

MARS 2019 - N° 64

DEPENDANCES



Stimulants

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE «STIMULANTS»



2

EDITORIAL

Frank Zobel



3

PHARMACOLOGIE DES STIMULANTS

*Daniele Zullino, Gabriel Thorens et
Sophia Achab*



9

DRUG CHECKING : ÉTAT DES LIEUX

Dominique Schori



13

(PRESQUE) TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LE MARCHÉ DE LA COCAÏNE

*Sanda Samitca, Stephanie Lociciro Pierre Esseiva,
Robin Udrisard et Frank Zobel*



16

INTERVIEW

*de Thilo Beck
par Frank Zobel*

19

MARCHÉ NOIR : LA LÉGALISATION VAINCRA

Johanna Gapany



21

POURQUOI SI PEU DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE STIMULANTS EN GÉNÉRAL?

Claude Uehlinger

24

PROGRAMME WARNINGMETH : UNE ALTERNATIVE PSYCHOÉDUCATIVE À LA CONTRAVENTION

*Camille Fontaine, Jean-Marie Coste,
Yvan Grecuccio, Anne Pelet*



28

LA PAROLE AUX COCAÏNOMANES ANONYMES

*Membres des Cocaïnomanes
Anonymes de Suisse romande*

ÉDITORIAL



On les prend pour danser jusqu'à la fermeture des clubs et pour enchaîner ensuite les after. Elles permettent aussi de travailler mieux et plus longtemps que les collègues, de préparer des examens pendant de longues nuits ou de jouer devant son ordinateur jusqu'à l'épuisement. Certains y trouvent aussi un moyen de renforcer leur confiance, d'autres de flatter leur narcissisme et d'autres encore de pimenter leur vie sexuelle. Pour toutes ces raisons, et d'autres encore, l'on qualifie souvent les stimulants de « drogues de notre temps » : de la performance et du plaisir.

Ces substances ont toutefois aussi un côté beaucoup plus sombre qu'il faut évoquer. Celui de la dépendance et de différents problèmes de santé physiques et psychiques liés à leur consommation, bien sûr, mais aussi de leur emploi dans le cadre de conflits armés pour encourager les « soldats » à se battre ou à se sacrifier. Celui de la prostitution aussi où les stimulants constituent souvent un outil pour faire travailler celles et ceux qui pratiquent ce métier.

Il y a aussi un questionnement important en lien avec les stimulants : si on légalise et régule le cannabis aujourd'hui dans différentes régions du monde, que fera-t-on ensuite

avec ces substances puisqu'il s'agit généralement des drogues les plus consommées après la marijuana ? C'est un véritable cas d'école puisqu'on y retrouve non seulement différentes molécules, avec des effets et des dangers variables, mais aussi la possibilité de produire de nouvelles drogues dans le cadre de la légalisation pour mettre à disposition des produits peu dangereux mais répondant aux attentes des consommateurs. C'est, si on le veut bien, le débat sur la régulation des drogues 2.0 qui s'annonce avec les stimulants.

Ce numéro de Dépendances sur les stimulants a été imaginé par Corine Kibora qui, durant plus d'une décennie, a été avec Jean-Félix Savary du GREA l'une des deux chevilles ouvrières de cette revue. Son départ, lié à un changement professionnel, constitue une importante perte pour Dépendances mais nous donne aussi l'occasion de lui dédier ce numéro et de la remercier pour son engagement indéfectible durant toutes ces années. Et puis, nous savons qu'elle reste une amie de la revue et que nos chemins se recroiseront. Alors : merci Corine et à bientôt.

Frank Zobel

PHARMACOLOGIE DES STIMULANTS

Daniele Zullino, Gabriel Thorens et Sophia Achab (Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève)

Le terme « stimulant » recouvre une large palette de substances légales et illégales. Parmi ces dernières, on trouve différentes familles de substances qui se ressemblent, mais qui ont aussi des différences s'agissant des effets et des conséquences de leur consommation. Pour s'y retrouver, la pharmacologie des principaux stimulants illégaux est examinée dans cet article. (réd.)

Le terme « stimulant » désigne plusieurs groupes de substances qui ont en commun des effets sur la vigilance, mais qui se distinguent aussi s'agissant des effets sur le cours et le contenu de la pensée, sur l'humeur et sur la motricité. On classe habituellement dans le groupe des stimulants, des substances avec des structures chimiques et des propriétés pharmacodynamiques variables. Il s'agit, entre autres, de la caféine, la nicotine, l'ecstasy, la cocaïne, les amphétamines et les cathinones. Dans ce texte, nous allons, par souci de concision, nous limiter aux trois familles de substances illégales les plus connues : la cocaïne, les amphétamines et les cathinones.

LA COCAÏNE

La cocaïne est issue de l'arbuste *Erythroxylum coca Lam.*, une plante originaire des régions tropicales d'Amérique latine. Elle fait l'objet d'un usage médical limité en tant qu'anesthésique topique, notamment en ophtalmologie.

Pharmacocinétique

Il s'agit d'une substance lipophile qui traverse facilement la barrière hématoencéphalique et la barrière placentaire par simple diffusion.

Par voie orale, la cocaïne est mesurable du point de vue plasmatique au bout de 30 minutes et le pic plasmatique est obtenu en 50 à 90 minutes. Ce pic est atteint en 15 minutes par voie nasale, et l'absorption est variable, de 20 à 60%, du fait de la vasoconstriction secondaire. La base libre consommée par inhalation ne subit pas d'effet de premier passage hépatique¹ et les concentrations plasmatiques sont immédiatement élevées (1 à 2 µg / ml).

La demi-vie plasmatique est d'une heure. L'administration d'une dose de 25 mg induit des taux entre 400 et 700 µg /

l. La majeure partie de la cocaïne est métabolisée dans le foie pour former les métabolites inactifs l'ecgonine méthyle ester, benzoylecgonine et ecgonine ainsi que le métabolite actif norcocaïne, qui peuvent être identifiés jusqu'à six jours après la prise. La cocaïne et la benzoylecgonine peuvent aussi être retrouvées dans le lait maternel, jusqu'à 36 heures après la consommation. En présence d'alcool se forme un autre métabolite actif, le cocaéthylène. L'élimination urinaire de la cocaïne se fait sous forme inchangée pour 1 à 9% (en augmentation lorsque les urines sont acidifiées). Les métabolites sont détectables jusqu'à 72 à 96 heures dans les urines.

La cocaïne usuellement sniffée est la poudre de chlorhydrate de cocaïne, thermolabile et qui ne peut ainsi pas être fumée. Ses propriétés hydrosolubles permettent cependant une consommation par voie intraveineuse. Le crack et la *freebase* sont les deux produits de la cocaïne qui peuvent être vaporisés (à 180°C) et inhalés. Le terme *freebase* désigne la forme libre et ainsi lipophile, par opposition à la forme salifiée de la substance, qu'on obtient en mélangeant le chlorhydrate de cocaïne (le sel de cocaïne) avec de l'ammoniaque. Pour produire du crack, on mélange le chlorhydrate de cocaïne avec du bicarbonate de sodium, ce qui rend le produit plus basique et augmente la partie libre de la cocaïne.

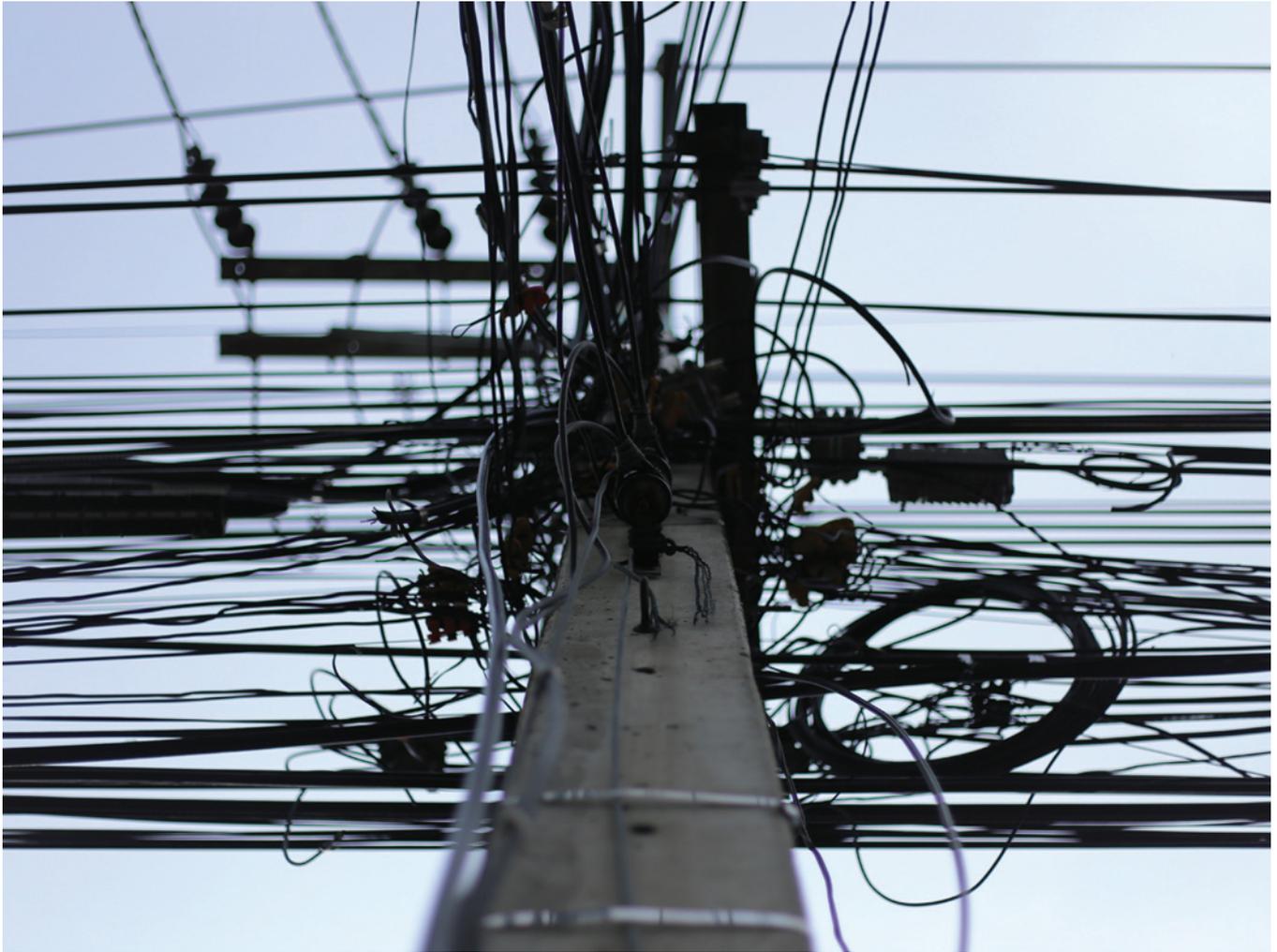
Pharmacodynamie

Les effets principaux de la cocaïne résultent de son action sympathique. Elle inhibe la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, augmentant leurs concentrations synaptiques. Elle agit également en tant qu'agent anesthésique local par augmentation du flux calcique.

Effets recherchés

Consommé par voie nasale, les effets du chlorhydrate de cocaïne débutent après 3 minutes et se prolongent

1. Lors de la prise orale d'une substance, celle-ci est d'abord transportée par la veine porte vers le foie. Une partie de la substance subit une métabolisation avant d'atteindre la circulation systémique. Ce passage hépatique diminue éventuellement la quantité disponible pour les effets recherchés.



pendant 30 à 60 minutes. S'il est inhalé, l'effet se produit après 10 secondes, l'effet maximal (*rush*) étant atteint après 5 à 10 minutes.

Il existe de grandes variations inter- et intra- individuelles dans les effets ressentis, qui dépendent de la dose et de la voie d'administration. Néanmoins, ils se déploient typiquement en deux phases: le *rush*, qui est l'apparition rapide d'euphorie, puis le *high*, marqué par un sentiment de bien-être, d'énergie et d'augmentation d'estime de soi, de tachypsychie, de désinhibition, d'excitation sexuelle (qui peut conduire à des conduites sexuelles à risque) et de suppression de l'appétit. Le tout peut ressembler à un tableau clinique d'allure maniaque.

Effets indésirables

Sur le plan neurovégétatif, on retrouve une tachycardie, une hypertension artérielle, une dilatation pupillaire et une pâleur cutanée. Une des conséquences de la stimulation adrénergique est l'augmentation rapide du travail cardiaque, et donc de la consommation en oxygène du myocarde. Il y a risque d'infarctus du myocarde, non seulement pour les sujets à coronaires athéromateuses, mais – suite à des spasmes coronariens - aussi chez des sujets sans facteurs de risque connus. De même, le risque d'hémorragie cérébrale spontanée est augmenté chez des

sujets normotendus. Des ischémies peuvent finalement survenir dans d'autres organes (intestins et reins).

Les effets psychotropes indésirables sont une confusion, des angoisses, des hallucinations et des idées délirantes de concernement et de persécution. Si des tremblements peuvent survenir à de petites doses, les convulsions tonico-cloniques et la dépression des centres respiratoires sont plutôt signe d'une intoxication massive. La cocaïne est pyrogène (augmente la température du corps) par l'augmentation de l'activité musculaire et l'action directe sur les centres de régulation thermique.

La dose létale minimale est estimée à 1,2 mg, mais des décès ont régulièrement été constatés à des doses de moins de 30 mg. Des accidents mortels ont été décrits à partir de concentrations plasmatiques de 1 mg/l. En revanche, en cas de tolérance marquée, des consommations atteignant les 5 mg par jour sont possibles.

LES AMPHÉTAMINES

Les amphétamines constituent une sous-classe des phényléthylamines, appelée alpha-méthylphénéthylamine, qui comprend entre autres la méthamphétamine, la MDMA (méthylènedioxy-méthamphétamine, ecstasy), et le DOM

(diméthoxy-4-méthylamphétamine). Il s'agit ainsi d'un groupe de substances qui au-delà des effets stimulants peuvent aussi avoir des effets entactogènes et/ou hallucinogènes.

La méthamphétamine est synthétisée principalement à partir de pseudoéphédrine, un décongestionnant nasal. Pure, elle se présente sous forme solide cristalline (*crystal*), incolore et inodore, qui peut rappeler du verre pilé ou de la glace (*ice*). Elle se dissout facilement dans l'eau ou l'alcool.

Pharmacocinétique

Après une dose orale unique de 10 mg, les taux plasmatiques maximaux sont de 0,02 mg / L. En prise orale les doses vont de 10-100 mg, des usagers avec forte tolérance pouvant consommer plus de 150 mg. Par voie nasale, par inhalation ou par voie intraveineuse les doses maximales se situent entre 60-100 mg.

La demi-vie plasmatique de l'amphétamine peut varier entre 4 et 12 heures et dépend du pH urinaire (des urines alcalines réduisent la vitesse d'élimination). Les métabolites principaux sont la 1-phényl-2-propanone et la 4-hydroxyamphétamine. L'amphétamine peut être détectée jusqu'à 12 heures dans le sang et la salive, et jusqu'à 1 à 5 jours dans les urines, la méthamphétamine entre 1 à 3 jours dans le sang et la salive, et entre 3 à 5 jours dans les urines. Déterminer la substance consommée, amphétamine ou méthamphétamine, à partir des urines peut être problématique, l'amphétamine étant un des métabolites de la méthamphétamine.

La méthamphétamine est surtout métabolisée dans le foie en amphétamine, 4-hydroxyméthamphétamine, noréphédrine, 4-hydroxyamphétamine et 4-hydroxynoréphédrine et 30 à 50% sont excrétés sous forme inchangée. Environ 70% d'une dose orale unique sont excrétés dans les urines dans les 24 heures.

Des interactions sont possibles avec de nombreux médicaments. La combinaison avec des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) augmente le risque de syndrome sérotoninergique. Par ailleurs, la plupart des amphétamines sont métabolisées en grande partie par le cytochrome p450 2D6, enzyme qui est bloquée par un certain nombre d'antidépresseurs, notamment la fluoxétine (Fluctine®, etc.) et la paroxétine (Deroxat®, etc.), ce qui augmentera les taux plasmatiques des amphétamines et leur effet potentiellement toxique.

Pharmacodynamie

L'amphétamine et la méthamphétamine existent en deux stéréo-isomères, les formes L et D. Les énantiomères D sont des psychostimulants 3 à 5 fois plus puissants que les formes L. L'amphétamine et la méthamphétamine inhibent la recapture de dopamine et de noradrénaline, comme la cocaïne. En plus, elles stimulent la libération

de ces catécholamines. La méthamphétamine augmente la disponibilité des monoamines aussi par une inhibition de la monoamine-oxydase (MAO), l'enzyme principale pour le métabolisme de ces neurotransmetteurs.

Les effets recherchés

Ils sont semblables à ceux décrits pour la cocaïne, notamment l'euphorie, l'augmentation de la vigilance et des capacités de concentration, la diminution de la sensation de fatigue et du besoin de sommeil, la diminution de la sensation de faim et l'augmentation de la sociabilité et de la confiance en soi.

Le début de l'effet dépend principalement du mode de consommation : par voie nasale après 10 à 20 minutes, par voie orale après 30 à 45 minutes, fumée ou injectée après 10 à 30 secondes. La durée des effets est de 6 à 30 heures, souvent plus de 24 heures pour la méthamphétamine.

Les effets indésirables

Les effets euphorisants sont habituellement suivis d'une phase d'abattement, d'irritabilité, de déprime, d'anxiété et de léthargie (la descente). Cette phase s'accompagne aussi de crampes musculaires et de nausées.

Les symptômes de la descente sont particulièrement marqués après consommation de méthamphétamine.

L'exposition répétée aux amphétamines, et particulièrement à la méthamphétamine, a été corrélée à des effets neurotoxiques potentiellement irréversibles probablement dus à un stress oxydatif lié à la présence excessive de dopamine cytoplasmique. L'usage chronique de méthamphétamine a été associé à des altérations de processus neurocognitifs, dont l'attention, la mémoire de travail, la mémoire épisodique, la vitesse de traitement de l'information complexe et les fonctions exécutives (surtout l'inhibition de la réponse et la résolution de nouveaux problèmes). Un risque accru d'états psychotiques aigus et persistants a aussi été relevé.

Du point de vue cardiovasculaire, en partie par l'action vasoconstrictrice, peuvent se produire des tachycardies, des arythmies, des hypertensions artérielles et des hémorragies (notamment cérébrales et pulmonaires). Du point de vue pulmonaire, on note d'une part une broncho-dilatation et d'autre part une tachypnée.

Un des effets les plus redoutés est l'hyperthermie, potentiellement létale, bien connue en lien avec le MDMA, mais possible avec tous les dérivés amphétaminiques. Le risque est accru par l'activité physique et la diminution du sentiment de fatigue induit par la substance.

L'apparition d'acné est un symptôme secondaire parmi les plus caractéristiques, possiblement par altération de la fonction de la testostérone. Le dérèglement du cycle

Un des effets les plus redoutés est l'hyperthermie, potentiellement létale.

menstruel souvent observé dans la consommation chronique peut être dû à des mécanismes de stress et de réduction des taux de graisse. Par contre un effet sur la fertilité reste douteux.

Un des produits de coupe, l'isopropylbenzylamine, est un isomère structurel de la méthamphétamine, ce qui lui confère des propriétés chimiques semblables aux amphétamines. L'isopropylbenzylamine n'a cependant pas d'activité stimulante, mais peut être à l'origine d'effets secondaires comme des difficultés respiratoires et des états anxieux.

LES CATHINONES DE SYNTHÈSE

Elles constituent actuellement l'une des familles de stupéfiants les plus souvent identifiées parmi les nouvelles substances psychoactives (NPS) en Europe et en Amérique du Nord. La cathinone (aussi benzoylethéamine), est un alcaloïde monoamine issue de la plante *Catha edulis* (Khat), plante surtout cultivée dans la région de la corne d'Afrique et au Yémen.

Sa structure moléculaire s'apparente à celle de l'éphédrine et ainsi à celle des amphétamines. Parmi les dérivés synthétiques de la cathinone, on peut citer la butylone, la méthylone, l'éthylone, le 3,4-méthylendioxypropylone (MDPV) et le plus connu d'entre eux, la méphédrone (4-MMC). Comme les amphétamines, les dérivés de la cathinone peuvent exister sous deux formes stéréoisomériques, qui peuvent avoir des puissances différentes.

Il est intéressant de noter que le bupropion, antidépresseur et médicament utilisé comme aide au sevrage tabagique fait partie du groupe des cathinones sans être associé à des risques de mésusage.

Pharmacocinétique

Une dose de méphédrone varie généralement entre 100 et 250 mg, mais la consommation peut aller jusqu'à 1 mg par session.

Après administration orale, la demi-vie est d'environ 30 minutes. Après 9 heures elle n'est plus détectable dans le plasma.

La faible biodisponibilité orale, environ 10%, explique pourquoi l'inhalation est la voie préférée. La méphédrone et le MDPV traversent par ailleurs facilement la barrière hématoencéphalique.

Le métabolisme de la méphédrone passe amplement par les CYP2D6 et CYP2B6.

Pharmacodynamie

La plupart de ces substances sont des ligands pour les transporteurs à monoamine, avec une préférence pour les systèmes noradrénergique et dopaminergique. Leur effet stimulant est cependant de puissance inférieure aux analogues amphétaminiques.

Comme pour la cocaïne, l'euphorie très intense procurée par la méphédrone est de courte durée.

Les cathinones synthétiques, exercent leur activité principalement par inhibition de la recapture de monoamines. La méphédrone stimule comme les amphétamines, la libération présynaptique de ces neurotransmetteurs. Pour ce qui concerne l'inhibition de la recapture de dopamine, le MDPV s'est révélé l'inhibiteur le plus puissant parmi les cathinones, avec une activité similaire à la cocaïne.

Les effets recherchés

Les effets principaux recherchés sont l'euphorie, un sentiment d'énergie accrue, un sentiment de puissance intellectuelle et physique, ainsi qu'une augmentation de la libido. Les effets semblent plutôt ressembler aux effets de l'ecstasy qu'à ceux de la cocaïne.

En parachute², les effets de la méphédrone apparaissent entre 15 à 60 minutes après la prise, et durent jusqu'à six heures. Quand elle est sniffée la latence est de 2 à 5 minutes, et quand elle est fumée ou injectée d'environ 10 à 30 secondes.

Les effets indésirables

Les effets indésirables sont similaires aux autres stimulants, surtout du niveau cardio-vasculaire, psychiatrique et neurologique. Les effets secondaires qui ont été décrits sont les suivants : troubles de la vue, bruxisme, vertiges, céphalées, hyperthermie, insomnie, cauchemars, tremblements, douleur thoracique, palpitations, tachycardie sinusale, hypertension, coagulation intravasculaire disséminée, anorexie, nausée et vomissement.

Les hallucinations induites par les cathinones synthétiques sont principalement de nature auditive et tactile et peuvent être des signes de psychose qui souvent persistent plusieurs jours après l'arrêt de la consommation.

L'utilisation concomitante de cathinones synthétiques et d'autres stimulants peut potentiellement induire des intoxications fatales.

Un des effets les plus problématiques est l'augmentation de la température corporelle qui, lorsqu'elle dépasse 40,5 °C, augmente le taux de mortalité à plus de 50%.

2. Le parachute est un moyen de consommation de drogues en poudre ou en cristaux. Le produit est enroulé dans une feuille, puis avalé avec une boisson.



CONCLUSION

Si les effets recherchés de la consommation de stimulants et leurs effets secondaires sont très similaires, il existe une variété importante de molécules qui posent des défis sanitaires, juridiques et sociaux différents. Cet article s'est penché sur les trois familles de molécules les plus courantes. Il montre que la variation des modes de consommation, couplés aux différences pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, doivent être connues des spécialistes pour permettre une meilleure prise en charge tant dans un setting d'urgence que de consommation chronique.

Contacts : daniele.zullino@hcuge.ch,
gabriel.thorens@hcuge.ch, sophia.achab@hcuge.ch

Pour en savoir plus

Courtney KE, Ray LA. Clinical neuroscience of amphetamine-type stimulants: From basic science to treatment development. *Progress in Brain Research* 2015; 223: 295-310

Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: An Update on Epidemiology, Pharmacology, Clinical Phenomenology, and Treatment Literature. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 0: 11-21

German CL, Fleckenstein AE, Hanson GR. Bath salts and synthetic cathinones: An emerging designer drug phenomenon. *Life Sci* 2014; 97(1): 2-8

Karila L, Zarmdini R, Petit A, Lafaye G, Lowenstein W, Reynaud M. Addiction à la cocaïne: données actuelles pour le clinicien. *Presse Med.* 2014; 43: 9-17

Zawilska JB. Mephedrone and other cathinones. *Curr Opin Psychiatry* 2014, 27: 256 - 26

GENEVA JUNE 2019 DRUG POLICY 24TH - 28TH WEEK

Les politiques drogues sont à un tournant de leur histoire depuis l'UNGASS 2016. Comment garantir les droits humains ? Quelles alternatives aux sanctions ? Genève prend une nouvelle place dans les débats onusiens. Venez interagir avec les acteurs de la Genève internationale lors de la semaine sur les politiques drogues avec :

- Une douzaine de rendez-vous du réseau suisse et international, autour de conférences, débats publics, visites, et événements culturels (anglais et français),
- Une organisation multisites à Genève et dans sa région,
- Une émulation impliquant de nombreux partenaires suisses et internationaux,
- Des thématiques telles que l'accès à des médicaments contrôlés, les conditions de détention, les situations de conflits, l'environnement et les droits humains.



La Geneva Drug Policy Week est organisée par la Geneva Platform on Human Rights, Health and Psychoactive substances avec le soutien du GREA et de l'Institut de santé globale de l'Université de Genève. La manifestation est gratuite et ouverte au public. Toute contribution est bienvenue, qu'elle résulte d'une initiative individuelle ou institutionnelle.

Programme définitif disponible en avril. Informations et contacts sur www.genevaplatfrom.ch

DRUG CHECKING : ÉTAT DES LIEUX

Dominique Schori (Infodrog)

La Suisse fait partie des pays pionniers dans l'introduction du drug checking, qui concerne jusqu'ici avant tout les stimulants consommés en milieu festif. Où en sommes-nous aujourd'hui et quels sont les différents objectifs et les pratiques actuelles dans ce domaine? Que nous apprend le drug checking et comment cette offre va-t-elle se développer à l'avenir? Les réponses d'un observateur éclairé de ce domaine. (réd.)

Le *drug checking* fait partie de la réduction des risques destinée aux consommateurs de substances psychoactives. Il comprend une analyse chimique de la substance et une consultation individuelle. Il s'agit d'une offre à bas seuil d'accessibilité, sans jugement de valeur vis-à-vis de ses usagers et gratuite pour eux. Elle est principalement destinée aux consommateurs de drogue à usage récréatif. L'analyse chimique des substances est réalisée par un laboratoire spécialisé. En Suisse, des offres de *drug checking* existent dans le canton de Berne (depuis 1998), la ville de Zurich (depuis 2001), les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne (depuis 2013) ainsi que dans le canton de Genève. Les toutes premières interventions de *drug checking* lors de soirées festives ont été réalisées par l'association *eve&rave* au milieu des années 1990 (1).

LES OBJECTIFS DU DRUG CHECKING

Les offres de *drug checking* poursuivent pour l'essentiel les objectifs suivants :

- Évaluation de la consommation et repérage précoce des consommations problématiques (analyse de risque) auprès d'un groupe de consommateurs qui ne peut que difficilement être atteint à travers les autres offres professionnelles du domaine des addictions.
- Promotion des compétences vis-à-vis de la consommation et renforcement de la capacité des consommateurs à s'aider eux-mêmes (*empowerment*).
- Sensibilisation aux risques par la diffusion de messages de réduction des risques et d'informations concernant les changements sur le marché des substances illégales.
- Incitation à une réflexion critique sur son propre mode de consommation.
- Soutien et accompagnement en lien avec une stabilisation ou une réduction de la consommation.
- Selon les besoins, mise en lien avec les autres offres d'aide en matière d'addiction (p. ex. aide et conseil ambulatoire).

- Réduction des craintes vis-à-vis des offres à haut seuil comme les institutions ambulatoires ou résidentielles.
- Soutien à la compréhension des tendances et dynamiques du marché des drogues illégales et à celles de la consommation de ces substances.

COMMENT LE DRUG CHECKING FONCTIONNE-T-IL?

Les fondements du *drug checking* se sont développés majoritairement dans la pratique et reposent surtout sur les expériences réalisées et les opinions des experts. Les preuves scientifiques, comme on les obtient avec des études randomisées et contrôlées, ne sont généralement pas disponibles (1). Toutefois, si l'on adopte une définition plus large des preuves scientifiques, il existe différents éléments qui attestent de l'efficacité du *drug checking* par rapport aux objectifs mentionnés ci-dessus. Selon l'Institut allemand de recherche en addiction et prévention, la prévention des addictions evidence-based se définit en effet par une « *utilisation scrupuleuse, judicieuse et systématique des meilleures connaissances scientifiques théoriques et empiriques disponibles, ainsi que du savoir des praticiens et de celui du groupe-cible pour la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, la diffusion et le développement de mesures structurelles et comportementales.*(3) »

Une étude menée aux États-Unis a exploré l'efficacité du *drug checking* auprès des consommateurs dans le milieu festif en s'intéressant à la promotion des compétences de consommation ainsi qu'à la sensibilisation aux risques. Elle a montré que les personnes ayant fait analyser de la MDMA, et qui avaient été informées qu'il ne s'agissait pas de cette substance, mais parfois d'une autre particulièrement dangereuse (en particulier de la PMA et du PMMA, qui sont beaucoup plus toxiques), étaient significativement moins nombreuses à vouloir la consommer. Seuls 26 % des participants, dont l'échantillon s'était avéré ne pas être de la MDMA, avaient l'intention de consommer la substance (contre 46 % de ceux dont l'échantillon contenait effectivement de la MDMA) (2). D'autres études



ont eu des résultats similaires. Une enquête non représentative menée par le projet de *drug checking Checkit!* à Vienne a montré que deux personnes interrogées sur trois, pour qui l'analyse avait révélé des composants inattendus ou très dangereux, renonçaient à consommer la drogue testée.

En Suisse, les données des enquêtes chez les consommateurs festifs indiquent que le besoin en information et en compétences vis-à-vis de la consommation et des risques est très élevé chez eux. Une enquête non représentative a révélé que seuls 4 % des personnes interrogées ont affirmé que le contenu et le dosage des substances consommées ne leur importaient guère, et qu'ils les consommeraient de toute façon indépendamment de leur niveau d'information (4).

La Stratégie nationale addictions mise en œuvre depuis 2017 part du principe que les individus sont responsables

Il est nécessaire qu'ils soient informés des risques et conséquences de cette consommation.

vis-à-vis de leur mode de vie et de leurs comportements. Elle veut donc contribuer à encourager les « *compétences en matière de santé* », afin que chacun puisse « *faire ses choix en toute connaissance de cause* ».

Une grande partie des usagers de drogues en milieu festif consomment ces substances illégales sans avoir ou développer un mode de consommation problématique. Pour qu'ils puissent exercer leur responsabilité personnelle vis-à-vis de la consommation de telles substances, il est nécessaire qu'ils soient informés des risques et conséquences de cette consommation. Une condition nécessaire pour cela est qu'ils puissent connaître le contenu de la substance qu'ils souhaitent consommer. Un conseil basé sur les données issues de l'analyse chimique et sur les connaissances facilite donc une consommation responsable.

La Stratégie nationale addictions souhaite aussi répondre « *aux comportements à risque qui s'installent dans différents*

groupes de population » et atteindre avec des offres spécifiques ces personnes, indépendamment de leur âge, sexe ou de leur origine socioculturelle ». Les offres de *drug checking* s'adressent spécifiquement à la population très hétérogène des usagers de drogue en milieu festif, que les autres offres de prévention ou de réduction des risques n'atteignent pas. Une étude menée à Zurich (5) a ainsi montré que le *drug checking* constitue, pour les usagers de drogue en milieu festif, souvent le premier contact avec des professionnels du domaine des addictions.

Au-delà de l'accès aux usagers de drogues en milieu festif, les offres de *drug checking* contribuent aussi à une meilleure compréhension des tendances et dynamiques du marché, ainsi que de la consommation, des drogues illégales. Ils peuvent notamment contribuer à identifier rapidement des développements dangereux sur le marché des drogues (substances ou produits de coupage dangereux pour la santé, changements significatifs voire systématiques du dosage/degré de pureté des substances pouvant entraîner des risques de surdosage), particulièrement là où d'autres interventions ou la police n'ont pas d'accès. Dans certains pays, le monitoring du marché illégal des substances psychoactives est même le premier objectif du *drug checking*. Le Trans European Drug Information Project (TEDIP), une base de données regroupant les résultats d'analyses de toute l'Europe a permis de rassembler entre 2008 et 2013 plus de 45'000 analyses, permettant ainsi d'obtenir des connaissances utiles au sujet de l'arrivée de nouvelles substances potentiellement dangereuses. Aux Pays-Bas, l'identification de LSD contaminé par du fentanyl a ainsi conduit à une campagne d'alerte nationale dans ce pays (5). Un tel dispositif d'alerte précoce n'existe pas encore en Suisse.

Les connaissances recueillies sur les usagers et les substances qu'ils consomment peuvent aussi servir à informer le public sur des tendances dangereuses en matière de santé ou à améliorer les règles de *safer use* et les autres conseils de réduction des risques. Les données recueillies à l'aide d'un questionnaire, qui est utilisé par toutes les offres de *drug checking* suisses ainsi que d'autres institutions pour structurer les consultations, offrent par ailleurs une vue détaillée des comportements de consommation et des problèmes qui y sont liés chez les usagers de drogue en milieu festif. Les résultats de l'enquête sont publiés chaque année par Infodrog (5).

QUELLES SONT LES SUBSTANCES TESTÉES?

À l'heure actuelle, les données provenant des différentes offres de *drug checking* en Suisse ne sont pas rassemblées

et analysées sur le plan national. Une étude de faisabilité examine actuellement les conditions qui pourraient permettre de le faire. La dernière mise en commun des résultats d'analyse de la ville de Zurich et du canton de Berne date de 2015 (8) et a porté sur 2'242 échantillons de substances. Pour 1'379 d'entre eux, des avertissements ont été prononcés en raison de la détection de produits de coupage pharmacologiquement actifs, de dosages très élevés ou de la présence de substances actives inconnues. Les substances les plus souvent analysées étaient la cocaïne, respectivement la MDMA s'agissant du laboratoire mobile. Les substances les plus testées étaient (en rang décroissant) la cocaïne (36% des échantillons), l'amphétamine (23%) et la MDMA (pilules et poudre, 23%). Les échantillons de LSD représentaient 5,7% des cas. D'autres substances, comme la kétamine, l'héroïne, la méthamphétamine ou les NPS (nouvelles substances psychoactives), ont plus rarement été analysées.

L'offre de *drug checking* de la ville de Zurich (9) publie chaque année une statistique des substances analysées. Ces données ne sont pas représentatives du marché des drogues de la ville de Zurich ou de la Suisse. Ce qui reste pourtant frappant, c'est que le pourcentage des échantillons de cocaïne est constant et représente entre 42 et 46% de toutes les analyses (la part du *drug checking* fixe est bien plus élevée que pour le mobile). Le degré de pureté de la cocaïne testée se situait en moyenne à 78%, mais fluctuait entre

Le degré de pureté de la cocaïne testée se situait en moyenne à 78%, mais fluctuait entre 0.1 et 100%!

0.1 et 100%! On observe aussi une nette augmentation du taux de pureté moyen et seuls 37% des échantillons de cocaïne testés en 2017 à Zurich étaient mélangés avec produits de coupage pharmacologiquement actifs (contre 55% l'année précédente). Ce recul constitue une autre tendance depuis un certain nombre d'années. Lorsqu'elle est coupée, la cocaïne est mélangée le plus souvent à du lévamisole, une substance développée pour lutter contre un ver parasite et dont la consommation régulière peut provoquer des dommages sérieux pour la santé comme des vascularites, l'anémie ou de l'hypertonie pulmonaire. Les autres produits de coupage, comme la phénacétine, la caféine ou des anesthésiques locaux, ont plus rarement été identifiés.

Sur la base des données de Zurich, l'augmentation de la quantité de substance active (MDMA) dans les pilules d'ecstasy constitue une tendance préoccupante. Cette évolution s'observe partout en Europe. La teneur moyenne en MDMA des pilules d'ecstasy a augmenté entre 2011 et 2017 d'environ 100 mg à environ 160 mg¹. Les données de l'outil en ligne d'alerte sur les substances, qui regroupe les données de toutes les offres de *drug checking* et qui est

1. A partir d'un dosage de plus de 1,5 mg de MDMA par kilo de poids corporel pour les hommes, et plus de 1.3 mg par kilo de poids corporel chez les femmes (lors de consommation par voie orale), les effets secondaires augmentent rapidement et peuvent, selon les circonstances, conduire à des situations critiques comme une augmentation de la température corporelle à la suite d'une déshydratation.

géré par Infodrog, confirment cette tendance (7). Ainsi, la teneur moyenne en MDMA des pilules d'ecstasy, pour lesquelles un avertissement a été publié (dès 120 mg de MDMA) a passé de 133 mg en 2012 à 186 mg en 2017. Comme pour la cocaïne, on observe ici aussi de fortes variations. En 2017, à Zurich, la quantité de MDMA trouvée dans les pilules allait de 45 à 285 mg.

On observe également une hausse de la pureté des échantillons d'amphétamine testés à Zurich. Le taux de pureté moyen a augmenté de 23% en 2011 à 51% en 2017. Les autres produits retrouvés dans les échantillons d'amphétamine en 2017 étaient la caféine comme produit de coupage (environ 50% de tous les échantillons) et les impuretés liées à la synthèse (33%), reflétant une fabrication de mauvaise qualité. Elles entraînent des risques difficilement estimables pour la santé des consommateurs.

L'AVENIR DU DRUG CHECKING EN SUISSE

Tant que la plupart des substances psychoactives restent illégales, il y aura un besoin pour le drug checking. De nouvelles substances inconnues vont continuer à apparaître sur le marché et des substances déjà connues, mais jusqu'ici rarement consommées, pourront soudainement gagner en popularité. La pureté des poudres, la teneur en principe actif des pilules ainsi que la proportion de produits de coupe potentiellement dangereux vont encore fluctuer à l'avenir.

L'offre pourrait et devrait encore être élargie à d'autres consommateurs.

Aujourd'hui, les offres de *drug checking* attirent principalement les consommateurs de drogue qui ont un usage récréatif. L'offre pourrait et devrait encore être élargie à d'autres consommateurs comme les usagers des locaux de consommation, les consommateurs de cannabis ou ceux qui consomment des stéroïdes anabolisants de manière illégale. Une étude de l'Université de Berne a par exemple montré que les échantillons de cannabis sont souvent contaminés par des pesticides ou contiennent des résidus de métaux lourds, dont la présence a des effets jusqu'ici inconnus sur la santé des consommateurs (11).

Les quelques offres de *drug checking* existantes ne couvrent qu'une petite partie de la Suisse. Cela signifie non seulement que l'on ne répond pas aux besoins existants en matière de

drug checking, mais aussi que le potentiel du *drug checking* comme instrument de récolte de données n'est pas complètement exploité. Avec le développement des offres de drug checking, le marché illégal des substances pourrait être mieux observé et un système d'alerte précoce, comme il en existe dans d'autres pays européens, pourrait être mis en place. Les autorités cantonales et fédérales disposeraient ainsi de davantage de données et d'informations sur les marchés illégaux et leurs dynamiques. Il importerait néanmoins aussi, au regard de la pression croissante sur les finances de nombreux cantons, d'assurer à moyen terme le financement des offres de drug checking.

Contact: d.schori@infodrog.ch

Bibliographie

1. Infodrog. *Fiche d'information drug checking*. Bern: s.n., 2017.
2. Ventura, M., Noijen, J., Bücheli, A. Isvy, A., van Huyck, C., Martins, D., Nagy, C. Schipper, V., Ugarte, M., Valente, H.,. *Drug Checking Service Good Practice Standards*. s.l.: NEWIP, 2012.
3. Experten- und ExpertInnengruppe Kölner Klausurwoch. Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention - Möglichkeiten und Grenzen. [Online] 2014. [Zitat vom: 17. 10 2018.] <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/evidenzbasierte-praevention.html>.
4. Saleemi, S., Pennybaker S.J., Wooldridge, M., Johnson, M.W. Who ist 'Molly?' MDMA adulterants by product name and the impact of harm-reduction services at raves. *Journal of Psychopharmacology*. 2017, Bd. 31, 8 (S.1056-1060).
5. Infodrog. *Consommation récréative de substances psychoactives (CrSp). Évaluation des questionnaires des consommatrices et des consommateurs de l'année 2016. Rapport 2017*. Bern: 2017.
6. Office fédéral de la santé publique. *Stratégie nationale addictions 2017 - 2024*. 2017.
7. Brunt, T. *Drug Checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges - Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*. s.l.: EMCDDA, 2017.
8. Infodrog. Rapport d'activité Safer Nightlife Suisse 2017. [Online] 02. 02 2017. [Citation du: 17. 10 2018.] https://www.infodrog.ch/files/conten/sns201/franz_rapport_activites_2017.pdf.
9. Saferparty. [Online] [Zitat vom: 17. 10 2018.] <https://www.saferparty.ch/warnungen.html>.
10. Infodrog. Online Tool für Substanzwarnungen. [Online] [Zitat vom: 17. Oktober 2018.] <https://www.safezone.ch/substanzwarnungen.html>.
11. Weinmann, W. et al. *Untersuchung von Cannabis auf Streckmittel, Verschnittstoffe, Pestizide, mikrobiologische und anorganische Kontaminationen*. 2017.
12. Kerr, T., Tupper, K. *Drug Checking as a harm reduction intervention - evidence review report*. Vancouver: British Columbia centre on substance use, 2017.
13. Hungerbuehler, I., Buecheli, A., Schaub, M. Drug-Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's Drug-Checking services. *Harm reduction journal*. 10, 2011, Bd. 8, 1(16).

(PRESQUE) TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LE MARCHÉ DE LA COCAÏNE

Sanda Samitca et Stephanie Locicero (Institut universitaire de médecine sociale et préventive du CHUV), Lausanne, Pierre Esseiva et Robin Udrisard (École des Sciences criminelles [ESC] de l'Université de Lausanne), Frank Zobel (Addiction Suisse)

La cocaïne occupe une place de choix parmi les stimulants illégaux. Mais, comment fonctionne le marché de cette substance produite à des milliers de kilomètres d'ici? Une étude interdisciplinaire s'est penchée sur cette question et livre un premier aperçu des caractéristiques du marché vaudois de la cocaïne. (réd.)



Quelles substances trouve-t-on sur le marché des stupéfiants et à quels prix? Quelles quantités sont consommées? Comment l'importation et la vente sont-elles organisées? Combien d'argent circule sur ce marché et quels sont les revenus? C'est pour répondre à ces questions que le projet « Structure et produits du marché des stupéfiants » (MARSTUP) est né. Il est le fruit d'une collaboration entre trois Instituts de recherche lausannois qui travaillent depuis de nombreuses années sur la question des stupéfiants: Addiction Suisse, l'École des sciences criminelles (ESC) de l'Université de Lausanne et l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) du CHUV. Le canton de Vaud a accepté de cofinancer

ce projet et un groupe d'accompagnement, formé de professionnels de la santé publique et de la sécurité, a été constitué. Plusieurs autres institutions (CURML, EMCDDA, OFS, ABS, Quai 9) ont contribué aux résultats de cette étude.

Cette première étude interdisciplinaire sur le marché des stupéfiants en Suisse permet de réunir les données et connaissances déjà existantes dans le domaine de la santé publique et dans celui de la sécurité. De nouvelles données ont également été récoltées via des études ad hoc (analyse des eaux usées et des résidus de seringues usagées, interviews avec des policiers, des travailleurs sociaux et des usagers de drogues, enquêtes en ligne,

analyse de décisions judiciaires, etc.). Ces différentes études et analyses sont présentées dans deux rapports publiés à ce jour (1) (2). Le premier concerne le marché des opioïdes (héroïne) et le deuxième celui de la cocaïne et des autres stimulants. Un troisième rapport publié en 2019 portera sur le cannabis. Pour résumer les résultats de ce 2^e rapport, à l'image de ce qui a été fait pour l'héroïne (voir Dépendances N° 61 « regards sur les marchés »), nous essayons de répondre à neuf questions que l'on se pose souvent au sujet du marché de la cocaïne.

Question 1 : D'où provient la cocaïne ?

La cocaïne vendue dans le canton de Vaud provient d'Amérique du Sud, principalement de Colombie, du Pérou et de Bolivie. Au cours de son voyage vers l'Europe, elle transite parfois par l'Afrique de l'Ouest, et arrive le plus souvent dans les grands ports européens de Rotterdam (Pays-Bas), Anvers (Belgique), Le Havre (France), mais aussi du Portugal, d'Espagne ou encore d'Italie. Différentes pratiques de coupage, de stockage et de redistribution interviennent alors, avant que la cocaïne soit acheminée dans les pays de destination finale comme la Suisse où elle sera vendue aux consommateurs. En chemin, la valeur de la cocaïne aura été multipliée par 150 entre la sortie du laboratoire en Amérique du Sud et sa vente, coupée, dans notre pays.

Question 2 : Sous quelle forme la cocaïne est-elle vendue en Suisse ?

La cocaïne HCL vendue en Suisse arrive généralement sous forme de cylindres ou fingers (environ 10 mg) qui constituent l'unité d'importation la plus fréquente. Dans de rares cas, elle est aussi importée dans des unités plus importantes (pains de 500 à 1'000 grammes environ). Elle est ensuite localement emballée en boulettes et parachutes (1mg ou moins), qui sont l'unité de vente usuelle aux usagers.

Question 3 : Combien de fois la cocaïne est-elle généralement coupée ?

Les spécimens de cocaïne saisis en Suisse sont très rarement purs et les produits utilisés dans le coupage sont très nombreux, tout comme leurs combinaisons. On trouve ainsi des adultérants (substances pharmacologiquement actives et souvent peu accessibles comme le lévamisole et la phénacétine) et / ou de diluants (substances pharmacologiquement inactives, moins chères et plus facilement disponibles comme le lactose ou le glucose). La diversité des combinaisons reflète la structure d'un trafic dans lequel interviennent de multiples acteurs et réseaux avec des pratiques différentes.

Comme la cocaïne qui sort des laboratoires en Amérique du Sud a un taux de pureté moyen nettement supérieur

à celui des fingers importés en Suisse, une ou plusieurs phase(s) de coupage a (ont) lieu en amont de l'arrivée de la cocaïne en Suisse. L'hypothèse la plus probable est qu'une phase de coupage assez importante se fait lors de la préparation des fingers notamment aux Pays-Bas et en Espagne. La différence de pureté entre fingers et boulettes en Suisse suggère une autre phase de coupage dans notre pays. Il s'agit d'ajout de diluants, notamment du lait pour bébés, qui se fait par les semi-grossistes et / ou les vendeurs de cocaïne. Il devrait toutefois être assez limité puisqu'on observe une différence de pureté de seulement 10 % entre les fingers et les boulettes.

Question 4 : Quelle est la pureté et quel est le prix de la cocaïne consommée ?

Le taux de pureté de la cocaïne achetée par les usagers se situe plutôt entre 40 et 50 %, mais avec une récente forte tendance à la hausse. L'analyse de saisies policières montre aussi une très large variété de taux de pureté ayant comme conséquence que lorsque la cocaïne est achetée dans la rue, l'utilisateur s'expose à une loterie. Celle-ci ne concerne pas seulement la qualité de la cocaïne, mais aussi sa quantité puisque, en moyenne, l'acheteur n'obtiendra que 0,8 gramme de substance lorsqu'il pense acheter un gramme. Cette « arnaque » sur les quantités, ainsi que les multiples pratiques de coupage de la cocaïne, font que l'équivalent d'un gramme de cocaïne pure peut valoir d'une centaine jusqu'à près de Fr. 1'500. - sur le marché vaudois.

Question 5 : Quelle quantité de cocaïne de rue est consommée par année dans le canton de Vaud ?

Deux méthodes indépendantes, basées sur une estimation du nombre de consommateurs et sur l'analyse des eaux usées, ont permis d'estimer un volume de cocaïne (coupée) consommée dans le canton de Vaud de l'ordre de 377 kg à 461 kg par an. En considérant que la population du canton de Vaud représente près de 10 % de la population suisse, il est vraisemblable qu'environ quatre à cinq tonnes de cocaïne sont consommées par année en Suisse.

Question 6 : Quel est le chiffre d'affaires annuel de ce marché ?

L'estimation du chiffre d'affaires du marché de la cocaïne consommée dans le canton de Vaud constitue l'addition de toutes les ventes finales avant consommation par les usagers vaudois. Quelques ajustements sont toutefois nécessaires, car une partie de la cocaïne n'est pas « monétarisée » avant consommation (p. ex. cadeaux) et, à l'inverse, une partie des saisies policières est réalisée avant la consommation, alors que le prix final a déjà été payé. Si l'on tient compte de ces éléments, le chiffre d'affaires (et non le revenu, voir plus bas) provenant de la consom-

La valeur de la cocaïne aura été multipliée par 150 entre la sortie du laboratoire en Amérique du Sud et sa vente, coupée, dans notre pays.

mation de cocaïne dans le canton de Vaud peut se situer entre 47 et 57 millions de francs par an.

Question 7 : Quelle est la forme du marché de la cocaïne ?

Dans le canton de Vaud, le marché de la cocaïne est un marché primaire et de proximité, à la différence du marché de l'héroïne qui est un marché secondaire puisque ses usagers achètent souvent leur drogue dans un autre canton (Genève). Le marché de la cocaïne est aussi multiforme et multiethnique. Les Nigériens constituent le groupe le plus important dans le trafic de cette substance, notamment parce qu'ils sont présents à tous les échelons du marché depuis l'exportation d'Amérique du Sud jusqu'à la vente de rue aux consommateurs en Suisse. Il y a toutefois aussi des ressortissants d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, d'Amérique du Sud ou d'Europe qui participent à ce marché selon différentes modalités.

Question 8 : Combien gagne-t-on sur ce marché ?

Le marché de la cocaïne semble être un marché relativement lucratif avec des revenus annuels globaux estimés entre 28 et 39 millions de francs pour le canton de Vaud. Il y a toutefois de grandes variations dans les revenus des acteurs du marché en fonction de leur position. On devra ainsi distinguer des semi-grossistes (importateurs), dont certains sont aussi vendeurs, qui peuvent gagner jusqu'à plusieurs centaines de milliers de francs par an, et les vendeurs. Parmi ces derniers, il faut notamment distinguer ceux qui s'adressent à une clientèle privée et ceux qui vendent dans la rue, parmi lesquels certains n'obtiennent qu'un revenu de subsistance.

Question 9 : Où et comment achète-t-on de la cocaïne ?

Dans le canton de Vaud, la vente de cocaïne aux consommateurs prend différentes formes : dans la rue, au téléphone, dans des lieux privés, entre amis, etc. Les consommateurs peu insérés socialement se fournissent principalement dans la rue, où de plus petites quantités sont vendues. Les consommateurs insérés privilégient selon le moment la commande par téléphone ou le recours à des réseaux de connaissances, mais aussi parfois la rue pour dépanner.

La revente entre usagers n'est pas une pratique courante, mais il existe des formes de revente entre amis qui s'apparentent parfois à ce que l'on nomme de l'approvisionnement social (social supply). Cette pratique n'a généralement pas une visée de gain financier, mais permet au consommateur revendeur surtout de financer sa propre consommation.

Le marché de la cocaïne est un marché complexe qui comprend une multitude de profils d'acheteurs, de trafiquants et de vendeurs.

CONCLUSION

Le marché de la cocaïne, bien qu'il ne concerne qu'une seule substance, est un marché complexe qui comprend une multitude de profils d'acheteurs, de trafiquants et de vendeurs. L'étude a contribué à lever le voile sur différentes caractéristiques jusqu'ici peu (ou pas) connues et a donné une image plus nuancée et circonstanciée de ce marché. Les deux premiers volets de MARSTUP montrent en outre qu'il est difficile de parler « du » marché des stupéfiants puisque les caractéristiques varient fortement selon les substances et même à l'intérieur des marchés de chacune d'entre elles.

Contacts : sanda.samitca@chuv.ch,
stephanie.lociciro@chuv.ch, robin.udrisard@unil.ch
pierre.esseiva@unil.ch

Bibliographie

1. Zobel F, Esseiva P, Udrisard R, Lociciro S & Samitca S. Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud : les opioïdes. Lausanne : Addiction Suisse, ESC / UNIL et IUMSP / CHUV. 6 / 2017. Disponible sur : <http://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/marstup/>
2. Zobel F, Esseiva P, Udrisard R, Lociciro S & Samitca S. Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud : Cocaïne et autres stimulants. Lausanne : Addiction Suisse, ESC / UNIL et IUMSP / CHUV. 6 / 2018. Disponible sur : <http://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/marstup/>
3. E. Lefrançois, P. Esseiva, J.-P. Gervasoni, S. Lucia, F. Zobel, M. Augsburger, Analysis of residual content of used syringes collected from low threshold facilities in Lausanne, Switzerland, Forensic Sci. Int. 266 (2016) 534–540. doi: 10.1016/j.forsciint.2016.07.021

INTERVIEW

de Thilo Beck (ARUD) par Frank Zobel (Addiction Suisse)



Herbert Zimmermann.

LE CHEMIN VERS LA RÉGULATION DE TOUTES LES DROGUES

On parle beaucoup de légalisation et de régulation du cannabis à l'heure actuelle. Quelques voix, parmi lesquelles le Conseiller fédéral Ignazio Cassis et l'ancienne Présidente de la Confédération Ruth Dreifuss, suggèrent que l'on devrait légaliser toutes les drogues en les régulant de manières différenciées. Toutefois, contrairement au cannabis, il n'existe pas de modèle au niveau international à l'heure actuelle qui montre comment cela pourrait être concrètement fait. Pour nous faire une idée des enjeux et de la forme d'une telle régulation, nous avons interviewé Thilo Beck, médecin-chef à l'ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen), en français communauté de travail pour un usage des drogues à moindres risques, il fait partie des experts qui favorisent une légalisation et régulation de toutes les drogues. (réd.)

Frank Zobel: On parle beaucoup de légalisation du cannabis actuellement en Suisse et au niveau international, mais très peu de la légalisation et régulation des autres drogues illégales comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy (MDMA). Pourquoi est-ce le cas selon vous ?

Thilo Beck: Le cannabis est la substance illégale la plus consommée et il a aussi la réputation d'être une drogue « douce ». Le seuil pour accepter une régulation de cette substance est ainsi beaucoup plus bas que pour des drogues qui sont considérées plus dangereuses comme l'héroïne ou la cocaïne. À ce sujet, il faut préciser que l'appréciation de la dangerosité (des dommages engendrés) des différentes substances dans l'opinion publique, mais aussi en partie chez les experts, se base largement sur des convictions et des évaluations inappropriées, et empêche ainsi un débat

rationnel. La réalité est que la grande majorité des usagers est en mesure de consommer de manière contrôlée des drogues légales comme illégales.

Frank Zobel: Vous avez souvent dit que vous étiez en faveur de la légalisation et régulation de toutes les drogues. Pouvez-vous nous expliquer quel est votre raisonnement ?

Thilo Beck: Si on mène une analyse objective, on constate qu'une politique d'interdiction des substances psychoactives ne peut être mise en œuvre et que la guerre contre la drogue a échoué. Cela s'est confirmé à plusieurs reprises au cours des siècles : les drogues sont consommées, qu'on les interdise ou non, et indépendamment des efforts qui sont mis en œuvre pour faire respecter l'interdit. Prenons l'exemple de la Suisse : malgré l'interdiction toutes les drogues ou presque sont

accessibles et financièrement abordables pour toutes les catégories de la population. Toutefois, à niveau d'accessibilité comparable, les dommages pour les consommateurs et pour la société sont beaucoup plus élevés dans un contexte de prohibition que dans le cadre d'une régulation. Une légalisation, comprise dans le sens d'une régulation responsable, n'apporte que des avantages parce qu'un phénomène, jusqu'alors illégal et peu accessible, est retiré des mains d'organisations criminelles méprisant les droits humains pour intégrer des structures sociales connues. Les consommateurs seraient aussi beaucoup plus atteignables avec des informations, des conseils et des traitements. La consommation de substances illégales, jusqu'ici cachée, pourrait à l'aide d'une régulation être enfin socialement intégrée et bénéficier d'une normalisation, ce qui permettrait le développement de

règles et de modes de consommation acceptables. Une telle intégration dans les codes de bonne conduite sociaux pourrait aussi grandement faciliter une protection efficace de la jeunesse.

Frank Zobel: Les opposants à la légalisation et la régulation des drogues illégales autres que le cannabis sont d'avis que c'est trop dangereux parce que beaucoup plus de personnes auront accès à ces substances et que les dommages vont forcément augmenter. Que leur répondez-vous ?

Thilo Beck: Cela va à l'encontre de toutes les expériences faites jusqu'ici. Lorsque, dans le cadre d'une régulation, les substances ne font pas l'objet d'une promotion et de ventes agressives, il y a peu de nouvelles catégories de clients et le nombre de consommateurs reste plus ou moins stable par rapport au marché illégal antérieur. Autrement dit : les usagers qui sont intéressés par ces substances ont déjà réussi à les obtenir sur le marché illégal.

Frank Zobel: Avec le cannabis on voit qu'il y a deux domaines de la régulation : l'usage médical ou thérapeutique et l'usage non médical ou récréatif. Cela serait-il aussi le cas avec les autres drogues ? Et, si oui, quels sont les enjeux qui résultent de cette séparation ?

Thilo Beck: S'il y a des indices d'une utilité thérapeutique d'une substance psychoactive, il faut l'évaluer et la confirmer comme pour tout autre médicament avec des études scientifiques qui permettront, le cas échéant, une autorisation pour un usage médical. La régulation des produits thérapeutiques s'appuie sur des règles très strictes. L'autorisation de substances à des fins récréatives serait moins restrictive parce qu'il n'y a pas besoin de prouver l'existence d'effets comme pour l'usage médical. La séparation de ces deux domaines d'utilisation est importante et, selon moi, tout à fait faisable.

Frank Zobel: Prenons un exemple concret : la cocaïne. Comment pourrait-on réguler cette substance ? Qui

pourrait avoir un accès légal à cette substance, à quelles conditions, et qui pourrait la distribuer ou la prescrire ? Y'aurait-il des limites aux quantités que l'on peut obtenir, à la pureté du produit, etc. ? Laisserait-on le marché au secteur privé ?

Thilo Beck: Une régulation judiciaire et raisonnable d'une substance comme la cocaïne doit faire l'objet d'un débat et de prises de décisions dans le cadre d'un processus social et politique. Les principes qui doivent être considérés sont indépendants des substances. Les objectifs de la régulation devraient être : de permettre aux usagers potentiels, à l'aide d'information et de conseils, une utilisation aussi sûre que possible ; de garantir la qualité de la substance ; d'éviter autant que possible un élargissement des groupes de consommateurs pour ne pas augmenter inutilement leur nombre ; et d'assurer une protection de la jeunesse aussi bonne que possible. Last but not least, il faudra aussi définir des normes pour assurer la sécurité dans la circulation routière.

Comme il s'agit d'usage récréatif, la substance ne serait pas prescrite par les médecins, mais vendue dans des magasins spécialisés ou des pharmacies par du personnel bien formé. Pour des substances comme la cocaïne, dont la dangerosité est supérieure au cannabis, il faudrait informer de manière adéquate sur les risques liés à l'usage ainsi que sur la meilleure manière (la moins dangereuse) de l'utiliser. Le consommateur doit pouvoir décider de manière informée si et comment il souhaite consommer la substance, et quel risque il est prêt à prendre en le faisant. Aussi longtemps qu'une telle régulation n'existe pas au plan international, il faudra aussi que les usagers s'enregistrent pour empêcher la revente des substances, faire respecter les quantités autorisées et vérifier les intervalles d'accès. La production et la vente pourraient être entre les mains de l'État ou déléguées à des privés avec un système de licences. Le prix devrait être fixé à un niveau où il rend le marché noir peu attractif,

mais n'encourage pas inutilement la consommation. Les heures d'ouverture et le nombre de points de vente sont un autre outil pour réguler la consommation. La publicité devrait être interdite et la protection de la jeunesse devrait se traduire par des limites d'âge appropriées.

Frank Zobel: Nous avons réalisé il y a peu une étude sur le marché de la cocaïne. Au moins trois groupes de consommateurs sont apparus : des consommateurs occasionnels, des personnes marginalisées qui consomment aussi souvent de l'héroïne et d'autres substances, et des usagers socialement intégrés qui utilisent la cocaïne de manière très régulière au travail et dans leur vie sociale. Le premier groupe est le plus important en nombre, mais ne consomme qu'une petite partie de la cocaïne, alors que les deux autres sont beaucoup moins nombreux, mais consomment ensemble environ trois quarts de toute la cocaïne consommée. Comment agirait-on vis-à-vis de ces différents groupes dans le cadre d'une régulation ?

Thilo Beck: Comme mentionné auparavant, la régulation amènerait de nombreux bénéfices pour le premier groupe, le plus nombreux, car la consommation occasionnelle échapperait aux risques liés à l'interdiction et bénéficierait d'un contrôle de qualité de la substance et d'informations permettant de réduire les risques liés à la consommation. Les personnes socialement intégrées qui ont une consommation élevée pourraient être mieux identifiées et abordées dans les points de vente, et pourraient faire l'objet d'interventions brèves les motivant à réfléchir à leur comportement de consommation et à recourir à des conseils ou à un traitement spécialisé. Pour le second groupe, il s'agirait surtout de développer la collaboration avec et entre les centres de conseil et de traitement.

Frank Zobel: Quels seraient selon vous les principaux avantages du modèle de régulation que vous avez esquissé et où voyez-vous d'éventuels problèmes ou risques lors de sa mise en œuvre ?

Thilo Beck : Jusqu'ici, les consommateurs et la société sont exposés à des structures mafieuses sans vergogne, qui ont pour seul objectif de maximiser leurs profits sans tenir compte des conséquences pour les consommateurs et pour la société. Par rapport à ce scénario, la régulation n'apporte que des avantages. La consommation qui existe déjà pourrait se dérouler de manière beaucoup plus sûre sans la criminalisation des usagers, avec des informations sur le safer use et des produits de meilleure qualité. Les consommateurs à risque pourraient mieux être identifiés et soutenus avec des offres de conseils et de traitement. Les revenus de la vente des substances n'iraient plus dans une caisse noire, mais pourraient financer des offres de traitement. La police et la justice seraient drastiquement déchargées et pourraient utiliser les ressources libérées pour soutenir de manière adéquate la protection de la jeunesse. Un avantage supplé-

mentaire de la régulation, rarement considéré à sa juste valeur, serait la libération des pays producteurs des griffes des organisations criminelles qui sont actives dans ce secteur.

Frank Zobel : Pourrait-on aussi s'imaginer essayer de remplacer la cocaïne par une autre substance moins dangereuse? Si oui, comment cela pourrait-il être fait et quelles pourraient être les substances pouvant remplacer la cocaïne?

Thilo Beck : On connaît des recherches dans ce sens dans le domaine de l'alcool qui visent le développement de substances aux effets similaires, mais moins dangereuses. Pour une substance comme la cocaïne il n'y a, à ma connaissance, pas de projets équivalents.

Frank Zobel : S'il fallait commencer avec la légalisation des drogues et s'il fallait n'en choisir qu'une, laquelle serait-elle?

Thilo Beck : Du point de vue de la réduction des risques et de la santé publique, il faudrait commencer avec celle qui est le plus consommée afin de toucher le plus de gens possible et d'obtenir ainsi les effets les plus importants.

Frank Zobel : Que pensez-vous? Une telle légalisation pourrait-elle avoir lieu dans les dix prochaines années?

Thilo Beck : Il y a quelques années, j'en aurais fortement douté. Entre-temps, avec la régulation croissante du cannabis au niveau international, il y a une telle dynamique que je regarde l'avenir avec intérêt. Je souhaite qu'une régulation réussie du cannabis permette d'étendre le débat à toutes les autres drogues jusqu'ici illégales.

Frank Zobel : Merci pour cet entretien

Contact: T.Beck@arud.ch

ACCEPTER SES LIMITES ET CELLES DE SA MALADIE (RECOVERY) Ma 10.09.19

ALCOOL ET VIEILLESSE: COMMENT EN PARLER? Ma 01.10.19
Me 02.10.19

PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP NIVEAU 2) Je 03.10.19
Ve 04.10.19

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (NIVEAU I) Je 10.10.19
Ve 11.10.19
Je 14.11.19

IN MEDIAS: AU CŒUR DU DIALOGUE Lu 04.11.19
Ma 05.11.19
Lu 11.11.19

FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS Je 07.11.19
Ve 15/22/29.11.19
Ve 06.12.19

LES PROCESSUS COGNITIFS AU SERVICE DU RÉTABLISSEMENT Ve 08.11.19

HANDICAP ET CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES Lu 02.12.19
Ma 03.12.19

**FORMATION
ADDICTIONS
AUTOMNE 2019**

GREAA

Infos et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

MARCHÉ NOIR: LA LÉGALISATION VAINCRA

Johanna Gapany (PLR, Fribourg)

On reproche souvent aux politiciens et aux élus leur timidité face aux réformes de la politique en matière de drogue. Ce constat ne concerne toutefois pas l'ensemble de la classe politique comme en témoigne l'analyse d'une élue fribourgeoise. (réd.)

La légalisation des drogues reste un tabou pour le politique. Sentant une forme de pression sociale, ce dernier ne peut se résoudre à faire son devoir : encadrer ce qui existe ou prendre les mesures radicales pour bannir un produit non souhaité. La seconde solution étant peu envisageable dans un marché qui a démontré sa capacité à commercialiser tout produit répondant à une demande, l'encadrement semble être l'action la plus efficace. La légalisation ne peut toutefois se faire sans régler d'abord certaines questions essentielles et elle doit être accompagnée de mesures sur le terrain pour atteindre un résultat positif.

Parmi les nombreuses questions se posent notamment celles-ci : pourquoi légaliser ? Pourquoi certains produits sont dépénalisés et d'autres pas ? La légalisation résout-elle tous les problèmes ? Qui sont les gagnants ?

SORTONS DU TABOU ET LANÇONS LE DÉBAT

Pourquoi légaliser ?

Légaliser consiste à encadrer les produits là où il y a une demande, car si certains se laissent penser que le politique décide de l'existence ou non d'un produit, nous savons que c'est une loi économique — celle de l'offre et de la demande — qui dicte ce que nous retrouvons sur le marché. Qu'il nous plaise ou non, les consommateurs n'ont pas attendu la bénédiction du politique pour acquérir un produit. Dès lors, la régulation d'un marché — celui des drogues dans le cas précis — est l'une des réponses et la mission du politique consiste à trouver le juste milieu pour bénéficier des avantages, tout en limitant les risques.

Cette mission est loin d'être un exercice facile et ne pourrait être menée à bien sans l'aide des associations et de la société en général : tous deux joueront un rôle fondamental dans la réussite de la légalisation, tant au niveau de la prévention que de l'encadrement. Pourquoi légaliser ? Parce que la légalisation a certains avantages incontestables :

1. elle amène à connaître les consommateurs et ainsi à cibler la prévention ;

2. elle vise à réduire, voire à anéantir le marché noir, tout en contrôlant la qualité des produits échangés ;
3. elle permet de taxer le produit de la vente pour, notamment, financer la prévention.

Sans prétendre détenir le modèle idéal, les défenseurs reconnaissent que la légalisation présente également des risques à prendre en compte, sans quoi cette politique proactive et consciente pourrait se solder par un échec. En effet, la légalisation ne doit pas être considérée comme une autorisation ou une bénédiction de l'État vis-à-vis d'un comportement jugé à risque. C'est en réservant un encadrement aussi strict que possible aux drogues que nous parviendrons à les rendre peu attractives. En matière de prévention, les associations sauront faire preuve d'imagination et nous pouvons attendre d'elles une communication transparente montrant clairement le triste sort que nous réservent les drogues. Quant aux mesures dissuasives, elles ont démontré leur efficacité avec la cigarette, grâce aux restrictions d'acquisition et aux taxes notamment.

Produit dépénalisé, produit sain ?

Poser la question, c'est déjà y répondre et si cette première étape ne suffit pas, la liste des produits dits « légaux » amènera chacun à percevoir l'hypocrisie rôdant autour de la dépénalisation de certaines drogues.

La drogue est malsaine ? Elle rend dépendant ? Elle tue ? Oui, parfois, et ce sont les raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas la mettre en libre-service, à portée de tout un chacun, et sans aucun cadre. Mais son interdiction ne peut être due à sa nature malsaine. Sinon, d'autres produits devraient se voir infliger le même traitement. Pour rappel, l'alcool tue plus de 1'600 personnes par an, les coûts sociaux s'élèvent à 4,2 milliards, 250'000 personnes sont alcoolodépendantes. Le tabac, quant à lui, tue plus de 9'500 personnes par an, les coûts sociaux s'élèvent à plus de 5,5 milliards, 1'813'000 personnes en consomment.

Mais revenons à la cocaïne : celle-ci représente-t-elle un risque plus important que d'autres drogues pour la société au point de devoir punir ceux qui la consomment ou enfermer ceux qui la commercialisent ? Non, car si elle peut altérer le comportement et nuire gravement à la santé, les consommateurs ne sont pas des criminels. Ils ne sont pas non plus des consommateurs d'un produit quelconque. C'est la raison pour laquelle la commercialisation devrait être encadrée et accompagnée de mesures comme la prévention, ainsi qu'une prise en charge rapide et efficace. Avec de telles mesures, nous entrerions concrètement dans le combat et permettrions aux personnes touchées de s'éloigner aussi vite que possible de substances nuisibles, ou du moins d'en modérer la consommation si un sevrage n'est pas envisageable.

La cocaïne n'est pas un produit sain et nul ne le conteste. Mais si la politique était responsable d'autoriser ce qui est sain et d'interdire ce qui ne l'est pas, alors nous devrions retirer bon nombre de produits du marché au fil des tendances et des croyances. Nous l'avons fait pendant des années puis les chiffres nous ont fait comprendre que l'interdiction ne servait qu'une seule cause : celle du marché noir. Prenons l'absinthe, elle en est un exemple : interdite jusqu'au 1er mars 2005, elle est légalisée malgré la grogne des distillateurs clandestins qui perçoivent déjà les normes et contrôles qui vont leur être imposés pour vendre dorénavant ce produit. La légalisation de l'absinthe signifie-t-elle qu'elle peut être consommée sans risque ? En aucun cas, et tout comme la dépénalisation de la cocaïne ne signifierait pas qu'elle soit sans risque : la légalisation consiste à reconnaître leur existence et à l'encadrer.

La légalisation résout-elle tous les problèmes ?

Loin d'en faire une solution clé en main, le politique légalise ce qui existe pour lui attribuer le cadre le plus adéquat, voir le plus restrictif dans le cas de drogues dures. En matière de prise en charge, la légalisation permettrait une avancée puisqu'elle ferait passer le consommateur d'un statut de criminel à celui de malade.

D'autres l'ont fait avant nous puisque la Suisse connaît les mêmes problèmes que d'autres pays et la nature humaine n'est pas différente une fois les frontières passées. Les exemples connus à ce jour laissent penser que la légalisation permet : une meilleure prévention, une prise en charge plus efficace et une intervention plus rapide.

Outre la légalisation, la dépénalisation représente déjà un pas vers une prise de conscience souhaitable. Le Portugal en est un exemple : il a été longtemps considéré comme plaque tournante du trafic international et a été méchamment marqué par les effets des drogues dans sa population. L'échec de la politique punitive était criant et confirmé par ce triste taux : 1 % de la population consommait

de la cocaïne à la fin des années 90, 1 % semble peu, mais lorsqu'une personne sur 100 est touchée, nous le sommes tous dans notre entourage par un ami, un cousin, un frère, un père... Puis, le gouvernement a décidé de dépénaliser l'usage des drogues en 2001, en l'accompagnant d'un programme solide pour garantir une prise en charge gratuite. Le pays figure aujourd'hui en haut du classement des pays dont le taux de décès dus aux drogues est cinq fois plus faible que la moyenne de l'Union européenne.

Qui sont les gagnants ?

À ce jour, la peine est modeste, mais les consommateurs demeurent punis par une amende selon l'article 19a de la loi sur les stupéfiants. Celui qui met sa santé en péril en consommant un produit dangereux est donc considéré comme un criminel. Pourtant, la politique punitive échoue : la consommation ne diminue pas et le marché noir est toujours aussi présent. Sans compter que cette politique est couteuse, inefficace et fait de nombreuses victimes.

Bien davantage que seuls les consommateurs, la société en général serait gagnante, car elle subit actuellement les effets collatéraux de la guerre contre les drogues : insécurité créée par le marché noir, cout des contrôles de police, couts sociaux d'une prise en charge tardive, etc. La légalisation permettrait non seulement de mieux cadrer le marché, mais en plus de financer la prévention, via des taxes.

À ce stade, certains seraient tentés de saisir le dernier argument émotionnel en brandissant la menace d'une banalisation ? Parlons-en ! Remarquable, fascinant, passionnant... ce sont des antonymes du terme banal. Ce terme pourrait être des plus appropriés pour définir des substances ni remarquables, ni fascinantes, ni passionnantes, mais juste fades.

Le temps est venu de nous donner les moyens de mener une véritable guerre contre la drogue. Notre courage évitera aux générations futures de perdre leur temps et leur santé dans des expérimentations douteuses qui ne font qu'affaiblir la société. Cela passera par une réglementation stricte et une politique courageuse en matière de prévention.

Contact: gapanyj@hotmail.com

POURQUOI SI PEU DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE STIMULANTS EN GÉNÉRAL ?

Claude Uehlinger (Matrix Psychiatrie, Fribourg)

Comment expliquer la faible demande de traitement des usagers de stimulants alors même que ces substances semblent de plus en plus souvent consommées ? Cela a-t-il un lien avec les substances elles-mêmes, avec le profil des usagers ou avec l'offre de soins ? (réd.)

La production d'opiacés et de cocaïne est en augmentation ces dernières années selon les chiffres les plus récents publiés par l'ONUDC. Les nouvelles drogues de synthèse (NPS) paraissent de plus en plus accessibles, notamment sur le darknet, et les autorités de contrôle n'arrivent pas suivre le rythme des mises sur le marché des nouvelles molécules.

Les connaissances scientifiques sur les addictions ont aussi considérablement évolué ces 30 dernières années. La masse des articles publiés dans ce domaine s'est accrue de façon exponentielle. On connaît de mieux en mieux, par les neurosciences, les mécanismes de l'addiction. Cela a aussi permis de diffuser une connaissance plus large et spécifique sur le sujet et, quelle que soit la région de la planète, les méfaits de la consommation des substances psychoactives sont désormais à peu près connus de tous.

Sur le plan de la gestion de la problématique des addictions, la prévention, bien que généralement insuffisante, est devenue plus efficace et a joué un rôle important dans la prise de conscience collective du rôle délétère de la consommation des drogues. Les informations émanant des autorités publiques, et qui sont basées sur les évidences scientifiques, sont en général de mieux en mieux conçues. Les offres de prise en charge pour les personnes souffrant d'addiction sont également plus diverses et comprennent maintenant des interventions de plus en plus spécifiques qui tiennent compte des besoins individuels.

Dans la pratique des soins de base, les relations entre professionnels et patients ont aussi considérablement évolué, en miroir de la diversité grandissante des modalités thérapeutiques. D'une attitude confrontante, paterna-

liste, le savoir-être et le savoir-faire des thérapeutes se sont souvent mués en une posture de partenariat avec le demandeur de soins. La responsabilité des décisions à prendre dans une démarche thérapeutique est progressivement endossée par le patient. Cette évolution récente, souhaitée par tous les acteurs impliqués dans les prises en charge, a permis de changer les mentalités et le regard sur les addictions. Les dispositifs de soins spécialisés sont mieux intégrés dans la communauté et acceptés par la population. Selon les endroits, le stigma social attaché à cette problématique a pu être réduit, sans pour autant le faire disparaître, hélas. On va un peu plus facilement parler à son entourage de son addiction, la parole s'est en partie libérée, le sujet peut être abordé plus souvent et plus facilement lors d'une simple conversation ou en consultation avec son médecin traitant.

Malgré ces progrès et selon les addictions, qui peuvent se distinguer entre autres par la nature de la substance consommée ou les modes d'administration, il y a bien sûr des différences considérables quant à l'évolution de la problématique et de sa prise en charge. Certaines dépendances sont bien reconnues, dépistées et les offres de soins bien étayées. En Suisse, les personnes dépendantes des opiacés se voient offrir un large éventail d'interventions ambulatoires ou résidentielles. Les procédures de prise en charge sont très bien définies et les quelque 30'000 individus et leur famille affectés par ce problème sont plutôt bien accueillis dans des dispositifs dotés de professionnels extrêmement bien qualifiés. Les traitements sont considérés comme efficaces, ils satisfont la plupart des usagers et ils sont pris en charge par les organismes financeurs tels que les caisses maladie, sans limitation dans le temps.

La situation n'est pas la même pour la prise en soins des personnes souffrant d'une addiction aux stimulants et à la cocaïne en particulier. Cette différence n'est pas nouvelle et depuis que les soins en addictions se sont spécialisés, il a été observé que les usagers de drogues stimulantes sont peu nombreux à demander de l'aide, en comparaison avec les autres drogues. Ce constat peut être fait dans toutes les structures spécialisées en addiction.

Face à cette évidence, les réactions des professionnels et des autorités sont restées sans grands effets tout au long des dernières décennies. Les offres de dépistage, de suivi et de prise en charge ont été affinées et adaptées aux besoins réels ou supposés de cette partie des consommateurs de drogues. Pourtant, les usagers de stimulants continuent à ne pas fréquenter les professionnels des addictions.

Même si elles sont partielles et forcément insuffisantes, plusieurs explications peuvent être avancées. Elles tiennent compte des caractéristiques liées à la substance, aux consommateurs et à l'environnement.

Les stimulants et leurs propriétés psychoactives sont très intéressants du point de vue addictologique, car ils entraînent des manifestations cliniques qui se distinguent des substances dites « dépressogènes » comme les opiacés ou l'alcool. De façon générale, les modes d'administration et les effets psychoactifs vont largement influencer la consommation et l'évolution clinique pour chaque usager. Certains vont en prendre très occasionnellement, d'autres plus fréquemment, mais seule une minorité va développer une dépendance active, marquée par des consommations compulsives. Ainsi, l'usager de substances stimulantes peut entretenir plus longtemps l'idée qu'il peut contrôler ses prises. Cet aspect pourrait ralentir la prise de conscience qu'il y a effectivement un problème et participer au déni qui prévaut au début d'une carrière de consommation excessive puis éventuellement d'une dépendance. Cette évolution fluctuante a des conséquences

négatives sur la prise de drogues qui contribue à en banaliser les effets et va retarder la demande d'aide. C'est une grande différence avec la consommation d'héroïne, qui laisse moins de « choix » à ses usagers puisqu'elle est plus addictogène sur le plan physiologique.

Les caractéristiques personnelles et les dispositions caractérielles de l'usager de stimulants peuvent largement influencer la survenue d'un éventuel problème. Les effets désinhibant de la drogue, ainsi que les propriétés améliorant les performances cognitives et motrices, en font une drogue de premier choix par exemple pour des personnalités dites « extraverties ». D'autres dispositions psychologiques relevées plus fréquemment chez les consommateurs de stimulants pourraient également intervenir dans le report de la demande d'aide en cas d'aggravation du problème. Cela dit, il faut être très prudent, car les données scientifiques n'ont pas pu mettre en évidence un profil de personnalité addictive. Pas plus qu'il n'existe de corrélation clairement établie entre les dispositions psychologiques d'un individu et le pronostic à long terme de l'addiction aux stimulants. Cela dit, tout ce que l'on sait aujourd'hui sur les processus de modification du comportement et sur la motivation au traitement permet de comprendre que les spécificités liées à l'usage de cocaïne pourraient également jouer un rôle dans l'état de préparation au changement et, donc, éventuellement de demande de soins spécialisés.

Les offres de soins se sont densifiées avec les avancées scientifiques. Depuis qu'il est admis que l'addiction est une affection cérébrale chronique et récidivante, les professionnels et les institutions ont contribué à développer un réseau assez dense de dispositifs de prises en charge. L'évolution des mentalités, la prise de conscience collective et les données épidémiologiques ont également favorisé l'émergence de structures et de compétences spécialisées dans la prévention et les soins. Le maillage thérapeutique pour les problèmes de dépendance aux opiacés est extraordinairement dense chez nous. L'accès



à des traitements par des substances agonistes comme la méthadone a grandement été facilité. Les soignants jouissent d'une importante marge de manœuvre s'agissant des modalités d'application et d'utilisation des différents leviers thérapeutiques. Cela n'est pas vraiment le cas pour la prise en charge des personnes souffrant de problèmes liés aux stimulants. Les professionnels devant prendre en charge ces patients sont beaucoup moins aguerris pour répondre aux besoins des usagers. Les formations de base en addictologie se centrent surtout sur ce qui est mieux appréhendé, la prise en charge des problèmes d'alcool et d'opiacés. Étant plus à l'aise avec des consommateurs de substances dépressogènes, les professionnels ont moins « l'habitude » de faire face aux spécificités de l'abus de stimulants. Il faut reconnaître aussi qu'il n'y a jusqu'ici guère d'options thérapeutiques à proposer aux patients qui soient reconnus efficaces. Il n'y a pas non plus de médication spécifique malgré le fait que cela fait de très nombreuses années que l'on tente en vain de mettre sur le marché une molécule qui puisse influencer favorablement le cours d'une cocaïnomanie.

Comparé aux offres de traitements variées en alcoologie ou dans le traitement de la dépendance aux opiacés, il est plus difficile d'attirer puis de retenir en traitement pendant une durée suffisamment longue, un consommateur de cocaïne ou d'amphétamine. Les facteurs internes et externes qui peuvent le motiver à s'engager dans un tel traitement sont difficiles à répertorier précisément. Cependant, on sait que les options médicamenteuses constituent une bonne raison pour se faire aider lorsque la situation se péjore sérieusement sur le plan physique ou psychique. Ce manque de perspectives concrètes se retrouve également dans les offres résidentielles. Les programmes sont peu spécifiques pour répondre aux attentes des consommateurs de stimulants. Comme la demande de prise en charge n'est pas non plus assez importante pour inciter la mise sur pied d'offres de soins spécifiques, il n'existe pratiquement pas de possibilités pour ceux qui en ont besoin d'être admis dans un environnement thérapeutique approprié.

Ces éléments mis bout à bout expliquent en partie pourquoi si peu d'usagers de stimulants font des demandes de prise en charge. Un consommateur moins conscient de son problème de dépendance, qui banalise plus sa situation, face à des professionnels peu ou pas formés aux spécificités de la prise en charge liée aux stimulants, et de surcroît n'ayant quasiment pas de traitements médicamenteux ou de thérapies spécialisées à proposer, sont en effet susceptibles de remettre à plus tard une éventuelle démarche en soins.

Il faut encore noter une tolérance sociale plus marquée pour les stimulants que pour d'autres drogues illégales. Ils continuent à bénéficier d'une image plus favorable.

Toujours associés à l'amélioration des performances, à la réussite sociale ou professionnelle, ils entretiennent une représentation ambivalente dans les imaginaires des consommateurs et des patients. Entre le gage de mieux et de plus associé à la drogue, et la sous-estimation de la gravité plus ou moins consciente de l'usage excessif voire d'une dépendance, il est plus difficile de mettre des mots sur l'ambivalence de l'usager et à fortiori pour ce dernier de formuler une demande d'aide.

Sur le plan des politiques publiques, les postures et attitudes ne sont pas claires non plus. Il n'y a pas le même consensus sur la réponse aux problèmes liés aux stimulants que pour les autres drogues. Le trafic de cocaïne et des autres substances stimulantes vendues sur la voie publique font l'objet d'une répression très médiatisée et les autorités peuvent donner l'impression que c'est la seule façon de lutter contre leurs méfaits. Il n'y a par contre pas de réelle volonté politique de mettre sur pied pour ces substances des projets de prévention et de traitement dignes de ce nom. Accaparées certainement par les dégâts plus visibles et « bruyants » occasionnés par

la consommation d'opiacés, plus de ressources y ont été consacrées au détriment des efforts qui auraient dû être déployés pour les usagers des stimulants. En outre, il est probable qu'il n'y a pas eu encore de prise de conscience par les professionnels, et encore moins par les autorités, que l'accessibilité aux stimulants et aux nouvelles substances de synthèse a augmenté. Cette réalité va s'imposer ces prochaines années et nous serons

alors obligés de réagir plus efficacement.

Il est impératif de proposer de nouvelles approches pour les usagers de stimulants. La répression n'est pas une solution pour réduire significativement les problèmes. Parmi les pistes à explorer pour densifier les alternatives thérapeutiques, il faudrait accroître les offres de formation des professionnels de première ligne, par exemple les médecins de famille. Les spécialistes œuvrant dans le domaine des addictions comme les éducateurs, les assistants sociaux et les psychologues devraient aussi être exposés à plus de connaissances spécifiques. Actuellement les approches thérapeutiques les plus utilisées sont les psychothérapies comportementales et cognitives. Ces méthodes doivent être renforcées et disséminées auprès d'autres professionnels de l'accompagnement et pas seulement être administrées par les psychologues, qui ne sont pas assez nombreux pour faire face aux besoins. Les formations et les campagnes de sensibilisation autour de la prise en charge doivent aussi inclure d'autres professions comme les enseignants, les pédagogues et les professionnels engagés dans l'encadrement de jeunes.

Contact: clau.uehlinger@matrix-psychiatrie.ch

PROGRAMME WARNINGMETH: UNE ALTERNATIVE PSYCHO- ÉDUCATIVE À LA CONTRAVENTION

Camille Fontaine, Jean-Marie Coste, Yvan Grecuccio, Anne Pelet (Addiction Neuchâtel)

Le canton de Neuchâtel a été identifié, avec celui de Berne, comme principal lieu de diffusion de la méthamphétamine en Suisse. Confronté à une croissance des problèmes, mais aussi à une faible demande de soins, ce canton a développé une approche innovante pour aider les nouveaux usagers plutôt que de les punir. (réd.)

La méthamphétamine est apparue en Suisse en 1998 sous la forme de pilules, portant le nom d'amphétamines thaïes, principalement accessible à travers les salons de massages thaïlandais. À partir de 2010, elle a été proposée de plus en plus sous forme de crystal dans le canton de Neuchâtel. Cette forme se révèle être plus addictive, la pureté étant quatre fois plus importante que celle des amphétamines thaïes.

À Neuchâtel, le nombre de consommateurs est passé d'environ 100 personnes en 2000 à environ 1000 en 2015 selon les statistiques de la police neuchâteloise. Des analyses des eaux usées en 2014 ont également alarmé les autorités en plaçant Neuchâtel comme la ville avec la consommation de méthamphétamine par habitant la plus élevée de Suisse. L'augmentation du nombre de mineurs chez les consommateurs est également problématique. Paradoxalement, nous avons constaté que peu de consommateurs recherchaient de l'aide dans les centres de traitement. Ces observations ont conduit à une réflexion entre la police, la justice et la Fondation Addiction Neuchâtel concernant une prise en charge spécifique pour les consommateurs de méthamphétamine, en particulier en lien avec l'article 19a de la loi sur les stupéfiants, permettant un signalement précoce de consommateurs dans le but d'une prise en charge rapide.

Le procureur général du canton a ainsi émis une directive permettant aux personnes prévenues pour la première ou deuxième fois de consommation de méthamphétamine de participer à un programme psychoéducatif (Warning-Meth) au lieu de se voir infliger une amende d'ordre de 250 frs. Cette disposition n'est pas applicable si l'auteur a commis d'autres infractions qualifiées de délits ou de crimes. Si le consommateur opte pour le suivi et qu'il participe à l'intégralité du programme, la police renonce à la dénonciation.

LES ORIGINES DU PROGRAMME WARNINGMETH

Une revue de la littérature a permis d'identifier plusieurs obstacles à la prise en charge précoce des consommateurs de méthamphétamine. Ceux-ci ne perçoivent pas leur consommation comme problématique, malgré des niveaux apparents de dépendance. L'autodésintoxication à l'aide d'autres drogues, le manque de confiance dans la capacité des services de traitement à répondre à la problématique, ainsi qu'un souhait que le personnel de soins soit mieux formé pour cela, sont quelque chose de courant (Kenny, P et al., 2011).

Des études montrent aussi un impact positif de prises en charge brève (2-4 sessions) de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT) (Lee et Rawson 2008, Baker Baker et al, 2005, Smout et al.2010).

La problématique de l'aide sous contrainte est également présente dans un partenariat avec la justice. Toutefois, la littérature montre que la perception du bénéfice de réduction de la consommation ainsi que le choix personnel de suivre le traitement est un facteur plus important que la contrainte (Wild et al. 2006), de même que l'alliance thérapeutique positive, qui est, selon Lambert et Barley (2002), « le prédicteur de succès le plus fiable en psychothérapie ».

LE PROGRAMME WARNINGMETH

Le partenariat mis en place avec la justice permet, dans le cadre de ce programme, de proposer de sursoir à une plainte pénale au profit d'un traitement pour des personnes prévenues pour une consommation de méthamphétamine. Concrètement, la police informe l'usager

prévenu de cette possibilité et lui donne les coordonnées du centre de traitement le plus proche. Nous avons actuellement réparti le programme sur les trois centres du canton pour assurer une meilleure couverture géographique. Si l'utilisateur prend contact avec l'un des centres, ce dernier en informe la police. A la fin du programme, nous l'informons à nouveau si l'utilisateur a complété ses quatre séances, sans révéler quoi que ce soit du contenu. La police garde une trace en interne de cette intervention. Si le consommateur est âgé de moins de 18 ans au moment de l'infraction, la police informe également le juge des mineurs.

Le programme WarningMeth est constitué de quatre séances individuelles d'environ 60 minutes, animées par des intervenants multidisciplinaires ayant bénéficié d'une formation interne. Nous avons choisi un modèle mixte TCC et ACT, en nous appuyant sur le manuel de traitement du Dr Matthew Smout (2008) et y avons ajouté « l'esprit » de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2013).

La **première séance** inclut une rapide anamnèse, une autoévaluation des consommations et la définition d'objectifs personnels que la personne voudrait se fixer dans le cadre du programme. L'anamnèse comporte également un rapide survol des comorbidités psychiatriques. Un « plateau de jeu » permet de discuter ensuite d'un objectif et de visualiser le choix de la personne en lien avec celui-ci. Nous fournissons également de l'information sur l'addiction et sur la méthamphétamine. Nous avons choisi de présenter cela de manière ludique sous forme de cartes quizz.

ADDICTION NEUCHÂTEL

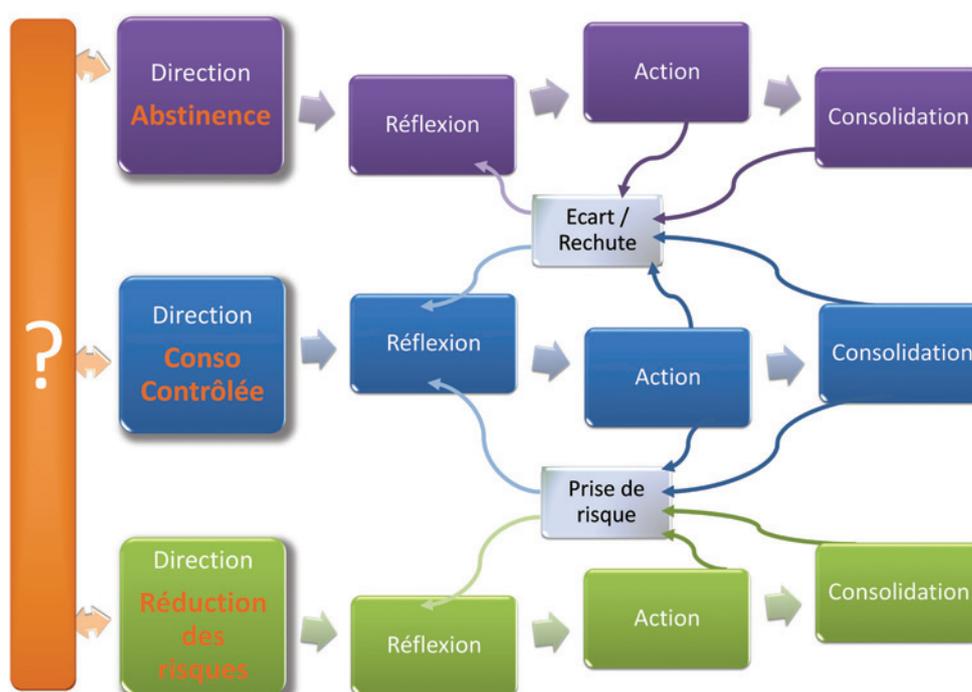


Parmi ces 5 objets, qu'est ce qu'une personne qui consomme quotidiennement de la méthamphétamine pendant un an aurait pu s'offrir à la place ?

REP: UNE «BELLE» VOITURE

Calcul du coût :

- 40 à 50 frs = 0,1 gramme de méthamphétamine
- 0,1 mg (une dose) = 50 frs (si 0,1g / jour alors
- -> 1'8250 frs / année).
- 0,3 gm (consommation régulière standard) = 150 frs
- (si 0,3 mg / jour alors -> 54'750 frs par année).



« Plateau de jeu » pour la définition d'objectif

La **deuxième séance** s’articule autour des situations à risque et des déclencheurs. Ici, l’idée est de rendre les personnes attentives aux éléments contextuels internes ou externes pouvant les fragiliser par rapport aux objectifs qu’ils se sont définis. Les moments de consommation sont explorés et l’usager est invité à réfléchir à des alternatives possibles à la consommation, afin d’anticiper les moments de craving en s’engageant dans un comportement alternatif.

Les valeurs sont le thème principal de la **troisième séance**. Comme l’indiquent JL Monestès et M. Villatte dans leur livre sur l’ACT (2011), « les valeurs représentent ce qui donne du sens à l’existence, ce qui l’organise ». Ils observent que, souvent, dans les problèmes d’addiction, l’objet de dépendance s’est substitué aux valeurs de la personne. Or, ces dernières en tant que renforçateur positif peuvent être un « carburant » nécessaire à l’action. En effet, à court terme les effets des produits peuvent être très attrayants. Un renforçateur positif, tel qu’une valeur, peut soutenir une action demandant un effort et qui n’a pas forcément de conséquence positive à court terme.

La **dernière séance** sert de bilan sur les points discutés, les objectifs définis par l’usager, et l’appréciation de l’utilité du programme. Nous remplissons ensemble un « circuit de la dépendance » en nous intéressant plus particulièrement aux comportements alternatifs et aux conséquences positives liées aux valeurs choisies (cercle vertueux). L’usager peut continuer un suivi au sein de l’institution s’il le souhaite.

Les participants du programme sont ensuite recontactés 6 mois après la dernière séance pour faire le point sur leur situation et leur consommation.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES APRÈS UN AN

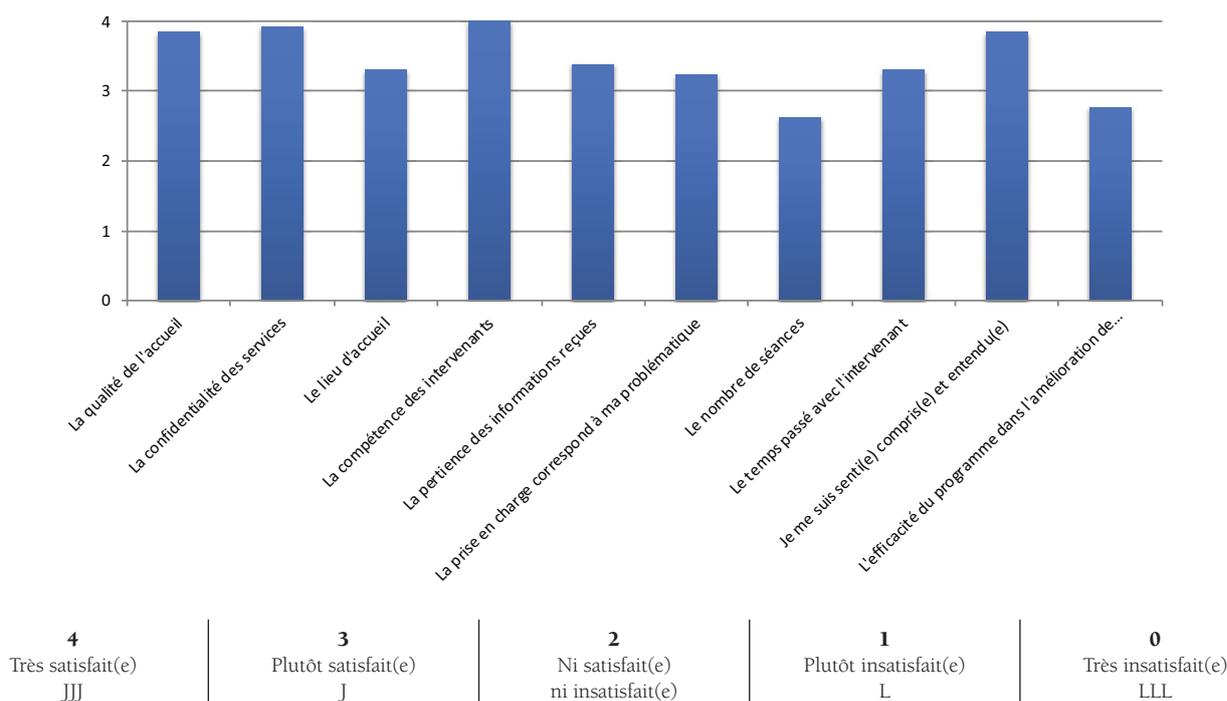
Plus de 100 personnes ont été dénoncées pour des consommations de méthamphétamine durant une période de onze mois. La police a proposé à 25 usagers remplissant les critères (première ou deuxième interpellation(s) et exclusion des consommateurs trafiquants) le programme ; 23 ont accepté de le suivre, 19 l’ont terminé intégralement, dont 4 mineurs.

Les résultats préliminaires montrent une diminution des consommations. Seuls 38% des personnes consommaient encore lors de la semaine précédant le premier rendez-vous, et à peine 15% la semaine avant le dernier rendez-vous.

Globalement les usagers ont rapporté être satisfaits voir très satisfaits du programme, en particulier de l’accueil et de la pertinence des informations reçues par rapport à leur problématique. Les critiques liées au programme concernaient principalement le nombre des séances : pour certains il était insuffisant, pour d’autres trop élevé.

La grande majorité des participants n’était pas connue de nos services (pas de traitement préalable). Un quart (26%) des consommateurs inclus dans le programme ont choisi de poursuivre le traitement et deux personnes ont fait appel pour une reprise de suivi après 6 mois.

Nous avons constaté, après avoir démarré notre étude, une augmentation du nombre d’usagers se présentant spontanément dans nos centres pour des demandes de suivi concernant la méthamphétamine. Cet effet collatéral du programme pourrait faire suite à un effet de « bouche-à-oreille » ou à sa médiatisation.



Moyennes de satisfaction sur les différents aspects du programme lors de la 4^e séance

CONCLUSIONS

Il est important de souligner que le but premier du programme n'est pas de « guérir » en quatre séances des personnes de leur addiction à la méthamphétamine, mais bien plus de favoriser un lien avec le réseau de soins pour renforcer son accessibilité et de réduire la latence entre le début de la consommation et la prise en charge thérapeutique. A ce titre, les premiers résultats sont encourageants, notamment en termes d'adhésion au programme et de son prolongement par un suivi. Il est en revanche encore trop tôt pour évaluer si les consommateurs en rechute vont reprendre contact avec le réseau de soins plus rapidement.

Moyennes de satisfaction sur les différents aspects du programme lors de la 4^e séance.

Cette étude montre aussi la faisabilité d'une collaboration entre la police, la justice et les centres de traitement, dans une région confrontée à une problématique nouvelle par son ampleur. La possibilité de proposer aux consommateurs une approche nouvelle, orientée sur les thérapies motivationnelles et privilégiant le choix de l'utilisateur et ses objectifs propres, démontre qu'une alternative à la répression est possible et souhaitable. L'idée d'une extension du programme à d'autres substances (par ex. cocaïne) est en réflexion. Nous avons aussi envisagé de poursuivre ce programme sous forme de groupes en cas de demandes plus importantes, avec la possibilité du partage d'expériences entre pairs.

Contacts: Camille.Fontaine2@ne.ch, Yvan.Grecuccio@ne.ch
Anne.pelet@ne.ch, Jean-Marie.Coste@ne.ch



AG NOUVELLE FORMULE 2019

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETIQUES DES ALCOOLISÉS

À LA DÉCOUVERTE DU RÉSEAU FRIBOURGEOIS

L'Assemblée générale 2019 du GREA inaugure une nouvelle formule. Elle sera consacrée à la visite de différentes structures actives dans l'accompagnement des jeunes et de leurs proches.

JEUDI 6 JUIN 2019
CANTON DE FRIBOURG

Programme définitif disponible en avril sur www.grea.ch

Bibliographie

Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., ... & Carr, V. J. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378.

Kenny, P., Harney, A., Lee, N. K., & Pennay, A. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment: Results of a survey of dependent methamphetamine users. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 3.

Lambert M. & Barley D. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In NORCROSS J.: *Psychotherapy relationships that work*. (pp.17-35). Oxford University Press, New York.

Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and/or behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 309-317.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel: *Aider la personne à engager le changement* (2^e éd. [réactualisée]. ed., Développement personnel et accompagnement). Paris: InterEd.

Monestès, J.L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. ACT. Paris: Elsevier Masson.

Nielsen, P., Beytrison, P., & Croquette-Krokar, M. (2011). Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* (1), 85-95.

Puech L. (2008). Laide contrainte en quelques mots. www.anas.fr/attachment/103949/

Smout, M. (2008). *Psychotherapy for methamphetamine dependence: Treatment manual*. Drug and Alcohol Services South Australia.

Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance abuse*, 31(2), 98-107.

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, 31(10), 1858-1872.

LA PAROLE AUX COCAÏNOMANES ANONYMES

Cet article a été rédigé par des membres des Cocaïnomanes Anonymes de Suisse romande qui, conformément à leur tradition vis-à-vis de la presse, souhaitent garder l'anonymat.

Le manque de demande de soins et d'aide de la part des personnes qui ont des problèmes avec l'usage de stimulants est un thème récurrent. Une partie d'entre elles s'adresse peut-être à un médecin généraliste, à un psychiatre ou à une clinique privée. D'autres, en revanche, recourent à des groupes d'entraide pour les aider à résoudre leurs difficultés. Nous avons voulu donner la parole à l'un des plus connus d'entre eux, actif en Suisse romande. (réd.)



QU'EST-CE QUE COCAÏNOMANE ANONYME ?

C'est bien connu : le problème de l'addiction, que ce soit à l'alcool, aux drogues illégales, aux médicaments ou à un mélange des trois, provoque beaucoup de dégâts, non seulement pour la personne concernée, mais aussi pour sa famille et son entourage. Certains ont vaguement entendu parler des « 12 étapes », et ont peut-être même pensé que c'est un synonyme pour « Alcooliques Anonymes », mais ce genre de programmes de rétablissement reste relativement peu connu.

« CA », ou « Cocainomanes Anonymes », parfois « Cocaine Anonyme », est décrit dans notre « Préambule », lu au début de chaque réunion, comme « une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'en aider d'autres à se rétablir de la dépendance ». Comment cela fonctionne-t-il ?

NOTRE VISION DE LA DÉPENDANCE

Dans CA, notre vision de la dépendance est celle d'une maladie mortelle et incurable qui consiste en une obsession mentale liée à ce que nous appelons une « allergie physique ». L'obsession c'est le fait de penser de façon continue et irrésistible à la cocaïne, ou à une autre substance, et surtout au prochain « high ».

Pour nous, peu importe ce qui nous arrive dans nos vies, bon ou mauvais, agréable ou frustrant, nous avons l'impulsion irrésistible de consommer ce que nous appelons souvent notre « produit de choix ». L'allergie, c'est-à-dire la réaction anormale à une substance, engendre en nous une totale incapacité à cesser de consommer lorsque nous avons commencé. Une fois lancés, peu importe combien nous avons déjà consommé, peu importe même si nous avons cessé d'en ressentir l'effet, ou pire, que les effets nous rendent malades, il nous semble qu'il en faut plus, plus et plus encore !

NOTRE APPROCHE

L'abstinence totale

Notre expérience nous dit que notre addiction est systématiquement déclenchée par l'usage d'alcool ou d'autre drogue. Un verre, une ligne, un shoot ne suffit jamais, il nous en faut toujours plus. Nous sommes maîtres à combiner et substituer une drogue par une autre pour nous défoncer. Beaucoup de nos membres ont essayé de limiter et contrôler leur consommation. Nous suggérons donc l'abstinence totale de toutes les substances qui altèrent le comportement, mais il ne s'agit pas d'une obligation, car la seule condition pour être membre de CA est le désir d'arrêter de consommer.

Un dépendant peut en aider un autre

La meilleure façon de rejoindre quelqu'un est d'utiliser un

dénominateur commun. Les membres de CA sont tous des personnes dépendantes en rétablissement qui maintiennent leur sobriété en comptant sur l'appui d'autres personnes dépendantes. Nous sommes issus de milieux sociaux, ethniques, économiques et religieux différents. La dépendance est ce qui nous unit. Notre entraide se manifeste de nombreuses manières, particulièrement le marrainage / parrainage et l'usage du téléphone. Une marraine ou un parrain est une personne dépendante en rétablissement, en qui nous pouvons avoir confiance et qui, ayant un certain temps d'abstinence et une expérience avec le programme, va nous accompagner dans notre travail des douze étapes et dans nos moments difficiles. Le téléphone est notre bouée de sauvetage entre les réunions. Lors de notre première réunion, nous recevons la liste des numéros de téléphone de membres qui acceptent de recevoir des appels, lorsque nous en avons besoin, dans les moments de détresse ou lorsque nous avons envie de consommer, à toute heure du jour ou de la nuit.

Le programme des 12 étapes

Ces étapes font partie intégrale du programme « CA » et sont, en fait, sa base. Pour les comprendre, il faut d'abord se rappeler que ce programme est fondé dans l'idée d'une vie spirituelle, éthique et morale. Dans ce contexte, les étapes présentent une façon structurée de s'instruire sur

la nature de la maladie de l'addiction, de prendre conscience de ses conséquences sur nous et notre entourage, et ensuite d'aborder un mode de vie totalement différent. La première étape permet de mieux identifier les différentes manifestations psychologiques et comportementales de l'addiction et leurs conséquences dans

nos vies. Nous examinons ensuite différentes émotions, problématiques à gérer pour la personne dépendante, et des traits de caractère qui y sont liés. Cela nous mène, entre autres, vers nos familles et nos proches qui ont été touchés par notre maladie et, surtout, par nos comportements. Nous avons ainsi différents outils à disposition qui nous permettent de faire la paix avec le passé. Au final, nous suivons un plan pour vivre dans le présent, un jour à la fois, vigilants face aux signes de la maladie qui peuvent surgir et avec des outils pour réagir quand cela se produit.

Honnêteté, bonne volonté, ouverture d'esprit

Quand nous consommions, nous est-il arrivé de dire la vérité sur l'étendue de notre consommation ? Beaucoup d'entre nous pensaient s'en sortir tout seuls et nous refusions d'accepter de l'aide ou d'écouter les conseils de proches ou de membres du corps médical. Peut-être parce que, du haut de notre orgueil, nous refusions d'admettre notre propre impuissance. Nous suggérons à chaque personne dépendante de suivre les principes spirituels d'honnêteté, d'ouverture d'esprit et de bonne volonté. Pour beaucoup d'entre nous, la malhonnêteté nous a conduits au déni et à l'isolement. Ce n'est qu'en étant honnêtes

Ce programme est fondé dans l'idée d'une vie spirituelle, éthique et morale.

avec d'autres personnes que nous pouvons nous rendre compte de l'étendue de nos problèmes et que nous pouvons accepter l'aide qui nous est offerte. La bonne volonté et l'ouverture d'esprit sont les clés qui ouvrent la porte de la sobriété. Nous avons besoin de bonne volonté pour lâcher nos vieilles idées et nous ouvrir aux solutions qui nous sont proposées pour rester abstinents.

Spiritualité

Linévitabilité de notre maladie et le désespoir engendré ont conduit certains à ne plus croire en qui ou quoi que ce soit. Pourtant nous avons religieusement continué de consommer la drogue de notre choix. Elle avait pris une place primordiale dans notre vie, avant notre famille, nos amis, nos emplois et notre santé. La vie sans drogue nous paraissait inenvisageable. Nous avons besoin d'une expérience spirituelle vitale, un transfert et un réaménagement d'ordre émotionnel pour arrêter de consommer et pouvoir vivre libres. La foi est une croyance ou confiance en quelque chose. Dans CA, il est suggéré de trouver une Puissance supérieure de notre propre conception. Les 12 étapes sont un programme spirituel et non religieux. Nous suggérons au dépendant de se découvrir une Puissance supérieure qui lui est propre.

CA: UNE «FRATERNITÉ»

L'association Cocainomanes Anonymes existe depuis 1982. Elle est née quand certaines personnes dépendantes de la cocaïne se sont réunies séparément des réunions « 12 étapes » qui se concentraient sur les addictions à d'autres substances, notamment l'alcool. Toutefois, les réunions de CA ne sont pas limitées à ceux qui ont un problème de cocaïne. Toute personne ayant un problème d'addiction à n'importe quelle(s) substance(s) est la bienvenue. En Suisse, CA existe depuis 11 ans. Actuellement, il y a cinq réunions hebdomadaires en Suisse (quatre à Genève et une à Lausanne). En nous référant à CA, ou même à d'autres associations « 12 étapes », nous parlons plus souvent d'une « fraternité » que d'une « association », car dans les groupes il existe un véritable esprit de communauté. Notre but premier, souvent cité dans les réunions, est de « rester clean et sobre, et d'aider d'autres toxicomanes à le faire. »

Les réunions suivent un format prédéfini, mais qui peut varier de semaine en semaine, l'élément clé restant le partage. Nous nous exprimons chacun à notre tour durant la réunion, sur un thème ou sur un aspect particulier de notre addiction ou sur notre rétablissement, dans un contexte dénué de jugement. C'est grâce aux partages que chacun peut apprendre à s'exprimer plus librement sur des aspects de sa vie dont il est plus difficile de parler dans d'autres milieux. Ceux qui écoutent en bénéficient aussi, car, en écoutant le partage des autres, nous identifions les similitudes de nos parcours, ce qui aide à renforcer les

liens entre les membres du groupe et à créer un sentiment d'appartenance, chose qui souvent manquait à ceux qui se trouvaient isolés par leur addiction. Il existe même des réunions « en ligne », c'est-à-dire utilisant Skype ou un autre support Internet, pour permettre de participer à une réunion quand il n'est pas possible ou praticable de se rendre physiquement à une réunion.

Les personnes qui souffrent d'un problème d'addiction sont bien plus nombreuses que celles qui ont trouvé un moyen de se rétablir « dans les salles ». Le principal moyen utilisé pour faire connaître CA est le bouche-à-oreille. Nous rendons visite à des patients dans les hôpitaux, dans des cliniques et dans des prisons, et sommes disponibles pour présenter le programme aux personnes intéressées. Il existe en Suisse aussi une Hotline téléphonique, accessible tous les jours et à toute heure, afin d'être à l'écoute de ceux qui sont touchés par l'addiction.

*Nous nous exprimons
chacun à notre tour
durant la réunion,
dans un contexte
dénué de jugement.*

OBSTACLES ET DIFFICULTÉS

Selon le programme des 12 étapes, une personne dépendante en rétablissement, pour rester abstinente et en bonne santé émotionnelle, ne doit pas « se reposer sur ses lauriers ». Elle doit chercher à aider d'autres personnes dépendantes en faisant connaître le programme. Ce n'est pas

une tâche facile. Beaucoup ne sont pas encore prêts, tout simplement, à laisser derrière eux leur consommation. L'idée d'affronter la vie sans substances les effraie encore plus que de continuer à consommer. La honte, le déni et l'envie de s'en sortir par leurs propres moyens peuvent les empêcher de se rétablir.

Les réunions constituent un des moyens les plus importants pour accueillir ceux et celles qui veulent prendre contact avec nous. Pour l'instant, étant donné que nos réunions se trouvent uniquement en Suisse romande, cette voie d'accès reste limitée. Pourtant, même là où CA est relativement bien établi, avec de nombreuses réunions comme à Genève, il reste encore des obstacles de perception. Il n'est pas rare, même parmi les membres de la communauté de rétablissement, de croire que CA concerne uniquement des personnes dépendantes qui ont un problème de cocaïne, ce qui n'est pas le cas. Le fait qu'il s'agit d'un programme spirituel, et que le mot « dieu » est parfois utilisé dans nos lectures, peuvent donner l'impression à certaines personnes que de participer aux réunions les impliquerait dans quelque chose de religieux, voire même dans une secte. Nous nous efforçons, lors des réunions ou des informations publiques, de lutter contre cette fausse perception de CA.

CA EN CHIFFRES

Chaque semaine, 3'000 réunions CA se déroulent à travers le monde. Cocainomane anonyme comprend des femmes et des hommes de toutes races, sexualités, religions

et statuts sociaux. Nos 60'000 membres sont composés à 41 % de femmes et à 59 % d'hommes qui ont consommé une grande variété de substances.

La majorité de nos membres ont trouvé la porte de nos réunions grâce à d'autres membres leur ayant tendu la main dans les hôpitaux, institutions et programmes de rétablissement. 10 % de nos membres nous ont trouvés grâce à Internet, la télévision et des affiches. Enfin, 2 % de nos membres ont été envoyés par des médecins ou des thérapeutes.

Contact: ip.cocaine.anonyme@gmail.com

2019

**SUCHTAKADEMIE
ACADÉMIE DES DÉPENDANCES
ACCADEMIA DELLE DIPENDENZE**

du 19 au 20 septembre 2019 sur le Monte Verità, Ascona

« Human enhancement : quel rapport à l'addiction dans le monde de l'homme augmenté ? »

L'Académie des Dépendances 2019 est coordonnée par la NAS-CPA, plateforme nationale de discussion en matière d'addictions, et organisée par la Fédération suisse des professionnels des addictions : GREA, Fachverband Sucht et Ticino Addiction. Avec le soutien de l'OFSP, du canton du Tessin et de la FMH.

Programme et inscription dès mars sur www.academie-des-dependances.ch

Références

Site Internet des services mondiaux de CA (<https://ca.org/>)

Site Internet des réunions en lignes (www.ca-online.org)

Site Internet de CA suisse (<http://www.caswitzerland.ch/>)

Brochure CA dans les faits (<https://pi.ca.org/fact-file-survey/>)

Livre « Les Alcooliques anonymes » quatrième édition

Hes-so
Hogeschool voor
Hogeschool de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland

**Recommandé
par l'OFSP**

FORMATIONS POSTGRADES EN ADDICTIONS 2019-2020

**CERTIFICAT INTERPROFESSIONNEL
EN ADDICTIONS**
Certificate of Advanced Studies (CAS)
HES-SO - 15 ECTS - 1 an

Plus d'informations disponibles sur:
www.fordd.ch

FORDD Fédération romande
des organismes de formation
dans le domaine des dépendances



**JOURNÉE
INTERPROFESSIONNELLE
2019**

GREAA
Groupe romand d'études des addictions

WORKING FIRST TRAVAIL, CITOYENNETÉ ET POUVOIR D'AGIR

Objectifs de cette journée :

- Transmettre les pratiques en matière de citoyenneté par le travail
- Échanger sur les expériences des personnes concernées
- Dégager les opportunités, les limites et les pistes pour l'avenir

**MARDI 18 JUIN 2019
MAISON DU PEUPLE, LAUSANNE**

Programme définitif prochainement disponible sur www.grea.ch

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne
Groupement romand d'études des addictions GREAA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - Jean-Félix Savary, GREAA

Secrétariat de rédaction

Célestine Perissinotto - Zélie Zigliani, GREAA

Comité de rédaction

Pierre-Yves Aubert, directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève - Barbara Broers, médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève - Etienne Maffli, psychologue, Addiction Suisse, Lausanne - Jean-Christophe Mieville, infirmier chef, adjoint à la direction des soins du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne - Renaud Stachel, resp. du secteur suivi et accompagnement thérapeutique, FVA, Lausanne - Ann Tharin, maître d'enseignement, HES-SO, éesp, Lausanne - Frank Zobel, vice-directeur, Addiction Suisse

Abonnements

Claude Saunier, Addiction Suisse, CP 870, 1001 Lausanne, T. 021 321 29 85, F 021 321 20 40, csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Fr. 45.- par an - Étranger: Fr. 57.- par an

Graphisme

SDJ.DESIGN, Sabine de Jonckheere

Les articles signés n'engagent que leur auteur. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368