



5^{èmes} Assises nationales de la FFA

Réduire les dommages des conduites addictives : une priorité politique

27-28 septembre 2012, Paris

• **Jeu**di 27 septembre 2012

Comment intégrer la balance bénéfiques/dommages des "drogues" dans les pratiques

9 h 00

Le concept de réduction des risques et des dommages en addictologie et son évolution

Pr François Paille (Nancy)

Dangerosité et bénéfices des pratiques addictives

Président : Dr Alain Rigaud (Reims)

Discutante : Mme Anne Coppel (Paris)

9 h 30

Une analyse décisionnelle multicritère des dommages induits par les "drogues" au Royaume-Uni

Pr Lawrence D. Phillips (Londres), Pr David Nutt, Dr Leslie King

Les dommages induits par 20 substances psychoactives ont été évalués en juin 2010, sur la base de 16 critères, par les membres du Comité scientifique indépendant sur les drogues et deux experts extérieurs. Neuf critères concernaient les dommages envers les consommateurs et sept critères les dommages à autrui, dans leurs aspects physiques, psychologiques et sociaux. La méthodologie de l'analyse décisionnelle multicritère a permis d'intégrer les valeurs des critères individuels dans une appréciation globale des dommages.

L'alcool s'avère le plus nocif, suivi de l'héroïne, du crack et de la méthylamphétamine. La validité du modèle a été confirmée,

d'une part, par de fortes corrélations avec une étude hollandaise indépendante et, d'autre part, les données publiées d'évaluations de critères individuels. Cependant, la corrélation avec la classification du UK Drugs Act est nulle, ce qui laisse à penser que cette classification est basée sur d'autres facteurs que les dommages.

Drug harms in the United Kingdom: a multi-criteria decision analysis

The harm of 20 drugs were evaluated in June 2010 on 16 criteria of harm by members of the Independent Scientific Committee for Drugs, including two external experts. Nine criteria covered harm to users, and seven criteria expressed harm to others, with these criteria representing physical, psychological and social harms. Multi-criteria decision analysis methodology provided a means for combining ratings of harm on the individual criteria into an overall measure of harm. Alcohol proved to be most harmful, followed by heroin, crack and methylamphetamine. The validity of the model was established by high correlations with an independent Dutch study, and high correlations of assessments on individual criteria with published data. However, correlation with the UK Drugs Act classification showed zero correlation, suggesting that the classification is based on factors other than harm.

10 h 00

Dommages liés aux consommations de produits : comparaison entre les perceptions de la population générale, des consommateurs et des experts

Pr Michel Reynaud, Dr Amandine Luquiens, Pr Henri-Jean Aubin, Dr Catherine Bourgain (Villejuif)

• État des lieux

Afin d'aider à définir une politique des addictions dans les domaines sanitaires, sociaux et répressifs, plusieurs études ont

été conduites par des experts en addictologie pour évaluer comparativement les dommages liés aux différents produits, en s'appuyant sur des données validées. Les travaux de référence ont été conduits en 2007 et 2011 par David Nutt, puis complétés par notre équipe et par Wim van den Brink. Ces évaluations s'appuyaient sur des échelles cotant différents critères de dommages, incluant les dommages aux utilisateurs et les dommages à la société. Toutes les études montrent une discordance frappante entre la gravité des dommages induits par les consommations et le statut légal des produits. Mais les évaluations basées sur les preuves, scientifiquement objectives, des dommages par les experts ne sont pas les seuls éléments influençant les décideurs politiques : la perception des dommages par la population générale est sûrement un facteur-clé.

• Méthodes

Nous avons utilisé une grille simple, celle déjà utilisée lors de l'enquête auprès des experts français, incluant six critères couvrant tout le spectre des dommages induits individuels et sociaux. Pour chaque critère, le questionnaire incluait une échelle visuelle analogique (EVA), cotée de zéro à dix en fonction de la perception de la gravité du dommage. Le score des dommages à l'individu est obtenu en additionnant les trois EVA mesurant les dommages aux consommateurs, celui des dommages sociaux en additionnant les trois EVA mesurant les dommages à la société, et le score global des dommages en additionnant les six EVA. Les corrélations entre notre grille et les résultats publiés précédemment par les experts britanniques et hollandais sont extrêmement hauts ($R = 0,95$), ce qui valide la qualité de cette échelle.

Nous avons décidé d'appliquer cette échelle pour évaluer la perception des dommages par la population générale. Pour cela, nous avons, avec l'aide d'IPSOS, utilisé cette grille d'évaluation sous forme de questionnaire en ligne sur un échantillon de 1 016 individus issus d'un panel représentatif de la population française. Dans ce panel, nous avons aussi étudié les scores composites pour le groupe de sujets qui déclaraient une consommation de produits l'année précédente ("consommateurs") et pour le groupe de sujets qui déclaraient ne pas avoir consommé de produits l'année précédente ("non-consommateurs"). Tous les scores ont été comparés avec les évaluations faites par les experts en utilisant des tests de Student.

• Résultats

Pour tous les produits, à l'exception notable de l'alcool, les trois scores composites sont significativement plus élevés dans les évaluations de la population générale ($p < 10^{-10}$).

Pour les trois principales drogues illégales, les évaluations des six dimensions de dommages faites par la population sont plus élevées que celles des experts.

En revanche, l'alcool est le produit avec les scores les plus élevés (vis-à-vis des utilisateurs et de la société) pour les experts, alors qu'il se classe, pour la population générale, au 4^{ème} rang après l'héroïne, la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux, et au 3^{ème} rang, à peu près au même niveau que le cannabis, pour les dommages individuels et globaux.

Le cannabis présente la plus large différence entre les évaluations des experts et celles de la population générale (plus élevées de 51 %). De façon très intéressante, les évaluations par les utilisateurs sont globalement beaucoup plus proches des évaluations par les experts. Les scores composites globaux, individuels (en particulier

pour la dépendance) et sociaux pour le cannabis et la cocaïne ne sont pas significativement différents entre les utilisateurs et les experts. Seuls les consommateurs d'alcool sous-évaluent les risques.

• Conclusion

Ces résultats mettent en évidence des divergences majeures sur la perception de la dangerosité des produits entre les experts et la population générale (alors que les consommateurs sont bien informés des dangers encourus). Ceci doit amener à s'interroger sur les conséquences des campagnes d'information et du statut, légal ou illégal, des produits, et en particulier sur les raisons et les conséquences de la sous-évaluation relative des dommages liés à l'alcool.

La communication sur les dangers des drogues illicites focalise les inquiétudes de la population, amenant, de fait, à une minimisation relative des dommages du produit le plus dangereux (l'alcool), mais aussi du tabac (perçu comme moins dangereux que le cannabis). Et pourtant, la connaissance des dangers n'empêche pas les consommations, puisque les consommateurs de drogues illicites sont aussi informés que les experts. Les joueurs et les fumeurs ont également une évaluation plus juste des dangers encourus que les sujets non fumeurs ou ne jouant pas. Seuls les consommateurs d'alcool sous-estiment les risques. Ceci devrait amener les pouvoirs publics à promouvoir une information comparative sur les dommages des différents produits, et tout particulièrement de l'alcool.

Addictions, risques et contrôles

Dimension conceptuelle et historique

Présidente : Mme Marie Villez (Lille)

Discutant : Dr Marc Vaileur (Paris)

11 h 00

La réduction des dommages et les drogues illicites

Pr Gerry Stimson (Londres)

En matière de réduction des dommages, les politiques, programmes et actions mis en oeuvre visent à réduire les conséquences néfastes, sanitaires, sociales et économiques de l'usage des substances psychoactives, licites ou illicites, sans nécessairement en réduire la consommation. C'est un fait que beaucoup de gens consomment des substances psychoactives (alcool et tabac inclus), malgré les efforts les plus grands pour prévenir l'initiation ou l'usage prolongé de drogues. L'accès à un traitement efficace est important, et certains ont un objectif de réduction des dommages. Certains usagers n'ont pas besoin d'un traitement, mais peuvent cependant avoir besoin d'aide pour éviter les risques. La réduction des dommages a une longue histoire ; son concept a été élaboré dans les années 1980 en réponse à la découverte d'une épidémie de VIH chez les personnes qui s'injectaient de l'héroïne. En 2012, 94 pays et territoires dans le monde se déclarent en faveur d'une réduction des dommages (en rapport principalement avec les injections) : 86 pays ont des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et 75 proposent un traitement de substitution aux opiacés. Un ensemble conséquent d'actions de prévention du VIH basées sur les preuves a été acté par l'assemblée générale des

Nations Unies et d'autres agences de l'ONU, ainsi que par des donateurs internationaux d'envergure. Des obstacles majeurs persistent, tels qu'un financement mondial insuffisant, des résistances politiques, des conceptions opposées sur les objectifs des politiques en matière de drogue et la nécessité de mettre au point une réduction des dommages pour un plus grand nombre de drogues et leurs conséquences sanitaires (y compris l'alcool et le tabac).

Harm reduction and illegal drugs

Harm reduction policies, programmes and practices aim to reduce the adverse health, social and economic consequences of the use of legal and illegal psychoactive drugs without necessarily reducing drug consumption. It accepts that many people use psychoactive drugs (including alcohol and tobacco) despite even the strongest efforts to prevent the initiation or continued use of drugs. Access to good treatment is important and some treatment has hampered reduction goals. Others who use drugs do not need treatment, but may need help to avoid risks. Harm reduction has a long history and the concept was elaborated in response to newly discovered HIV epidemics amongst people who inject drugs in the 1980s. As of 2012, 94 countries and territories worldwide support a harm reduction approach (mainly with reference to people who inject): 86 countries have needle and syringe programmes and 75 have opioid substitution treatment. The comprehensive package of evidence-based HIV prevention interventions has been endorsed by the United Nations General Assembly and other UN agencies, and by key international donors. Major obstacles continue, including global underfunding, political resistance, competing conceptualisations of drug policy aims, and the need to elaborate harm reduction for the wider range of drugs and their health consequences (including alcohol and tobacco).

11 h 30

La réduction des dommages et l'alcool

Dr Philippe Batel (Clichy)

Quelle mouche avait donc piqué le neurobiologiste David Nutt pour publier dans un numéro du *Lancet Journal* de l'automne 2010 un article qui allait lui coûter si cher ? Chargé par le Ministère de la santé britannique de présider une commission multidisciplinaire d'experts dont la mission était de classer 16 substances psychoactives sur une échelle de dangerosité, cet éminent collègue et son équipe ont pris le risque au pays du whisky de classer l'alcool comme la molécule la plus périlleuse. Tous les types de dommage avaient été envisagés et pondérés : ceux liés à la molécule, le potentiel addictogène, la toxicité sur l'organisme, le psychisme, la vie relationnelle, sociale et juridique. La perte de productivité, les dommages sociétaux, le handicap, les mortalités globale et spécifique, les coûts sociaux avaient eux aussi été inclus dans la modélisation. David et sa bande avaient tout prévu, sauf les dommages politiques. Sa destitution par le gouvernement, qui n'avait visiblement pas parié dans cet ordre le tiercé gagnant (alcool, héroïne et crack), a fait toucher du doigt aux chercheurs que non seulement il était encore possible de se retrouver dans la peau de Galilée au 21^{ème} siècle, mais qu'il ne fallait jamais, comme l'avait pourtant déjà fait courageusement notre compatriote Bernard Roque dix ans plus tôt en France, rapporter et démontrer aux autorités que l'alcool est la substance psychoactive la plus dommageable.

Pourtant, de longue date, les cliniciens ont observé des maladies et dommages induits, favorisés ou entretenus par l'alcool. Les psychiatres – qui, toutefois, avaient initialement beaucoup escompté sur une théorie de l'automédication pour expliquer le lien très fréquent entre troubles psychopathologiques et consommation inappropriée d'alcool – ont, à la longue et avec l'aide d'études prospectives, compris plutôt son rôle promoteur ou pérennisant. Les somaticiens ont eux aussi répertorié un grand nombre de troubles ou de maladies, dont certaines sont si spécifiques qu'elles peuvent être considérées comme pathognomoniques. Tous les systèmes peuvent être atteints par cette petite molécule ubiquitaire : les systèmes nerveux central et périphérique, le système digestif, cardiovasculaire, le squelette et même le système immunitaire. Les épidémiologistes ont établi par des études cas-témoins à très grandes échelles une liaison statistique entre l'émergence de maladies graves, comme six cancers, et une consommation d'alcool, souvent à des niveaux considérés comme faible. À l'aide d'études trop rarement prospectives, sur de très larges populations, mais très souvent controversées, ils ont aussi travaillé sur l'imputabilité de l'alcool dans le sur-risque de décès par certaines maladies ou de mortalité globale. Bien que le facteur protecteur d'une faible consommation d'alcool dans l'émergence d'infarctus du myocarde chez les hommes entre 35 et 50 ans (the famous "French Paradox") ait été établi, il semble désormais bien acquis que les "bons vivants" ne le restent pas si longtemps. Enfin, les sociologues, les criminologues, les psychologues, les travailleurs sociaux et les magistrats ont identifié l'implication majeure de l'alcool dans les interactions négatives sociétales de la simple souffrance relationnelle à l'isolement, la désinsertion, la menace professionnelle, le chômage, la violence subie ou agie et la criminalité. Ainsi, les "alcoolopathies" sont somatiques, psychiques, psychiatriques, relationnelles, sociétales, juridiques et professionnelles. L'alcool peut donc altérer tous les champs de l'existence. Il semble cependant hérétique de le dire, voire de le prouver. C'est là sans doute le dommage le plus lourd : la dénégation immorale et assassine.

La réduction des dommages et les conduites addictives

14 h 00

Atelier 1 – Alcool

Animateur : Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

La réduction des dommages et les conduites addictives : l'alcool

Dr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

La réduction des dommages dans les conduites addictives liées à l'alcool peut se concevoir dans un continuum qui irait d'un contrôle de la consommation jusqu'à une abstinence totale et définitive. La difficulté principale d'un discours sur la réduction des dommages, pour un produit largement consommé, tient au fait qu'il doit varier en fonction du champ dans lequel il est énoncé. Ainsi, il sera différent selon qu'il s'adresse à la popula-

tion générale ou bien aux usagers à risque ou aux patients abusa-
seurs ou dépendants. Les bénéfices (et inconvénients) respectifs
des comportements de consommation doivent donc être énoncés
en fonction des situations. Par ailleurs, les usagers et les patients
pourront s'approprier les messages de réduction des dommages
dans la mesure où ils ont eux-mêmes pu évaluer leur relation
au produit et ce qu'ils voudraient qu'elle devienne. Ainsi, une
approche selon la réduction des dommages, plutôt quantitative
en général, suppose une approche qualitative individuelle de la
relation à l'alcool.

En ce qui concerne les patients dépendants, les bénéfices de
l'abstinence, si possible totale et définitive, apparaissent claire-
ment dans le traitement de la dépendance à l'alcool dans le cadre
de la pratique clinique du quotidien. Ce dogme de l'abstinence
reste débattu et mis en perspective avec la possibilité d'une ré-
duction de la consommation qui pourrait lui être préférée dans
certaines conditions, en particulier dans les cas de l'impossibilité
de maintenir une abstinence... ou bien en supposant que la ré-
duction de consommation pourrait également marquer le retour
vers une consommation intégrée, c'est-à-dire contrôlée.

Les avantages de l'une ou l'autre de ces options guident de plus
en plus fréquemment la conduite thérapeutique. Peut-on accom-
pagner le patient vers la réduction de consommation plutôt que
vers l'abstinence ? Et si oui, dans quelle perspective ? Réduire
des dommages immédiats et à long terme, certes, mais au-delà,
s'agit-il d'un chemin progressif vers l'abstinence ou bien vers une
stabilisation ? Nous proposons de débattre de ces questions en
atelier après un bref parcours de la littérature.

Stratégies thérapeutiques pour la réduction de la consommation d'alcool

Dr Amandine Luquiens (Villejuif)

Nous sommes familiers des messages adressés à la population
générale par les agences de santé vers la réduction de consom-
mation et la réduction des risques liés à la consommation d'al-
cool, notamment à travers le travail de la prévention routière. La
réduction de consommation est une approche qui peut concer-
ner différentes populations : la population générale, mais aussi
la population des adolescents et jeunes adultes ayant des modes
de consommation à risque, comme le *binge drinking*, et enfin la
population clinique ayant développé un trouble lié à sa consom-
mation d'alcool. Il existe peu de recommandations en tant que
telles visant la réduction de consommation en population clini-
que. Classiquement, la plupart des interventions psychosociales
visant la réduction de consommation ont été plus développées à
l'adresse des buveurs excessifs ou à problèmes que stricto sensus
pour des patients alcoolo-dépendants.

Les plus répandues sont les interventions brèves, souvent en pre-
mière ligne de soins, en milieu non spécialisé. En général, elles
intègrent les éléments suivants : regard sur les consommations
d'alcool et les conséquences négatives associées, information sur
la définition de consommation d'alcool à bas risque, information
sur les dangers des consommations excessives d'alcool, approche
motivationnelle, analyse des situations à haut risque de consom-
mation et recherche de solution, élaboration d'un plan personnel
de réduction de consommation.

Pourtant, plusieurs manuels d'inspiration cognitivo-compor-
tementale apportent des outils intéressants pour la réduction
de consommation. Ils s'appuient sur trois moments-clés : 1) la
définition de son objectif personnel de consommation, en termes
entre autres de quantité, lieu, moment ; 2) la planification des
consommations d'alcool ; 3) la gestion des moments de consom-
mation, soient les outils de la réduction, comme le monitoring,
le ralentissement, mais aussi le refus du verre tel qu'il peut se
travailler dans un objectif d'abstinence. On retrouve quelques
expériences de travail en groupe de cet objectif de réduction
de consommation, et ces programmes en groupe n'ont pas été
évalués à ce jour à notre connaissance. Le manuel francophone
Alcochoix, élaboré au Québec en 1993, est adaptable pour une
utilisation en groupe, mais sa destination est réservée, d'après
les auteurs, aux patients ne présentant pas les critères de la
dépendance à l'alcool.

En ce qui concerne les interventions pharmacologiques, la piste
la plus explicitement tournée vers la réduction de consomma-
tion est celle des antagonistes aux opiacés. En 2005, le groupe
Cochrane a publié une méta-analyse sur leur efficacité dans
l'alcoolo-dépendance, retrouvant sur un total de 50 essais avec
7 793 patients les résultats suivants : la naltrexone réduisait le
risque d'alcoolisation excessive de 17 % par rapport au groupe
placebo. Le nalmeféne est en cours de développement dans
cette indication de réduction de consommation, avec peut-être
un intérêt spécifique lié à l'antagonisme des récepteurs opioïdes
kappa. La réflexion sur la réduction des risques en alcoologie fait
son chemin, amenant à repenser la façon même dont on pose les
objectifs : à ce jour, sur le site clinical.gov d'enregistrement des
essais cliniques, autant d'essais sont enregistrés comme évaluant
une réduction de consommation que l'abstinence pour les pa-
tients alcoolo-dépendants. De la même manière, il ne s'agit pas
seulement de réduire les quantités consommées d'alcool, mais
aussi d'autres aspects comme le *craving*, les conséquences négati-
ves ou encore d'améliorer la qualité de vie. Des très nombreuses
pistes pharmacologiques sont à l'étude, notamment certaines
plutôt inscrites dans une démarche substitutive, telle que le GHB
ou le baclofène, se positionnant en marge de la problématique
d'abstinence ou de réduction de consommation. Au total, une
vingtaine de molécules sont enregistrées dans des essais évaluant
une réduction de la consommation d'alcool.

Atelier 2 – Tabac

Animatrice : Dr Anne Borgne (Sevran)

La réduction du tabagisme ne peut être un objectif

Pr Bertrand Dautzenberg (Paris)

Alors qu'une cigarette contient 12 mg de nicotine, les inscrip-
tions du paquet indiquent 0,1 à 1 mg ; ceci explique qu'un fu-
meur de 40 cigarettes par jour passant à dix en tirant quatre fois
plus sur chacune des cigarettes n'ait pas de réduction de risque.
La réduction sans substitution n'est pas une solution.

Les produits prétendus "plus sains" – cigare, cigarette *light*, filtre,
cigarette électronique, chicha, etc. – ont globalement plus d'in-
convénients que d'avantages et ne doivent pas être encouragés, et
ce, d'autant plus qu'ils sont des produits d'initiation du tabac.

Si la réduction du tabagisme sous substitution nicotinique ou varenicline peut être un passage vers l'arrêt, elle ne peut être un objectif. Une seule bouffée fumée apaise le manque, mais renforce le besoin de fumer et maintient la dépendance. De plus, certains risques, comme celui cardiovasculaire, persistent à rester élevés même avec une consommation très faible de une à trois cigarettes par jour.

En revanche, chez un malade qui n'est absolument pas motivé à l'arrêt, la substitution nicotinique permet de réduire la consommation. L'augmentation progressive des doses de substitution rend possible la réduction sans effort de la consommation et, dès que le consommateur ne fume que quelques cigarettes, on peut reconsidérer avec lui l'arrêt, car cette réduction sous substitution modifie profondément la confiance en soi du fumeur pour l'arrêt. Ainsi, chez les fumeurs non motivés à l'arrêt, cette réduction comme étape vers la cessation a prouvé son efficacité.

Concept addictologique pour la tabacologie

Dr Jean-Yves Breurec (Pontorson)

Le concept d'addiction, du fait d'aspects cliniques communs, de la forte comorbidité entre les substances, de l'existence de mécanismes communs, notamment cognitivo-comportementaux, et d'approches thérapeutiques partagées, se développe depuis une dizaine d'années en France.

Après le champ de la toxicomanie et de l'alcoologie, la tabacologie s'ouvre à la réduction des risques, même si la notion de faible risque n'a pu être définie pour le tabac.

Le nombre de consommateurs réguliers, le fort pouvoir addictif du tabac, le taux de succès limité lors d'une tentative d'arrêt justifient la réflexion autour de la réduction des risques. Si l'impact d'une telle démarche ne peut être défini, le concept addictologique favorise une approche plus globale qui permet d'ouvrir un moment privilégié de discussion sur le comportement tabagique et la limitation de ses nuisances.

La diminution de la consommation de tabac peut constituer la première étape, une transition, vers une abstinence en nicotine.

Atelier 3 – Cannabis

Animateur : M. Jean-Pierre Coueron (Paris)

Réduire les risques liés à l'usage de cannabis

M. Laurent Appel (Paris)

La prévention fondée sur l'abstinence et les soins centrés sur l'abus et la dépendance laissent les usagers non problématiques, surtout les plus jeunes, hors du champ d'intervention de notre dispositif. Quels sont les conseils de réduction des risques spécifiques au cannabis ? Quels outils doivent être mis à disposition des usagers ? Quelques pistes :

- usage occasionnel, régulier, compulsif : le risque d'escalade ;
- la ritualisation face à la banalisation : apprendre la modération
- vaporisation et ingestion : réduire les risques liés au joint
- dissocier les consommations pour freiner le poly-usage : pas de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes avec le cannabis ;
- que faire en cas de *bad trip* et de flash-back ? Comment diagnostiquer ce qui relève du *flip* provisoire jusqu'à la schizophrénie ?

- diffuser largement les conseils de base sur des supports attractifs, par exemple sur des carnets de filtres distribués sur les stands de réduction des risques dans les événements festifs ;
- aller à la rencontre des usagers pour partager entre pairs les bonnes pratiques et accompagner les usagers problématiques : le CAARUD virtuel sur Internet.

Du bon et du mauvais cannabis

Dr Amine Benyamina (Villejuif)

Cannabis chez les jeunes : quelles demandes et quelle réduction des risques à l'hôpital ?

M. Grégory Pfau, Dr Yves Édél (Paris)

L'Unité d'addictologie du Centre hospitalo-universitaire de la Pitié-Salpêtrière (ELSA) rencontre de manière quasi quotidienne des consommateurs de cannabis. En effet, 80 % des services de cet hôpital (de la pédopsychiatrie aux urgences, en passant par la psychiatrie, la neurologie ou l'orthopédie en majorité) effectuent des demandes d'avis et de soin en liaison à l'ELSA. Par ailleurs, les usagers de drogues prennent l'initiative de nous contacter directement (internet, téléphone) pour des consultations d'évaluation et de réduction des risques. Par le biais de l'ouverture d'une consultation de pharmacien rattachée à l'ELSA depuis plus de dix ans, la culture de la réduction des risques est inscrite dans la démarche de prise en charge globale de nos patients.

Qu'ils soient consommateurs simples, abusifs ou dépendants, les profils médicaux, psychologiques et sociaux sont variés. Les jeunes consommateurs (12-25 ans) n'expriment parfois aucune demande d'aide à la modification de leur comportement vis-à-vis du produit malgré des prises de risque certaines. Quand elles sont formulées, les demandes sont multiples (du sevrage à l'arrêt total de la consommation).

L'addictologie hospitalière doit donc s'adapter à ces variables au quotidien. Les consultations d'urgence permettent d'effectuer une évaluation rapide de la situation du patient et de créer du lien pour des propositions thérapeutiques ultérieures. Les consultations de post-urgence permettent notamment une évaluation à distance des morbidités psychiatriques éventuelles.

La démarche de réduction des risques est fondamentale et a trouvé sa place à partir des consultations d'urgence en s'appuyant autant que faire se peut sur l'analyse objective des produits consommés par les patients. L'utilisation de cet outil de réduction des risques s'effectue dans la même temporalité et unité de lieu que les consultations d'urgence et post-urgence (prélèvement/rendu de résultat).

Atelier 4 – Addictions sans drogues

Animatrice : Dr Marie Grall-Bronnec (Nantes)

Jeux vidéo et jeux de hasard et d'argent chez les adolescents

Mme Lucia Romo (Paris)

Il existe un intérêt de plus en plus grandissant pour connaître l'impact des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents et les jeunes adultes.

Dans certains pays, des études ont montré en 2003 et 2005 que 50 à 60 % des jeunes entre 15 et 17 ans ont joué au moins une fois durant l'année écoulée, et 3 à 4 % de ces jeunes pouvaient présenter les signes d'un problème de jeu.

Des auteurs, comme Griffiths, signalent la proximité entre les jeux vidéo et les jeux de hasard et d'argent (clavier, stimulation, récompenses immédiates, défis...). Ceci pourrait expliquer la surestimation du contrôle de la situation et la diminution du rôle du hasard que certains jeunes pourraient avoir concernant les jeux de hasard et d'argent, et comment l'usage problématique des jeux vidéo pourrait constituer un facteur de risque pour le développement d'un problème de jeu compulsif.

Par ailleurs, l'adolescence représente une période de changement et de développement, avec des attitudes particulières à l'égard des limites, ce qui peut aussi être un facteur d'attraction envers les jeux de hasard et d'argent.

Les résultats des études réalisées sur le lien entre les jeux vidéo et les jeux de hasard et d'argent seront présentés.

Le taux de retour au joueur, un des facteurs de risque du jeu problématique liés à l'offre de jeu

M. Jean-Michel Costes (Paris)

La France est le seul pays en Europe qui a choisi d'appliquer un plafonnement du taux de retour au joueur (TRJ) comme facteur de prévention du risque d'addiction. Il est plafonné à une moyenne de 85 % calculée sur deux trimestres consécutifs. Dans le cadre du réexamen de la loi de mai 2010, cette question est rouverte.

Le TRJ est-il l'un des facteurs de risque du jeu problématique ? Le TRJ est le pourcentage des mises des joueurs redistribué aux joueurs sous forme de gains, pour une période de temps donné. Si la littérature scientifique n'apporte pas de preuves définitives sur un lien existant entre TRJ élevé et addiction, elle fournit des preuves d'évidence sur l'impact possible d'une modification du TRJ sur la demande globale de jeux et donc d'une exposition exponentielle à des facteurs de risque reconnus tels que le temps de jeu ou les occurrences de gain. L'augmentation du TRJ entraîne de facto une augmentation de la latitude de l'opérateur pour modifier la structure, le tableau de lots du jeu, afin de le rendre plus attractif. Le TRJ ne peut pas être appréhendé sans prendre en compte sa temporalité. Plus la période de temps sur lequel il est calculé est importante, plus son effet sur l'encadrement de l'offre de jeu est lâche.

La mise en évidence d'un lien indirect entre un TRJ élevé et addiction amène à recommander de ne pas faire évoluer le TRJ et de ne pas étendre la période de référence pour le calcul du TRJ.

Le retour à une pratique contrôlée est-il un objectif de soin réaliste pour un joueur pathologique ?

Dr Marie Grall-Bronnec (Nantes)

Selon plusieurs auteurs, moins de 10 % des sujets souffrant de jeu pathologique sollicitent des soins. Ce chiffre reflète sûrement une difficulté d'accès aux soins, pour laquelle on peut invoquer plusieurs causes : envie de résoudre ses problèmes

seul, honte de son comportement et de ses conséquences, déni des troubles, manque de structures adaptées. Il témoigne aussi très certainement de cas, nombreux, de rémission spontanée.

Le faible taux de joueurs pathologiques réclamant des soins et, à l'inverse, le fort taux de joueurs pathologiques les abandonnant prématurément pourraient très certainement s'expliquer aussi par le dogme de l'abstinence prôné par nombre de thérapeutes, de patients et de familles de patients, sous l'influence des Gamblers Anonymous, en particulier dans les pays nord-américains. Ladouceur a préconisé en 2005 de laisser les sujets expérimenter la possibilité du contrôle de la pratique, ce qui permettrait d'attirer vers les soins des joueurs pathologiques peu convaincus de leur capacité à obtenir une abstinence complète. Parvenir au contrôle de la pratique augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle. À l'inverse, les sujets échouant, mais ayant tenté cette expérience du contrôle, adhèreraient plus facilement dans un second temps à un objectif d'abstinence. Il est établi que la compliance thérapeutique est d'autant meilleure que le thérapeute s'applique à renforcer positivement le sujet, contribuant ainsi à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

Quelques programmes thérapeutiques proposent ainsi ce choix de l'objectif thérapeutique, de la réduction des risques liés à la pratique des jeux à son arrêt total.

Atelier 5 – Cocaïne et crack

Animateur : M. Jean-Louis Bara (Paris)

Addiction à la cocaïne : quoi de neuf depuis la publication des recommandations de la HAS ?

Dr Laurent Karila (Villejuif)

La consommation de cocaïne a globalement augmenté en Europe, notamment en France, ces dernières années. La cocaïne arrive en deuxième position dans le commerce des drogues illicites dans le monde en 2011. L'addiction à la cocaïne est un trouble chronique d'installation rapidement progressive, avec des conséquences somatiques, psychiatriques, cognitives et sociales. Aucun traitement pharmacologique n'a été validé par les autorités compétentes malgré les nombreux essais cliniques menés. Les avancées récentes en neurobiologie, en imagerie cérébrale, en génétique et en pharmacologie clinique ont permis de développer de nouvelles pistes thérapeutiques.

Le traitement de cette addiction comprend deux phases, à savoir initier l'abstinence et prévenir la rechute. La réduction des risques doit être également envisagée.

Les agents pharmacologiques prometteurs pour initier l'abstinence sont la vigabatrine, la N-acétylcystéine et le modafinil. Pour la seconde phase, le disulfiram, le topiramate, l'approche substitutive (d-amphétamine, méthylphénidate LP chez les hyperactifs avec déficit de l'attention comorbides, modafinil), les vaccins anti-cocaïne. Ces approches pharmacologiques doivent être combinées à des approches psychothérapeutiques comportementales (entretiens motivationnels, thérapie cognitive et comportementale, gestion des contingences).

D'autres approches pharmacologiques ont été testées, comme la varénicline chez l'homme, la l-tétrahydropalaminine utilisée

en médecine chinoise, les agents glutamatergiques comme la d-cycloserine et la ceftriaxoneles antagonistes des récepteurs D3 chez l'animal.

Premiers résultats et impacts du "Kit crack" expérimental

Dr Catherine Péquart (Paris)

Contrôle et perte de contrôle de l'usage de cocaïne : approche qualitative auprès de consommateurs inconnus de la justice et du système de soin

Mme Catherine Reynaud-Maurupt (Nice)

Le GRVS et le dispositif TREND, de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) ont mis en place un partenariat (2007-2010) pour réaliser une étude qualitative portant sur les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio-sanitaires et répressives : l'étude s'appuie sur 50 entretiens approfondis conduits avec des usagers de cocaïne confirmés et actifs (au moins 20 sessions de consommation au cours de la vie, au moins une session au cours des trois derniers mois avant l'entretien), qui n'ont jamais consulté pour leur usage de cocaïne ni été inculpés pour usage ou revente de ce produit.

L'étude a permis de retracer les différentes étapes des carrières en portant une attention particulière aux fréquences d'usage, mais aussi aux contextes de consommation, aux significations de l'usage, ainsi qu'aux dynamiques de groupe façonnant les parcours individuels. Alors que la durée moyenne des carrières atteint 7,5 ans, près de la moitié des consommateurs rencontrés ont toujours contrôlé leur pratique (rythme de consommation au maximum hebdomadaire et perception d'une absence de conséquences psychologiques, sociales et sanitaires). Les autres consommateurs rencontrés (28/50) ont connu au moins une période de perte de contrôle (rythme quotidien ou pluri-hebdomadaire et perception de conséquences négatives). Ces épisodes de perte de contrôle se distinguent notamment en termes de durée et d'ampleur des conséquences de l'usage, selon que la cocaïne est consommée par voie nasale ou fumée après avoir été préparée en *free-base*.

Adapter les systèmes et les pratiques

Président : Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

Discutant : Dr Didier Touzeau (Bagneux)

16 h 15

Quelles adaptations des systèmes et des pratiques de prévention et de soins ?

Dr Alain Morel (Paris), Dr Alain Rigaud (Reims)

La politique publique en matière de lutte contre les risques et les dommages liés aux usages de produits, biens ou services psychoactifs et addictifs s'est construite depuis plus d'un siècle sur la logique d'une approche par produit et sur l'objectif d'abs-

tinence conçu comme le moyen idéal de prévenir ces dommages, objectif poursuivi jusqu'à la prohibition de certains produits et la pénalisation des sujets s'y adonnant malgré tout.

Mais les faits sont têtus : malgré la réalité et la connaissance de ces risques et dommages, malgré l'interdit et la prohibition, il n'y a et n'y aura pas de société sans drogues, car il ne peut y avoir de société sans usage de produits et conduites pourvoyant aux hommes ces satisfactions et ivresses immédiates leur permettant d'assumer leur humaine condition et le malaise dans la civilisation. L'action préventive dans le champ des addictions, qui reste une nécessité pour protéger la santé et la sécurité publiques, doit en prendre acte pour s'orienter vers un objectif plus global de protection de la santé et une stratégie pragmatique de réduction des dommages tenant compte, par delà la distinction licite/illicite de moins en moins compréhensible et acceptable par le public et les usagers, des réalités et des besoins aujourd'hui bien identifiés.

La prise en considération de la diversité des produits et des effets, ainsi que celle des comportements et des risques, ouvre au développement et à la recherche de solutions nouvelles visant à les prévenir.

La "prévention" doit être l'objectif premier dans un monde où drogues et comportements addictifs s'inscrivent dans l'environnement de tous et dans une société contemporaine manifestement addictogène : elle visera à la réduction globale de la consommation de drogues en évitant les primo-consommations et/ou le passage de l'expérimentation ou de l'usage simple à l'usage nocif ou à l'addiction, et comportera deux volets principaux :

1 - l'approche éducative à promouvoir dès l'enfance par le développement des compétences psychosociales et l'aide à la parentalité, puis par la mise en œuvre de programmes structurés d'éducation à la santé allant au-delà de la seule information sur les produits et le rappel de l'interdit pour prendre en considération avec les usagers la balance bénéfiques/risques ;

2 - une stratégie et un dispositif d'intervention précoce auprès des usagers à risques et/ou des publics vulnérables, avant l'apparition des dommages, et de soutien aux familles, institutions et communautés confrontées à ces questions.

La "réduction des risques et des dommages" constitue l'autre objectif majeur de la prévention : dès lors que des consommations de produits auront lieu, elle vise à en minimiser les effets dommageables sur les usagers et sur la société en les rendant possibles dans des conditions entraînant le moins de problèmes individuels et sociaux, et favorisant la prise en charge des dommages liés à ces consommations. Elle doit développer des dispositifs et actions qui puissent atteindre des populations éloignées du dispositif de soins, souvent précarisées, en partant de leurs besoins et de leurs demandes (matériels, conseils, soins, accès aux droits élémentaires) et en s'y adaptant avec un seuil d'exigence ajusté et facilitant l'accès aux soins.

La réduction de l'offre est une troisième composante, non seulement par la répression du trafic des substances illicites, mais aussi par un renforcement de l'encadrement de l'offre massive de produits licites – tabac et alcool – qui restent deux déterminants majeurs de santé publique en termes de dommages sanitaires et sociaux.

• **Vendredi 28 septembre 2012**

De la gestion des consommations à la régulation sociale

La gestion des conduites addictives

9 h 00

Atelier 1 – Intégrer la gestion de l'addiction aux soins ?

Animateur : Dr Laurent Michel (Limeil-Brévannes)

Bénéfices sociaux et réduction des risques après traitement par méthadone en ambulatoire

Pr Jean-Pierre Kahn, Dr Valérie Gibaja, Dr Thierry Jamain (Nancy)

Objectifs : une étude rétrospective, coordonnée en 2009 par le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance de Nancy et conduite par le Réseau toxicomanie ville hôpital 54, a permis d'évaluer le statut sérologique et les conditions socio-économiques des patients qui avaient bénéficié d'une substitution par méthadone, initiée au Centre de soins spécialisés aux toxicomanes du CHU de Nancy, puis relayée en médecine de ville.

Méthode : les données recueillies à l'aide de deux questionnaires (avant initiation et après relais en ville), renseignant le statut clinique et social de chaque patient inclus, ont permis d'évaluer le suivi pour 73 des 100 patients initialement inclus.

Résultats : alors que plus de 25 % des patients ignoraient leur statut sérologique pour le VIH et le VHC avant leur mise sous méthadone, ils sont beaucoup plus nombreux à connaître leurs statuts sérologiques après leur mise sous méthadone : 86 % pour le VIH et 83,6 % pour le VHC. Les conditions de vie des patients se sont également améliorées de manière significative : seulement 7,2 % d'entre eux sont sans revenu après la mise sous méthadone (versus 28,8 % avant) et 69,6 % disposent d'un logement indépendant et autofinancé (versus 54,8 % avant).

Conclusion : le traitement par méthadone relayé en médecine de ville démontre clairement ses avantages dans la resocialisation et l'amélioration de la qualité de vie des patients et ses intérêts dans une politique de limitation des risques.

Développement d'une filière et de pratique de soins en addictologie dans un CH de psychiatrie générale : l'exemple du CH d'Erstein (Bas-Rhin)

Dr Jean-Philippe Lang (Erstein)

Les conduites addictives sont fréquentes chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Elles aggravent la fréquence, l'intensité et la morbidité de ces troubles. Elles sont un facteur à risque majeur de rechute/récidive, de passage à l'acte agressif ou suicidaire, ainsi que d'hospitalisation. De plus, elles facilitent les conduites à risque des usages de substance psychoactives chez les usagers souffrant de troubles psychiatriques et, donc, les risques d'infection par les hépatites B et C et le VIH.

Dans ce contexte, il est important que les hôpitaux ou services spécialisés en psychiatrie générale intègrent à leur pratique une

"prise en soin" spécifique en addictologie, ainsi qu'un parcours de soin cohérent en partenariat avec les structures spécialisées en addictologie.

Nous proposons de présenter les "pratiques de soins intégrés" développées au CH d'Erstein (Bas-Rhin) depuis 2006 et les missions/activités réalisées par l'équipe de liaison de psychiatrie générale spécialisée en addictologie intersectorielle (ELPA) et par l'unité fonctionnelle d'hospitalisation intersectorielle spécialisée en addictologie de cet établissement spécialisé en psychiatrie générale (trois secteurs "adulte" et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile).

Nous discuterons également de l'importance, en termes d'évaluation et de réduction des risques, de développer des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur ce type de problématique, avec l'exemple de deux EPP réalisées au CH d'Erstein.

Atelier 2 – L'implication des usagers

Animateur : M. Fabrice Olivet (Paris)

Le rôle des usagers dans la réforme de la politique des drogues

M. Laurent Appel (Paris)

La pénalisation de la consommation empêche d'intervenir facilement et efficacement auprès de l'utilisateur non problématique avant qu'il n'abuse ou qu'il ne devienne dépendant. C'est pourtant à ce stade que le partage d'expérience et l'information par des pairs nous semblent le plus efficace. L'apprentissage de bonnes pratiques de consommation, l'information objective sur les dommages, la culture de la modération, la détection et le soin des usagers problématiques seraient bien plus performants dans un cadre de dépénalisation de l'usage et de régulation publique des marchés.

Voilà pourquoi ASUD a lancé en 2010 un programme pour la réforme de la politique nationale et internationale des drogues dont je suis le coordinateur. Nos actions :

- partenariats internationaux avec l'Open Society Institute, l'INPUD, l'EuroPUD, l'EuroHRN, l'IHRN afin de relayer les actions internationales, comme la mobilisation pour que la Russie adopte une vraie politique de réduction des risques (1^{er} décembre 2011) ;
- participations à des commissions d'enquête : Commission Vaillant sur le cannabis (juin 2011), Commission parlementaire d'enquête sur la toxicomanie (juin 2011) ;
- participation à l'élaboration du programme de partis politiques : projet EELV et programme d'Eva Joly (juillet-décembre 2011), contribution PS (juillet 2012) ;
- traduction et diffusion de la version française des rapports de la Global Commission on Drug Policy, notamment lors d'un salon littéraire "Ces auteurs qui dénoncent la prohibition" à la mairie du 18^{ème} arrondissement de Paris (septembre 2011) ;
- participation à l'organisation de la Marche mondiale du cannabis (mai 2011-12) et soutien à la création du Cannabis social club français (juin-juillet 2012).

Atelier 3 – Réduction des dommages et espaces publics

Animatrice : Mme Martine Lacoste (Toulouse)

Considérer l'errance comme un voyage et non comme une impasse et en promouvoir une approche démocratique et participative

Mme Dominique Meunier (Paris), M. Karl Cerny (Lille)

Des jeunes en errance traversent et occupent les villes, la plupart du temps accompagnés de chiens. Usagers d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, ils se regroupent dans certains lieux et gênent ou inquiètent municipalités, riverains et commerçants. Par ailleurs, leurs prises de risque et leurs consommations ont des répercussions sur leur santé et leur insertion sociale.

La Fédération addiction a mené pendant plus de trois ans un projet de dimension européenne sur les problématiques liées à l'errance des jeunes dans les villes et l'usage de substances psychoactives. Sept municipalités se sont engagées dans cette réflexion : Bordeaux, La Rochelle, Lille, Toulouse, Bucarest, Düsseldorf et la région Emilia-Romagna.

Véritable laboratoire d'idées et d'actions, l'ensemble de ce travail a été capitalisé dans un DVD dont l'objectif est d'outiller les municipalités et les professionnels de terrain du secteur des addictions dans la prise en compte des phénomènes liés à l'errance des jeunes sur les territoires et dans la création de réponses adaptées.

Pour fonder leur engagement, les sept municipalités ont rédigé une "Charte du bon accueil des jeunes dans les villes", véritable colonne vertébrale de cette démarche.

La réduction des risques : quels enjeux pour les usagers, quels enjeux pour les villes de la périphérie urbaine ?

M. David Mourgues (Toulouse)

Aggravation de la pauvreté et de la précarité amène des personnes, parfois accompagnées de leurs chiens, à se regrouper dans l'espace public des villes, à la fois pour préserver une forme de lien social et tenter de subsister. Usagers d'alcool et d'autres substances psychoactives, ils cumulent des difficultés, dont des problèmes de santé.

Ces situations, connues et visibles dans les grandes villes, commencent à se déplacer dans les villes moyennes des périphéries urbaines, suscitant des réactions parfois hostiles des commerçants, des riverains, des municipalités, des acteurs de santé et des usagers eux-mêmes. Sans réponse spécifique, chacun semble démuni.

La ville de Ramonville (11 000 habitants) en périphérie de Toulouse connaît ce phénomène et a demandé à l'association Clémence Isaure et son CAARUD "Intermède" de l'accompagner sur cette question. Une méthodologie a été élaborée et mise en œuvre pour répondre à ces nouveaux enjeux de la réduction des risques dans les lieux où les phénomènes d'addiction révèlent de nouvelles exclusions.

Si "l'aller vers" est un principe fondateur de la réduction des risques, quelles nouvelles approches pour de nouveaux contextes et de nouveaux territoires ?

Atelier 4 – De nouveaux outils vers de nouveaux publics : SCMR, TSO IV...

Animateur : M. Pierre Chappard (Paris)

L'expérimentation du PES postal : à la rencontre des exclus du dispositif de RDR

Mme Catherine Duplessy-Garson (Paris)

Parce que les usagers témoignent des difficultés d'accès au matériel de prévention (difficultés liées à l'éloignement géographique, aux horaires d'ouverture incompatibles avec leur mode de vie, au refus d'être identifié ou reconnu comme injecteur, au refus de fréquenter le public des établissements médico-sociaux...), parce que les usagers témoignent encore des prises de risque de contamination lors de la pratique des injections, SAFE a décidé d'ouvrir un programme expérimental de diffusion du matériel de consommation par voie postale.

L'hypothèse de SAFE est que l'envoi personnalisé de matériel par voie postale pourrait constituer un moyen efficace pour renforcer le maillage territorial et répondre aux besoins des usagers, en complément des actions des établissements médico-sociaux spécialisés et des officines.

Pour la vérifier, une expérimentation a démarré avec notamment pour objectif de contribuer au repérage et à la prise de contact avec de nouveaux usagers, d'augmenter qualitativement et quantitativement le recours aux matériels de prévention, ou encore de faciliter le rapprochement des usagers avec les dispositifs existants.

Un an après le démarrage de ce projet, nous analyserons le profil de ces nouveaux usagers et décrirons le lien que nous pouvons tisser avec eux.

Les recommandations de recherche de l'expertise INSERM sur la réduction des risques

Mme Patrizia Carrieri (Marseille)

Les recommandations de l'expertise INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues ont été rédigées dans le but d'identifier des actions et des recherches à mettre en place, en particulier pour la réduction du risque de transmission de l'hépatite C. Afin d'être efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les évolutions des pratiques (produits, modalités de consommation), des profils des consommateurs et des contextes de consommation.

L'efficacité de la diamorphine comme traitement de substitution de dernière intention pour les personnes dépendantes des opioïdes en échec de traitement par méthadone ou buprénorphine a été largement démontrée et ne demande plus d'étude en France. En revanche, d'autres interventions/dispositifs – comme les salles de consommation à moindre risque, les traitements injectables ou inhalables pour la dépendance aux opioïdes et les possibles traitements pharmacologiques de "substitution" pour les stimulants (cocaïne, amphétamines, crack) – sont inscrits dans les recommandations de recherche à développer en France. D'autres modalités d'accès aux outils combinés de réduction des risques nécessitent également une évaluation.

Les enjeux et les difficultés pour le développement de ce type de recherche dans le contexte français seront analysés et discutés.

Atelier 5 – Comment réduire les risques des consommations chez les jeunes ?

Animateur : M. Éric Pasquet (Saint-Brieuc)

Réduire les risques liés à l'hyper-alcoolisation chez les jeunes : mission (im)possible ?

M. Renaud Bouthier (Lyon)

Les résultats de la dernière enquête ESCAPAD ont fait apparaître, chez les jeunes de 17 ans, une augmentation notable des ivresses répétées et régulières. Cette tendance, celle d'un rapport ponctuel et massif à l'alcool, se confirme donc, comme on peut le constater notamment auprès de la population étudiante.

Se pose donc la question de la réduction des risques dans les environnements (milieux festifs, espaces publics, sphère privée) où ces comportements sont les plus manifestes.

Dans cette optique, trois pistes semblent aussi incontournables que complémentaires :

- agir en situation afin de limiter les conséquences de ces comportements, et ce, par des équipes formées agissant au plus près des prises de risque ;

- agir sur l'image que les jeunes se font de cette hyper-alcoolisation : si les représentations évoluent, comme ce fut le cas pour le tabac, les comportements peuvent eux-aussi évoluer ;

- agir sur l'environnement de ces prises de risque, au niveau de ceux qui promeuvent, vendent et délivrent les boissons alcoolisées (nous pensons notamment aux actions de formation et aux aspects réglementaires).

L'objectif de ces orientations est de responsabiliser ceux qui ont un rapport au produit, qu'ils soient consommateurs, vendeurs ou législateurs...

L'efficacité de la santé communautaire en milieu festif techno

M. Vincent Benso (Paris)

De la gestion des consommations à la régulation sociale

Président : Pr Michel Reynaud (Villejuif)

Discutant : Dr Michel Craplet (Paris)

11 h 30

Les conduites addictives : la stratégie de l'Union européenne

M. Philippe Roux (Luxembourg)

Quelles régulations sociales et législatives ?

Président : Dr Alain Morel (Paris)

Discutant : Pr Henri Bergeron (Paris)

14 h 00

Les résultats des politiques de régulation : l'exemple d'Amsterdam

Dr Frederik Polak (Amsterdam)

Dans ma présentation, j'aborderai plusieurs thèmes :

- l'expérience hollandaise de décriminalisation partielle du cannabis. L'une des leçons les plus importantes de l'expérience néerlandaise avec les *coffeeshops* est que la décriminalisation de l'usage et de la possession pour usage personnel ne pourra pas être une fin en soi. Trop d'argent s'accumule en dehors de la loi pour que cela puisse rester sans conséquences. Après quelques années, quand la situation est bien installée – comme c'était le cas aux Pays-Bas sur le plan de la santé publique –, la décriminalisation doit être suivie par une régulation/législation du marché dans sa totalité ;

- le caractère et le contenu du débat public sur la politique vis-à-vis de la drogue : différences entre ce débat en France et aux Pays-Bas ;

- la représentation des ONG (organisations non gouvernementales) à l'ONU et à l'UE : quelles sont les chances et les obstacles pour pouvoir enfin entamer un débat sérieux sur la politique internationale vis-à-vis des drogues ?

14 h 30

Les résultats des politiques de régulation : l'exemple du Portugal

Pr João Goulão (Lisbonne)

15 h 20

Table ronde

Quelle législation pour mieux réguler ?

Présidée par le Pr François Paille (Nancy)

et animée par M. Arnaud Aubron (Paris)

avec des Parlementaires français

17 h 00

Conclusions

