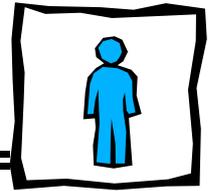




**Des sujets transversaux**  
**genre, migration, épidémiologie**



★ **Editorial** ★

*Enfin, enfin, enfin le nouveau flash sur vos tables de nuit, pas trop tôt... Au menu quelques sujets qu'on peut considérer comme « transversaux » en médecine de l'addiction : migration, genre et un peu d'épidémiologie. Une journée « Migration et dépendances » a eu lieu en décembre 2006, un résumé se trouve à la page 2.*

*Les hommes et les femmes sont différents, rien de nouveau, mais pourquoi et comment un soignant peut intégrer ses notions dans la pratique de la médecine de l'addiction ? Le sujet a été abordé lors d'une journée « genre et dépendances » en février 2006. Quelques suggestions sont données dans l'article « addiction et genre : quelles spécificités ? »*

*L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) vient de publier son rapport annuel 2006, on discute des points saillants du rapport à la page 5.*

*En prime un petit article avec une réflexion rappelant un des risques liés à la consommation des substances illicites : celle de l'exposition à des produits de coupage potentiellement dangereux. Il y a plus qu'une année la mini-épidémie d'intoxications à la « cocaïne-atropine » a fait peur aux usagers et soignants pendant un mois.*

*Le conseil clinique du mois concerne l'état dentaire de vos patients (qui vous fait presque plus mal qu'à eux) : quelques enseignements du docteur Carrel de l'école de médecine dentaire de Genève.*

*Comme d'habitude un résumé de trois articles dans la rubrique « lu pour vous », et quelques annonces de congrès et manifestations.*

**Bonne lecture !**

*Ont collaboré à ce numéro : Anne François, Viviane Prats, Catherine Ritter, Barbara Broers*

**Police – travail social – migration – toxico-dépendances : compétences transculturelles, de l'huile dans les rouages**

*Journée nationale, le 1 décembre 2006 à Berne*

*On ne peut que saluer l'idée de réunir des intervenants dont les objectifs peuvent entrer en collusion. L'initiative est enthousiasmante : enfin on aura peut-être quelques réponses à nos difficultés dans la pratique auprès des migrants usagers de substances psycho-actives. Par exemple : « Que faire avec ce patient qui a besoin de son traitement de méthadone et va être expulsé ? » ; « En quoi la politique d'intégration de la Suisse renforce-t-elle le recours aux substances ? » ou encore : « Comment croiser la politique des quatre piliers et celle de l'intégration ? »*

*Sans espace pour lister les difficultés des uns et des autres sur le terrain (même si plusieurs personnes ont tenté d'interpeller l'auditoire), sans écoute des véritables difficultés éthiques qui se présentent aux soignants amenés à traiter des personnes toxico-dépendantes migrantes, on rentre avec autant de doutes du voyage. Les questions restent sans réponse...*

*On ressent même un peu d'amertume : des migrants sans problèmes de substances pourront peut-être s'intégrer, d'autres, les grands malades, ne connaîtront que le pilier « répression » de la politique de lutte contre les drogues...*

*Tout de même, la présentation de Mme Fehr était rassurante : elle est parvenue à faire une synthèse cohérente de la situation en faisant les liens entre la migration, la vulnérabilité à la consommation dans un nouveau contexte de vie et le besoin de reconnaître l'addiction comme un véritable problème de santé. C'était là un appel clair aux intervenants du terrain : faire remonter les constats auprès des politiciens. La politique, incohérente par nature, devient cohérente lorsqu'elle se confronte à la réalité. Si l'on souhaite intégrer les difficultés de vie des migrants à la politique de la drogue, il s'agit donc de sortir de son cadre habituel de travail, rencontrer d'autres professionnels et de tenter de trouver ensemble de nouvelles solutions.*

*En d'autres termes, c'est une émigration vers l'autre, sa manière de penser et de résoudre les problèmes qu'il faut poursuivre. La pluridisciplinarité de ce 1<sup>er</sup> décembre était un premier pas nécessaire, mais insuffisant. Alors à quand une véritable rencontre transdisciplinaire ?*

*Une partie des textes de cette journée se trouvent sur le site Infodrog*  
[http://www.infodrog.ch/txt/evenements/2006/20061201\\_Zupo\\_Biel\\_Referat\\_J\\_Fehr.pdf](http://www.infodrog.ch/txt/evenements/2006/20061201_Zupo_Biel_Referat_J_Fehr.pdf)

★ **Genre et addictions : quelles spécificités ?** ★

*Réfléchir sur les aspects genre dans le domaine des addictions peut être considéré comme un exercice théorique sans implication pour la clinique. Dans cet article nous aborderons quelques sujets genre en lien avec la médecine de l'addiction qui pourraient, on espère, vous être utile dans la clinique de tous les jours*

*Pour rappel deux définitions : le sexe: l'identité biologique, genre: la construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine. L'identité culturelle et sociale et l'identité biologique ne coïncident pas forcément: être une femme ou être un homme est davantage déterminé par les rôles sociaux, les activités sociales et professionnelles, la personnalité que par des critères particuliers (et naturels) liés au sexe. Dans une relation thérapeutique on doit considérer le sexe et le genre du patient, ainsi que le genre du soignant.*

*Quels sont ces éléments sexe et genre à considérer avec vos patients?*

**1) Des différences biologiques de vulnérabilité:**

*Les femmes présentent une vulnérabilité plus grande envers les substances, en termes de risque de dépendance et de toxicité. Ceci est probablement partiellement lié à un métabolisme différent. Des études sur des animaux suggèrent que la femelle devienne dépendante avec des doses de substances psycho-actives plus basses*

*Par exemple, pour le tabac, les femmes métabolisent plus lentement la nicotine et elles ont, à usage égal un risque augmenté de cancer de poumon, de problèmes cardiaques et d'ostéoporose. Par ailleurs, il reste des risques spécifiques : aménorrhée, cancers du sein et du col cervical*

*Pour l'alcool, les femmes ont aussi un métabolisme plus lent, donc à consommation elles ont une alcoolémie élevée. Elles développent plus rapidement des problèmes du foie (effet œstrogène?) ou neurologiques. Et évidemment, une différence biologique évidente est la grossesse et les risques liés aux substances psycho-actives qui passent probablement toutes le placenta. La prévention des addictions devrait toucher davantage des femmes en âge de procréer*

**2) Des différences dans le choix des substances**

*Comparés aux femmes, les hommes ont une prévalence plus élevée d'usage, et d'usage problématique, d'alcool, de cannabis, d'héroïne et de cocaïne. Il y a une égalité pour le tabac (aussi chez les jeunes). Les femmes consomment davantage de benzodiazépines. Lors de l'anamnèse il peut être utile de connaître cette réalité épidémiologique, sans oublier que l'épidémiologie change et que les femmes « rattrapent » les hommes (tabac, alcool). Des facteurs qui influencent le choix de substances sont multiples ; on peut citer la facilité d'accès (drogues illégales à acheter dans la rue versus demande au médecin), l'usage comme «automédication» qui répond à une souffrance spécifique, et l'effet d'une publicité ciblée (surtout pour le tabac, l'alcool et les psychotropes)*

**3) Des comportements à risque et choix de partenaire**

*Des études sur les usagers et usagère d'opiacés illicites suggèrent que souvent les femmes se prostituent, tandis que les hommes font du trafic de drogue ou des cambriolages, ou prostituent leurs compagnes. Aussi, la première injection: homme le fait souvent seul; la femme se fait injecter par un partenaire masculin plus âgé, plus à risque d'être infecté par le VIH ou l'hépatite C (risque de partage de matériel)*

Dans le même registre, les femmes toxicodépendantes ont plus souvent un partenaire dépendants qu'inversement. Les femmes avec une dépendance à l'alcool sont plus souvent divorcées que les hommes présentant ce problème.

#### **4) Des différences dans la recherche d'aide et d'accès aux soins**

Des études montrent que les femmes entrent souvent tardivement en soins. Parmi les raisons connues : une plus grande méfiance des femmes envers le système de soins par peur de mesures légales, de retrait de garde d'enfants, de jugement et stigmatisation. Aussi, dans notre société les femmes ne sont pas jugées à la même aune que les hommes en cas de consommation de substances. Cette pression rend les consommations chez les femmes plus clandestines, et retardera le dépistage. Pour les femmes, avoir besoin d'aide est souvent perçu comme un échec personnel, aller demander de l'aide pour soi nécessite d'accepter de renoncer à l'un des rôles sociaux de la femme qui consiste à porter, entourer et encourager sa famille. Reconnaître avoir besoin d'aide peut être vu comme une incapacité à tenir son rôle (double disqualification), et retardera la recherche d'aide

#### **5) Efficacité différente des traitements ?**

Pour les traitements médicamenteux il est important de se rappeler que la recherche sur le métabolisme, la toxicité et l'efficacité des substances se fait souvent sur des hommes, en bonne santé, et de race blanc. L'extrapolation des résultats des études sur les médicaments vers les personnes d'autre sexe et d'autre race se fait souvent de façon implicite mais pas nécessairement justifiée, par exemple pour des raisons de métabolisme ou toxicité différents.

Dans la relation soignant-soigné e la qualité de la communication influence la qualité des soins. Cette communication est influencée par le sexe du soignant-soigné, du lieu de soins, de l'expérience du soignant, du niveau socio-économique, etc. Même si dans la littérature on dénonce souvent l'absence de lieu ou d'approche spécifiques féminines pour le traitement des addictions, peu d'études mettent en évidence l'intérêt et les composants d'un tel programme.

On peut suggérer que le traitement « sexospécifique » (différencié selon le sexe) exige des professionnel-les qu'elles/ils se comportent différemment selon qu'elles/ils ont affaire à des hommes ou à des femmes, qu'elles/ils prennent conscience de leurs attitudes empreintes de préjugés et qu'elles/ils les analysent pour être en mesure de les dépasser

### **Références**

Roth ME, Cosgrove KP, Carroll ME. Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2004 Oct;28(6):533-46

Zilberman M, Tavares H, el-Guebaly N. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *J Addict Dis.* 2003;22(4):61-74

-définitions, projets suisses et références sur

<http://www.drugsandgender.ch/>

-le 9 février 2006 a eu lieu à Fribourg une journée sur les aspects genre dans le domaine des addictions, documents sur :

[http://www.infodrog.ch/pages/fr/them/genr/genre\\_1.htm](http://www.infodrog.ch/pages/fr/them/genr/genre_1.htm)

-rapport annuel 2006 de l'OEDT « A gender perspective on drug use and responding to drug problems », <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

★ Le problème de la drogue en Europe

Rapport annuel 2006 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ★

Le rapport donne un aperçu du phénomène de la drogue dans 26 pays européens (malheureusement pas de la Suisse, mais probablement on connaît les mêmes tendances.....).

Première observation : en Europe la drogue est moins chère que jamais (Suisse idem). Cette baisse concerne toutes les drogues illicites : les baisses de prix (après correction du taux d'inflation) sont 19% pour la résine de cannabis, 12% pour la marijuana, 22% pour la cocaïne, 45% pour l'héroïne, 20% pour les amphétamines, et 47% pour l'ecstasy. Les facteurs qui influencent les prix sont multiples (pureté, approvisionnement, volume acheté, etc.) mais pas tous connus, comme par ailleurs l'effet du prix sur la consommation (malgré baisse du prix d'héroïne, baisse de sa consommation; phénomène inverse pour la cocaïne)

Pour **l'héroïne** une hausse de production (89% du marché de 4'100 tonnes d'héroïne vient d'Afghanistan), et de saisies, ont été observées ; l'offre risque d'augmenter encore et dépasser la demande actuelle. Avec quel effet ? Même si l'héroïne n'est plus à la mode dans divers pays, une nouvelle génération de jeunes risque d'y être exposée.

Des programmes d'échange de seringues existent dans tous les pays de l'UE ; la prévalence VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) est relativement basse (<5%), du VHC élevée (>60%). Le nombre d'overdoses dans l'UE est de 7'000 à 8'000 par an (3% des décès des adultes < 40 ans). Ce nombre avait augmenté entre 1995 et 2000, baissé de 2000 à 2003, et a augmenté de 3% entre 2003 et 2004. Les décès sont surtout liés à l'usage d'opioïdes et concernent surtout des hommes entre 30 et 40 ans (âge en augmentation par ailleurs)

La prévalence d'usage de **cocaïne** varie beaucoup selon les pays, avec en moyenne pour l'UE chez les adultes (15-64 ans) une prévalence d'usage au moins une fois dans la vie de 3% (versus 14% aux Etats-Unis), de 1% dans les 12 mois et de 0,5% dans le dernier mois. La consommation de cocaïne est en hausse depuis plusieurs années dans certains pays ; elle concerne que 12% des demandes de traitement. En Espagne et les Royaumes Unies, pays avec la plus haute prévalence d'usage, la consommation commence à baisser. La cocaïne (production annuelle estimée à 687 tonnes) provient surtout de l'Amérique de Sud, transite par des pays d'Amérique latine, les Caraïbes ou l'Afrique, et entre en Europe souvent via la Péninsule ibérique

Résumé : estimation d'usage de drogues chez la population adulte (15-64 ans), l'Union européenne

Substance	Prévalence usage à vie	Usage dernière année	Usage dernier mois
Cannabis	20%	6.9% (0.8-11.3%)	3.7%
Cocaïne	3%	1.05% (0.1-2.7%)	0.5%
Ecstasy	2.5%	0.9% (0-3.5%)	0.3%
Amphétamines	3%	0.6% (0-1.4%)	0.3%

La majorité des pays européens intègrent actuellement des initiatives politiques dans une stratégie nationale de lutte contre la drogue, avec également de plus en plus une réflexion sur l'ensemble des substances (licites et illicites).

*En général, comparés aux femmes, les hommes consomment plus de substances, et ont plus souvent une consommation problématique. Toutefois, cet écart semble se réduire dans plusieurs pays pour des jeunes en ce qui concerne la consommation tout au long de la vie, pour l'alcool et les drogues.*

*Vingt pourcent des demandes de prises en charge addictions concernent des femmes. La majorité des services sont génériques, sans programmes de prise en charge spécifique « genre ». Vingt-trois % des femmes suivies dans des services hospitaliers de soins en addictions ont des enfants.*

*Les femmes sont touchées davantage par l'infection VIH que les hommes (prévalence 21.5% versus 13.6%) et moins par la baisse des overdoses (15% versus 30% de baisse entre 2000 et 2003). La question se pose si les mesures de réduction des risques chez les utilisateurs de drogue à haut risque ont moins d'effet sur les femmes que sur les hommes.*

*Groupes et moments à risque :*

*-les adeptes des boîtes de nuits et clubs sont nombreux à avoir essayé des substances stimulantes (60%, dix fois plus que la population générale), de la kétamine (7 à 21% selon les pays), du GHB (6-17%), des champignons hallucinogènes (jusqu'à 50%)*

*-un deuxième problème est la consommation excessive d'alcool dans ces clubs, dont le risque à court et à long terme semble ignoré par les jeunes (contrairement aux risques liés aux drogues illicites)*

*-selon quelques enquêtes des jeunes ont plus de chance d'essayer des drogues, ou de les utiliser plus souvent, lorsqu'ils sont en vacances à l'étranger. On ne parle même pas des comportements à risque y associés... Bonnes vacances... !*

### Références

<http://annualreport.emcdda.europa.eu> Pour des données suisses :  
[www.ispa.ch](http://www.ispa.ch)

## ★ Infos – 2007 ★

*Nos collègues suisse-allemands (FOSUMOS) ont beaucoup développé leur site, nous vous invitons à consulter [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)*

★Mélange cocaïne-atropine explosif★

*Novembre 2005, en Suisse romande, de nombreux cas d'intoxication par de la cocaïne coupée avec une substance « atropine-like » se sont produits. Des cas ont été signalés à Lausanne, Neuchâtel, Bienne, mais surtout à Genève ou plus de 35 personnes ont été hospitalisées à Genève dans une période de moins de 3 semaines, avec les symptômes suivants: confusion, hallucinations prolongées (jusqu'à 48 heures), mydriase large et fixe, troubles de la vue prolongés (jusqu'à 72heures), tachycardie, sécheresse de la bouche. Fort heureusement aucune complication grave n'a été à déplorer. Les hallucinations étaient surtout visuelles et très diverses dans leur présentation.*

*Les journaux parlaient faussement d'une « nouvelle drogue : la cristalline » ; il s'agissait de la cocaïne coupée. Comme on pouvait le suspecter cliniquement, une substance « atropine-like » a été retrouvée dans l'urine de plusieurs personnes et dans des échantillons de cocaïne; il n'est toutefois pas exclu qu'une autre substance, non révélée par les recherches chromatographiques soit présente puisque la présence d'atropine n'est pas tout à fait nouvelle et que la dose retrouvée semble relativement faible. Fin octobre-début novembre, plusieurs cas similaires ont été signalés en France, aux Pays-Bas et au Luxembourg. Une première vague avait eu lieu fin 2004-printemps 2005 en France, aux Pays Bas, en Italie et en Belgique. Malheureusement, les traitements permettant de soulager les symptômes restent pauvres, les neuroleptiques semblant n'avoir aucun effet; seules les benzodiazépines paraissent apaiser, modérément, la symptomatologie. Le plus important : environnement calme, surveillance, éviter que le patient puisse se faire du mal.*

[HTTP://WWW.OFDT.FR/OFDTDEV/LIVE/DONNEESNAT/SINTES.HTML](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sintes.html)

*Un petit sujet de réflexion supplémentaire sur les conditions de vie de l'utilisateur chronique de drogues illégales: en effet, s'il y a eu, et de source sûre il y en a eu, des intoxications avec le mélange cocaïne-atropine chez des usagers usant chroniquement de substances psychotropes, ils se sont fort peu rendus à l'hôpital. Contrairement aux usagers occasionnels, qui ont été amenés par leurs proches, eux, lesquels proches, outre le fait q'ils ont le mérite d'exister, se sont préoccupés, et à juste titre, de l'état psychique modifié de leur frère, sœur, conjoints, fils,... Pas de proches présents pour s'inquiéter, pas de possibilité de sortir seul de chez soi pour cause d'hallucinations et de troubles de la vision trop importants, la peur du jugement hospitalier, et voilà les habits des substances illégales gérant leurs hallucinations. Seuls.*

*Loin de nous l'idée de faire du misérabilisme, mais, comme toujours, mieux vaut être riche et bien portant que pauvre, seul et malade. Fritz Zorn nous l'avait déjà appris.*

★ Rubrique pratique ★

**Aïe, aïe, aïe, mes dents...**

**Entretien avec le Dr J-P Carrel du service de stomatologie de l'école de médecine dentaire de Genève.**

*La plupart des médicaments psychotropes utilisés en psychiatrie sont créateurs de sécheresse buccale; ils modifient donc les conditions "écologiques" de la bouches et nécessiteraient des soins d'hygiènes particulièrement soignés, ce qui est rarement le cas chez les personnes usant de substances psychotropes; dans le cas d'une tendance particulière à la carie, on pourrait se poser la question d'une fluoruration plus importante, par exemple au moyen de gouttières.*

*Les personnes sous opiacés (MTD compris), le risque de carie est plus important, leur présentation étant plus sévère (caries du collet, faisant le tour de la dent). L'hygiène déficiente est responsable d'une partie de ces symptômes, la modification de la salive elle même du reste. Par ailleurs, l'immunosuppression discrète mais réelle causée par les opiacés est la cause d'infections gingivales plus fréquentes, à traiter facilement par des antibiotiques et d'infection fongiques même chez les personnes non infectées par le VIH. Les abcès doivent bien entendus être drainés.*

*Dents et endocardites: le bilan cardiaque d'office chez les usagers IV n'est pas indiqué, s'il n'y a pas de souffle connu, ce d'autant plus que les altérations endothéliales chez les usagers de drogues sont également placées au centre du feuillet et que ces défauts ne se voient que peu à l'US. Le risque d'endocardite semble également discrètement augmenté lors d'un usage non intraveineux, pour les raisons citées précédemment: modification de la salive, immunodéficiences, manque d'hygiène dentaire.*

*Propositions:*

- bilan cardiaque si cliniquement nécessaire
- Amélioration des soins dentaires: brosses à dents dans les consultations?
- bains de bouche: pas de substances corrosives, vendues toutes faites en pharmacie, ou pour peu de temps (risque de brûlures des muqueuses), mais plutôt bicarbonate qui aide également contre les candidoses buccales.
- antibiotiques à donner facilement en cas de gingivite.

★ Lu pour vous ★

***Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention***

*R Moos, Addiction, 100, 595-604*

*Entre 7 et 15% des personnes traitées dans des programmes d'abus de substances peuvent aller plus mal après traitement qu'avant selon plusieurs études; cet article recherche, sur base d'une revue de la littérature, les facteurs iatrogènes potentiels, de manière à pouvoir mieux les identifier pour des patients donnés et les minimiser. Si des facteurs liés à la personnes sont identifiés (gravité de l'usage, caractéristiques démographiques, manque d'amis comme représentant l'incapacité à tisser des liens et histoire d'abus sexuel entre autres), plus interpellants sont les facteurs liés aux programmes et aux intervenants: manque de soutien et d'alliance thérapeutique, confrontation sans empathie, usage de punitions qui élèvent des résistances, critiques. Hormis quelques formes de traitement travaillant avec des settings très (trop) émotionnels, le fondement théorique de l'intervention semble importer peu. Le manque de monitoring est également relevé ainsi que la stigmatisation, diagnostique par exemple, puisque chez certaines personnes le diagnostique de dépendant posé pour la vie semble pouvoir alimenter une perte de confiance en soi et de motivation. Les attentes hors de proportion: trop élevées d'abstinence ou trop basses. Les croyances des professionnels peuvent les entraîner à créer des programmes qui manquent d'opportunités pour développer le contrôle personnel et les défis. Si rien n'est tout à fait nouveau, il est toujours bon de se souvenir de la part de responsabilité des intervenants dans un échec thérapeutique. Mettre en place des moyens de mesure des risques d'iatrogénicité d'un programme pourrait permettre, pour chaque patient, d'en minimiser les effets.*

***Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting?***

*John R. Hughes, David Kalman. Drug and Alcohol Dependence. 2006 Apr 28;82(2):91-102.)*

*Cet article basé sur la revue de 41 études, compare l'arrêt du tabac chez des personnes avec des problèmes d'alcool présents ou passés et sans problèmes d'alcool. La capacité des anciens buveurs à arrêter de fumer pour une tentative donnée est la même que celle des non buveurs, possiblement grâce aux techniques d'arrêt de substances apprises lors de leur arrêt d'alcool. Par contre l'arrêt du tabac chez les buveurs présents ou passés est moins fréquent, possiblement en raison du peu de tentatives qu'ils font. Les résultats suggèrent donc que les anciens buveurs pourraient arrêter de fumer avec une aide thérapeutique minimale. A nous de le leur proposer plus ?*

### ***Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis.***

*Nordt C, Stohler R. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1830-4*

Tant au niveau national qu'international, la Suisse a été critiquée pour sa politique en matière de drogues, que certains considèrent comme (trop) libérale. Une des craintes exprimées est que cette politique banalise l'usage de drogues (héroïne notamment), attire de nouveaux usagers et prolonge la durée de l'addiction. Le but de l'étude était d'estimer l'incidence et prévalence de l'usage problématique de l'usage d'héroïne dans le canton de Zürich, se basant sur des données « méthadone » zurichoises (questionnaire d'admission et suivi des traitements de substitution du service du médecin cantonal). De l'information sur la première année de consommation régulière d'héroïne était obtenu pour 7256 patients (76% de ceux traités entre 1991 et mars, 2005). La proportion d'usagers d'héroïne pas encore en traitement de substitution était estimée (conditional lag-time distribution). La prévalence globale d'usage problématique d'héroïne était estimée comme une fonction des taux d'incidence et prévalence. Résultats: Chaque deuxième personne commençait son premier traitement de substitution moins de 2 ans après le début d'usage régulier d'héroïne. Le nombre de nouveaux usagers d'héroïne (incidence) augmentait rapidement entre 1975 (environ 80 usagers) et 1990 (850 usagers), et baissait considérablement ensuite avec environ 150 nouveaux usagers en 2002. Deux-tiers de ceux qui avaient arrêté leur traitement de substitution avaient repris ce traitement dans les dix ans suivants. Le taux d'arrêt, calculé comme la proportion d'individus qui avaient arrêté la substitution sans la reprendre dans les 10 ans suivants, était bas : pour cette raison le taux de prévalence baissait lentement (baisse d'usage problématique 4% par année). INTERPRÉTATION: La politique Suisse en matière de drogues n'a pas induit une augmentation de l'usage d'héroïne. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'accent sur la médicalisation du problème d'usage d'héroïne pourrait avoir induit une image négative et peu attractive pour les jeunes (mais leur étude ne permet évidemment pas de confirmer cette hypothèse). Leur modèle de calcul d'incidence pourrait s'élargir à d'autres pays et ainsi comparer l'impact de différentes politiques de drogues.

### ★ Annonces de congrès ★

- NASUKO 2007, la conférence nationale sur les substitutions, organisée par l'OFSP, aura lieu le 6 et 7 septembre 2007. à Berne. La journée Coroma est intégrée dans la journée du jeudi 6 septembre. Réservez les dates, le programme est disponible sur : [www.nasuko2007.ch](http://www.nasuko2007.ch)
- Première conférence latine virtuelle du CLAT, sur le thème de jeunesse, santé et culture du risque, du 1 au 31 mars 2007. Inscription gratuite sur [www.grupigia.com/clatvirtuell](http://www.grupigia.com/clatvirtuell)
- International Conference on the Reduction of Drug Related Harm à Warshaw du 13 au 17 mai 2007; <http://www.harmreduction2007.org/>
- CLAT-4, congrès latine sur la réduction des risques aura peut-être lieu cette année à Milan. Info viendra sur [www.clat4.org](http://www.clat4.org)