler et interférer dans la réplication des enzymes et le mécanisme d'action d'entrée du virus dans la cellule.

En général, la trithérapie se compose de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse associés à un inhibiteur de protéases ou un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. Un inhibiteur de fusion est parfois associé en complément.

Annexe des traitements du VIH actualisés en 2015 par l'équipe du Pr Morlat [34]

2.3 Prévention

La prévention du VIH est indispensable pour endiguer au maximum la propagation de la maladie [35]. En France en 2017, environ 150 000 personnes sont atteintes par le VIH [31].

C'est pourquoi, utiliser un préservatif pour chaque rapport sexuel est indispensable pour la protection des IST (Infection Sexuelle Transmissible) [36].

Se faire dépister est fortement recommandé à toutes les personnes exposées.

Si l'infection est présente, l'utilisation d'antirétroviraux en prévention est indispensable pour supprimer la charge virale [36].

Les usagers de drogues injectables constituent une population particulièrement touchée par le VIH [37]. Pour réduire la contamination des usagers des drogues injectables, l'utilisation de matériel stérile (les aiguilles et les seringues) est indispensable.

Les traitements substitutifs aident aussi à réduire les risques [36].

Une étude sur la comparaison des séroprévalences du VHC et VIH, selon les profils sociodémographiques, les pratiques de consommation et l'accès aux seringues en France, démontre que cette population est très exposée au risque d'infection au VIH [37].

Il est donc indispensable d'accentuer les efforts en matière de réduction des risques et proposer des dispositifs innovants tels que l'accompagnement aux risques liés à l'injection et les salles de consommation à moindre risque [37].

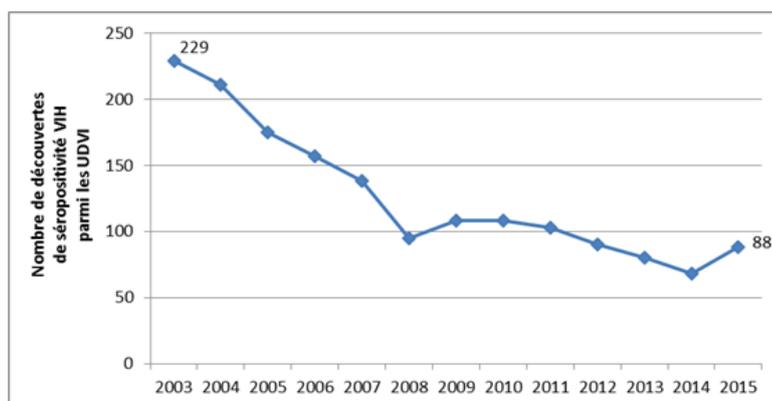
En 1980, la libéralisation de l'accès aux seringues est concomitant avec la baisse des UDVI infectés par le VIH [38].

2.4 Epidémiologie

En 2013, 35 millions de personnes vivent avec le virus et 1,5 millions sont mortes du sida [31].

Depuis 2007, 18% des 16 millions de personnes dans le monde s'injectant des drogues étaient infectées par le VIH. Plus précisément, en Europe de l'Est et en Asie centrale, 80% des utilisateurs de drogues injectables étaient séropositifs [36].

Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH liée à l'usage de drogues par voie injectable depuis 2003

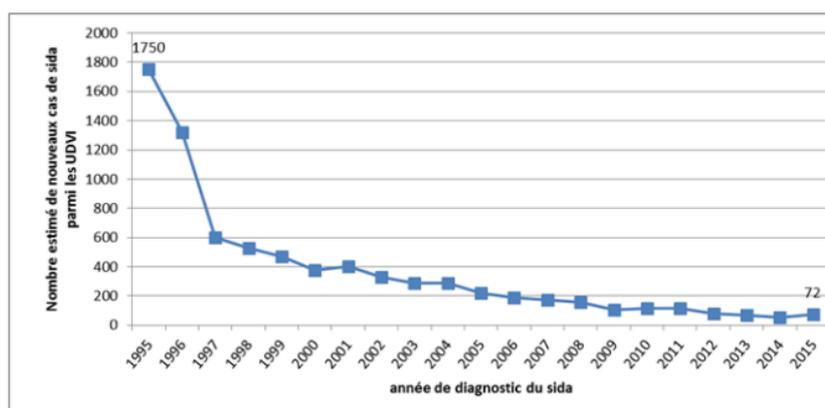


Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes
 Source : Système de surveillance du VIH en France, Santé publique France

Figure 21 - Evolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH lié à l'usage de drogues par voie injectable depuis 2003 [39]

En 2015, 88 usagers de drogues injectables ont découvert leur séropositivité au VIH soit 1,5% de l'ensemble des découvertes. L'incidence depuis 2008 est assez stable [39].

Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectable depuis 1995

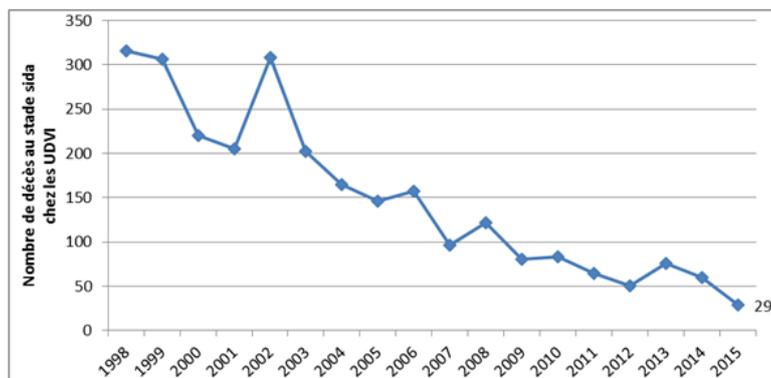


Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration.
 Source : Système de surveillance du sida en France, Santé publique France

Figure 22 - Evolution du nombre de nouveau cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectables depuis 1995 [40]

En 2015, le nombre de cas de sida liés à l'usage de drogues injectables est estimé à 72 [40].
 Entre 1995 et 1998, une chute est observée grâce à l'arrivée des trithérapies [40].
 Ce mouvement de baisse est aussi lié à la diminution du nombre de contaminations par le VIH chez les utilisateurs de drogues par voie injectable (UDVI).
 Depuis 2012, il y a moins d'une centaine de nouveaux cas de sida chez les UDVI [40].
 En 2015, Les UDVI représentent 6% des nouveaux cas contre 27% en 1995 [40].

Évolution du nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues par voie injectable depuis 1998



*Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes
 Source : Système de surveillance du sida en France, Santé publique France*

Figure 23 - Evolution du nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues par voie injectable depuis 1998 [41]

En 2015, parmi les UDI, 29 décès sont survenus chez les personnes atteintes du sida.
 Cela représente 19% de la population décédée au stade sida [41].
 Grâce à la trithérapie depuis 1996, le nombre de décès au stade sida chez les UDI a été divisé par quatre entre 1994 et 1997 [41].
 A partir des années 2000, le nombre de décès diminue lentement pour atteindre en 2009 moins de 100 décès par an [41].

3. Les overdoses

Les overdoses sont la principale cause de décès prématurés et de morbidité chez les héroïnomanes. Il y aurait entre 23% et 33% d'overdoses non mortelles chez ses consommateurs [42].

Selon la voie d'administration, le risque d'overdose est plus faible en fumant l'héroïne qu'en l'injectant [42].

Dans de nombreuses overdoses, la prise concomitante des opiacés avec de l'alcool, des benzodiazépines, des antidépresseurs, de la cocaïne est constatée [42].

Par exemple le mélange méthadone-héroïne cause de plus en plus de décès par overdoses [42].

Les symptômes des overdoses avec les opiacés sont [42] :

- Diminution de l'état de conscience avec somnolence
- Myosis
- Tachycardie et bradycardie
- Hypotension et hypothermie
- Dépression respiratoire
- Hallucinations et euphorie

Le décès par overdose survient entre une à trois heures après l'injection de substance [42].

Les facteurs de risques sont nombreux [42] :

- Effet de l'âge sur l'accroissement du risque. Overdoses qui surviennent après 5-10 ans de consommation d'opiacés
- Augmentation du risque de 6% chez les dépendants de longue date
- Personnes ayant déjà fait une overdose ont un risque accru d'en refaire
- Plus de risque chez les personnes vivant seules
- Etat de santé détérioré avec les sujets séropositifs ou qui ont des hépatites.
- Précarité des conditions de vie

En France, l'étude des décès par surdose est très fastidieuse reposant sur des analyses toxicologiques et sur une notification des cas auprès du registre général des décès (CépiDc-Inserm) et du registre spécifique des décès par surdose (DRAMES, ANSM) [43].

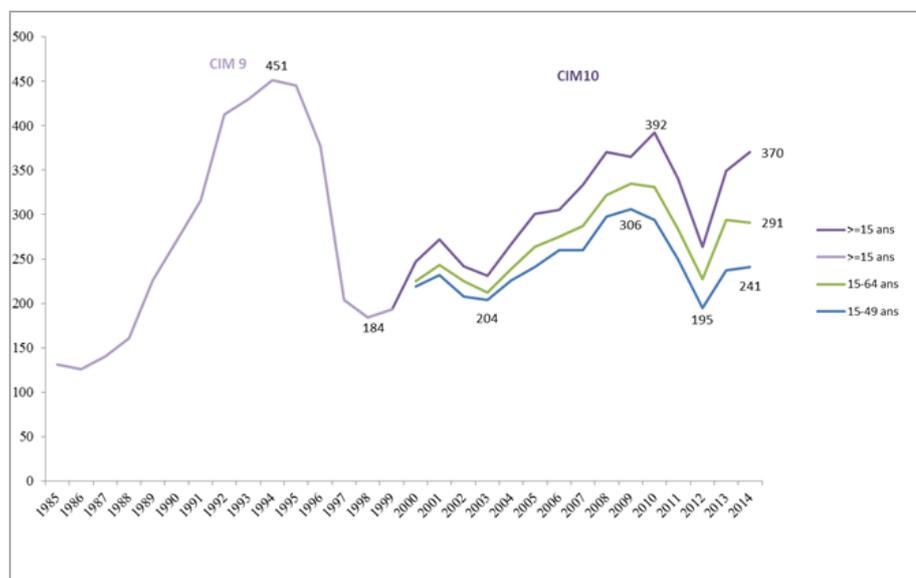
En cas de suspicion d'overdose mortelle, le médecin doit remplir le certificat de décès en cochant l'obstacle médico-légal.

De ce fait, un policier judiciaire doit intervenir sur les lieux et prévenir le parquet qui prendra en charge le dossier et décidera de la suite à donner à l'enquête (autopsie, examens toxicologiques) [43].

En outre, le recueil des données de décès par surdose est conditionné par les pratiques des procureurs, des experts toxicologiques et des médecins légistes [43].

Évolution du nombre de décès par surdose depuis 1985

Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France, 1985-2013



Source : CépiDc/Inserm. Sélection B de l'EMCDDA (CIM10 : F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62 et Y12), exploitation OFDT.

Figure 24 - Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985 [44]

Un pic puis une baisse brutale de décès par surdose dans les années 1990 est observée. Cela est dus au développement de traitements de substitution aux opiacés et d'une désaffection pour l'héroïne [44].

Dans le début des années 2000, la nomenclature utilisée dans les certificats de causes de décès a changé, ce qui rend difficile la lecture des évolutions durant ces années [44].

Entre 2004 et 2008, une forte hausse des décès chez les 15-49 ans est en lien avec le retour à la consommation d'héroïne observée grâce à l'augmentation des interpellations pour usage de drogues. Puis, cela se stabilise entre 2009 et 2010 [44].

Le nombre de décès par surdose de stupéfiants est stable en 2014 chez les 15-64 ans après une diminution en 2011-2012, suivi d'une hausse en 2013 [44].

La source DRAMES déclare qu'une forte hausse des décès par surdose est due aux médicaments de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine) entre 2006 et 2012 (30 à 60 % des décès), phase suivie d'une diminution en 2013 [44].

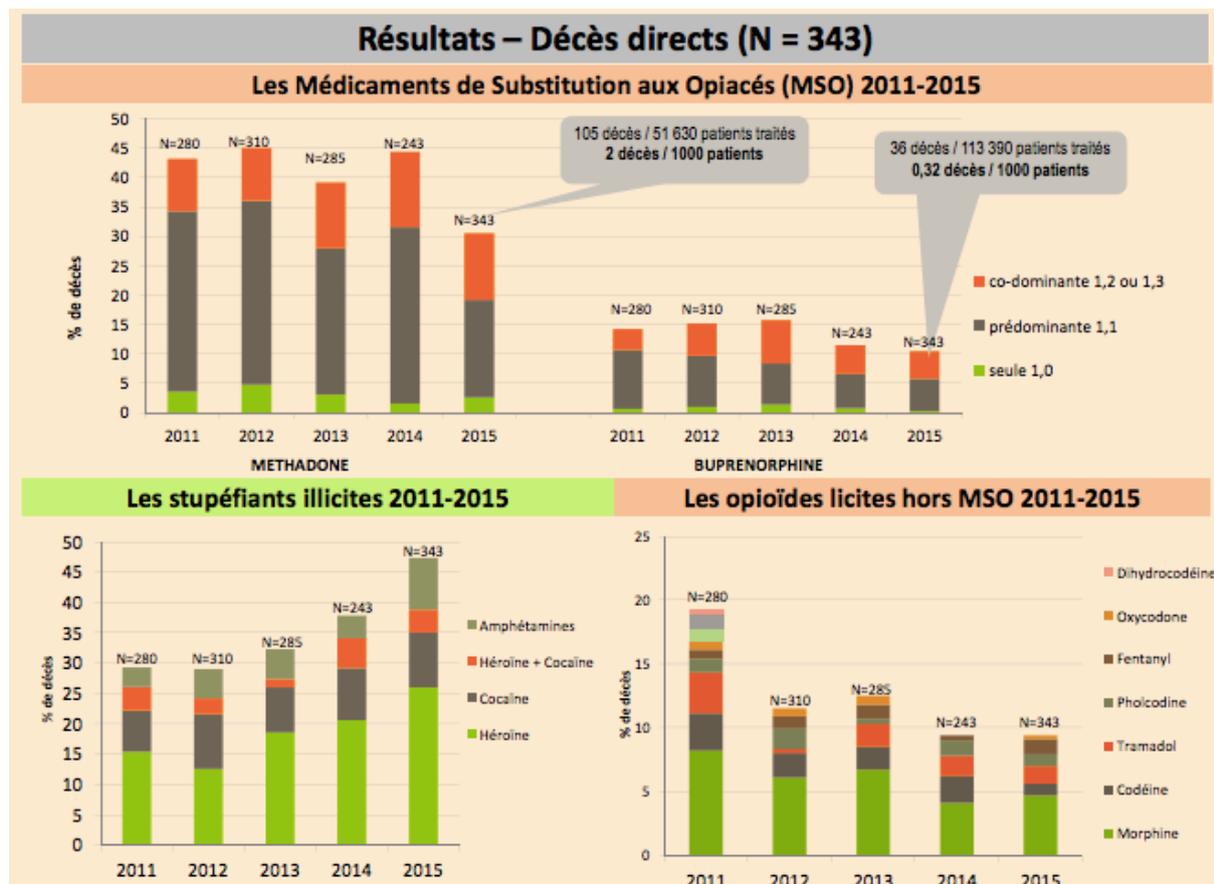


Figure 25 - Décès en relation avec l'abus stupéfiants et de médicaments entre 2011 et 2015 [45]

En 2015,

- L'incidence de décès par méthadone est 5-6 fois supérieure à celle de la buprénorphine, malgré une stabilisation du nombre absolu de décès amputée à la méthadone [45]
- Les décès liés à l'héroïne sont en forte hausse [45]
- Les décès liés aux amphétamines sont en forte hausse [45]
- La stabilisation des décès est notée par les opioïdes licites [45]

4. Les nécroses, abcès de la peau et autres infections chez les toxicomanes

4.1 Les sources d'infection chez les toxicomanes [46]

- L'examen bactériologique des drogues révèle parfois la présence de bactéries telles que l'*Eiknella corrodens* et méthylphénidate, *Pseudomonas aeruginosa* sérotype, etc.
- Les solvants utilisés pour les injections comme l'eau prélevée dans des endroits insalubres telle que la cuvette de cabinet est infestée d'*Enterococcus faecalis* et *Pseudomonas aeruginosa*. Le jus de citron peut contenir des *Candida albicans*.
Les seringues et aiguilles sont utilisées sans stérilisation au préalable ou échangées. Elles sont alors le véhicule de nombreuses bactéries telles que le staphylocoque aureus ou des virus comme les hépatites, le VIH, l'EBV (Virus de Epstein-Barr), le CMV (Cytomégalovirus) et quelques parasites tels que *Plasmodium*, *Toxoplasma*.
Des cas de tétanos ont été rapportés.
- Dans la salive, sont présents des germes de l'oropharynx comme par exemple, le streptococcus oralis.
- On note aussi de nombreuses pneumopathies d'inhalation.

La désocialisation des toxicomanes entraîne la propagation des IST (utilisation rare de préservatif) tels que *Chlamydia* et *N. gonorrhoeae*, VIH VHB, CMV, VHC etc. [46].

Leur mode de vie majore le risque de tuberculose [46].

Les diarrhées aiguës sont fréquentes dans cette population, causées par la *Salmonella* [46].

L'hygiène bucco-dentaire est défectueuse et majore le risque d'abcès dentaires et d'endocardites [46].

4.2 Les infections dermatologiques



Figure 26 - Photos d'abcès de la peau [47]

Abcès : infection cutanée impliquant généralement une accumulation localisée de pus dans les tissus [48].

Les agents bactériens en cause sont le *Staphylococcus aureus* et le *Streptococcus pyogenes* [46].

Les abcès peuvent engendrer des bactériémies, des endocardites, des thromboses et des ischémies, des pneumothorax [48].



Figure 27 - Photo cellulite de la peau [47]

Cellulite : infection de la peau qui, en prenant de l'expansion, affecte les tissus mous cutanés et sous-cutanés. Souvent causée par une bactérie et par un trauma à la peau (comme une injection) [48].

Les bactéries en cause sont le *Streptococcus* et les *Staphylococcus pyogenes* et *aureus* [48].

Folliculites : infectées par le *Candida* sp, elles s'accompagnent de lésions profondes (oculaires et ostéo-articulaires) et de lésions nodulaires cutanées [46].

Phlébites : inflammation ou infection avec thrombus au niveau d'une veine dues au *Staphylococcus aureus* et *S. epidermidis* [48], situées majoritairement sur les jambes associées à des douleurs, de l'hypersensibilité, de l'induration et des rougeurs [48].

4.3 Les bactériémies et endocardites [46]

Les injections provoquent parfois des états de fébrilité dus à l'effet pyrogène des produits injectés, la fièvre ne dépassant pas les 24h.

En revanche, les injections peuvent entraîner une thrombophlébite septique au niveau du point d'injection provoquant une bactériémie, à l'origine d'endocardites.

L'endocardite peut se compliquer en urgence vitale d'embolie pulmonaire septique.

Les bactéries provoquant l'infection sont *Staphylococcus aureus* dans 60% des cas et *Enterococcus* sp et *Streptococcus viridans*.

4.4 Les infections ostéo-articulaires [46]

Elles sont localisées principalement au rachis cervical et lombo-sacré, à l'articulation sternoclaviculaire, au pubis. Elles sont dues aux *Staphylococcus aureus*, aux bacilles à Gram négatif et à *Candida*.

4.5 Les infections broncho-pulmonaires et ORL [46]

Les infections fréquentes sont dues à un trouble de la vigilance responsable de pneumonies de déglutition, de sinusites chroniques, des pneumopathies etc.

4.6 Infections du système nerveux [46]

Les manifestations sont des troubles de la conscience ou des convulsions fébriles.

4.7 Hépatites [46]

Comme vu précédemment, l'hépatite C est très présente chez les toxicomanes ainsi que l'hépatite B.

4.8 Le syndrome de Popeye [49]



Figure 28 - Photo du syndrome de Popeye sur la main (source : <https://www.psychoactif.org>)

La buprénorphine à haute dose (BHD) ou Subutex® utilisé dans le traitement de substitution aux opiacés avec une administration sublinguale est souvent détournée en injection [49].

Ces pratiques de mésusages entraînent un gonflement des deux avant-bras en particulier des mains.

Ce sont des oedèmes chroniques des extrémités et des nodules sous-cutanés.

Ces derniers deviennent persistants et sont associés à des changements tissulaires tels que l'épaississement de la peau [49].

La physiopathologie de ce syndrome est mal connue mais reposerait en partie sur une toxicité lymphatique des drogues et de leurs excipients [50].

Ce syndrome ne s'amointrit pas ou peu après l'arrêt des injections [49].

Il n'existe pas de traitement mais une compression par le port de manchettes la nuit permet d'améliorer l'œdème des mains chez certains patients [50].

Ce syndrome entraîne un impact sur le patient au niveau psychologique et social [49].

III. La prévention de la toxicomanie

A la fin des années 1980, une politique de réduction des risques (RDR) est développée afin d'identifier les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues notamment avec la transmission du VIH et du VHC [51].

Les outils de réduction des risques sont [51] :

- En 1990, le Programme d'échange de seringues (PES) permet de lutter contre la transmission du VIH et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectable (UDI), en réduisant le partage de seringues et en donnant accès au préservatif (réduction transmission IST).
- L'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs à bas seuil voit le jour en 1993. Cela consiste à abaisser le seuil d'exigence de prise en charge des UDI, notamment sans imposer un sevrage pour avoir un accès aux soins.
- A partir de 1994, le décret de 1987 autorise la vente libre des seringues stériles et la vente de stéribox®.
- L'accès aux traitements substitutifs des opiacés c'est-à-dire Méthadone et Subutex® existe depuis 1995.

Cette politique de réduction des risques permet d'amener les UDI vers des structures d'aide, d'écoute afin de les informer sur les risques auxquels ils s'exposent et de trouver les solutions et les moyens pour les combattre [51].

La prévention primaire [1,48] :

- Pour diluer la poudre, utiliser de l'eau propre et des filtres neufs
- Garder ses outils personnels (ne pas échanger les cuillères)
- Utiliser de l'acide citrique et non du citron
- Changer de seringue régulièrement et ne pas l'échanger
- Ne pas utiliser les mêmes cotons
- Se désinfecter la peau avant l'injection
- Eviter de contaminer l'aiguille (salive)

- Jeter la seringue dans une boîte appropriée
- Ne pas échanger les pailles de sniff
- Se protéger avec des préservatifs

La prévention secondaire [48] :

- Consulter des centres de santé et d'addictologie pour une guérison plus rapide
- Aider les UDI à avoir une nutrition saine

Pour aborder la prévention chez les UDI, il faut le faire de manière positive pour une efficacité avérée [48].

Il faut opérer chez eux des changements adéquats à leur situation afin qu'ils puissent les utiliser dans leur pratique quotidienne. Par exemple, inclure de nouvelles règles d'hygiène et de sécurité avant l'injection [48].

Malgré les idées reçues, les UDI sont demandeurs d'informations d'intérêt pratique, notamment sur les pratiques à tenir pour protéger les veines, en leur montrant comment les localiser et les différencier des artères [48].

PARTIE 3 : LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

I. Définition d'une salle de consommation à moindre risque

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont une des stratégies de réduction des risques dans la politique de l'état qui les met en place [52,53].

La réduction des risques se fonde selon l'Inserm, sur une vision de Santé Publique qui « valorise la capacité des individus à se prendre en charge et insiste sur la nécessité pour les politiques de santé de prendre en compte les besoins des individus concernés » [52].

Cela permet à l'individu de se trouver au centre du dispositif qui porte attention aux modes de vie, aux trajectoires et aux comportements des usagers afin de mieux identifier les mesures de Santé Publique répondant à leurs besoins [52].

C'est une réponse pragmatique qui marque une rupture avec l'image idéaliste d'éradiquer les drogues et s'abstient de juger en ayant une approche moins moralisatrice [52].

Les principaux enjeux éthiques des salles de consommation à moindre risque sont [53]:

- L'incompatibilité entre la loi des pays interdisant la consommation de drogue illégale et les SCMR
- Le rôle de l'autonomie, de la responsabilité et de la culpabilité de l'utilisateur
- Le devoir du système de santé de proposer ce genre de structure
- Les SCMR considérées comme structure de soin

Les salles de consommation à moindre risque sont des lieux spécifiques et protégés, permettant aux usagers :

- La consommation de drogues dans des conditions d'hygiène stérile
- L'autorisation de consommer des drogues illicites obtenues au préalable dans un environnement de « non jugement » et sous la responsabilité d'équipe médicales de supervision [52,54].

Ainsi, les usagers de drogues peuvent s'installer dans des cabines et s'injecter ou inhaler leurs substances notamment de l'héroïne et de la cocaïne sans être embarrassés par les forces de l'ordre [52,54].

Dans les SCMR, la consommation de drogue est tolérée tout en sachant que l'achat et la possession de drogues peuvent faire l'objet de sanctions. Dans tous les pays possédant des SCMR, l'achat de ces drogues est pénalisé [52,53].

La répression a pour but initial de mettre en évidence la dangerosité des drogues illégales et de contrôler le trafic [53].

Les SCMR offrent un cadre réglementé, sécurisé et hygiénique avec une dimension sociale afin d'aider les personnes dépendantes aux drogues [54].

En fonction des endroits, les SCMR ont des horaires variables d'ouverture [54].

Une équipe pluridisciplinaire professionnelle composée de médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux et parfois d'anciens consommateurs supervise l'établissement [54].

Dans l'ensemble des SCMR, on retrouve les services suivants [52,54] :

- Matériel stérile d'injection, tampons, filtres, cuillères, ainsi que préservatifs
- Aide et conseils pour s'injecter les substances sans risque
- Une salle de repos avec la possibilité d'avoir un repas chaud, des collations, une douche
- Equipe de secours en cas de crise ou d'overdose
- Aide et écoute sociale avec un appui médico-psycho-social pour les usagers qui le désirent et une orientation vers les centres de soins ou de traitement

Ce genre d'initiative attire dans l'offre de soins des utilisateurs de drogues marginalisés, qui consomment dans la rue dans des conditions précaires, hors d'atteinte des établissements classiques d'addiction [52].

« A l'international, les objectifs des SCMR sont [52] :

- 1- Améliorer l'accès aux soins pour les usagers de drogues les plus vulnérables
- 2- Favoriser l'inscription dans le circuit de soins et les services socio-sanitaires
- 3- Améliorer leur état de santé et leur bien-être
- 4- Réduire les pratiques à risques liées à l'usage de drogues (diminuer les risques de transmissions de maladies infectieuses VIH/hépatites)
- 5- Réduire la morbidité et la mortalité parmi les usagers de drogues visés

- 6- Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics (diminuer la visibilité de l'usage, la criminalité et le nombre de seringues usagées sur la voie publique)
- 7- Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues (ambulance, urgence, traitements onéreux de l'hépatite)
- 8- Apporte une réponse locale (souvent décidée par les autorités locales) à des problèmes spécifiques de Santé Publique » [52]

Les SCMR se situent généralement près des lieux de rassemblement des usagers de drogues, les endroits où se fait le trafic de drogue.

Elles peuvent être indépendantes ou rattachées à des structures proposant d'autres services tels que des programmes d'échange de seringues, de traitement de substitution, hébergement d'urgence etc. [52].

Les conditions d'accès à l'intérieur des SCMR peuvent varier d'un endroit à l'autre mais suivent généralement les mêmes règles [52] :

- L'accès est réservé aux personnes répondant aux critères suivants :
 - Etre porteur d'une carte d'admission dans certains pays
 - Les usagers occasionnels, débutants et mineurs, sont interdits sauf en Allemagne (accès possible dès 16 ans)
 - Les individus ne doivent pas se présenter à la SCMR dans un état d'imprégnation aux drogues avancée
 - En Allemagne, les femmes enceintes sont interdites ainsi que les individus sous traitement substitutif
- Le temps d'injection/inhalation est limité
- Les usagers doivent respecter le règlement intérieur précisant les mesures d'hygiène et de sécurité à avoir à l'intérieur de l'établissement
- Certaines substances sont interdites (mélange de drogues, médicaments)
- L'interdiction de partager les substances entre usagers, et aucune aide à l'injection entre usagers ou par le personnel médical
- La violence et le deal sont interdits
- Une pièce d'identité est demandée à l'entrée en Suisse, Allemagne et Hollande

- Les places sont limitées

Pour répondre à des situations d'urgence sanitaire, une équipe pluridisciplinaire assure les soins et l'encadrement.

Les SCMR sont composées d'un espace d'accueil (salle d'attente) où les personnes sont enregistrées avec un pseudonyme, un espace de consommation (plusieurs cabines mises à leur disposition), un espace de repos pour ceux qui le souhaitent [52].

Dans la plupart des structures se trouvent un espace de soins et d'orientation, un service annexe avec une cafétéria, salle d'eau et machine à laver [52].

Il existe dans certains pays des SCMR mobiles [52].

Malgré les avantages apportés par ces SCMR, les craintes sont nombreuses [52] :

- Hausse de la consommation de drogues
- Normalisation de l'usage de drogue
- Incitation et initiation de consommation de drogues
- Rendre confortable la consommation des drogues grâce à ces SCMR et par conséquent retarder l'entrée dans des structures de soins
- Regrouper les dealers et les usagers dans un endroit non surveillé par les forces de l'ordre
- Augmentation et aggravation des problèmes liés au marché local de drogues
- Incohérence entre la politique pénale de l'état et les SCMR

Le développement des SCMR dans le monde marque un tournant dans le domaine de réduction des risques. Le concept va au-delà des lois, en se basant sur les conséquences désastreuses qu'engendre la toxicomanie non réglée par la répression et le traitement des dépendance comme mesures principales [53].

II. Etudes des précurseurs européens et internationaux

Historique des salles de consommation à moindre risque [52,53]

En 1986, la première SCMR au monde fut ouverte en Suisse à Berne et est reconnue officiellement en 1988 [52].

Cette ouverture à Berne fait suite à de nombreux constats [52]:

- Inefficacité des stratégies de répression et d'abstinence
- Augmentation des infections au VIH, VHC et overdoses
- Augmentation des nuisances sociales

Dans les années 1990, les Pays-Bas et l'Allemagne s'inspirent de la Suisse en mettant en place à leur tour des SCMR [52].

En 2001, la ville de Sydney (Australie) puis en 2003 la ville de Vancouver (Canada) ouvrent leurs structures pour les usagers de drogues [52].

L'Espagne, le Danemark, le Luxembourg et La Norvège complètent la liste des pays ayant pris conscience de l'intérêt de Santé Publique des SCMR [52].

Seulement les Pays-Bas et la Suisse couvrent largement sur leur territoire ces salles de consommations. Dans les autres pays, ces SCMR se trouvent dans les capitales ou villes importantes [52].

La dernière en liste est la France qui a ouvert les portes de ses premières SCMR à Paris en octobre 2016 et à Strasbourg en novembre 2016 [55].

Tableau 7 – Récapitulatif des pays ayant des SCMR dans le monde [52]

Pays	Nombre de SCMR	Nombre de ville
Suisse	12	8
Pays-Bas	31	25
Allemagne	24	15
Espagne	12	4
Luxembourg	1	1
Norvège	1	1
Danemark	5	3
Australie	2	1
Canada	5	3
France	2	2

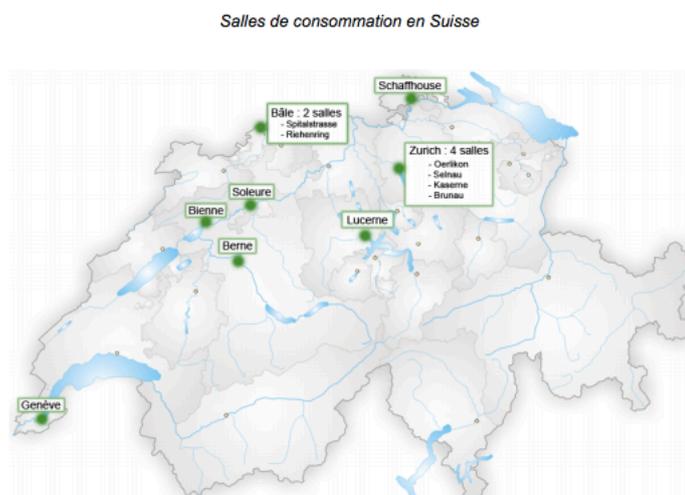


Figure 29 - Nombre de SCMR par pays européens en 2015 [56]

Annexe de salles de consommation à moindre risque dans le monde [57]

1. Les salles de consommation à moindre risque dans les pays européens

1.1 En Suisse



Source : Infodrog

Figure 30 - SCMR sur le territoire Suisse [57]

Depuis 1986, après l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque, la Suisse compte aujourd'hui douze établissements répartis sur huit villes :

- 200 personnes par jour se rendent dans la SCMR de Berne [57]
- 992 clients inscrits durant l'année [58]
- L'âge moyen des consommateurs est de 38 ans [58]
- La proportion est de 74,1% hommes pour 25,9% de femmes [58]

Les drogues utilisées à Berne sont l'héroïne, la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis, les traitements de substitution [58].

Les règles des locaux ont été uniformisées au niveau national depuis 2011.

Elles sont assez strictes avec [57] :

- Un contrôle d'identité et de l'âge (18 ans minimum)
- L'interdiction de vendre ou d'échanger des drogues à l'intérieur
- Le temps de consommation est limité à 30 minutes
- L'alcool est interdit

Les SCMR ont des cafétérias pour fournir des boissons non alcoolisées. Elles offrent des soins médicaux, des consultations pour les problèmes d'ordre social, des services d'hygiène (douches, vêtements) et orientent vers des programmes et cliniques de désintoxication [58].

Entre les années 1970 à 2000, à Berne, la criminalité liée aux drogues a baissé de 70%, les décès de 50%, les infections au VIH de 80% [57].

Vingt ans après l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque, le nombre de décès par overdoses a diminué [59].

Durant cette même période, la mortalité due au sida chez les toxicomanes a diminué de 80% [59].

Ces résultats montrent que ces SCMR font partie intégrante du système de santé bernois [57].

La salle Quai 9, à Genève, en Suisse romande est ouverte sept jours sur sept, huit heures par jour [57].

Sur l'année 2011 à Quai 9, il y a eu :

- 46 447 passages, ce qui est équivalent à 130 passages par jour
- 1263 usagers de drogues [57].

- 342 personnes ont été pour la première fois durant l'année 2011 dont 83% étaient des hommes et 17% des femmes
- Parmi eux, 51% sont sans domicile fixe ou précaire, 32% ont un travail [57]
- Dans le cadre de service d'échange, 70 692 seringues ont été distribuées. 984 soins ont été réalisés et les urgences ont été appelées 37 fois [57]

Avant l'ouverture de SCMR dans les pays, l'opinion publique était craintive. Puis son acceptation a gagné les lieux où ces structures ont été mises en place car la création de ces salles conduit à une amélioration de l'ordre public [57].

En effet, l'ouverture de salles contribue à [57] :

- La réduction des nuisances dans les lieux publics

Grâce à ces structures les usagers quittent la rue et utilisent ces locaux. Ils sont alors cadrés et réintègrent petit à petit des normes sociales.

De plus, pour diminuer le nombre de seringues rejetées dans les alentours, les usagers et le personnel organisent des équipes de nettoyage et facilitent ainsi l'intégration dans la vie du quartier.

- La réduction de la criminalité

L'ouverture n'a aucun effet négatif sur le nombre d'infractions commises aux abords des salles. Les rapports de police concernant Quai 9 à Genève révèlent une situation stable.

- L'incitation au traitement de substitution ou l'abstinence.

Ces salles donnent de nombreux conseils aux usagers afin de les orienter vers des services de santé et vers différents traitements

A Genève, 1 visite sur 50 donne lieu à un soin dans un local spécialisé et 20% de ces interventions sont suivies d'un relais médical.

- La réduction de la mortalité

Avant l'installation de ces salles, l'estimation d'héroïnomanes était à 30 000 personnes et environ 700 décédaient chaque année. Grâce à l'ouverture des salles et aux traitements de la dépendance, ce nombre a été réduit à 250 décès par an pour 26 000 usagers de l'héroïne en 2006.

- La diminution des maladies infectieuses

A Genève, 15% des nouveaux consommateurs de Quai 9 ont des veines abimées et 15% ont des problèmes infectieux (VIH, Hépatites).

De 1991 à 2000, en Suisse, le nombre de test de VIH positifs a baissé considérablement.

- La stabilisation de l'état de santé des populations dépendantes

Les SCMR garantissent de bonnes conditions d'hygiène (matériel stérile) et stabilisent l'état de santé des usagers. Grâce au personnel soignant qui enseigne sur les bonnes pratiques d'injection, l'adoption de comportements sécuritaires est favorisée.

1.2 En Espagne

Le développement des services pour les usagers de drogues revient aux autorités locales et régionales du fait de la décentralisation des politiques relatives à la drogue [54].

La consommation de substances et l'abandon de son matériel d'injection dans les lieux publics sont considérés comme des délits pouvant aller jusqu'à 30 000 euros d'amende [54].

Ces amendes peuvent être remplacées par d'autres sanctions plus productives telle que l'entrée dans un programme de traitement de la dépendance [54].

La loi autorise la mise en place des SCMR soutenue par l'Agence nationale antidrogue, l'Agence nationale de lutte contre le sida et les Agences locales et régionales correspondantes.

En 2000 à Madrid, la première SCMR a été ouverte.

En 2012, on compte sept structures dans quatre villes (Barcelone, St. Adrià del Besos, Bilbao et Lleida) [54].

La SCMR « Dave » à Madrid a fermé ses portes fin 2011 pour des raisons politiques et financières [54]. Le gouvernement a réduit de 35% l'enveloppe accordée à la prise en charge des usagers de drogues [60]. Le Dave s'occupe d'une centaine de personnes par jour [60].

Des fonds publics provenant de différentes administrations publiques sont donnés aux SCMR [54].

Les objectifs des SCMR espagnoles sont de proposer une consommation de drogue à moindre risque dans un cadre hygiénique et stérile, de réduire la consommation de drogue dans les lieux publics mais également de superviser et fournir un service d'aide psychologique. Des services d'aide sociale, de soins sont offerts aux usagers afin des les orienter vers des services adaptés au traitement de la dépendance et plus généralement de leur proposer une prise en charge sociale et médicale [54].

Ces SCMR permettent de récolter des informations et données sur les nouveaux modes de consommation, les besoins des usagers et les problèmes émergents [54].

Grâce à cette stratégie de Santé Publique, les SCMR font prendre consciences de l'utilité et des bénéfices de celle-ci à la communauté espagnole [54].

Comme dans la plupart des SCMR, les usagers doivent être majeur.

A Barcelone, ils doivent aussi signer un contrat notifiant les conditions d'utilisation des salles [54].

Trois SCMR proposent des cabines pour l'inhalation en plus de celles pour l'injection [54].

A Barcelone, un dépistage du VIH ainsi qu'un appui psychologique et juridique est proposé [54].

En 2009, 105 804 visites (soit 5 063 usagers) sont comptabilisées dans les SCMR espagnoles [54].

L'âge moyen est de 34 ans avec une majorité d'hommes (80%) [54]. On retrouve des usagers de nationalité européennes mais aussi d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord [54].

En 2009, la cocaïne est la substance la plus utilisée (à l'exception de Bilbao et Sala Balaurd à Barcelone) mais fut dépassée en 2011 par l'héroïne dans les SCMR Barcelonaises [54].

L'injection est le moyen de consommation le plus répandu dans le pays à l'exception de Bilbao qui recense plus d'inhalation [54].

Les résultats montrent que les SCMR sont très demandées et bien acceptées par les professionnels exerçant dans le domaine de réduction des risques, les prestataires de services sanitaires et sociaux et les usagers eux-mêmes [54].

Les études montrent que depuis l'ouverture de ces structures [54]:

- Les overdoses mortelles ont diminué de 1833 en 1991 à 773 en 2008
- Le nombre de nouvelles infections au VIH a diminué de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008
- Les usagers ont acquis une meilleure technique de consommation à moindre risque
- La population est moins méfiante vis à vis de ces SCMR et comprend leur place dans la stratégie de Santé Publique
- La réduction des déchets liés aux injections dans les lieux publics est importante

Les défis futurs des espagnols sont de restructurer l'approche de réduction des risques afin de générer une intervention plus globale vis-à-vis de ces usagers [54].

Une normalisation des SCMR et des services de réduction des risques au niveau social et politique doit s'opérer afin d'intégrer les SCMR dans la stratégie de Santé Publique [54].

Le bien-être des usagers et les conditions de travail du personnel doivent être reconsidérés afin d'améliorer les conditions sociales des usagers qui sont souvent déjà dans une situation précaire et difficile [54].

L'Espagne veut intégrer un service d'analyse des substances pour mieux identifier les drogues consommées et améliorer la santé et la sécurité des utilisateurs des SCMR [54].

Dans les prochaines années, les SCMR comporteront plus d'espaces réservés à l'inhalation, les horaires d'ouvertures seront élargis et les emplacements multipliés [54].

Une collecte de données et une analyse des services de réduction des risques doivent être améliorées afin d'avoir un meilleur suivi et une évaluation des SCMR [54].

1.3 Au Danemark

L'article « Etude qualitative de l'influence sur la santé et le bien-être chez les consommateurs de drogues utilisant les salles de consommation à moindre risque » [61] part du constat que la consommation de drogue contribue à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité chez les usagers de drogues par rapport à la population générale [61].

En 2012, le Danemark a adopté une loi autorisant l'utilisation des salles à consommation à moindre risque appelée « drug consumption rooms » (DCR) c'est-à-dire chambre de consommation de drogue. Ces DCR avaient pour objectifs l'amélioration du bien-être des citoyens toxicomanes et la réduction des overdoses [61].

Plusieurs études qualitatives mettent en évidence les avantages des DCR car elles abordent les risques associés aux injections publiques sans matériel stérile. Les DCR sont considérées comme des refuges contre la criminalité de la rue et facilitent l'accès aux soins et aux services sociaux [61].

En 2011, les ONG danoises achètent deux vieilles ambulances et ouvrent les premières chambres de consommation de drogue mobiles grâce à des infirmiers, des médecins volontaires sans autorisation par la loi. En 2012, la législation du Danemark permet aux municipalités d'ouvrir des DCR [61].

Depuis, trois grandes villes du Danemark ont établi des DCR soit 3564 personnes consommatrices de drogues enregistrées dans ces structures [61].

Les cinq DCR du pays sont gérées par le Men's Home à Copenhague (3) et par le Danchurchsocial à Odense (1) et Aarhus (1) [61].

Aussi, l'article présente les résultats d'une enquête nationale visant à évaluer l'impact de ces DCR sur la santé, sur le ressenti des usagers et sur l'orientation vers des programmes de traitement de la dépendance [61].

L'étude s'appuie sur 250 heures d'observation de ces DCR avec un suivi approfondi d'entretiens avec 42 usagers des DCR et 25 membres du personnel d'avril à septembre 2014 [61].

Les usagers sont hétérogènes de part leur âge, leur sexe, leur nationalité, leur expérience de vie et de leur usage de drogue [61].

Les résultats montrent que les usagers des DCR ont éprouvé un sentiment d'acceptation sociale à l'intérieur de la structure. Les membres du personnel ont montré une attitude accueillante et impartiale [61].

Les DCR constituent des installations de réduction des risques à bas seuil. Leur mission n'est pas de réhabiliter les usagers mais de réduire les dommages potentiels liés aux drogues.

Le personnel doit s'assurer que les usagers utilisent les installations de manière appropriée et suivent les règles et directives de base [61].

Les usagers sont majoritairement satisfaits des installations [61]. Ils déclarent qu'ils s'y sentent en sécurité et bien traités, avec respect [61].

Aux alentours des DCR, la police respecte un périmètre limité où elle ne confisque pas les drogues illégales. Ainsi les DCR sont considérés comme des refuges où les usagers se sentent protégés de la poursuite et du harcèlement policier [61].

Une fois la confiance installée, le personnel encourage l'utilisateur à chercher un soutien et de l'aide au-delà des DCR par exemple avec un programme de traitement à la dépendance [61].

L'objectif principal du personnel soignant est de prévenir les overdoses en informant les consommateurs sur les drogues fortes et en intervenant en cas de surdosage [61].

Les membres du personnel s'informent et élaborent des stratégies d'intervention pour atteindre leurs objectifs [61].

Le personnel a aussi mis l'accent sur la surveillance des pratiques d'hygiène et des risques liés à la transmission des infections afin de prévenir les complications et réduire le risque de maladies graves [61].

Les DCR assurent la sécurité des usagers, elles sont en lien avec des cliniques de santé locales afin d'entreprendre un programme de traitement de la dépendance [61].

Le personnel soignant motive et aide les usagers à demander un traitement des troubles somatiques ou psychiatriques mais aussi pour des traitements d'aide au sevrage des drogues [61].

L'étude révèle une cohérence entre les ressentis des usagers et du personnel aidant en ce qui concerne l'évaluation de l'importance des DCR. Ils sont d'accord sur le fait que les DCR sont un refuge pour les consommateurs. Les usagers soulignent que l'approche du personnel de DCR est cruciale pour créer une atmosphère accueillante et bienveillante [61].

L'approche du personnel dans l'intention de promouvoir la santé ouvre la voie à la prévention et au traitement des overdoses, aux centres de traitement de la dépendance et aux services sociaux [61].

2. Les salles de consommation à moindre risque dans le monde

2.1 Canada

La possession et/ou le trafic de certaines substances selon la loi Canadienne sur les drogues et substances contrôlées constituent un délit [54].

Selon la section 56 de la loi accordant le droit au Ministre fédéral de la Santé « d'exempter toute personne ou catégorie de personnes de l'application de certaines sections de la loi, si le ministre est d'avis que l'exemption est nécessaire pour des raisons médicales ou scientifiques ou dans l'intérêt public » [54].

Grâce à cette section de la loi, en 2003 l'autorité régionale de Vancouver a été autorisée à ouvrir la première SCMR « Insite » légalement [54].

Après plusieurs années de confrontations, en septembre 2011, la Cour Suprême du Canada s'est prononcée à l'unanimité en faveur d'Insite grâce aux preuves fournies comme quoi

« Insite sauve des vies » [54]. Elle a stipulé que « la fermeture d’Insite serait une violation inadmissible des droits humains de personnes extrêmement vulnérables » [54].

Grâce à Insite, le gouvernement Canadien veut:

- Réduire les risques de maladies et d’overdoses associés à l’utilisation des drogues
- Aider les usagers de drogues à entreprendre un programme de traitement de la dépendance afin de réduire l’utilisation des drogues dans la collectivité
- Diminuer les déchets liés aux drogues dans les lieux publics [54]

Insite est située dans le quartier défavorisé de Downtown Eastside de Vancouver, où l’on retrouve une forte concentration d’individus dépendants à la drogue et souffrant de troubles psychologiques. On y voit régulièrement des personnes s’injectant leur drogue en public.

La SCMR Insite est un service en « bas seuil », tous les utilisateurs peuvent rester anonymes malgré l’utilisation des résultats qui sont répertoriés au niveau individuel.

Au Canada et plus précisément dans la structure Insite, il n’y a pas de critères d’éligibilité pour les usagers ce qui la différencie des autres SCMR dans le monde.

Insite est un projet pilote, mais il n’y a pas d’obligation pour les usagers de participer aux enquêtes et autres exercices de recherches proposés par la structure.

Parmi les employés de la structure, on retrouve un mélange du personnel du Vancouver Coastal Health and Portland Hotel Society, des travailleurs-pairs de L.I.N.E.S (Life Is Not Enough Society), deux infirmières, cinq personnes chargées de programmes, deux travailleurs pairs présents dans la SCMR.

Insite est constituée de douze cabines d’injection sous le contrôle et l’aide d’infirmiers et de personnels soignants. L’infirmier peut éduquer les usagers de façon à réduire les risques liés à l’injection. Il n’est pas autorisé à pratiquer l’injection.

Les usagers amènent leurs drogues. Le matériel d’injection stérile tels que les seringues, les chauffoirs, les filtres, l’eau sont fournis par l’établissement.

Le personnel soignant peut intervenir à tout moment dans les cas d’overdose.

Le traitement des plaies et la vaccination sont aussi pratiqués par les infirmiers.

La structure comprend aussi Onsite qui est composée de douze chambres avec salle de bains privées pour une désintoxication volontaire grâce à l’aide de psychologues et de médecins.

Ce sont des logements de transition afin de pouvoir orienter les usagers vers un programme de traitement de la dépendance à long-terme et des services d'aide au logement [54].

Les résultats montrent que depuis 2003, Insite a reçu 1,8 millions de consommateurs de drogues [54].

En 2010, il y a eu [54]:

- Une moyenne de 587 injections par jour
- 221 interventions (overdoses sans décès)
- 3383 interventions médicales
- 5268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux dont la plupart sont des services de désintoxication et de traitement de la dépendance
- 458 admissions au service de désintoxication Onsite avec un taux d'achèvement de programme de 43% en 2010

Grâce aux conditions d'exemption d'Insite, des analyses scientifiques ont été réalisées démontrant que la SCMR [54] :

- Est utilisée par des personnes contaminées par le VIH et des hépatites et des personnes ayant un fort risque d'overdoses
- A réduit les comportements à risque grâce à l'accès au matériel stérile et aux préservatifs
- Permet d'orienter les usagers vers des programmes de traitement de la dépendance (augmentation de 30% des programmes)
- A réduit le nombre de cas d'overdose. 48 décès par overdoses ont été évités en quatre ans
- A fournir un lieu sûr pour les femmes afin de les protéger des dangers liés à la consommation de drogues dans la rue
- A prévenu plus de 80 infections au VIH par an et donc fait économiser à l'Etat près de 17,6 millions de dollars de frais liés à la prise en charge du VIH
- A empêché 35 nouveaux cas de VIH et a évité en moyenne trois morts par an. Cela permet de générer un bénéfice de six millions de dollars par an [62]

- A amélioré l'ordre public en baissant le nombre d'injections dans les lieux aux alentours de la structure

Les études font remarquer qu'il n'y a pas d'effets négatifs potentiels d'Insite et que cela n'a pas fait augmenter la consommation de drogues, ni empêcher les usagers d'arrêter leur consommation ou de se faire soigner.

Autour de la structure, il n'y a pas eu de hausse de la criminalité liée à la drogue.

En revanche, il y a eu une baisse du taux d'effraction de voitures [54].

En septembre 2011, la décision de la Cour Suprême du Canada a statué que le Ministre fédéral de la Santé doit valider les demandes d'exemption afin d'aider les SCMR à s'installer dans d'autres villes canadiennes sans condamnation.

Suite à cela, en octobre 2011, la ville de Montréal et la ville de Québec ont annoncé le projet d'ouvrir des centres identiques dans plusieurs sites et le ministre provincial, au début réticent s'est prononcé favorablement [54].

En 2017, la ville de Montréal (3 millions d'habitants) compte trois salles de consommation à moindre de risque [63].

2.2 Sydney



Figure 31 - Photo de la SCMR à Sydney (source : <http://idpc.net>)

En 1998, à la Uniting Church située à King Cross (Sydney), une SCMR non autorisée a été ouverte durant quelques semaines puis fermée par la police. Par la suite, trois gouvernements australiens ont tenté d'ouvrir de nouvelles SCMR sans succès [64].

En Mai 2001, à Sydney, le Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) est la première et unique SCMR officielle qui a été ouverte [64,65].

Les critères d'admissibilités sont :

- Avoir au minimum 18 ans
- Interdiction aux femmes enceintes
- Être un usager déjà dépendant
- Interdiction de vendre ou d'échanger des drogues à l'intérieur
- Un temps de consommation limité à 30 minutes

La SCMR est composée d'une salle d'attente et une salle d'évaluation.

La salle d'injection contient huit cabines. Par la suite, les usagers peuvent aller dans la salle de repos [58].

Des services de santé, d'aide sociale, d'aide au logement, d'aide juridique et autres services de sécurité sociale sont proposés aux usagers de la structure [58].

De mai 2001 à avril 2007, la MSIC a permis d'atteindre une population marginalisée c'est-à-dire, des personnes s'injectant des drogues dans les lieux publics, qui n'ont pas accès aux services médicaux adéquats, sans domicile fixe, avec incarcération auparavant et un niveau faible d'étude [66].

Comme en Europe, à Sydney :

- L'héroïne est la drogue la plus injectée durant les six années de l'expérience (62% des injections) [66]
- Il y a eu 12 050 usagers entre mai 2001 et avril 2010 avec 3 nouveaux clients par jour en moyenne [58]
- La proportion est de 74% d'hommes pour 26% de femmes [58]
- L'âge moyen est de 33 ans [58]
- 191 673 injections publiques auraient été évitées grâce à la présence du MSIC [66]

- Il y a eu 4 400 interventions dans les cas d'overdoses avec aucun décès [58]. Cela suggère que le MSIC est efficace pour prévenir la morbidité et la mortalité liées à la drogue [66]
- Le personnel a fourni 44 082 autres services tels que des renseignements sur les drogues et des conseils sur le traitement de la dépendance [66]
- Le nombre de seringues retrouvées aux alentours a diminué de 50% suite à l'ouverture de la MSIC [66]
- Une réduction de risque de transmission des virus par voie sanguine ont été observé [58]
- 70% des habitants et 58% des entreprises aux alentours du centre y sont favorables après l'ouverture de la SCMR [65]
- En 2005, il y a eu une baisse de 40% de l'utilisation de l'héroïne et en 2012, une baisse de 15% d'utilisation de cocaïne [58]

Le rapport d'évaluation de Nchech et Bocsar indique que le MSIC a réduit les conséquences sur la santé de la consommation de drogues injectables et les injections dans les lieux publics.

Ce centre donne aux populations marginalisées la possibilité de commencer des traitements substitutifs et accès à des aides sociales [66].

Des études ont montré qu'il n'y a pas eu d'augmentation de trafic de drogue, d'agressions ou de vols [65].

En conclusion, il n'y a pas eu d'augmentation de la criminalité ou de perturbation sociale dans le voisinage [66].

3. Etude du rapport bénéfice/risque des salles de consommation à moindre risque dans le monde

3.1 Evaluation des dispositifs

La Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas dans les années 1990 sont les pionniers au niveau de l'installation des salles à consommation à moindre risque. Ils ont donc mis en place des études permettant d'examiner le fonctionnement de ces structures et leurs effets [52].

Le Canada et l'Australie par la suite, ont réalisé des essais cliniques (Australian MSIC Evaluation Committee, 2003) et des investigations approfondies (Kerr T et al. 2003 et 2008).

Des évaluations ont été réalisées par l'INSERM en 2010, l'EMCDDA en 2004, 2010, 2014 et FERARISH (Suisse) en 2009 [52].

Généralement, les SCMR sont très bien acceptées et très utilisées par leur population cible [52].

En revanche, d'après l'étude de l'Institut Trimbos de 2011, certaines personnes ne se sentent pas concernées par ces SCMR, comme par exemple, les consommateurs issus de l'Europe de l'Est, les alcooliques, les migrants, les jeunes consommateurs et les consommateurs nomades [52].

3.2 Les SCMR : un premier pas vers les services de soins

Ces structures permettent de référencer et diriger ces usagers de drogues vers des services de soins (médicaux, sociaux). C'est le premier contact avec ce public exclu de la société et des établissements de soins [52].

Toutes les études démontrent que les SCMR ont un effet bénéfique sur les processus de soins ou le traitement de la dépendance [52].

D'après le rapport de l'étude Insite de Vancouver, 50% des consommateurs sont référés vers des services de soins et dans 37 % des cas ils sont envoyés vers des services spécialisés afin d'entamer des cures de désintoxication et des traitements de la dépendance [52].

De plus, la majorité des usagers viennent dans ces salles pour consommer de la drogue mais 20% d'entre eux viennent consulter des services de soutien [52].

Les SCMR sont donc une première étape vers les soins et le changement de vie pour ces usagers. Ce sont des structures qui promeuvent la santé [52].

3.3 Réduction des risques d'overdoses et d'infections

Dans les différentes études, les usagers fréquentent ces lieux pour s'injecter ou inhaler de la drogue sans stress, dans de bonnes conditions hygiéniques, en toute sécurité et hors d'atteinte de la police [52].

Durant les 25 dernières années, aucune étude ne révèle d'overdoses et de décès dans les SCMR [52].

Il y a seulement 0,5 à 7 overdoses pour 1 000 injections relatées dans les diverses études [52].

Le personnel est formé pour intervenir en cas d'urgence médicale [52].

La prise en charge est rapide et efficace grâce à l'administration d'oxygène dans 75% des cas et de naloxone dans 25% des cas [65].

A travers ces études, on remarque que ce dispositif a permis d'éviter dix décès en Allemagne, quatre à Sydney, douze à Vancouver. Le nombre de décès aux alentours des SCMR aurait baissé de 35% durant les deux années suivant l'ouverture de la structure [52,65].

L'étude de Kerr et al. 2006 et de Poschadel et al. 2002 font le constat d'une nette baisse des décès liés aux drogues autour des centres [52].

Grâce à ces centres qui offrent des conditions de sécurité et d'hygiène et encouragent les consommateurs à pratiquer leurs injections avec des seringues stériles sans les partager, les études montrent une réduction importante des risques liés à ces pratiques [52].

Sur les transmissions de maladies infectieuses, les études sont peu claires et difficiles à estimer (Hedrich et autres, 2000) [52].

L'évaluation de la SCMR de Vancouver et une étude Madrilaine et Barcelonaise ont montré une baisse du partage des seringues [52].

L'étude de Sydney apporte la preuve que les SCMR ont contribué à la diminution du taux de nouvelles infections de VIH et VHC.

A Vancouver, 80 infections par an auraient été prévenues grâce à ces structures [52].

3.4 Impact sur les nuisances publiques et la criminalité

Une stabilisation de la criminalité après l'ouverture des SCMR est démontrée en grande majorité par les évaluations. En effet, selon ces études, il n'y a aucune augmentation de violence ou de criminalité [52].

A Vancouver, l'étude fait le constat d'une diminution du taux d'effractions de voitures aux alentours du centre [52].

Le comité d'évaluation de MSIC de 2003 à Sydney met en exergue qu'aucune hausse des crimes (vols en particulier) n'a été constatée.

De plus, une diminution du nombre d'infractions imputables à la baisse de l'offre de l'héroïne et aucune augmentation de personnes trainant liés à l'usage de drogues sont mis en avant [52,65].

A Genève selon l'étude de 2003, il n'y a aucun impact de l'ouverture de ces structures sur le taux de cambriolages, d'agressions, de vols et de menaces [52].

Les rapports des études font état d'une forte diminution des seringues et des déchets liés aux drogues retrouvés sur les lieux publics, ainsi qu'une baisse d'injecteurs dans la rue [52].

En ce qui concerne l'acceptation de la population, à Sydney après l'ouverture des SCMR, plus de 70% des habitants et 58% des entreprises aux alentours y étaient favorables [65].

3.5 Le coût-efficacité

Malgré la difficulté à rapporter ces données, à Vancouver, les SCMR sont économiquement rentables et permettent une diminution du nombre de contaminations au VIH et hépatites ainsi que les overdoses [65].

Sur dix ans, cela engendrerait une économie de 14 millions de dollars et 920 années de vie ainsi que 1191 infections au VIH et 54 au VHC évitées [65].

3.6 Réponses face aux craintes engendrées par l'ouverture des SCMR

Les SCMR n'ont pas d'incidence sur l'augmentation ou la diminution de consommation et d'injection de drogues [52].

Il n'y a pas d'effet délétère quant à l'entrée et au maintien d'un traitement de substitution [52].

Dans l'étude de l'institut Trimbos aux Pays-Bas (2011), le pourcentage d'opinion favorable des riverains face à ces structures est passé de 42% en 2003 à 80% en 2010 [52].

D'après l'étude Insite de Vancouver, il n'y a pas d'éléments qui montrent que les SCMR influencent le taux d'usagers de stupéfiants et qu'ils augmentent le nombre de rechute chez les UDI [52].

3.7 Conclusion du rapport bénéfice/risque

D'après le rapport 2015 de l'EMCDDA, les SCMR permettent de maintenir le lien avec les consommateurs de drogues à haut risque qui ne se sentent pas prêts ou ne veulent pas arrêter de prendre des drogues.

Dans la plupart des pays européens ayant mis en place ce genre de structure, les SCMR sont intégrées aux services à bas seuil de l'offre de soins [52].

En Suisse et en Espagne, certaines salles ont fermées à cause du coût budgétaire mais aussi grâce à la diminution de consommation de drogues injectables [52].

Ces nombreuses études mettent en évidence que les SCMR répondent aux objectifs de réduction de risques pour les consommateurs de drogues. En effet, les structures touchent des personnes précarisées et marginalisées qui ne se rendaient pas dans des établissements médico-sociaux [65].

Les bénéfices de ces SCMR sont [65] :

- Conditions et matériels hygiéniques et sécuritaires
- Conseils et informations sur les techniques d'injection
- Prise en charge efficace pour les overdoses (oxygène et naloxone)
- Soins médicaux notamment en cas d'infections
- Prévention des maladies transmissibles par le sang
- Prise en charge des addictions et mise en place de traitements de substitution
- Possibilité de réinsertion sociale grâce aux services de santé
- Diminution des injections en public et des seringues abandonnées sur les lieux publics
- Aucun encouragement à consommer les drogues
- Pas d'augmentation de criminalité, ni de trafic de drogue
- Economiquement rentable

III. Mise en place de salle de consommation à moindre risque en France

1. Texte de loi : Arrêté du 22 mars 2016

Annexe de l'Arrêté du 22 mars 2016 [67]

D'après l'arrêté du 22 mars 2016 de la Loi santé de Marisol Touraine, les objectifs généraux des SMCR sont :

- « Contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile.
- Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions.
- Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.
- Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.
- Réduire les nuisances dans l'espace public. » [67]

Et les objectifs spécifiques sont :

- « Atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins.
- Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages.
- Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique.
- Encourager et faciliter l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires » [67].

Cet arrêté a pour missions principales :

- « Accueil personnalisé
- Mise à disposition de postes de consommation adaptés et permettant un usage supervisé
- Mise à disposition de matériel stérile adapté aux consommations des usagers
- Supervision
- Accompagnement aux pratiques d'injection à moindre risque
- Soins médicaux et infirmiers
- Dépistage des infections transmissibles (VIH, VHB, VHC)
- Orientation vers des structures de prise en charge médico-sociales, sanitaires ou sociales
- Information, orientation et soutien aux démarches administratives d'accès aux droits
- Participation à la médiation et à la prévention des nuisances aux abords du service, en lien avec les services de voirie et les forces de sécurité
- Participation au système de veille et d'alerte » [67]

2. Ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Paris :



Figure 32 - Photo de la SCMR à Paris (source : <https://www.franceinter.fr>)

La première salle de consommation à moindre risque appelée aussi « salle de shoot » a ouvert ses portes à Paris le mardi 11 octobre 2016. Cette structure de plus de 400 mètres carré a été inaugurée par la ministre de la santé de l'époque, Marisol Touraine [68].

C'est un projet de la Loi santé voté en décembre 2015, qui autorise l'expérimentation durant six ans. D'après l'arrêté du 22 mars 2016 « La durée totale de l'expérimentation nationale est fixée à six ans à compter de la date d'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque » [67].

Chaque projet de SCMR doit être opérationnel pour une durée minimale de trois ans [67].

Elle se situe sur une zone accolée à l'hôpital de Lariboisière dans le 10^{ème} arrondissement de Paris tout près de la gare du Nord mais indépendante de l'hôpital. C'est un lieu spécialement dédié à la consommation de drogue disposant de sa propre entrée ouverte sur la rue [68]. Selon l'arrêté du 22 mars 2016 « La mise en œuvre des expérimentations de salles de consommation à moindre risque est confiée par arrêté ministériel à des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages.

La consommation de substances psychoactives n'étant pas autorisée dans les locaux d'un CAARUD, la salle de consommation devra donc être située dans un lieu distinct.

Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'injections, aux produits, aux modes de consommation et aux habitudes des usagers. Il doit être situé à proximité des lieux de consommation afin d'être proche des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles » [67].

C'est une structure qui accompagne vers le soin et améliore la santé des usagers ainsi que la sécurité sanitaire de ces derniers. L'idée est de créer du lien entre ces usagers et les structures sociales, sanitaires, de réduction des risques [69].

L'enregistrement des usagers est anonyme (enregistrement avec leur pseudonyme) et encadré par des professionnels de santé [68].

Lors de la première visite, un entretien est réalisé avec une assistance sociale afin de faire le point sur le parcours, sur les habitudes de consommation afin d'obtenir un engagement à respecter le règlement des lieux par l'utilisateur [55].

Lors de cet entretien, le règlement de fonctionnement de la salle est communiqué précisant les droits et devoirs des personnes accueillies et des intervenants, ainsi que les règles d'hygiène et de sécurité des SCMR [67].

La drogue est amenée par les usagers qui doivent la montrer au personnel soignant afin d'obtenir un ticket, puis il va patienter dans la salle d'attente jusqu'à ce que son numéro s'affiche. Il est interdit de vendre ou partager sa consommation de drogues. Cela peut entraîner une exclusion immédiate, temporaire ou définitive des lieux [67].

Le matériel stérile d'injection ou d'inhalation est fourni par la structure. De plus, « Sous la responsabilité du médecin, un chariot d'urgence, contrôlé à échéances régulières, doit être mis en place. Il comprend obligatoirement de la naloxone pour les cas de surdose d'opiacés. La commande des médicaments se fait directement auprès de fabricants, de distributeurs ou de grossistes répartiteurs qui sont autorisés à fournir les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues disposant d'une SCMR, en effectuant un suivi individualisé des lots et, s'il y a lieu, leur retrait » [67].

La salle de consommation parisienne est composée de six cabines individuelles pour les injections afin de préserver l'intimité des usagers. De plus, la structure dispose de six places supplémentaires qui peuvent être aménagées si l'affluence augmente. On retrouve aussi une salle pour les usagers de drogue par inhalation avec une hotte aspirante.

La structure dispose aussi d'un système d'alerte visuelle ou sonore en cas d'incident, d'un dispositif de récupération des matériels utilisés etc. [67].

Les usagers auront environ 30 minutes pour préparer leur drogue et la consommer. Une seule consommation (injection ou inhalation) est autorisée par session.

Le personnel n'aide pas physiquement à l'injection mais peut donner des conseils de sécurité [55].

Pour que ce centre soit sécuritaire pour les usagers, la structure dispose d'une salle de repos où les usagers sont en contact avec des infirmiers, des travailleurs sociaux, des médecins, des éducateurs etc. [68].

D'après l'arrêté du 22 mars 2016 « l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Le personnel répond aux qualifications professionnelles du secteur médico-social.

Deux intervenants, dont au moins un infirmier complètent pour la prise en charge des urgences liées à l'usage de drogues, sont présents à tout moment dans l'espace de

consommation : l'un accueille et gère le flux de personnes et le matériel, l'autre supervise les consommations et intervient selon les protocoles définis.

Un poste spécifique d'agent de sécurité doit être créé pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation. En fonction de l'analyse des acteurs locaux et du contexte, le nombre de ces agents peut être augmenté. Des vacations médicales doivent être organisées.

D'anciens usagers, formés à la réduction des risques, peuvent assister le professionnel de santé ou du secteur médico-social, dans tous les espaces autres que l'espace de consommation. Ils ne sont pas autorisés à participer à la mission de supervision » [67].

Le but est de renouer le contact en apportant une relation de confiance et d'écoute envers cette population très précarisée qui a besoin d'aide et qui échappe aux structures existantes [69].

Ces salles de shoot sont destinées à réduire les risques liés à la prise de drogues, en accueillant les usagers majeurs de stupéfiants et autres substances psychoactives.

Elles permettent de limiter le risque d'overdose et de transmission des maladies [70].

Ce projet est porté par l'association Gaïa Paris et médecins du monde qui oeuvrent tous les jours de 13h30 à 20h30 à l'accueil des usagers. L'association Gaïa est gestionnaire de l'établissement financé par la Sécurité sociale à hauteur d'environ un million d'euros par an [69].

Selon l'arrêté du 22 mars 2016 « Le financement de l'expérimentation est assuré en partie par l'Etat et plus précisément par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les objectifs poursuivis par cette expérimentation s'inscrivent pleinement dans le champ du Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) au titre de son intervention de lutte contre les infections VIH/hépatites [71].

Des co-financements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), d'associations et de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) [70].

La programmation des financements nécessaires est assurée pour toute la durée de l'expérimentation » [67].

Les SCMR attendent environ deux cents personnes par jour, elles sont interdites aux mineurs, [55] « la salle de consommation à moindre risque s'adresse à un public d'usagers injecteurs de substances psychoactives, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les

risques. En cas de doute, le personnel exige à tout moment que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie » [67].

Les SCMR s'adressent aux toxicomanes consommant des drogues tels que l'héroïne, le crack, le subutex®, la méthadone, le sulfate de Morphine et nouveaux produits de synthèse [55,70].

A l'intérieur des salles, les usagers ne pourront pas être poursuivis pour "usage illicite et détention illicite de stupéfiants" tant que la quantité de drogue amenée est limitée à l'usage personnel [72].

3. Ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Strasbourg

La salle de consommation à risque strasbourgeoise appelée « Argos » a ouvert ses portes le 7 novembre 2016 après sa grande sœur parisienne [73,74].

L'association Ithaque gère la SCMR afin d'accueillir tous les jours de l'année de 13h à 19h [75] les usagers de drogues voulant consommer en toute sécurité [73,74].

80 usagers sont attendus tous les jours soit 120 à 150 passages quotidiennement [73].

La SCMR est située à la place de l'ancien bâtiment de chirurgie thoracique à l'intérieur de l'hôpital civil avec sa propre entrée indépendante de l'hôpital [73,74].

Argos sera en première ligne pour accompagner les usagers de drogue pour les aider à sortir de leur addiction et permettre un suivi social et sanitaire [73]. Un vigile est présent afin de surveiller et éviter les désagréments ou les trafics [74]. Les chiens sont autorisés dans la structure mais pas dans les salles d'injection [74].

La salle nécessite un personnel parlant aussi allemand du fait de la localisation transfrontalière de cette dernière [75].

Dans un article du Monde réalisé par Mr Chappard (président de Psychoactif) et Mr Couteron (psychologue) [74], on relève, qu'en Alsace, la consommation d'héroïne et de cocaïne prédomine, mais pas de Subutex®, alors qu'à Paris, c'est le sulfate de morphine qui est le plus consommé [74].

Il semblerait qu'il y ait une plus forte proportion de femmes qu'à Paris, c'est-à-dire un tiers de femmes pour deux tiers d'hommes utilisateurs [74].

La salle est composée de trois espaces avec l'accueil, l'espace de consommation et la salle de repos.

L'espace de consommation contient huit postes d'injection et quatre postes d'inhalation [73].

Elle offre aussi de nombreux services comme la possibilité de prendre une douche, un repas et avoir un accompagnement social et médical [74].

Elle propose un test de la substance amenée grâce au programme Sintès, le dépistage rapide du VIH, VHC et bénéficier d'une fibro-hépatique [74].

Une aide médicale, sociale et psychologique sera également dispensée [73].

La directrice d'Ithaque dit « qu'ils ont voulu autant proposer des consultations médicales et psychologique que de travailler sur un accompagnement social individuel ». Il s'agit « d'un lieu sans stigmatisation, où l'on ne juge pas le parcours ou le choix de vie des consommateurs » [75].

Comme à Paris, le temps d'utilisation des postes est de trente minutes, les intervenants ne pratiquent pas les gestes mais conseillent les usagers sur les bonnes pratiques [73].

Deux grammes de produit ou sept gélules/comprimés sans prescriptions sont acceptés dans l'enceinte et les alentours [74].

Grâce au procureur de Strasbourg, les consommateurs ne sont pas arrêtés dans la salle et dans les rues aux abords immédiats pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants, car une zone de tolérance a été créée [75].

Contrairement à Paris, le projet a été soutenu par Roland Ries, maire de la ville, depuis 2011 [73] ; 90% des élus strasbourgeois ont voté favorablement à l'ouverture de cette SCMR [75].

Le fonctionnement est pris en charge par l'assurance maladie, les partenaires du projet, la ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé (ARS), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'Eurodistrict à hauteur de 950 000 euros [73].

L'expérimentation durera six ans afin d'apporter une tranquillité publique et la réduction des risques pour les usagers [73].

L'évaluation scientifique du projet sera réalisé par l'Inserm [73].

4. Ouverture prochaine d'une salle de consommation à moindre risque à Bordeaux

L'ouverture d'une SMCR bordelaise au sein de l'hôpital Saint-André devrait avoir lieu en début d'année 2018, grâce à l'association La CASE. [76].

Alain Juppé, Maire de Bordeaux, est favorable au projet ainsi que la région Aquitaine dirigée par Alain Rousset [77].

Les habitants et les commerçants du quartier Victor-Hugo n'y sont pas favorables pour le moment [76].

La CASE est une association issue du programme de réduction des risques ouvert à Bordeaux depuis 1994 par Médecins du Monde. Elle est fondée et soutenue par Médecins du Monde en 2006 à l'occasion de la création des CAARUD dont elle s'est vue confier la gestion en 2007. L'association est agréée et financée par l'ARS [78].

La CASE a pour objectif de [78]:

- Prendre en charge des personnes ayant une problématique d'addiction avec les dimensions sociales, médicales, psychologiques
 - Faire des actions de prévention et d'information auprès des usagers
 - Participer à des travaux de recherche et d'évaluation dans le champ de l'addiction
- Par exemple, elle participe à la recherche COSINUS (Inserm, MILDECA) par le Laboratoire Sanpsy, équipe «Psychiatrie et addiction» (USR3413, CNRS - Université Bordeaux 2) : cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues et de l'impact des Salle de Consommation à Moindres Risques [79].
- Former et informer les acteurs de prévention et développer des formations pour le personnel de l'association

En contactant l'association, Madame Cécile Laufman (Assistante administrative) m'a répondu que la salle de consommation à moindre risque était en attente de l'autorisation imminente émanant de l'ARS et du ministère.

IV. Conséquences positives et négatives suite à l'ouverture de salle de consommation à moindre risque en France

Depuis l'ouverture de la première SCMR à Paris en octobre 2016, 800 toxicomanes se sont inscrits comme utilisateurs de la structure (l'inscription n'étant pas obligatoire) [80].

Le bilan chiffré fourni par l'association Gaïa est plutôt positif [81] :

- En moyenne il y a 165 actes de consommation de drogues chaque jour, soit 53 582 consommations en un an dont 38 058 injections [80,81]
- La substance la plus utilisée dans cette salle est le skenan® (sulfate de morphine) [81]
- A ce jour, aucune overdose n'a été recensée.
- Toutes les trois semaines en moyenne, une personne a subi une intervention de l'équipe de réanimation ou des urgences à l'hôpital Lariboisière [80,81]
- 123 dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites) ont été réalisés [80,81]. Plus de 40% des consommateurs de drogue par injection ou inhalation en France sont infectés par le VHC et plus de 10% par le VIH en 2011 [80]
- Les médecins et infirmiers de Gaïa ont réalisé 827 consultations sanitaires et 324 consommateurs ont été pris en entretiens sociaux, portant sur des questions administratives, de logement, de problèmes judiciaires [80,81]. Ces entretiens ont permis de confirmer que 52% des usagers ont un logement précaire et 43% sont sans revenus [81]
- Aux alentours de l'établissement, l'association Gaïa a mené 200 maraudes de médiation sociale
- Le comité de voisinage s'est réuni sept fois afin de répondre aux préoccupations des riverains [80,81]
- La police a contrôlé 4303 individus, parmi eux 1098 avaient des stupéfiants pour leur consommation personnelle (limites fixées par le procureur de la République).
En revanche, 1453 personnes étaient en infraction dont 1185 avec la législation sur les stupéfiants [80]

La mise en place de ce dispositif permet de sauver des vies grâce à la baisse de décès et des transmissions de maladies infectieuses comme constaté à l'étranger [62].

Cela permet aussi des économies substantielles sur les dépenses de santé.

L'impact économique de ces dispositifs n'est pas systématiquement mesuré, contrairement aux bilans sanitaires. Pourtant, il y a des effets non négligeables sur les dépenses des systèmes de santé [62].

Depuis l'ouverture de la SCMR, les nuisances dans le voisinage sont toujours déplorées [81].

Le maire du Xe arrondissement Rémi Féraud déclare « un an après, la salle a démontré toute son utilité puisqu'elle accueille plus de 150 usagers chaque jour. Mais les progrès en terme de tranquillité publique dans le quartier ne sont pas assez visibles » [81].

Le collectif « stop salle de shoot » en opposition avec la structure dénonce l'augmentation de deal, de consommation de drogues dans la rue, de bruits, et parfois de prostitution aux alentours de la salle [82].

Régulièrement, un groupe d'opposants diffusent des vidéos sur internet pour dénoncer les désagréments dont ils sont victimes [83].

Si la majorité des riverains se disent plutôt satisfaits [83], des progrès restent à faire pour améliorer le climat d'insécurité [81].

Grâce à l'ouverture de la SCMR, l'ampleur du problème de la drogue, face auquel les capacités de la salle semblent insuffisantes a été révélée. « Ce qui est vraiment à déplorer, c'est qu'il reste des gens dans la rue qui n'ont pas accès au dispositif » raconte Elisabeth Avril. Il faudrait selon elle, ouvrir d'autres salles similaires en Île-de-France et ailleurs « si on compare à d'autres pays européens, la France est très en retard » [76].

La salle reste pour l'instant un dispositif expérimental de six ans. Son impact sur la mortalité liée aux overdoses et ses effets sur le quartier sont en cours d'évaluation par les chercheurs de l'Inserm [83].

CONCLUSION

La création des salles de consommation à moindre risque répond aux objectifs de réductions des risques liés à la consommation de drogue.

En effet, elles touchent une population marginalisée et précarisée qui jusqu'à l'ouverture des établissements n'allait pas dans des structures médico-sociales.

Les bénéfices apportés par ces SCMR sont :

- L'utilisation de matériel sécuritaire et stérile avec une injection conseillée par un personnel qualifié
- La prise en charge efficace des overdoses avec des soins médicaux
- La recherche et la prévention des maladies transmissibles (VIH et hépatites)
- L'aide pour la mise en place de traitement de la dépendance
- Le changement positif des comportements à risques des usagers de drogues, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie et de santé des usagers
- La diminution du nombre d'usagers s'injectant les drogues dans les lieux publics, ainsi que le nombre de seringues abandonnées aux alentours des centres

De plus, les SCMR n'encouragent pas à la consommation de drogues et n'augmentent pas la criminalité, ni le trafic de drogue.

Elles sembleraient économiquement rentables.

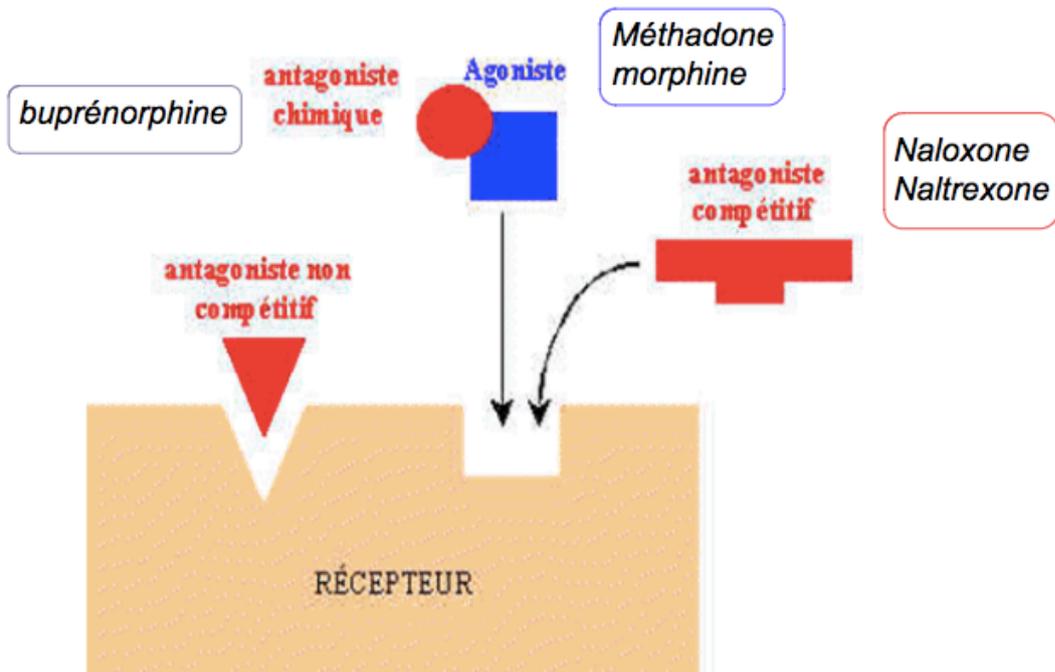
Malgré les avantages de ces SCMR, les craintes de la population et des riverains aux abords des salles sont présentes. Si l'opinion publique est souvent contre l'introduction de ces SCMR, l'acceptation publique est considérablement élevée dans les endroits où elles sont implantées, vu que l'ouverture conduirait à une amélioration des problèmes de santé et de l'ordre public.

Ce type de programme de réduction des risques reste en demi-teinte car la drogue est autorisée à l'intérieur des établissements alors que la loi et les forces de police la condamnent à l'extérieur.

ANNEXES

Annexe mécanismes d'actions Buprénorphine-Méthadone-Naloxone (source : Dr Guillou Morgane -

Service d'addictologie - CHU Nantes)



Annexe des traitements du VHC en 2017 [28]

Recommandations de traitement des patients jamais traités auparavant par agent antiviral direct

Conditions	Traitement	Durée (semaines)	Preuve
Génotype 1			
	Sofosbuvir + Velpatasvir	12	A
Pas de cirrhose	Sofosbuvir + Ledipasvir	8	A
Génotype 1b	Grazoprevir + Elbasvir	12	A
Génotype 1 a et ARN VHC < 800 000 UI/ml	Grazoprevir + Elbasvir	12	A
Génotype 1b sans fibrose sévère jamais traités	Paritaprevir/r + Ombitasvir + Dasabuvir	8	A
Génotype 1b	Paritaprevir/r + Ombitasvir + Dasabuvir	12	A
Pas de cirrhose	Glecaprevir + Pibrentasvir	8	A
Cirrhose	Glecaprevir + Pibrentasvir	12	C
Génotype 2			
	Sofosbuvir + Velpatasvir	12	A
Pas de cirrhose	Glecaprevir + Pibrentasvir	8	A
Génotype 3			
	Sofosbuvir + Velpatasvir	12	A
	Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir	8	A
	Glecaprevir + Pibrentasvir	12	A
Génotype 4			
	Sofosbuvir + Velpatasvir	12	A
Jamais traité	Grazoprevir + Elbasvir	12	B
Pas de cirrhose	Glecaprevir + Pibrentasvir	8	B
Génotype 5 & 6			
	Sofosbuvir + Velpatasvir	12	B
Pas de cirrhose	Glecaprevir + Pibrentasvir	8	C

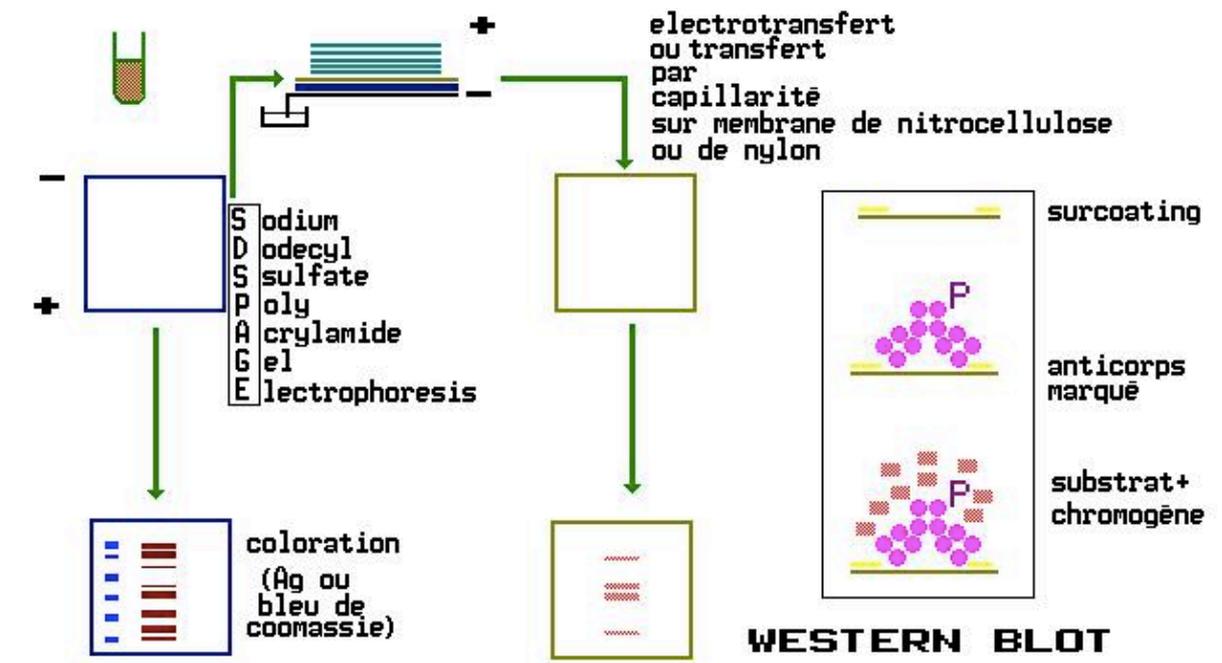
Conditions	Traitement	Durée (semaines)	Preuve
Cas particuliers des cirrhoses décompensées			
Tous génotypes	Sofosbuvir + Velpatasvir + ribavirine	12	B C AE

La présentation des recommandations prend en compte de façon globale le niveau de preuve, l'efficacité, la tolérance et la simplicité d'utilisation. Les recommandations en italique correspondent aux médicaments non encore disponibles en 2017

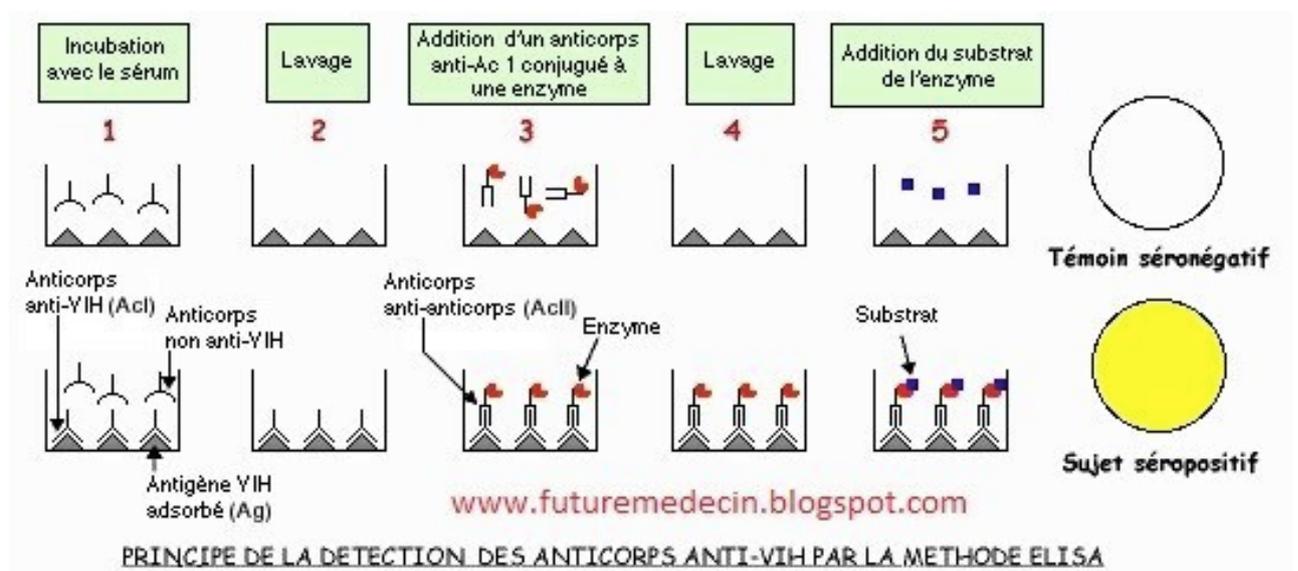
Recommandations de traitement des patients en échec d'un traitement par agent antiviral direct

Conditions	Traitement	Durée (semaines)	Preuve
Echec d'un traitement sans anti-NS5A			
	Sofosbuvir + Velpatasvir + ribavirine	12	AE
	Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir	12	A
	Glecaprevir + Pibrentasvir	12	B
Echec d'un traitement avec anti-NS5A			
Génotype 1 et 4	Sofosbuvir + Grazoprevir + Elbasvir + ribavirine	16	C
	Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir	12	A
	Glecaprevir + Pibrentasvir	12	B
Génotype 3 cirrhose	Sofosbuvir + Velpatasvir + Voxilaprevir + ribavirine	12	AE

Annexe Schéma du fonctionnement du test WESTERN BLOT [32]



Annexe Schéma du fonctionnement du test ELISA [33]



Sida : des autotests de dépistage

Les autotests permettent de dépister le VIH de type 1 et 2

Fonctionnement :

1 Prélèvement d'un échantillon de salive

2 Insertion de l'échantillon dans une solution de solvant qui détecte les anticorps

3 20 minutes plus tard les résultats s'affichent

Exemple de résultat « **Négatif** »

Une ligne apparaît sur la zone «Contrôle» (C); pas de ligne au niveau de la zone «Test» (T)

Exemple de résultat « **Positif** »

Une ligne apparaît sur la zone «Contrôle» (C) et au niveau de la zone «Test» (T)

Si résultat positif

Fiabilité à 92,9%

Attention, un résultat **positif** ne signifie pas forcément une infection par le VIH (une confirmation est nécessaire).

Si résultat négatif

Fiabilité à 99,8%

Attention, un résultat **négatif**, les 3 premiers mois après l'infection, ne signifie pas obligatoirement l'absence du virus.

Sources : FDA, médias 

Annexe des traitements du VIH actualisés en 2015 par l'équipe du Pr Morlat [34]

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Actualisation 2015 du rapport 2013

Annexe : tableau synoptique des antirétroviraux commercialisés en 2015

DCI Spécialités	Doses habituelles chez l'adulte	Coût mensuel au Prix CEPS TTC (€)	Précautions d'emploi
INHIBITEURS NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE			
Abacavir Ziagen®	300 mg x 2/j ou 600 mg x 1/j	283	Patient négatif pour HLA-B*5701. En cas d'hypersensibilité avérée ou suspectée, l'abacavir doit être arrêté et sa réintroduction est formellement et définitivement contre-indiquée.
Emtricitabine Emtriva®	200 mg x 1/j	160	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB.
Lamivudine Epivir®	150 mg x 2/j Ou 300 mgx1/j	143 Ge 74	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB.
INHIBITEUR NUCLEOTIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE			
Ténofovir Viread®	245 mg x 1/j au cours d'un repas	363	Risque de néphrotoxicité (insuffisance rénale et syndrome de Fanconi). La surveillance rénale (clairance de la créatinine, protéinurie et mesure de la phosphorémie) est recommandée avant l'initiation du traitement, puis toutes les 4 semaines pendant la première année de traitement, puis tous les 3 mois les années suivantes. Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB.
INHIBITEURS NON NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE			
			Communes à la classe : Inactifs sur VIH-2 et VIH-1 du groupe O. Risque d'éruption cutanée et d'hypersensibilité.
Efavirenz Sustiva®	600 mg x 1/j au coucher	251 Ge 136	Signes neuropsychiques, souvent transitoires, à l'introduction du traitement. Contre-indiqué chez la femme enceinte pendant le 1 ^{er} trimestre.
Etravirine Intelence®	200 mg x 2/j ou 400 mg x 1/j	502	
Névirapine Viramune®	200 mg x 1/j pendant 14 jours puis 200 mg x 2/j ou forme LP 400mgx1/j	55 223 Ge 121 121	Non-recommandé si CD4 > 400/mm ³ chez les hommes et > 250/mm ³ chez les femmes en raison d'une majoration du risque d'hépatotoxicité. Au cours des 16 premières semaines de traitement, il est nécessaire de surveiller les transaminases tous les 15 jours en raison de la survenue possible d'une hépatite médicamenteuse.
Rilpivirine Edurant®	25 mg x 1/j au cours d'un repas	267	Interactions avec les inhibiteurs de la pompe à protons.

DCI Spécialités	Doses habituelles chez l'adulte	Coût mensuel au Prix CEPS TTC (€)	Précautions d'emploi
INHIBITEURS DE LA PROTEASE			
	Au cours d'un repas pour tous		Communes à la classe : dyslipidémie, hyperglycémie, lipodystrophie ; troubles digestifs. Interactions médicamenteuses à vérifier systématiquement (CYP 3A4 ou UGT1A1).
Atazanavir/ritonavir Reyataz [®] /Norvir [®]	300/100 mg x 1/j ou 400 mg x 1 (sans ritonavir)	452/26 452	Hyperbilirubinémie non conjuguée, lithiase rénale Interactions avec les inhibiteurs de la pompe à protons
Darunavir/ritonavir Prezista [®] /Norvir [®]	Patient naïf : 800/100 x 1 Patient prétraité : 600/100 x 2	452/26 732/52	
INHIBITEUR D'INTEGRASE			
Raltegravir Isentress [®]	400 mg x 2/j	609	Bonne tolérance clinique et biologique. A utiliser avec prudence en cas de co-administration avec inducteurs de l'UGT1A1
Dolutegravir Tivicay [®]	50 mg x1/j	609	Interactions avec les antiacides topiques, les sels de Ca++ et de Fer et les inducteurs enzymatiques
PRÉSENTATIONS COMBINÉES			
Kivexa [®]	1 cp	410	Association abacavir + lamivudine
Truvada [®]	1 cp	501	Association ténofovir + emtricitabine
Atripla [®]	1 cp	743	Association ténofovir + emtricitabine + efavirenz
Eviplera [®]	1 cp au cours d'un repas	754	Association ténofovir + emtricitabine + rilpivirine Interaction avec les iPP
Stribild [®]	1 cp	977	Association elvitégravir cobicistat emtricitabine ténofovir (mêmes interactions que les IP/r)
Triumeq	1 cp	929	Association dolutegravir abacavir emtricitabine

Ge : générique

Mise à jour 4 septembre 2015 d'après le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Annexe de l'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France OFDT [25]

du troc de Moscontin®, qui n'apparaissait plus sur le marché parisien. La baisse de disponibilité s'est renforcée en 2013 avec l'instauration d'une zone de sécurité prioritaire dans le XVIII^e arrondissement, ayant entraîné des violences et des tensions entre forces de l'ordre et usagers ou revendeurs.

Enfin, dans le Nord-Pas-de-Calais (site de Lille), s'il n'existe quasiment aucun marché à Lille, une ville du Pas-de-Calais a néanmoins connu un marché de petite revente avant qu'e les prescriptions ne soient interrompues par des mises en examens suite à une action de la CPAM.

Tableau 1- Prix courants en euros et accesibilité du Skenan®, 2013

Sites	Skenan® LP gélule	Prix courants	Evolution du prix 2012-2013	Mode d'accès	Disponibilité sur le marché parallèle
Bordeaux	200 mg	3-5 €	↘	- Prescription +++ - Petits réseaux d'approvisionnement	croissante
Lille				- Prescriptions - - Pas de marché perceptible	quasi nulle
Marseille	100 ou 200 mg	10 €	→	- Prescription + - Marché de rue - Réseaux d'usagers - ventes ponctuelles en espace festif alternatif	constante mais insuffisante par rapport à la demande
Metz	200 mg	10-15 €	↗	- Prescription ++ stoppée - Logique d'échange et de dépannage	en baisse à Metz (fin 2013), Nancy (2013) mais croissante dans les Vosges
Paris	100 mg	5-7 €	→	- Prescription + - Marché de rue	en baisse
Rennes	100 mg	7-10 €	→	- Prescription +/- - Marché de rue très circonscrit - Réseaux fermés d'usagers	constante
Toulouse	200 mg	15 €	→	- Prescription - - Réseaux d'usagers - En 2013 émergence d'un marché de rue	croissante

Source : TREND/OFDT

- Prix

Les prix sont très variables selon les sites (Tableau 1). Le prix le plus bas pour 100 mg se situe actuellement à Bordeaux (3-5 € la gélule de 200 mg)¹⁴ et le plus élevé, à Toulouse (15 € pour la même quantité), illustrant ainsi l'existence de marchés locaux.

Quel que soit le site, comme sur l'ensemble du marché de rue des médicaments, les prix varient selon le moment de la journée et les jours de la semaine (jusqu'à deux fois plus chers le week-end, en soirée...). Les ventes à la boîte permettent de diminuer le prix de la gélule par exemple à Metz, on peut obtenir une boîte de 14 gélules de Skenan® LP 200 mg pour 40 à 80 € et pour 70 € environ à Bordeaux.

Ainsi à Metz, où la disponibilité a chuté brutalement courant 2013, la gélule est passée de 5 à 10 € en 2012 à 10 à 15 € en 2013 alors que Bordeaux a connu une évolution inverse : 15 € en moyenne en 2010, 5 € en 2012, moins de 5 € en 2013. A Paris, les tensions du marché se sont surtout traduites par l'accroissement des fluctuations du prix, amenant, par exemple, celui de la gélule de 100 mg jusqu'à 15 € le week-end (prix inhabituel pour Paris).

Enfin, quand la transaction a lieu hors du marché ouvert, elle peut prendre la forme du troc (par exemple à Metz, une gélule de Skenan® contre 3 comprimés d'ecstasy).

USAGES

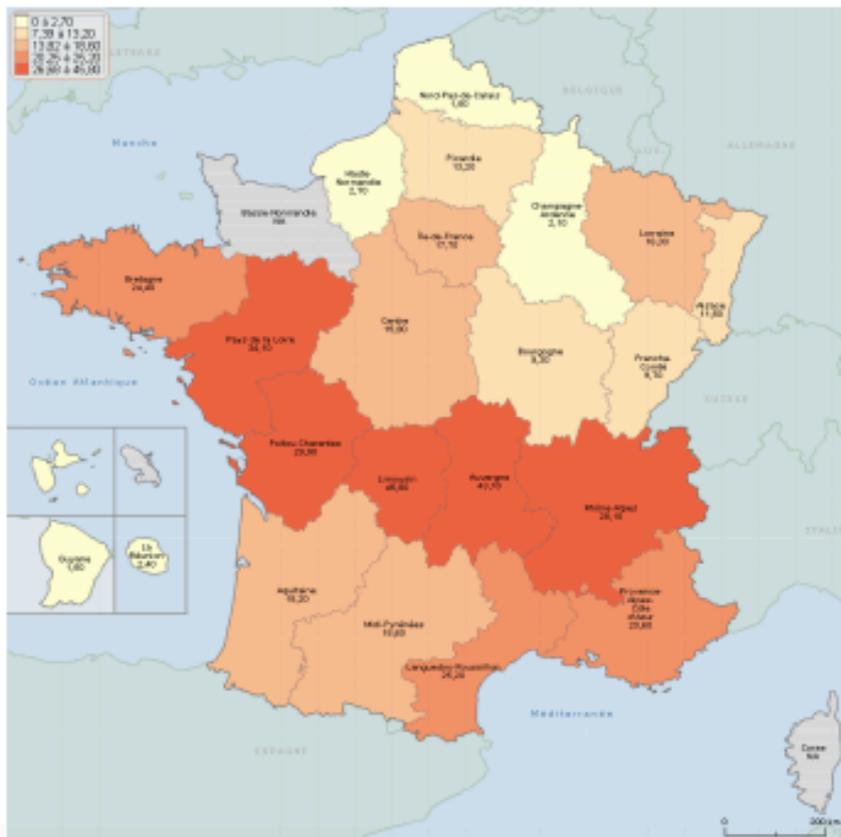
Données régionales

L'usage de sulfates de morphine au cours du mois précédent l'enquête ENa-CAARUD en 2012, concernait à 17 % des usagers des CAARUD¹⁵ (15 % en 2008, comme en 2010)¹⁶.

Cette prévalence nationale masque d'importantes disparités géographiques. La carte des prévalences par région montre globalement que celles-ci sont dégressives selon un axe nord-est/sud-ouest ; plus précisément, elles forment une bande de surconsommation traversant la France entre la région Bretagne et la région Rhône-Alpes, centrée sur les régions Auvergne et Limousin. Dans ces dernières, entre 4 et 5 usagers de CAARUD sur 10 avaient pris du Skenan® au cours du mois précédent l'enquête de 2012.

En l'absence de données qualitatives TREND sur la plus grande partie de cette zone, qui permettraient de mieux qualifier le phénomène, on peut avancer l'hypothèse que cette bande, éloignée à la fois de la frontière nord-est de la France et de sa frontière espagnole, par lesquelles transite l'héroïne, constitue une zone où cette dernière est, soit difficile d'accès, soit d'un rapport pureté/prix très défavorable.

Figure 1 - Prévalence d'usage déclaré (%) des sulfates de morphine au cours du mois précédent par les usagers des CAARUD, 2012



Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT/DGS

Tableau 2 - Prévalence d'usage du sulfate de morphine par les usagers des CAARUD au cours du dernier mois, selon des regroupements de régions, 2012

Inter-régions ¹⁷	Part des usagers de sulfate de morphine au cours du dernier mois	Part des usagers de sulfate de morphine parmi les usagers d'opiacés*
Nord-ouest	3,3 %	4,8 %
Est	12,2 %	13,7 %
Ile-de-France	17,7 %	28,8 %
Ouest	29,5 %	33,7 %
Centre	27,8 %	30,5 %
Rhône-Alpes	28,1 %	32,6 %
Sud-ouest	21,5 %	28,6 %
PACA et Corse	19,7 %	25,9 %
DOM	1,5 %	11,0 %
France entière	17,2 %	23,7 %

* La part des usagers d'opiacés qui ont consommé récemment du sulfate de morphine permet plus précisément d'estimer l'extension des usages de Skenan® parmi son « public » potentiel.
Source : ENO-CAARUD 2012, OFDT

Facteurs favorisant l'usage

À l'instar des traitements de substitution, le Skenan® peut schématiquement, selon les usagers, avoir un rôle identique à celui d'une « drogue », une fonction auto-substitutive, ou s'intégrer dans un cadre thérapeutique comme traitement de substitution de la dépendance aux opiacés ou de la douleur. Plusieurs sites insistent également sur l'utilisation du Skenan® contre la douleur par les usagers en automédication.

L'intérêt pour le Skenan® se mesure ainsi en comparaison avec les autres opiacés. Quel que soit le cadre de sa consommation, il bénéficie d'une image très positive.

- Une image très positive comme drogue

Dans le cadre d'une fonction de type « drogue » le Skenan® est avant tout comparé à l'héroïne dont les effets se rapprochent, en dépit d'une cinétique un peu différente¹⁸.

Les usagers d'héroïne les plus anciens continuent à préférer cette dernière au sulfate de morphine et en prennent généralement pas défaut (voir infra).

En revanche, la génération suivante (25-30 ans) en a une vision particulièrement positive : « *Le Skenan®, c'est la drogue parfaite* » affirme un usager d'opiacés [6]. Son statut de médicament rassure les usagers : par rapport à l'héroïne, le sulfate de morphine a l'image d'une substance fiable, sans produits de coupe imprévisibles et même « hygiénique » (on sait comment il a été transporté). Son prix, en pharmacie ou au marché noir est évidemment compétitif. Une rumeur à Bordeaux, fait état de la transformation de sulfate de morphine en héroïne (« *si tu filtres 2 fois avec la toupie t'as de l'héroïne* ») [6].

Il est essentiellement consommé pour ses effets propres. Seul le site marseillais signale un usage de Skenan® en « descente de stimulants » en espace festif (scène punk-rock) et le site parisien, un usage en « descente de crack ».

En marge des effets psychoactifs, les manifestations cutanées associées à la prise de Skenan® (démangeaisons surtout, éruption cutanée, chaleur) constituent pour beaucoup d'usagers habitués au produit, des composantes indispensables de l'effet attendu.

Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011

Onze ans de mesure des usages de drogues licites et illicites en population adolescente

Stanislas Spilka
Olivier Le Nézet
Marie-Line Tovar

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a interrogé en mars 2011, 27 402 jeunes métropolitains âgés de 17 ans sur leurs consommations de substances psychoactives licites et illicites. Avec ce septième exercice d'ESCAPAD, c'est désormais plus d'une décennie d'observation des usages de drogues qui est proposé.

Ces premiers résultats montrent qu'entre 2008 et 2011 les expérimentations¹ de tabac et d'alcool ont poursuivi leur diminution, alors que celle du cannabis s'est stabilisée. De même, l'expérimentation des autres drogues illicites, dont la cocaïne, l'ecstasy et l'héroïne, est globalement orientée à la baisse avec des niveaux de consommation qui restent faibles. Dans le même temps, les usages réguliers de tabac et d'alcool ont progressé. Il en est de même pour les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou les ivresses répétées et régulières. En revanche, le cannabis, qui demeure la première drogue illicite consommée, est le seul produit dont les niveaux d'usage dans l'année et dans le mois apparaissent à la baisse. Relativement aux âges moyens d'expérimenta-

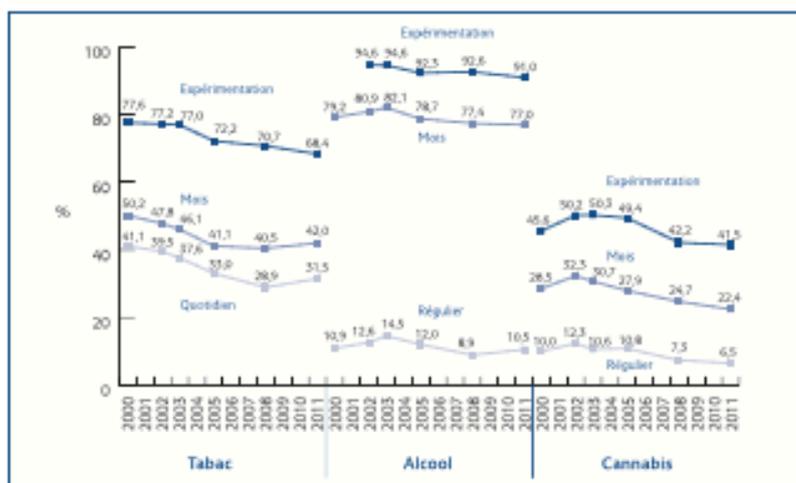
tion, les adolescents déclarent en 2011 un tabagisme plus tardif (14,1 ans), alors que les premières ivresses ou l'initiation au cannabis continuent de se produire, en moyenne, à 15,3 ans. Les résultats présentés dans ce numéro de *Tendances* porteront plus particulièrement sur ces nouvelles évolutions et sur la relation des adolescents avec l'alcool. De plus, il sera possible, pour la première fois, d'établir une tendance sur trois ans de la consommation de médicaments psychotropes à 17 ans, selon les principales classes pharmaceutiques.

Alcool, tabac et cannabis

En 2011, en France métropolitaine, les substances les plus diffusées à 17 ans demeurent, dans l'ordre, l'alcool, le tabac et le cannabis (figure 1). Ainsi, neuf jeunes sur dix (91,0 %) ont déjà bu de l'alcool, près de sept sur dix (68,4 %) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, et un peu plus de quatre sur dix (41,5 %) disent avoir déjà eu l'occasion de consommer du cannabis. Par rapport à 2008, ces expérimentations baissent très légèrement, excepté pour le cannabis dont la diminution n'est pas suffisamment conséquente pour être

1. Pour la définition des indicateurs, voir encadré méthodologique

Figure 1 - Évolutions entre 2000 et 2011 des niveaux d'usage du tabac, des boissons alcoolisées et du cannabis à 17 ans, en métropole (en %)



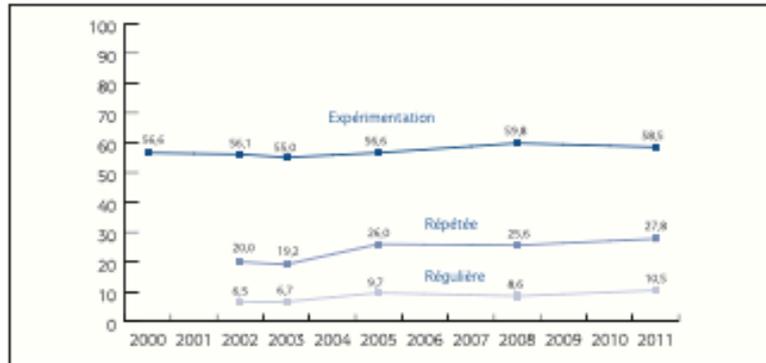
Source : Enquête ESCAPAD, OFDT

statistiquement significative. Ces derniers fléchissements se traduisent également par une augmentation de la part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces trois produits (6,6 % vs 5,1 % en 2008). Ces baisses des expérimentations concernent à la fois les filles et les garçons dans des proportions comparables, sauf pour le tabac, où la diminution se révèle bien plus franche chez les garçons (66,9 % vs 70,5 % en 2008) que chez les filles (69,9 % vs 71,0 %).

Cette moindre diffusion du tabac et de l'alcool ne se retrouve pas sur les niveaux d'usages plus fréquents, qui sont pour leur part en hausse entre 2008 et 2010. La recrudescence de ces consommations régulières avec les baisses enregistrées depuis 2000 pour le tabac et depuis 2003 pour l'alcool [1 ; 2] ; elles restent cependant modérées et ne compensent pas entièrement les baisses constatées entre 2005 et 2008 [3 ; 4]. Ainsi, si le niveau de tabagisme quotidien croît entre 2008 et 2011 (31,5 % vs 28,9 %, $p < 0,001^2$), aussi bien chez les garçons que chez les filles, il reste malgré tout encore inférieur à celui de 2005 (33,0 %). Les consommations intensives (au moins dix cigarettes par jour) n'ont, elles, pas évolué. Pour la première fois, l'expérimentation et les usages occasionnels de tabac deviennent plus prégnants chez les filles (pour ces deux indicateurs, les sex ratio sont inférieurs à 1), mais les garçons continuent de fumer de manière plus fréquente : ils sont en effet 32,7 % à déclarer un usage quotidien, contre 30,2 % chez les filles ($p < 0,001$). De même, ils sont 9,6 % à fumer au moins dix cigarettes par jour, contre 5,8 % parmi les adolescentes ($p < 0,001$). L'usage régulier d'alcool progresse de 18,0 % entre 2008 et 2011 (10,5 % vs 8,9 %, $p < 0,001$). De nouveau, ces évolutions à la hausse sont davantage le fait des garçons que des filles. Ainsi, la consommation régulière de boissons alcoolisées reste résolument masculine, malgré l'augmentation des niveaux parmi les filles de (5,6 % vs 4,0 % en 2008, $p < 0,001$).

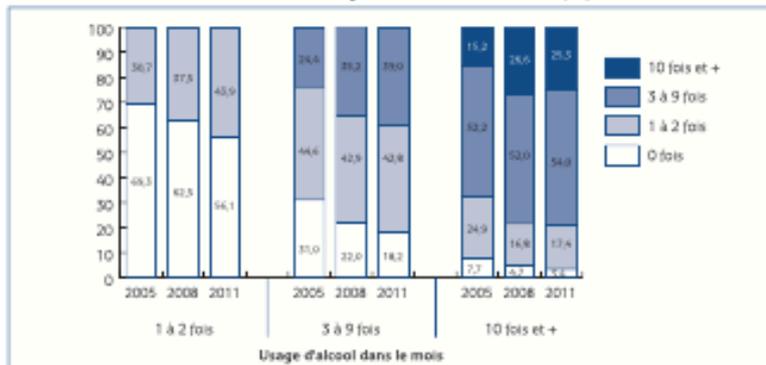
Concernant le cannabis, la stagnation de l'expérimentation observée aujourd'hui intervient après une baisse qui avait été particulièrement marquée entre 2005 et 2008, de 49,4 % à 42,2 %. Cette stabilité masque la poursuite de la baisse chez les garçons (44,0 % en 2011 vs 46,3 % en 2008, $p < 0,001$), et une inflexion à la hausse – toutefois non significative – chez les jeunes filles (38,9 % vs 37,9 %). Contrairement au tabac et à l'alcool, cette stagnation de la diffusion du cannabis s'est accompagnée d'une baisse des usages dans l'année et au cours du mois. Aujourd'hui, un peu moins d'un quart (22,4 %) des adolescents déclarent au moins un usage mensuel. Amorcé depuis 2002, ce mouvement semble s'inscrire dans la durée. En particulier, la baisse de l'usage régulier (au moins 10 usages dans le mois) se confirme, avec 6,5 % de consommateurs réguliers en 2011 contre 7,3 % en 2008 ($p < 0,001$) pour les deux sexes. Cependant, les baisses mesurées apparaissent moins prononcées que celles notées entre 2005 et 2008. Cette édition de l'enquête ESCAPAD a également été l'occasion d'interroger les jeunes sur les modalités de leur approvisionnement : moins de 2 % des usagers actuels déclarent avoir cultivé eux-mêmes le cannabis fumé à l'occasion de leur dernier usage, les autres usagers l'ayant acheté ou obtenu gratuitement.

Figure 2 - Évolutions entre 2000 et 2011 des ivresses alcooliques à 17 ans, en métropole (%)



Sources : Enquête ESCAPAD, OFDT

Figure 3 - Répartition des alcoolisations ponctuelles importantes selon la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours entre 2005 et 2011 (%)



Lecture : parmi ceux qui ont bu 1 à 2 fois des boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours en 2011, 43,9 % déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante ; ils étaient 30,7 % en 2005.

Source : Enquête ESCAPAD, OFDT

Ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes

Parallèlement à ces niveaux de consommation d'alcool, l'enquête permet en outre d'étudier différents modes d'alcoolisation comme les épisodes d'ivresse ou d'alcoolisation ponctuelle importante (API). En effet, depuis 2005, la question suivante a été intégrée dans l'enquête ESCAPAD : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu au moins cinq verres en une seule occasion ? », question qui s'attache à caractériser dans la mesure du possible un mode d'alcoolisation qui s'apparente au *binge drinking* anglo-saxon. Au-delà de la désignation retenue : consommation ponctuelle importante ou sévère, *défonce alcoolique*, la mesure cherche à dépeindre une alcoolisation clairement supérieure à une consommation « modérée³ » dans un laps de temps relativement court avec la volonté manifeste d'atteindre rapidement un état d'ébriété.

Les évolutions des ivresses entre 2008 et 2011 ont de fortes similitudes avec celles des consommations d'alcool (figure 2). Conjointement à une expérimentation de ces comportements qui désormais décline, les deux autres indicateurs retenus montrent des tendances à la hausse entre les deux derniers exercices de

l'enquête ESCAPAD : les ivresses répétées (soit au moins trois ivresses dans l'année) passent de 25,6 % à 27,8 % ($p < 0,01$) et les ivresses régulières (au moins dix ivresses dans l'année) de 8,6 % à 10,5 % ($p < 0,001$), aussi bien chez les filles que chez les garçons (respectivement 5,7 % et 15,0 % en 2011 contre 4,6 % et 12,4 % en 2008).

L'alcoolisation ponctuelle importante concerne plus de la moitié des jeunes : en 2011, 53,2 % disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion au cours du mois écoulé. Ils étaient 48,7 % en 2008 et 45,8 % en 2005. Cette dernière orientation, clairement à la hausse, se retrouve également parmi ceux qui l'ont déclarée trois fois ou plus au cours du mois (soit en 2011, 2008 et 2005 respectivement 22,6 %, 19,7 % et 17,9 %) ou dix fois et plus (respectivement 2,7 %, 2,4 % et 2,1 %). À l'image des consommations d'alcool et des ivresses alcooliques, l'API est nettement plus souvent le fait des garçons (59,7 % en ont déclaré au moins une dans le mois, contre 46,5 % des filles).

2. Précise le seuil de significativité du test du Chi-2.

3. Pour l'OMS (Organisation mondiale de la santé) une consommation modérée se situe à moins de 21 verres par semaine pour les hommes et pas plus de 5 verres en une occasion, 14 verres par semaine pour les femmes et pas plus de 4 verres en une occasion.

L'augmentation de ces comportements d'alcooolisation semble traduire une modification des modes de consommation chez les adolescents. Même si les alcooolisations ponctuelles importantes (figure 3) restent plus fréquentes parmi les usagers réguliers d'alcool, elles se sont aussi largement répandues parmi les adolescents qui boivent plus rarement (moins de dix fois dans le mois). Ainsi, en 2011, parmi les buveurs réguliers, la proportion de ceux qui déclarent au moins dix API durant la période a progressé de 50 % par rapport à 2005 (25,3 % contre 15,2 %). Dans le même temps, ceux qui n'ont bu de l'alcool qu'une ou deux fois dans le mois sont 43,9 % à déclarer également une ou deux consommations ponctuelles importantes en 2011 ; ils étaient 30,7 % en 2005, ce qui représente une augmentation relative de 43,0 % en six ans.

Cette modification de la structure des comportements d'alcooolisation observée ici peut être liée au fait que les adolescents seraient plus sensibles aux campagnes de prévention. Cette sensibilisation pourrait alors se traduire par une plus grande propension à déclarer aujourd'hui des comportements « à risque » qui, hier, n'étaient pas identifiés comme tels.

Âges moyens d'initiation

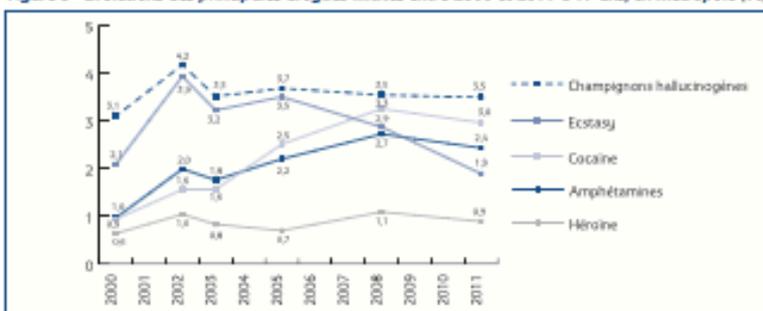
En 2011, parmi les jeunes de 17 ans interrogés, l'âge moyen lors de la première cigarette est 14,1 ans (figure 4), ceux de la première ivresse et de l'expérimentation de cannabis sont plus élevés d'un an (respectivement 15,2 ans vs 15,3 ans). Pour le tabac et le cannabis, les âges moyens d'expérimentation ont connu des évolutions similaires : diminution jusqu'en 2005, puis inversion de tendance, et cela de manière plus franche encore pour le tabac sur la dernière période. Aujourd'hui, les adolescents ont donc en moyenne six mois de plus lors de leur première cigarette que leurs homologues de 2008. L'âge de la première ivresse est en revanche resté relativement stable au cours des onze années d'observation. À l'instar de l'expérimentation, le passage au tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard (15,0 ans en 2011 contre 14,8 ans en 2008). De plus, en 2011, seuls 3,5 % des adolescents se déclarent fumeurs quotidiens depuis l'âge de 13 ans ou moins, ils étaient 4,5 % en 2008. Enfin, le délai moyen entre la première cigarette et le passage à un tabagisme quotidien est passé de 1,8 an en 2008 à 1,4 an en 2011. Ces dernières évolutions, parallèlement à l'augmentation du nombre de fumeurs quotidiens, laissent supposer que les adolescents n'auraient fait que retarder leur entrée dans le tabagisme. Ces résultats corroborent ceux observés dans l'enquête HBSC 2010 où l'expérimentation des collégiens âgés de 13 ans était en recul en comparaison des résultats de 2006, alors que, en revanche, les élèves de 15 ans présentaient des niveaux de tabagisme comparables à ceux mesurés en 2006 [5]. Peut-être faut-il y voir la conséquence de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs dont l'impact apparaît notable auprès des plus jeunes adolescents, alors qu'à l'inverse l'effet semble moindre chez les adolescents

Figure 4 - Évolution de l'âge moyen de la 1^{ère} cigarette, de la 1^{ère} ivresse et du 1^{er} usage du cannabis (en année)



Source : Enquête ESCAPAD, OFDT

Figure 5 - Évolutions des principales drogues illicites entre 2000 et 2011 à 17 ans, en métropole (%)



Source : Enquête ESCAPAD, OFDT

Tableau 1 - Évolutions 2008-2011 du niveau d'usage de substances psychoactives par sexe à 17 ans en métropole (% en ligne)

Substance	signalent les évolutions entre 2008 et 2011	Garçons		Filles		Sex ratio	Ensemble	Ensemble
		2011	2011	2011	2011			
Tabac	Expérimentation (%)	66,9	69,9	0,96***	68,4***	70,7		
	Dans le mois <1 cig/jour (occasionnel) (%)	9,6	11,5	0,84***	10,5***	11,5		
	Dans le mois (*)	42,4	41,6	1,02	42,0***	40,5		
	Quotidien (*)	32,7	30,2	1,09***	31,5***	28,9		
	Intensif (**)	9,6	5,8	1,66***	7,7	7,7		
Alcool	Expérimentation (%)	91,8	90,1	1,02***	91,0***	92,6		
	Dans le mois >=1 usage (**)	79,7	74,2	1,07***	77,0	77,4		
	Dans le mois >=10 usages (régulier) (*)	15,2	5,6	2,70***	10,5***	8,9		
	Dans le mois >=30 ou quotidien (*)	1,6	0,3	5,04***	0,9*	0,8		
Ivresses	Expérimentation (%)	63,5	53,3	1,19***	58,5***	59,8		
	Dans l'année >=1 (**)	56,4	44,1	1,28***	50,5	50,5		
	Dans l'année >=3 (régulières) (*)	34,0	21,3	1,60***	27,8***	25,6		
	Dans l'année >=10 (régulières) (*)	15,0	5,7	2,62***	10,5***	8,6		
5 verres en une occasion	Dans le mois >=1 fois (*)	59,7	46,5	1,28***	53,2***	48,7		
	Dans le mois >=3 fois (*)	29,0	15,9	1,82***	22,6***	19,7		
Cannabis	Dans le mois >=10 fois (*)	4,2	1,2	3,55***	2,7***	2,4		
	Dans le mois >=30 ou quotidien (**)	44,0	38,9	1,13***	41,5	42,2		
Poppers	Expérimentation (**)	44,0	38,9	1,13***	41,5	42,2		
	Dans l'année >=1 usage (%)	37,8	31,2	1,21***	34,6***	35,9		
	Dans le mois >=1 usage (%)	26,3	18,5	1,42***	22,4***	24,7		
Produits à inhaler	Dans le mois >=10 usages (régulier) (%)	9,5	3,4	2,84***	6,5***	7,3		
	Dans le mois >=30 ou quotidien (**)	4,5	1,4	3,26***	3,0	3,2		
	Expérimentation (**)	9,2	8,8	1,05	9,0***	13,7		
Champignons hallucinogènes	Expérimentation (**)	5,4	5,6	0,96	5,5	5,5		
	Expérimentation (**)	4,8	2,1	2,29***	3,5	3,5		
Cocaine	Expérimentation (%)	5,3	2,7	1,22**	3,0*	3,5		
	Expérimentation (%)	2,2	1,6	1,39***	1,9***	2,9		
Ecstasy	Expérimentation (%)	2,9	2,0	1,45***	2,4*	2,7		
	Expérimentation (**)	1,7	0,9	1,99***	1,3	1,2		
Amphétamines	Expérimentation (%)	1,0	0,8	1,18	0,9*	1,1		
	Expérimentation (%)	0,9	0,7	1,35*	0,8*	1		

*, **, *** : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05 ; 0,01 ; 0,001 pour les comparaisons des sexes. En gras figurent les baisses et les hausses significatives entre 2008 et 2011 au seuil 0,05 (test du Chi-2).

Source : Enquêtes ESCAPAD, OFDT

plus âgés. Les écarts d'âge moyen des premières expérimentations selon le sexe n'ont pas varié entre filles et garçons, ces derniers demeurant en 2011 toujours légèrement plus précoces de deux mois environ, quel que soit le produit.

Les autres drogues

Concernant les autres produits illicites étudiés (tableau 1), les plus fréquemment expérimentés en 2011 restent les poppers et les produits à inhaler (respectivement 9,0 % et 5,5 %) ; viennent ensuite les champignons hallucinogènes et la cocaïne (3,5 % et 3,0 %), puis les amphétamines, l'ecstasy et le crack (2,4 %, 1,9 % et 1,3 %), enfin le LSD et l'héroïne, dont les niveaux d'expérimentation sont inférieurs à 1,0 %. Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles, excepté pour les poppers, les produits à inhaler et l'héroïne pour lesquels la différence par sexe n'est pas significative. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy qui enregistrent les diminutions les plus importantes. L'ecstasy, qui poursuit sa baisse amorcée en 2005, atteint de la sorte son niveau le plus bas depuis 2000. Par ailleurs, les expérimentations de cocaïne et d'amphétamine marquent, pour la première fois depuis 2003, un léger recul (figure 5).

Conclusion

Les résultats 2011 de l'enquête ESCAPAD ont révélé une reprise de la consommation régulière de tabac et d'alcool, mais aussi une diminution des usages de cannabis relativement à l'exercice 2008. Ces dernières orientations font écho aux tendances observées en population jeunes adultes (18-25 ans) dans l'enquête Baromètre santé 2010, dont les principaux résultats ont été publiés en juin 2011 [6].

Toutefois, interpréter les variations entre deux enquêtes ESCAPAD successives reste un exercice délicat : les revirements relevés pourraient n'être que passagers et être contredits par les évolutions futures. La prise en compte d'une temporalité plus longue peut donc aider à relativiser une observation partielle et des fluctuations ponctuelles. Ainsi, les usages de tabac et d'alcool en population adolescente présentent

Médicaments psychotropes

En 2008, la question sur les usages de médicaments psychotropes dans le questionnaire ESCAPAD avait été profondément modifiée afin de distinguer les différentes classes de médicaments consommés : tranquillisants, anti-dépresseurs, somnifères, neuroleptiques, régulateurs de l'humeur, psychostimulants, phytothérapie ou homéopathie. L'enquête 2011 permet donc pour la première fois d'en suivre les évolutions. Ainsi, à 17 ans, ils sont aujourd'hui 41,0 % à avoir pris au moins un de ces médicaments au cours de leur vie, ce qui marque un net recul par rapport à 2008 (44,6 %). L'usage récent apparaît en revanche stable sur la période (14,3 % en 2011 contre 14,7 % en 2008). Les produits phytothérapeutiques ou homéopathiques demeurent les plus fréquemment expérimentés à 17 ans (30,3 %), viennent ensuite, les tranquillisants (15,0 %), les somnifères (10,7 %) et les anti-dépresseurs (5,6 %) dont les niveaux apparaissent en baisse entre 2008 et 2011. La diffusion des thymorégulateurs (2,2 %), des neuroleptiques (1,7 %) et des psychostimulants (1,3 %) est en revanche, en légère hausse. Les filles sont davantage concernées par ces usages de médicaments. Elles sont ainsi 51,3 % à déclarer en avoir déjà consommé, contre 30,9 % des garçons. Seuls les psychostimulants comme la Ritaline® se révèlent plus souvent consommés par les garçons (1,7 % vs 1,0 %).

depuis une décennie des tendances robustes que les dernières observations enregistrées ne sont pas de nature à remettre totalement en cause pour l'instant. Pour la consommation d'alcool, à l'exception d'une augmentation ponctuelle en 2003, c'est globalement une relative stabilité des niveaux qui l'emporte sur l'ensemble de la décennie. Pour celle de tabac, la baisse persistante et importante des usages relevée depuis plus d'une décennie n'est pas, malgré la reprise enregistrée en 2011, davantage démentie.

En revanche, la modification des comportements d'alcoolisation avec une augmentation des ivresses ou des alcoolisations ponctuelles importantes se confirme à chaque nouvel exercice de l'enquête. L'usage de cannabis poursuit sa baisse et la forte diffusion observée à la fin des années 1990 semble désormais révolue. Enfin, pour les autres produits illicites, après également une phase d'expansion des expérimentations, ces dernières sembleraient se stabiliser à des niveaux qui restent pour l'instant limités.

C'est bien dans ce travail d'aller et retour entre ces deux niveaux d'analyse ponctuelle et de suivi de tendances qu'ESCAPAD peut aujourd'hui contribuer fortement à une meilleure compréhension des usages de produits psychoactifs en population adolescente.

Septième exercice de l'enquête menée au niveau national, le terrain d'ESCAPAD 2011 s'est déroulé du 14 au 22 mars 2011 en partenariat avec la Direction du service national (DSN) lors de la Journée défense et citoyenneté (ex JAPDI) dans tous les centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion. Tous les appels présents étaient sans exception concernés par l'enquête. Au total, 200 centres actifs durant la période ont été concernés (dont 185 en métropole) et 32 249 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs usages d'une dizaine de substances psychoactives, soit un taux de participation (questionnaires non vierges/jeunes présents) s'élevant à 99,3 %. L'échantillon final analysé ici concerne les 27 402 métropolitains âgés de 17 ans ; il a été pondéré afin de donner aux départements leur vrai poids démographique tout en respectant le sex ratio départemental. L'enquête ESCAPAD a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (CNS) et le label d'intérêt général de la statistique publique du comité du Label ainsi que l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Dans ce numéro, nous reprenons l'ensemble des indicateurs d'usages utilisés lors des analyses précédentes : Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie / Usage dans l'année (ou usage actuel) : au moins 1 usage au cours des 12 mois précédant l'enquête / Usage dans le mois (ou usage récent) : au moins un usage au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête / Usage régulier : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête / Usage quotidien : au moins un usage quotidien au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête / Ivresse répétée : au moins 3 ivresses dans l'année / Ivresse régulière : au moins 10 ivresses dans l'année.

Bibliographie

1. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B., TOVAR M.L. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n° 76, 2011, 6 p.
2. BECK F., LEGLEYE S. et PERETTI-WATEL P., « Les usages de substances psychoactives à la fin de l'adolescence : mise en place d'une enquête annuelle », *Tendances*, n° 10, 2000, 4 p.
3. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003 », *Tendances*, n° 39, 2004, 4 p.
4. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., « Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque », *Tendances*, n° 49, 2006, 4 p.
5. GODEAU E., ARNAUD C. et NAVARRO F., *La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children*, Saint-Denis, INPES, à paraître.
6. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. et LAFFITEAU C., « Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n° 66, 2009, 6 p.

Remerciements

Le colonel Pasquier et le capitaine Fouzeau-David de la Mission liaison partenariat-communication de la Direction du service national. Les personnels civils et militaires de la Direction du service national qui ont présenté l'enquête aux appels et contribué à assurer la logistique.

Tendances

Directrice de la publication
Maud Pouzet

Comité de rédaction
Catherine Berthier, Sylvain Dilly,
Alain Epelboin, Serge Karsenty, Maria Melchior

Rédactrice en chef
Julie-Emilie Adès

Maquette
Frédérique Millon

Impression
Imprimerie Mazson / 69, rue de Chabrol
75018 Paris

ISSN 1285-6910 / Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade-de-France
93210 Saint-Denis-La-Plaine cedex
Tél : 01 41 42 77 14
Fax : 01 41 42 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

An english version of this publication will be available
soon on Web at this URL:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdevlive/english-tab.html>

www.ofdt.fr



Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014

Stanislas Spilka
Olivier Le Nézet
Marcus Ngantcha
François Beck

Mise en place à partir de l'année 2000 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête ESCAPAD a considérablement enrichi le dispositif d'observation de la population en matière de consommation de substances psychoactives. En se centrant sur la fin de l'adolescence, elle permet d'éclairer depuis quinze ans une période cruciale pour ces comportements, tandis que sa répétition en fait un outil pertinent pour appréhender l'évolution des comportements d'usages et des conduites addictives chez les adolescents.

Du 17 au 21 mars 2014 s'est déroulé le huitième exercice de l'enquête ESCAPAD au cours duquel 26 351 adolescents de nationalité française ont été interrogés sur leur santé et leur consommation de substances psychoactives.

Ce numéro 100 de *Tendances* présente les évolutions des niveaux d'usage des principales substances psychoactives (licites comme illicites) depuis quinze ans en métropole, en y intégrant les données 2014 des consommations de boissons alcoolisées, de tabac et de cannabis. Il aborde ensuite, à travers différentes perspectives, des questions inédites sur les usages de la e-cigarette, de la chicha, sur l'évolution de la polyconsom-

Le numéro 100 de *Tendances* revient sur quinze ans d'observation des usages de substances psychoactives à la fin de l'adolescence.



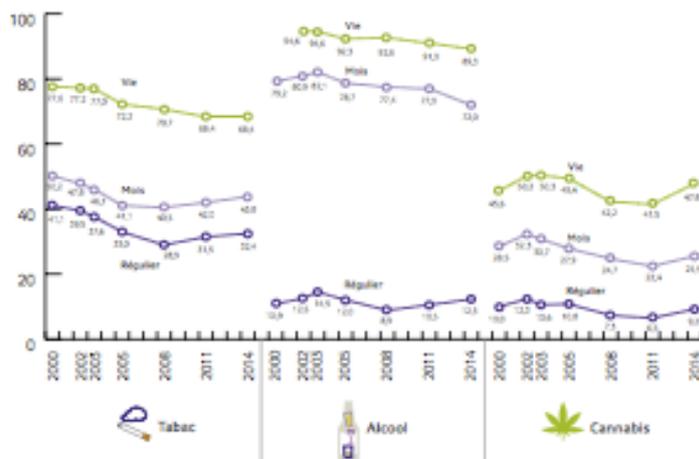
mation régulière et propose une estimation de la proportion d'usagers de cannabis potentiellement dépendants. Une dernière partie traite des déterminants sociaux et familiaux associés aux usages réguliers.

■ Les principales tendances depuis quinze ans

Les expérimentations

La figure 1 décrit les évolutions des trois principales substances diffusées en France métropolitaine depuis 2000 parmi les adolescents âgés de 17 ans. La hiérarchie

Figure 1 - Évolutions des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans en métropole depuis 2000 (en %)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

L'expérimentation des autres substances illicites ou détournées

Entre 2000 et 2014, les niveaux d'expérimentation des produits psychoactifs illicites autres que le cannabis ont augmenté dans des proportions et à des rythmes différents selon les groupes de produits considérés (figure 3). Les niveaux se sont cependant toujours maintenus en deçà de 4 %, à l'exception des substances détournées de leur usage comme les poppers et les produits à inhaler dont les expérimentations ont été beaucoup plus élevées certaines années (13,7 % en 2008 pour les poppers, par exemple). Notons que garçons et filles présentent des prévalences comparables pour les poppers, les produits à inhaler, la cocaïne, l'héroïne et le crack.

Selon les profils d'évolution, différents groupes de produits se distinguent :

- Un premier ensemble concerne les substances stimulantes (cocaïne, MDMA/ecstasy et amphétamines), dont la diffusion a triplé au cours de ces quinze dernières années. Il convient cependant de distinguer les expérimentations de MDMA/ecstasy qui présentent un profil très particulier : après une forte hausse au début des années 2000, l'expérimentation a baissé tout aussi nettement pour atteindre un niveau plancher en 2011 (1,9 %) et remonter ensuite considérablement jusqu'au pic déjà atteint en 2003 (3,8 %), soit des variations du simple au double sur l'ensemble de la période.

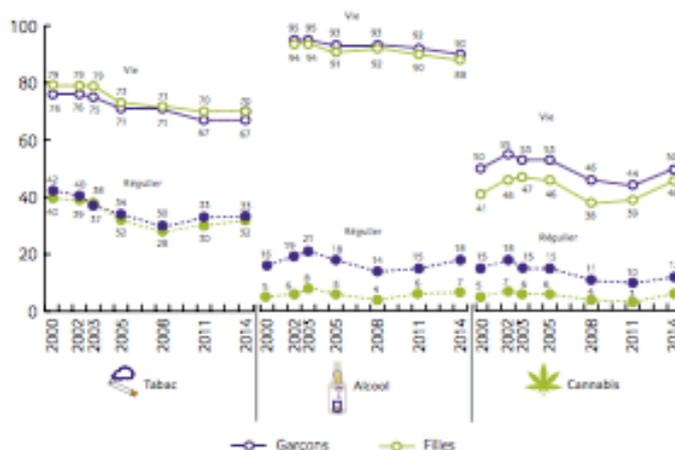
- Un deuxième groupe de substances (LSD, héroïne, et crack), dont les expérimentations sont très rares, présente un profil globalement stable tout au long de la période avec des niveaux très bas : respectivement 1,6 %, 1,0 % et 1,1 %.

Pour les champignons hallucinogènes, les niveaux, compris entre 3 et 4 %, sont restés relativement constants sur les quinze dernières années.

Concernant les poppers ou les produits à inhaler (colles, solvants...), généralement détournés de leurs usages premiers, les niveaux d'expérimentations ont baissé en 2014, de manière très nette pour les poppers (5,4 % vs 9,0 % en 2011), alors que, à la faveur d'une moindre expérimentation en 2014 (4,3 % vs 5,5 % en 2011), les produits à inhaler retrouvent leur niveau de 2003 (4,4 %) ; ils demeurent malgré tout les deux produits le plus fréquemment expérimentés après le cannabis.

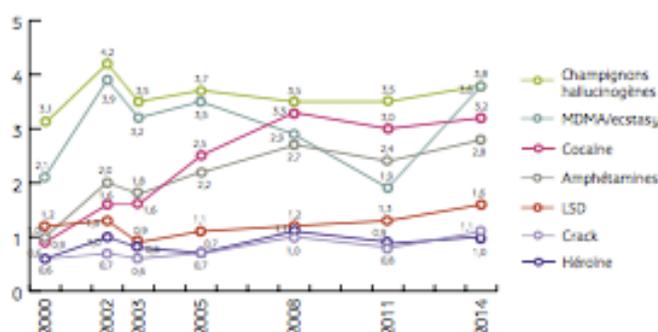
À 17 ans, les adolescents qui ont consommé l'un de ces produits en sont, dans leur très grande majorité, restés à une simple expérimentation. Pour les champignons hallucinogènes, en particulier, 76 % des expérimentateurs n'en ont pris qu'une seule fois, la proportion se situant aux alentours de 60 % pour les autres produits. Ainsi, à 17 ans, dépasser le stade de l'initiation à ces substances se révèle largement minoritaire : quel que soit le produit considéré, moins de 1 % des adolescents ont déclaré en avoir consommé plus de 5 fois.

Figure 2 - Évolution des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans selon le sexe, en métropole, depuis 2000 (en %)



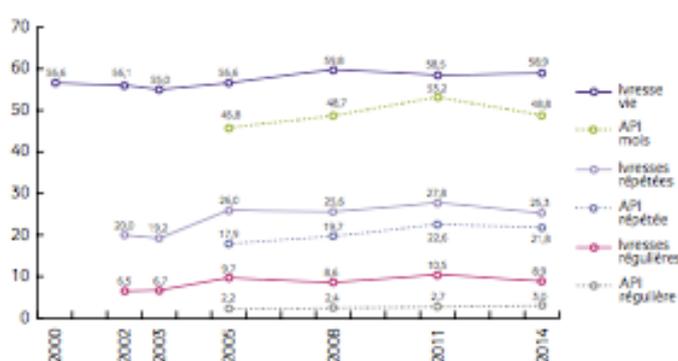
Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

Figure 3 - Évolution de l'expérimentation des principales drogues illicites à 17 ans en métropole depuis 2000 (en %)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

Figure 4 - Évolutions des ivresses alcooliques à 17 ans en France depuis 2000 (en %)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

Annexe de salles de consommation à moindre risque dans le monde [57]

Les salles de consommation à moindre risque dans le monde

Païs	SCMR	Admissibilité et services	Profil des clients	Résultats
Allemagne	<p>Situation géographique 26 dans 17 villes du pays</p> <p>Personnel Le nombre total d'employés varie en fonction de la taille de la SCMR et des contraintes financières Formation: Docteurs, infirmier(e)s, éducateurs, assistants étudiants qualifiés et travailleurs indépendants</p>	<p>Admissibilité L'âge minimum varie en fonction des règles de chaque Etat Déjà dépendant(e) Pas sous TSO (à l'exception de Hambourg) Pas intoxiqué(e)</p> <p>Services SCMR intégrées aux établissements de réduction des risques Ouvertes entre 3,5 et 12h par jour 3 à 20 cabines de consommation de drogues Orientation vers des services médicaux et sociaux</p>	<p>A Francfort* de 2003 à 2009: Jusqu'à 4 700 visiteurs par an 26-35 ans en moyenne 85% hommes / 15% femmes</p> <p>Principales substances utilisées 82% héroïne 36% crack¹²</p>	<p>Depuis 1994, aucun décès lié à la consommation de drogue n'a été enregistré en Allemagne Augmentation des connaissances des clients en matière de réduction des risques Moins de problèmes de santé liés à la prise de drogue (par ex. moins d'abcès)</p> <p>Données de la Westphalie-Rhénanie du Nord (2001-2009): 3 271 cas d'urgence médicale 710 procédures de réanimation</p>
Australie	<p>Situation géographique 1 à Sydney</p> <p>Personnel 1 dans la salle d'injection Formation: au moins un(e) infirmier(e), 3 agents de santé formés</p>	<p>Admissibilité 18 au moins Déjà dépendant(e) Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement</p> <p>Services Étape 1: Salle d'attente/espace d'évaluation Étape 2: Salle d'injection avec 8 cabines Étape 3: Salle de soins post-injection Salle de réanimation Orientation vers des services de santé, d'aide sociale, d'aide au logement, d'aide juridique et autres services de sécurité sociale</p>	<p>12 050 clients entre Mai 2001 et Avril 2010 3 nouveaux clients par jour en moyenne 74% d'hommes / 26% de femmes Age moyen de 33 ans 13 années d'injection en moyenne</p> <p>Principales substances utilisées Baisse de l'utilisation de l'héroïne (40% en 2005) Augmentation de l'utilisation d'autres opiacés (60% en 2012) Baisse de l'utilisation de la cocaïne (15% en 2012) 10% méthamphétamines 1-2% buprénorphine</p>	<p>Bon rapport coût-efficacité Contacts avec les groupes vulnérables : 9 500 orientations vers les services de santé et de sécurité sociale 4 400 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux publics et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale (par ex. augmentation de la criminalité dans les quartiers environnants)</p>
Canada	<p>Situation géographique 1 à Vancouver appelée « Insite »</p> <p>Personnel 9 membres du personnel Formation: infirmier(e)s, chargés de programme (PHS), travailleurs pairs</p>	<p>Admissibilité Pas de critères d'admissibilité</p> <p>Services Service anonyme à bas-seuil avec 12 cabines de consommation Fourniture de matériel d'injection propre et appui-conseil sur la réduction des risques Services de santé primaire Désintoxication volontaire (Onsite) Orientation vers des programmes de désintoxication à long-terme Orientation vers des services d'aide au logement et des programmes d'appui communautaire</p>	<p>1,8 million de visiteurs depuis 2003 Entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 31 Décembre 2010: 312 214 visites de la part de 12 236 clients 855 visites par jour en moyenne 587 injections quotidiennes en moyenne 74% hommes / 26% femmes 17% s'identifient comme autochtone</p> <p>Principales substances utilisées 38% héroïne 32% cocaïne 12% morphine</p>	<p>221 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) 3 383 soins cliniques 5 268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux 458 clients inscrits au programme Onsite de désintox (taux d'achèvement en 2010: 43%) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux publics et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale</p>
Espagne	<p>Situation géographique 7 dans 4 villes, avec 1 SCMR mobile</p> <p>Personnel Nombre d'employés varie en fonction de chaque SCMR Formation: multidisciplinaire, avec au moins un(e) infirmier(e)</p>	<p>Admissibilité 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » (dans les SCMR de Barcelone)</p> <p>Services Il est permis de fumer dans 3 SCMR Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication Barcelone: conseil et dépistage du VIH, soins médicaux et appui psychologique, social et juridique</p>	<p>105 804 visites de 5 063 clients (2009) 34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes</p> <p>Principales substances utilisées Cocaïne (à l'exception de Bilbao et Sala Balaud à Barcelone, 2009) Héroïne (Barcelone, 2011) Speedball (Madrid, 2011)</p>	<p>Diminution des décès par overdose de 1 833 en 1991 à 773 en 2008 Diminution du taux des nouvelles infections au VIH chez les clients de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008 Acceptation forte et demande de mise en place de SCMR Réduction de la quantité de déchets liés aux injections laissés dans les lieux publics Prise de conscience de la communauté qui voit les SCMR comme une stratégie de santé publique Développement de directives communes sur la réduction des risques et les SCMR</p>

Pays	SCMR	Admissibilité et services	Profil des clients	Résultats
Luxembourg	<p>Situation géographique 1 dans la ville de Luxembourg appelée « Abridado »</p> <p>Personnel 23 membres du personnel multilingues Formation: personnel médical, psychologues, assistant(e)s sociaux/les, éducateurs, sociologues</p>	<p>Admissibilité 18 ans au moins Déjà dépendant(e) Pas sous TOS Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation »</p> <p>Services SCMR intégrée à un centre à bas-seuil avec 7 cabines d'injection Projet pilote « Blow room » avec 4 cabines d'inhalation Ouverte 6 jours par semaine, 6h par jour Abri de nuit (42 lits) et infirmerie Point d'accueil (Kontakt Café) qui offre des soins médicaux primaires Dépistage du VIH/hépatite C dans l'établissement Programme d'échange des aiguilles/seringues Appui-conseil sur les techniques à moindre risques</p>	<p>170 000 consommations supervisées (depuis 2005) 26 929 visites à la SCMR en 2011 207 visiteurs par jour en moyenne (Kontakt Café) 96 visiteurs par jour en moyenne (SCMR) 25-34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes</p> <p>Principales substances utilisées 87% héroïne 8% cocaïne 5% mélanges</p>	<p>1 025 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Baisse générale des décès par overdose et des cas de nouvelle contamination au VIH chez les usagers de drogues injectables depuis l'ouverture de la SCMR Ligne téléphonique citoyenne ouverte pour encourager le public à mieux accepter la SCMR Peu de plaintes déposées par les communautés environnantes</p>
Norvège	<p>Situation géographique 1 à Oslo</p> <p>Personnel Au minimum 5 membres du personnel présents pendant les heures d'ouverture, avec au moins un(e) infirmier(e) Formation: Infirmier(e)s, infirmier(e)s auxiliaires et assistant(e)s sociaux/les</p>	<p>Admissibilité L'héroïne est la seule substance autorisée 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Etre consommateur/consommatrice d'héroïne depuis longtemps</p> <p>Services Limité à une dose d'héroïne par client par visite Reliée aux services de réduction des risques Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication</p>	<p>2 480 clients inscrits depuis 2005 1 500 clients par an 109 clients par jour en moyenne (2011) 37 ans en moyenne 70% hommes / 30% femmes</p> <p>Principales substances utilisées L'héroïne est la seule substance autorisée</p>	<p>Les usagers se sentent moins exclus socialement Augmentation de l'accès à une prise en charge professionnelle en cas d'overdose Augmentation de l'accès aux services de santé et d'aide sociale</p>
Pays Bas	<p>Situation géographique 37 dans 25 villes du pays</p> <p>Personnel 3 membres du personnel Formation: personnel médical, assistant(e)s sociaux/les, anciens usagers de drogues, personnel de sécurité</p>	<p>Admissibilité Enregistré auprès des autorités administratives de la ville où se situe la SCMR Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Les critères varient en fonction de la SCMR</p> <p>Services 5 SCMR autonomes; d'autres sont intégrées à des services à bas-seuil Salles séparées pour les injecteurs et les fumeurs 15 cabines pour les fumeurs, 5 pour les injecteurs Appui-conseil médical et sur la réduction des risques</p>	<p>24 clients par jour en moyenne 90% clients sont des non-injecteurs 45 ans en moyenne¹¹ 90% hommes / 10% femmes¹²</p> <p>Principales substances utilisées¹² Héroïne Crack/coke</p>	<p>Diminution du partage des seringues/aiguilles Seulement 4% de nouvelles infections au VIH, à l'hépatite B et C diagnostiquées chez les usagers de drogues Le taux d'incidence du VIH chez les usagers de drogues par injection a baissé de 8,6% en 1986 à 0% en 2000 94 décès dus à la consommation de drogues et 2010, dont 20 étaient des personnes non-enregistrées auprès de leur municipalité Baisse significative des troubles à l'ordre public Forte acceptation des SCMR (80%) par les prestataires de services sanitaires et sociaux, les quartiers et la police</p>

Annexe de l'Arrêté du 22 mars 2016 [67]

JORF n°0072 du 25 mars 2016
texte n° 19

Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »

NOR: AFSP1601434A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2016/3/22/AFSP1601434A/jo/texte>

Publics concernés : usagers de drogues, professionnels de santé et professionnels médico-sociaux intervenant dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Objet : approbation du cahier des charges fixant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation d'un mode d'intervention en matière de réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'arrêté, pris en application des articles 41 et 43 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, approuve le cahier des charges national relatif à l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Références : le présent arrêté peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le [code de la santé publique](#), notamment son article L. 3411-8 ;

Vu la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé, notamment ses articles 41 et 43 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 4 février 2016,

Arrête :

Article 1

Le cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisés, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque », annexé au présent arrêté est approuvé.

Article 2

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

► Annexe

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION D'ESPACES DE RÉDUCTION DES RISQUES PAR USAGE SUPERVISÉ

SUPERVISÉ

I. - Éléments généraux et cadre national

1. Contexte

L'expérimentation d'un espace de réduction des risques par usage supervisé dit « salle de consommation à moindre risque » (SCMR) répond à la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues telle qu'elle est définie par [l'article L. 3411-8 du code de la santé publique](#).

Son expérimentation s'inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

L'étude des expériences étrangères montre que ce type de dispositif est capable d'attirer les usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables et cumulant les risques (précarité, forte prévalence de pathologies infectieuses, absence de domicile...).

Ces études montrent également un impact positif des SCMR sur la réduction de la mortalité liée aux surdoses, des morbidités associées à l'injection et sur la diminution des pratiques à risque (moindre réutilisation et partage du matériel d'injection, meilleure hygiène...).

Ce sont également des lieux où peuvent être prodigués des soins de base ainsi que des dépistages de pathologies infectieuses et autres. Ils favorisent aussi l'orientation des usagers vers des structures de soins et de traitement de la dépendance.

2. Objectifs généraux

Contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions.

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.

Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.

Réduire les nuisances dans l'espace public.

3. Objectifs spécifiques

Atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins.

Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages.

Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique.

Encourager et faciliter l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires.

4. Cadrage juridique

Article 43 de la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé.

Article L. 3411-8 du [code de la santé publique](#) : politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue.

Article L. 3411-9 du [code de la santé publique](#) : prise en charge anonyme et gratuite.

Article R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 du [code de la santé publique](#) : missions des CAARUD.

Référentiel national de réduction du risque prévu à l'[article D. 3121-33 du code de la santé publique](#) et reproduit à l'annexe 31-2 du même code.

[Code de l'action sociale et des familles](#), notamment l'article L. 311-7.

5. Durée

La durée totale de l'expérimentation nationale est fixée à six ans à compter de la date d'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque.

Chaque projet de SCMR doit être opérationnel pour une durée minimale de trois ans.

6. Structures concernées

La mise en œuvre des expérimentations de salles de consommation à moindre risque est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages.

La consommation de substances psychoactives n'étant pas autorisée dans les locaux d'un CAARUD, la salle de consommation devra donc être située dans un lieu distinct.

7. Public concerné

La salle de consommation à moindre risque s'adresse à un public d'usagers injecteurs de substances psychoactives, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les risques. En cas de doute, le personnel exige à tout moment que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie.

8. Implantation

Le projet d'expérimentation de salle de consommation à moindre risque tient compte des réalités et des besoins spécifiques à son territoire d'implantation.

Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'injections, aux produits, aux modes de consommation et aux habitudes des usagers. Il doit être situé à proximité des lieux de consommation afin d'être proches des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles.

Le projet adapte en conséquence les programmes d'intervention, les actions et les outils de réduction des risques à ces besoins spécifiques.

9. Financement

Le coût du fonctionnement annuel d'une salle de consommation à moindre risque intègre les dépenses suivantes, qui reprennent les groupes fonctionnels de la nomenclature budgétaire des établissements médico-sociaux définie par l'arrêté du 8 août 2002 :

- dépenses afférentes à l'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, y compris médical) ;
- dépenses afférentes au personnel (salaires et cotisations sociales) ;
- dépenses afférentes à la structure (loyer, maintenances diverses).

Le financement de l'expérimentation est assuré, pour la partie Etat, par le ministère des affaires sociales et de la santé. Les objectifs poursuivis par cette expérimentation s'inscrivent pleinement dans le champ du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) au titre de son intervention de lutte contre les infections VIH/hépatites.

Des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), d'associations et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) qui participe au financement de l'évaluation.

La programmation des financements nécessaires est assurée pour toute la durée de l'expérimentation.

10. Pilotage national

Un comité de pilotage national est placé sous la responsabilité de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Il est composé de représentants des différents ministères concernés (santé, justice, intérieur).
Il a pour mission de faire le lien entre les comités de pilotage locaux qui seront mis en place au fur et à mesure des expérimentations pour adapter au mieux l'évolution du projet au public concerné, aux besoins nationaux et locaux identifiés, aux possibilités locales.
Le comité national assure un suivi régulier de la mise en place des projets d'expérimentation dans toutes leurs composantes. Il facilitera les liens entre le consortium de recherche chargé de l'évaluation scientifique et les comités de pilotage locaux.

11. Evaluation scientifique de l'expérimentation

Les objectifs et modalités d'évaluation sont développés à l'annexe 3. Les structures expérimentant une salle de consommation à moindre risque seront amenées à participer à cette évaluation.

L'évaluation des salles de consommation à moindre risque portera sur la santé publique, l'ordre public et la collectivité dans le contexte français. L'évaluation doit aussi contribuer à définir les conditions nécessaires à la pérennisation du dispositif et à son insertion dans le dispositif médico-social de prise en charge des personnes présentant des pratiques addictives.

Afin d'évaluer ce dispositif et son impact pour les personnes et l'environnement, deux recherches sont financées par la Mildeca :

- le programme de recherche socio-épidémiologique « Cosinus » porté par un consortium de chercheurs de l'Inserm étudiera l'impact de la salle à partir d'une série de critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risque de transmission du VHC, du VIH et d'autres maladies transmissibles, ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle et l'accès au logement, la diminution des actes de délinquance, l'accès aux soins, etc.

La population de cette étude sera composée de personnes recrutées dans une ville où les salles n'existent pas, de personnes qui ne fréquentent pas une SCMR, même s'ils habitent dans une ville où une SCMR existe, et enfin de personnes qui fréquentent une SCMR ;

- la recherche conduite par le centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société (Cermes 3) portera sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de réduction des risques incluant le dispositif innovant des salles de consommation à moindre risque sur la ville de Paris.

Cette recherche sociologique et ethnographique aura pour objectif principal d'analyser de manière approfondie les évolutions de perception des riverains, des professionnels de santé et de la sécurité publique, des institutions et des usagers de drogues vis-à-vis des nuisances associées à la consommation de drogues et en particulier les pratiques d'injection et la présence d'usagers de drogues dans l'espace public, avant et après la mise en place d'une SCMR sur Paris.

Les retombées pragmatiques de ce volet qualitatif pourront contribuer à améliorer le service proposé par la SCMR, d'après les expériences étrangères menées sur ce sujet.

II. - Déclinaison locale du cahier des charges

Le choix de l'implantation est issu d'un diagnostic partagé des différents acteurs basé sur des données populationnelles et épidémiologiques locales (espaces publics de consommations, rapports d'activité des CAARUD et CSAPA...).

1. Missions

La salle de consommation à moindre risque met en œuvre les prestations suivantes :

- accueil personnalisé ;
- mise à disposition de postes de consommation adaptés et permettant un usage supervisé ;
- mise à disposition de matériel stérile adapté aux consommations des usagers ;
- supervision ;
- accompagnement aux pratiques d'injection à moindre risque ;
- soins médicaux et infirmiers ;
- dépistage des infections transmissibles (VIH, VHB, VHC) ;
- orientation vers des structures de prise en charge médico-sociales, sanitaires ou sociales ;
- information, orientation et soutien aux démarches administratives d'accès aux droits ;
- participation à la médiation et à la prévention des nuisances aux abords du service, en lien avec les services de voirie et les forces de sécurité ;
- participation au système de veille et d'alerte.

2. Disposition des différents espaces composant la salle de consommation à moindre risque

Les espaces doivent être identifiés et organisés de manière à permettre une circulation fluide des usagers, tenant compte du « parcours » de l'usager, de l'accueil à la sortie de la salle de consommation.

Le projet précise la disposition des espaces qui comprennent au minimum :

- un lieu d'accueil et d'attente ;
- l'espace de consommation (précisant le nombre de postes d'injection et le nombre de postes d'inhalation), qui comporte :
- un système d'alerte visuelle ou sonore en cas d'incident ;
- un dispositif de récupération des matériels utilisés ;
- une hotte aspirante en cas d'installation de postes d'inhalation ;
- un espace de consultation médical individuel ;
- un lieu de repos.

Le nombre de places dans l'espace de consommation est défini sur la base de la file active prévisible et des capacités d'accueil prévues dans le cadre de l'expérimentation.

Chaque espace doit être accessible aux personnes à mobilité réduite et disposer de portes adaptées au passage de brancards.

La salle de consommation satisfait aux conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires aux pratiques d'injection et d'inhalation.

Chaque poste de consommation est individualisé pour préserver l'intimité des usagers.

3. Matériel

a. Matériel de réduction des risques et des dommages mis à disposition pour la consommation sur place :

Le matériel de prévention et de réduction des risques et des dommages mis à disposition des usagers doit être conforme aux objectifs de la politique de réduction des risques et des dommages. Il doit être adapté aux besoins des usagers.

Les usagers ont l'obligation d'utiliser le matériel stérile fourni par la salle de consommation à moindre risque et de déposer le matériel usagé dans des collecteurs spécifiques.

b. Matériel médical :

Sous la responsabilité du médecin, un chariot d'urgence, contrôlé à échéances régulières, doit être mis en place. Il comprend obligatoirement de la naloxone pour les cas de surdose d'opiacés.

La commande des médicaments se fait directement auprès de fabricants, de distributeurs ou de grossistes répartiteurs qui sont autorisés à fournir les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues disposant d'une SCMR, en effectuant un suivi individualisé des lots et, s'il y a lieu, leur retrait.

4. Fonctionnement

a. Amplitude horaire d'ouverture :

Les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux modes de vie des publics concernés.

7 jours sur 7, la salle est au minimum ouverte au public sur une plage horaire d'une demi-journée (entre 4 et 7 heures), auxquelles doivent être ajoutés les temps d'installation et de nettoyage de l'ensemble du dispositif.

Les horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.) ainsi que des professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics. Une concertation spécifique est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales.

b. Règles d'usage :

Dans l'ensemble des espaces de la salle de consommation à moindre risque, les règles suivantes doivent être respectées :

-
- les produits consommés et admis dans le dispositif peuvent être des produits illicites ainsi que des médicaments détournés de leur usage ;
 - l'utilisateur doit énoncer et montrer à l'intervenant au moment de l'accueil le produit qu'il souhaite consommer pour éviter qu'il n'entre dans la SCMR sans substance et incite au partage des produits ;
 - une seule consommation (injection ou inhalation) est autorisée par session. L'utilisateur doit ensuite quitter le poste de consommation ;
 - l'injection est pratiquée par l'utilisateur lui-même sous la supervision d'un professionnel. En cas de besoin, celui-ci peut conseiller l'utilisateur sur les conditions d'une injection sûre, sans toutefois participer au(x) geste(s) de l'injection ;
 - l'utilisation du ou des postes d'inhalation est destinée aux usagers injecteurs qui font le cheminement vers cette modalité d'usage à moindre risque ;
 - après la consommation, les usagers sont encouragés à rester un moment dans la salle de repos avant de quitter la structure.

5. Protocoles, outils à mettre en place

a. Protocole d'accompagnement :

Un document détaillant le déroulement du parcours de l'utilisateur, de l'accueil initial à la sortie, doit être élaboré préalablement à l'ouverture de la salle de consommation à moindre risque. Il doit comprendre également une description :

- des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques au profil des usagers accueillis : les couples d'injecteurs (histoire des pratiques d'injection et parcours de soins), les femmes enceintes (suivi médical, histoires de vie et pratiques de consommation), les primo-injecteurs ou les usagers peu expérimentés ;
- des modalités d'admission et de primo-admission (inscription, respect de l'anonymat, recueil de données, profils de consommation...).

Ce protocole d'accompagnement détaille également les modalités de coopérations avec les services de voirie, de police et l'autorité judiciaire.

Ce document doit être produit de façon concertée, en veillant à son appropriation par l'ensemble des professionnels concernés. Il est régulièrement adapté au regard du fonctionnement de la salle.

b. Protocole d'intervention :

Le protocole d'intervention doit être formalisé par écrit, de manière claire et porté à la connaissance de l'ensemble des intervenants. Il est signé par le directeur et/ou le médecin.

Le protocole d'intervention inclut en particulier une description détaillée :

- du déroulement de l'entretien d'admission et de la communication du règlement de fonctionnement de la salle. Celui-ci précise les droits et devoirs des personnes accueillies et des intervenants et les règles de fonctionnement et de sécurité de la salle de consommation à moindre risque ;
- des règles d'hygiène que les usagers doivent respecter avant, pendant et après leur consommation ;
- des situations particulières qui peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de la salle de consommation (non-respect des règles d'usage, état d'ébriété ou d'agitation excessive...);
- des modalités du travail de supervision des intervenants : notamment en incluant des recommandations de bonnes pratiques d'injection, de la mise en garde contre les pratiques à risque et des conseils visant à minimiser ces risques.

Dans le cadre de leur rôle de supervision, les intervenants doivent être aptes à juger de l'état de conscience des usagers et à évaluer le degré de risque de la consommation : entretien, observation des signes d'imprégnation, etc.

Le protocole précise :

- les conduites à tenir en cas d'urgence, spécifiquement en cas de malaise ou en cas de suspicion d'overdose ; le protocole précise notamment le circuit d'intervention rapide en lien avec le service des urgences de l'hôpital, le SAMU, l'utilisation de la naloxone en cas de surdose aux opiacés, etc. ;
- la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

6. Règlement de fonctionnement

Conformément à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Destiné à l'utilisateur, le règlement de fonctionnement définit les règles devant être respectées respectivement par les professionnels et les usagers pour garantir le bon fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque.

Le règlement de fonctionnement peut comporter, en complément de ces dispositions communes de mises en œuvre, des modalités plus spécifiques, adaptées aux situations locales du lieu d'implantation de la salle.

a. Conditions, modalités d'admission, principes, droits et obligations :

Sont inclus les usagers injecteurs majeurs.

Sont exclus les usagers mineurs.

Tout échange ou tentative d'échange de produit psychoactif entraîne l'exclusion immédiate, temporaire ou définitive, dans les conditions fixées par le règlement de la salle de consommation.

Les obligations des usagers comprennent au minimum le respect du règlement de fonctionnement, notamment :

- l'énonciation et la description visuelle du produit que l'utilisateur vient consommer ;
- le respect des règles d'hygiène avant, pendant et après la consommation ;
- l'interdiction de tout partage ;
- l'interdiction de toute vente ou cession de produits illicites ou de médicaments à l'intérieur des locaux, y compris dans l'espace de consommation, et dans le périmètre extérieur direct ;
- l'interdiction de consommer toute substance psychoactive en dehors des postes de consommation ;
- l'interdiction de tout acte de violence, menace verbale ou physique entre les usagers ou envers les intervenants ;
- l'interdiction d'endommager les mobiliers et matériels ;
- l'interdiction, comme dans tout lieu accueillant du public, de consommer du tabac à l'intérieur des locaux (y compris la salle et les postes de consommation) sauf dans les espaces réservés aménagés dans le respect des normes techniques précises et garantissant la sécurité des non-fumeurs. La consommation de tabac aux abords des locaux ne doit pas être une source de nuisance pour les riverains.

Certaines situations particulières peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de la salle de consommation. Ces situations sont librement fixées dans le règlement de fonctionnement qui doit en préciser les motifs.

Ces motifs peuvent inclure :

- un état d'ébriété ou d'agitation excessive ;
- la volonté d'utiliser son propre matériel ;
- la volonté d'injecter par voie artérielle, dans des abcès ou des sites d'injection dangereux.

En cas de non-respect de ces dispositions, le personnel de la salle de consommation peut faire appel aux services de police.

b. Conditions et modalités de l'accueil :

Sont précisés :

- les horaires d'ouverture ;
- les conditions d'accès au lieu d'accueil et d'attente ;
- les modalités du déroulement de la première consultation d'accueil ;
- les conditions de gestion des animaux de compagnie pendant les temps d'accueil, d'attente et de consommation ;
- les conditions d'accès à la salle et aux postes de consommation ;
- les conditions d'accès à la salle de repos ;
- les prestations délivrées :
- information, conseil, rappels sur la réduction des risques et des dommages ;
- information, rappel des règles d'hygiène à respecter avant, pendant et après la consommation ;
- fourniture de matériel stérile ;
- prestations de soins et d'accès aux soins ;
- prestations d'accès et de maintien aux droits sociaux, aux démarches administratives et juridiques.

c. Participation à l'expression des usagers : le conseil de la vie sociale ou autre mode d'expression :

Le règlement de fonctionnement détaille le rôle et les modalités de désignation des usagers représentants.

d. Livret d'accueil remis à l'utilisateur :

Chaque usager admis dans la salle de consommation se voit remettre un livret d'accueil.

7. Participation au système de veille et alerte sanitaire

Le personnel de la salle de consommation à moindre risque peut être à l'origine d'une information en direction du système de veille et d'alerte sanitaire.

Il est aussi le relais d'information et de messages d'alerte déclenchés par les autorités auprès des usagers et des professionnels.

Une circulation des informations est organisée et précisée : elle inclut notamment le Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP), l'agence régionale de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La salle de consommation à moindre risque est intégrée aux différents dispositifs d'observation dont les dispositifs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) et Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES).

Le personnel de la salle de consommation à moindre risque ne peut pas réaliser l'analyse de produits sur place pour le compte de l'utilisateur avant sa consommation.

8. Composition de l'équipe

L'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Le personnel répond aux qualifications professionnelles du secteur médico-social.

Deux intervenants, dont au moins un infirmier compétent pour la prise en charge des urgences liées à l'usage de drogues, sont présents à tout moment dans l'espace de consommation : l'un accueille et gère le flux de personnes et le matériel, l'autre supervise les consommations et intervient selon les protocoles définis.

Un poste spécifique d'agent de sécurité doit être créé pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation. En fonction de l'analyse des acteurs locaux et du contexte, le nombre de ces agents peut être augmenté.

Des vacations médicales doivent être organisées.

D'anciens usagers, formés à la réduction des risques, peuvent assister le professionnel de santé ou du secteur médico-social, dans tous les espaces autres que l'espace de consommation. Ils ne sont pas autorisés à participer à la mission de supervision.

Le projet précisera les compétences et qualifications requises (formations), les quotités de temps et le taux d'encadrement qui doivent garantir la qualité de l'accueil, des prestations et la sécurité (cf. annexe 1 : proposition de tableau des emplois simplifié).

Une astreinte de direction est organisée et budgétée. Des réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre des protocoles doivent être organisées par l'équipe de direction.

9. Partenariats et conventionnements

Le CAARUD en charge de l'expérimentation formalise avec le SAMU et le service des urgences de l'hôpital le plus proche des protocoles d'intervention en cas d'urgence.

Une convention formalise l'élimination des déchets et des seringues usagées. Une concertation est prévue entre l'association porteuse et la municipalité concernant le ramassage des seringues usagées autour de la salle.

La salle de consommation à moindre risque a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenariats : CAARUD, CSAPA, ELSA, CeGIDD, structures sociales, médico-sociales, sanitaires de proximité, ou tout autre établissement, structure ou dispositif intervenant dans le cadre de prestations, dont les soins somatiques, addictologiques et psychiatriques.

Les horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.) ainsi que les professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics.

Une concertation spécifique, notamment dans le cadre de l'élaboration du protocole de fonctionnement de la salle, est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales concernant le fonctionnement de la salle de consommation et la gestion de l'ordre public à l'extérieur de la salle. Dans ce cadre, les modalités de recours aux services de police doivent être formalisées.

Des interventions régulières de proximité visant à assurer une bonne intégration dans le quartier, à prévenir et réduire les nuisances sur l'espace public doivent être prévues (réunions de riverains, rencontres avec les élus, la police, les institutions, participation aux réunions et instances locales de pilotage et de suivi, aux conseils de quartiers, etc.).

10. Comité de pilotage local de l'expérimentation

Un comité de pilotage local est créé. Le maire de la commune où est implantée l'expérimentation de la salle de consommation, le directeur général de l'ARS et le chef de projet régional Mildeca sont chargés du pilotage de ce comité. Celui-ci est composé d'élus locaux, de représentants des services des collectivités territoriales, des institutions concernées intervenant dans les domaines de la santé, de la sécurité, de la justice (préfecture, ministère public, etc.), de la caisse primaire d'assurance maladie, du gestionnaire porteur de l'expérimentation, des représentants des usagers, etc. Il a pour missions de vérifier la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges, d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales et de faciliter le lien avec le comité de pilotage national.

Un comité opérationnel, distinct du comité de pilotage mais agissant sous sa responsabilité, est créé. Ce comité opérationnel, qui pourra pour partie être composé de membres du comité de pilotage, associe l'équipe de direction de la salle de consommation à moindre risque et les acteurs locaux de proximité ou les plus directement impliqués dans le projet (services de police, de justice, de voirie, riverains...).

Il a pour fonctions de favoriser l'échange d'informations, d'assurer la coordination entre tous les acteurs, d'examiner en tant que de besoin les difficultés d'organisation ou de fonctionnement de la structure et de faire remonter ces difficultés au comité de pilotage au cas où elles ne peuvent être résolues à l'échelle du comité opérationnel.

11. Evaluation de l'activité

Le CAARUD porteur désigné doit adresser chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel il est implanté, au maire de la commune ainsi qu'au ministre en charge de la santé.

Ce rapport d'activité annuelle détaille notamment :

- la file active : nombre, profil, part d'utilisateurs réguliers... ;
 - les produits consommés et leur nature ;
 - le temps moyen de passage ;
 - les événements indésirables ;
 - les dépistages réalisés ;
 - les actions de médiation sociale et de proximité ;
 - le nombre de réunions avec les différents partenaires ;
 - les articulations avec les réseaux environnants : CAARUD, CSAPA, hôpital, social.
-

BIBLIOGRAPHIE

- [1] PAPET N, SENON J-L, Conduites addictives: toxicomanies aux opiacés et aux psychotropes, Université de Poitiers, 164 pages. (Consulté le 03 mars 2017)
- [2] AFDER - Association Française Dépendants En Rétablissement, *Définition de la maladie de la dépendance* | Association Française des Dépendants en Rétablissement, 28 août 2017. <http://www.afder.org/2017/08/28/definition-de-la-maladie-de-la-dependance/>
- [3] UNIVERSITÉ MÉDICALE VIRTUELLE FRANCOPHONE, Addiction et conduites dopantes: épidémiologie, prévention, dépistage, 2008. <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item45/site/html/cours.pdf>
- [4] CROCQ M-A, AURIACOMBE M, *DSM 5- Publication de la version française de l'ouvrage de référence de l'Association Américaine de Psychiatrie*, Elsevier-Masson, Juin 2015, 1176 pages.
- [5] BOUTILLIER J, Toxicomanie, drogue, dépendance cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy, 1996. <http://www.dependances.net/toxicomanie.htm> (consulté le 11 octobre 2017)
- [6] HAOUAT S, *Toxicomanie*, Cours de Toxicologie 5^{ème} année de Pharmacie - Laboratoire de Toxicologie - CHU de Constantine, 2011, 14 pages.
- [7] CARCEL J-P, Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie et l'usage de drogue - Information - Prévention. <http://www.caat.online.fr> (consulté le 12 octobre 2017)
- [8] BOEKHOUT VAN SOLINGE T, L'héroïne, la cocaïne et le crack en France, Trafic, usage et politique, Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, p. 277-282, 1996. <http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.heroine.fr.9.html>
- [9] OFDT, Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces> (consulté le 13 octobre 2017)
- [10] OFDT, Evolution de l'usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) parmi les 17 ans, Septembre 2017. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-l-usage-au-cours-de-la-vie-de-substances-psychoactives-hors-alcool-tabac-et-cannabis-parmi-les-17-ans>

- [11] AVENA C, DUBUS M, DE JONG M, Présentation de la Morphine et de l'Héroïne.
<http://opiaces-tpe.e-monsite.com/pages/morphine-et-heroine/presentation-de-la-morphine-et-de-l-heroine.html> (consulté le 10 octobre 2017)
- [12] HÉROÏNE : *Qu'est-ce que c'est ? Drogue-Dépendance*.
<http://www.drogues-dependance.fr/heroine.html> (consulté le 23 novembre 2016)
- [13] RICHARD D, SENON J-L, HAUTEFEUILLE M, FACY F, L'héroïne, *Revue-Toxibase*, 1998, N°1, 25 pages.
http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_heroine.pdf
- [14] CARLIER C, Drogue : un vaccin contre la dépendance à l'héroïne donne des résultats prometteurs, *Gentside Découv*, 2013.
http://www.maxisciences.com/drogue/drogue-un-vaccin-contre-la-dependance-a-l-039-heroine-donne-des-resultats-prometteurs_art29457.html
- [15] SUBUTEX 2 mg cp subling - VIDAL E-vidal, *Vidal*.
https://evidal.vidal.fr/medicament/subutex_2_mg_cp_subling-15662.html (consulté le 13 octobre 2017)
- [16] DUCHARME S, FRASER R, GILL K, Mise à jour sur l'utilisation clinique de la buprénorphine, *Can. Fam, Physician*, Janvier 2012, Vol. 58, n°1, p. e9-e14.
- [17] MONNIER C, Le Subutex (drogue) pourrait être l'une des substances les plus consommées comme drogue après la cocaïne et le cannabis, *Bloc Pot Légalisation Cannabis*, 2011.
<https://blocpot.qc.ca/fr/forum/1761>
- [18] METHADONE AP-HP 1 mg gél - VIDAL E-vidal.
https://evidal.vidal.fr/medicament/methadone_ap_hp_1_mg_gel-83042.html (consulté le 13 octobre 2017)
- [19] EMCDDA, Cocaïne et crack.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine/fr> (consulté le 14 octobre 2017)
- [20] CLAUSTRE A, BRESCH-RIEU I, FOUILHÉ N, Cocaine (PIM 139F, French), 1999.
<http://www.inchem.org/documents/pims/pharm/pim139f.htm>
- [21] COCAÏNE : *Qu'est-ce que c'est ? Drogue-Dépendance*.
<http://www.drogues-dependance.fr/cocaine.html> (consulté le 13 octobre 2017)

[22] MUCKENSTURM A, MILDT, CFES, *Drogues: Savoir plus, risquer moins - Cocaïne*, Centre QC lutte aux dépendances, 2000, 208 pages.

http://www.toxquebec.com/livre_drogues/fr/index_cocaine.html

[23] SKENAN LP 10 mg gél (µgle LP) - VIDAL E-vidal.

https://evidal.vidal.fr/medicament/skenan_lp_10_mg_gel_gle_lp-15107.html (consulté le 14 octobre 2017)

[24] ACTISKENAN 10 mg gél - VIDAL E-vidal.

https://evidal.vidal.fr/medicament/actiskenan_10_mg_gel-261.html (consulté le 14 octobre 2017)

[25] CADET-TAÏROU A, GANDILHON M, L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France, *Synthèse*. 2014. Vol. 2, p. 3.

[26] ROINGEARD P, Hépatite C, Inserm, 2014.

<https://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-c>

[27] ACEIJAS C, RHODES T, Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users, *Int. J. Drug Policy*, Octobre 2007, Vol. 18, n°5, p. 352-358.

[28] AFEF, Recommandations AFEF sur la prise en charge de l'hépatite virale C, Mars 2017.

<http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/RecommandationsAFEFMars2017.pdf>

[29] DELAPORTE E, DAZZA M-C, LAROUZÉ B, Epidémiologie du virus de l'hépatite C, *Médecine Mal. Infect*, 1 octobre 1995, Vol. 25, p. 1084-1088.

[30] OFDT, Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie injectable, Juillet 2017.

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-la-prevalence-de-linfection-par-le-virus-de-lhepatite-c-chez-les-usagers-de-drogues-par-voie-injectable/>

[31] COSTAGLIOLA D, DELAUGERRE C, VIH et sida, Décembre 2014.

<https://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/vih-et-sida>

[32] BENE, FAURE, *Les techniques utilisées en immunologie*, 1998.

<http://www4.ac-nancy-metz.fr/svt/enseign/svt/ressourc/rescien/Immuno/immacmar.htm>

[33] SOLLIEC N, Le dépistage du VIH, Décembre 2014.

<http://tpe-vih-sida-1eres3-lyceejeanmoulin.over-blog.com/2014/12/le-depistage-en-france-le-depistage-du-vih-est-une-demarche-volontaire-a-laquelle-la-personne-doit-consentir-il-ne-peut-en-aucun-cas>

[34] MORLAT P, Prise en Charge médicale des personnes vivant avec le VIH- Actualisation 2015 du rapport 2013, 2015.

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/experts-vih_actualisation2015.pdf

[35] STRIKE C, GUTA A, La prévention du VIH pour les utilisateurs de drogues injectables : L'heure est au changement global, 2011.

<http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2011/prevention-vih-les-utilisateurs-drogues-injectables-heure-changement-global>

[36] OMS | VIH/sida, Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, Juin 2016, 59 pages.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr>

[37] WEILL-BARILLET L, PILLONEL J, SEMAILLE C, LÉON L, LE STRAT Y, PASCAL X, BARIN F, JAUFFRET-ROUSTIDE H, Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey, *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, 1 Septembre 2016, Vol. 64, n°4, p. 301-312.

[38] MOLLA A, BASSET C, BLOCH-LAINE J-F, CHARLES-NICOLAS A, HANTZBERG P, JUETTE D, PASQUET J, NAHOUM-GRAPPE V, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, *Propos, Pour Une Reformulation Cadre Législatif Rapport Avis Recommandation Conseil National Sida Adopt, Lors Séance Plénière Du*, Juin 2001, Vol. 21, 163 pages. <http://steciuks.free.fr/downloads/lesrisquesliesauxusagesdedrogues.pdf>

[39] OFDT, Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH liée à l'usage de drogues, Juillet 2017.

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-decouvertes-de-seropositivite-vih-liee-l-usage-de-drogues>

[40] OFDT, Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues, Juillet 2017.

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-nouveaux-cas-de-sida-lies-l-usage-de-drogues>

[41] OFDT, Évolution du nombre de décès au stade sida chez les usagers de drogues, Septembre 2017.

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-au-stade-sida-chez-les-usagers-de-drogues>

[42] UNIVERSITÉ LAVAL, *Les overdoses de cocaïne et d'opiacés: connaître, reconnaître, les gérer*, Cahier 6, Octobre 2005, 29 pages.

http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/cahiers_BTEC/cahier-6-overdose.pdf

[43] BOULAT T, BRISACIER A-C, PALLE C, Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France, Rapport OFDT, 2017, 40 pages.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxtbwb.pdf>

[44] OFDT, Évolution du nombre de décès par surdose, Juillet 2017.

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose>

[45] CEIP-A (CENTRES D'ÉVALUATION ET D'INFORMATION SUR LA PHARMACODÉPENDANCE-ADDICTOVIGILANCE), ANSM (AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ), Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances, Principaux résultats enquête DRAMES 2015, 2015, 2 pages.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/01c99bad61b61c11e17ed6c81cb86eb4.pdf

[46] ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE ET TROPICALE, Infection chez le toxicomane, Juin 2003, 5 pages. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/malinf/malinf/hp1/leconimprim.pdf>

[47] DEL GIUDICE B, Peau et toxicomanie, 2004, 53 pages.
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/2005/CT/CT12-3-delguidice.pdf>

[48] UNIVERSITÉ LAVAL, Les complications aiguës de la peau et des tissus mous associées à l'injection de drogues chez les UDI: les connaître, les reconnaître, les gérer, Cahier 1, 2004, 21 pages. http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/cahiers_BTEC/cahier-1-complications-UDI.pdf

[49] BÉKAERT J, PODEVIN G, Psychopathologie des mésusages du Subutex® : le syndrome de Popeye, *L'Encéphale*, 1 Juin 2015, Vol. 41, n°3, p. 229-237.

[50] CHOUK M, VIDON C, DEVEZA E, VERHOEVEN F, PELLETIER F, PRATI C, WENDLING D, "Puffy hand syndrome", *Rev. Rhum*, 1 Octobre 2016, Vol. 83, n°5, p. 383-385.

[51] INVS, Aide-mémoire / Usagers de drogues / Populations et santé / Dossiers thématiques / Accueil, Mai 2011.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Aide-memoire>

[52] CELLULE GÉNÉRALE DE POLITIQUE DROGUES, *Salle de consommation à moindre risque, Note de synthèse*, Octobre 2016, 43 pages.

http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/24102016_note_salles_de_consommation.pdf

[53] EVAÏN A, *Les salles de consommation de drogue sont-elles une mesure justifiée de réduction des risques?*, Juin 2012, 13 pages.

[54] BAUFAY F, *SCMR: une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multifactoriel*, Dossier d'information, Décembre 2012, 28 pages.

[55] POULIQUEN F, Toxicomanie: "On a visité la première «salle de shoot" à Paris, *20minutes.fr*, Octobre 2016.

<http://www.20minutes.fr/paris/1940687-20161011-toxicomanie-visite-premiere-salle-shoot-paris>

[56] "Salles de shoot": qu'ont démontré les expériences européennes ? , *France 3 Paris Ile-France*, Octobre 2016.

<http://france3-regions.francetvinfo.fr/paris-ile-de-france/paris/au-danemark-exemple-d-une-salle-de-consommation-moindre-risque-ou-salle-de-shoot-973732.html>

[57] GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS, *Salles de consommation, Réponses-Drogue*, 2012, 7 pages.

[58] SCHATZ E, NOUGIER M, *Salles de consommation à moindre risque: les preuves et la pratique*, Consortium International sur les Politiques des Drogues, Juin 2012, 25 pages.

[59] MAURISSE M, "Salles de shoot": le modèle suisse, *L'Express.fr*, Aout 2010.

www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/salles-de-shoot-le-modele-suisse_914527.html

[60] LA RÉDACTION, *Salles de shoot : l'Europe avance, la France recule*, *myeurop.info*, Octobre 2013.

<http://fr.myeurop.info/2013/10/10/salles-de-shoot-l-europe-avance-la-france-recule-12389>

[61] KAPPEL N, TOTH E, TEGNER J, LAURIDSEN S, A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs, *Harm. Reduct. J*, 16 Juin 2016. Vol. 13.

[62] CATALON J-C, "Salle de shoot" : des économies pour la Sécu ? , *La Tribune*, Octobre 2016.

[63] MESSAGER D, Quel bilan pour la salle de shoot ? , *France Inter*, Octobre 2017.

<https://www.franceinter.fr/emissions/grand-angle/grand-angle-16-octobre-2017>

[64] BERTRAND B, Salles de consommation de drogues à moindre risque : le syndrome gaulois, *Débat*, 3 pages.

http://www.pistes.fr/swaps/56_205.htm (consulté le 23 octobre 2017)

[65] POTIER CHLOÉ, *Les centres d'injection supervisés: une revue systématique de la littérature*, 83 pages, Thèse du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Lille, Septembre 2014.

[66] SALMON A, KALDOR J, MAHER L, Sydney Medically Supervised Injecting Centre Evaluation, Report No. 4: Evaluation of service operation and overdose-related events, Juin 2017, 49 pages.

[67] LEGIFRANCE, *Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque, Mars 2016.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032291220>

[68] ROUGIER B, MIMAUT C, La première salle de consommation de drogue à moindre risque inaugurée à Paris, *France info*, Octobre 2016.

http://www.francetvinfo.fr/societe/droque/salles-de-shoot/la-premiere-salle-de-consommation-de-droque-a-moindre-risque-inauguree-a-paris_1865463.html

[69] LECLAIR A, Ouverture d'une première «salle de shoot» à Paris, *Le Figaro*, Octobre 2016.

<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/10/10/01016-20161010ARTFIG00318-ouverture-d-une-premiere-salle-de-shoot.php>

[70] BENJAMIN A, "Ouverture d'une "salle de shoot" à Paris: la drogue consommée "à moindre risque", *L'Express.fr*, Octobre 2016.

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/ouverture-d-une-salle-de-shoot-a-paris-la-droque-consommee-a-moindre-risque_1839305.html

[71] *Gaïa Paris | Association médico-sociale*

<https://gaia-paris.fr/> (consulté le 13 octobre 2017)

- [72] LAFON C, "Salles de shoot" : comment ça marche ? , *SudOuest.fr*, Avril 2015.
<http://www.sudouest.fr/2015/04/11/salles-de-shoot-comment-ca-marche-1887596-2780.php>
- [73] Imbach R, SAVE DRUG USER LIFE, FRANCE - Ouverture de la 2d SCMR française, Ithaque, Le Monde, Novembre 2016.
<http://www.salledeconsoommation.fr/strasbourg-ouverture-dune-salle-de-consommation-de-drogues-a-moindre-risque.html>
- [74] CHAPPARD P, COUTERON J-P, « J'ai essayé la salle de shoot de Strasbourg », *Un Monde Cent Drogue*, Le Monde, Juin 2017.
<http://drogues.blog.lemonde.fr/2017/06/13/jai-essaye-la-salle-de-shoot-de-strasbourg>
- [75] PÉRON I, Après Paris, Strasbourg ouvre sa "salle de shoot" dans un contexte "plus apaisé", *L'Express.fr*, Novembre 2016.
www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/apres-paris-strasbourg-ouvre-sa-salle-de-shoot-dans-un-contexte-plus-apaise_1847968.html
- [76] Drogue : Le projet de « salle de shoot » bientôt finalisé ? , Infos Bordeaux , Aout 2012.
<http://www.infos-bordeaux.fr/2012/actualites/drogue-le-projet-de-salle-de-shoot-bientot-finalise-3283>
- [77] CARTRON J, Drogue : L'ouverture d'une salle de shoot à Bordeaux en 2016 ? , Infos Bordeaux, Novembre 2017.
<http://www.infos-bordeaux.fr/2015/actualites/drogue-louverture-dune-salle-de-shoot-a-bordeaux-en-2016-7605>
- [78] Présentation, *La CASE*
<https://www.lacase.eu/association/presentation> (consulté le 24 octobre 2017)
- [79] Formation et Recherche, *La CASE*
<https://www.lacase.eu/poles-intervention/formation-et-recherche> (consulté le 24 octobre 2017)
- [80] Salle de shoot: bilan un an après l'ouverture, *Le FIGARO*, Octobre 2017.
<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2017/10/12/97001-20171012FILWWW00123-paris-bilan-un-an-apres-l-ouverture-de-la-salle-de-shoot.php>
- [81] LEGRAND C, Salle de shoot, bilan d'un an d'expérimentation, *La Croix*, Octobre 2017.
<https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/Salle-shoot-bilan-dun-dexpermentation-2017-10-12-1200883737>

[82] GABASTON R, "Salle de shoot" à Paris : quel bilan huit mois après son ouverture contestée ? , *Marianne*, Juillet 2017.

<https://www.marianne.net/societe/salle-de-shoot-paris-quel-bilan-huit-mois-apres>

[83] Salle de shoot à Paris : quel bilan six mois après l'ouverture ? , *France info*, Mars 2017.

http://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/salle-de-shoot-a-paris-quel-bilan-six-mois-apres-l-ouverture_2120321.html

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

CHAUMONT ORANE

Addiction, Dépendance et drogues :

Etude de la mise en place de salle de consommation à moindre risque dans le monde et en France depuis 2016

Th. D. Pharm., Bordeaux, Décembre 2017, 140p.

Résumé

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives.

Les drogues étudiées dans la thèse sont celles utilisées dans les salles de consommation à moindre risque (SCMR). Ce sont majoritairement l'héroïne, la cocaïne, le crack, la buprénorphine, la méthadone et le sulfate de morphine.

La consommation de drogues génère de multiples conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale tels que les overdoses, les infections par des maladies transmissibles (VIH et hépatites), etc.

Afin d'y faire face, des politiques de santé publique pour la réduction des risques ont été développées. Les salles à consommation à moindre risque en sont un des outils.

Cependant, ces salles ne font pas l'unanimité lors de leur ouverture, les détracteurs les accusant de favoriser la consommation et le trafic de drogues.

La thèse fait un état des lieux des SCMR ouvertes dans le monde depuis de nombreuses années, ainsi que l'ouverture récente des SCMR françaises afin d'examiner les bénéfices et risques de ces dernières.

Mots clés

- Addiction
- Dépendance
- Drogues
- Salle de consommation à moindre risque
- VIH
- VHC
- Overdoses

Jury

Dr. BAUDRIMONT Isabelle, Maître de conférences
Dr. CHEZE Catherine, Maître de conférences
Dr. JOUBERTIE Marie-Christine, Docteur en Pharmacie

Date de soutenance

Vendredi 1^{er} décembre 2017 à l'Université de Bordeaux

