



## ABSTRACTBOOK

### SOUTIEN FINANCIER ET SCIENTIFIQUE

Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) de Co-opération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants – Réseau MedNET de coopération en région méditerranéenne

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Suisse

Département fédéral des affaires étrangères (DFAE), Suisse

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Service de psychiatrie communautaire (PCO), Suisse



## SOMMAIRE

---

Bienvenue.....	3
MedNET, le réseau de coopération sur les drogues et les addictions en région méditerranée du Groupe Pominou.....	4
Programme mercredi 30 novembre.....	5
Programme jeudi 1 <sup>er</sup> décembre .....	6
Programme vendredi 2 décembre .....	7
Abréviations courantes .....	8
Programme des symposiums et ateliers .....	8
Plénières session commune 10 <sup>ème</sup> anniversaire du programme MedNET – colloque TDO .....	15
Plénières TDO .....	15
Abstracts symposiums et ateliers TDO .....	19
Posters.....	44
Stands.....	46
Comités.....	47

## COORDINATION DU COLLOQUE

---

### RUSH EVENTS, 22B RUE TURGOT, QUARTIER RACINE, CASABLANCA

Téléphone :	+212 522 36 06 19
	+212 522 36 10 63
Hanane Ouassini :	+212 661 25 57 06
Ilham Chafi:	+212 661 68 01 49
Courriel :	logistiquetdo5@gmail.com
	programmetdo5@gmail.com

## BIENVENUE

---

Chers Collègues, Chers Amis,  
*Marhaba !*

Je vous souhaite la bienvenue au cinquième Colloque International Francophone sur le Traitement de la Dépendance aux Opioïdes (TDO5) !

Après Montréal, Paris, Genève et Bruxelles, notre belle ville de Rabat, et à travers elle le Maroc et l'Afrique, est fière d'accueillir le TDO5. Rabat, inscrite sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO, est une ville sublime, associant modernité et authenticité. Elle est le parfait exemple du dialogue réussi entre l'histoire berbéro-arabo-musulmane et l'apport de l'Occident. Alliance de la ville ancienne, ou médina, de la ville « nouvelle », construite entre 1912 et 1940, et de ses nombreuses extensions modernes actuelles, Rabat se targue d'avoir réussi à marier tout cela dans un ensemble urbanistique harmonieux et cohérent. Elle est souvent classée parmi les meilleures villes en Afrique et au Moyen Orient pour sa qualité de vie. Ville verte par excellence, la capitale marocaine a été choisie en tant que « ville première » pour accueillir et organiser la 40<sup>ème</sup> édition de la Journée de la Terre en 2010. Rabat compte un ratio espace vert par habitant de loin supérieur aux normes de l'OMS.

Ville marocaine, méditerranéenne et africaine, trait d'union entre l'Occident et l'Orient, Rabat est le lieu parfait pour accueillir des professionnels d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Afrique et du Moyen Orient.

Le TDO5 se veut la continuation des autres TDO, mais avec une saveur particulière, une participation méditerranéenne et africaine plus accrue. Le TDO5 mettra en interaction des acteurs de différents secteurs et de différentes obédiences. Il produira, j'en suis certain, un échange de grande qualité autour de cette problématique de TDO. A l'aune de l'UNGASS 2016, de grands bouleversements s'opèrent dans le domaine de l'usage de drogues. Dans le monde d'aujourd'hui, le manque criant d'accès aux opioïdes à visée médicale, dans beaucoup de pays, et l'abus que ce même accès génère dans d'autres, en est l'exemple parfait.

Comment offrir une prévention adéquate et adaptée, un accès précoce aux soins, un accompagnement continu, une réduction efficace et de proximité des conséquences liées à l'usage, une réinsertion pérenne et une réduction des rechutes anticipée, voici les défis de tous les jours pour nous tous.

Décideurs politiques, spécialistes, académiciens, généralistes, infirmiers, éducateurs, et usagers, faisons du TDO5 un terrain de débat et d'échange fructueux.

Le TDO5 a la chance cette année d'accueillir une plénière MedNET coïncidant avec la célébration du 10<sup>ème</sup> anniversaire de la création du Réseau portant le même nom. Celui-ci est le parfait modèle d'une collaboration Nord-Sud et Sud-Sud, entre les deux rives de la Méditerranée, multidisciplinaire et basée sur une approche holistique et intégrée du problème de l'usage de drogues. Le réseau MedNET a été le catalyseur de l'initiation de politiques de réduction de risques au Sud de la méditerranée, notamment à travers l'introduction des traitements de « substitution » par la méthadone au Maroc en 2009.

Le TDO5 accueille également une plénière de l'Association Marocaine d'Addictologie (AMA). L'AMA prône une approche *science-based*, globale et intégrée de l'usage de drogues, où acteurs du terrain, professionnels et usagers trouvent une plateforme d'échange et de dialogue.

Enfin, le TDO5 se tient dans un pays qui reconnaît les addictions comme une maladie chronique donnant le droit aux usagers à l'accès aux soins et à une aide médico-psychologique multidisciplinaire et de qualité, basée essentiellement sur le respect des droits humains.

J'espère que les différents ateliers, plénières et autres sessions feront le bonheur de tous les participants au TDO5. J'espère aussi que les sons, les saveurs et les lumières de Rabat feront votre bonheur pour quelques jours.

Merci au comité international TDO qui a fait confiance au Maroc. Merci à toutes les personnes et institutions qui nous ont supportés dans l'organisation de cet événement, à commencer par le Réseau MedNET et la Bibliothèque Nationale du Royaume du Maroc qui sert d'écrin à nos réunions.

Prof. Jallal Toufiq

## **MEDNET, LE RÉSEAU DE COOPÉRATION SUR LES DROGUES ET LES ADDICTIONS EN RÉGION MÉDITERRANÉE DU GROUPE POMPIDOU**

---

Le Groupe Pompidou est un forum multidisciplinaire à l'échelle de la Grande Europe et au-delà qui permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux chercheurs d'échanger expériences et informations sur l'abus et le trafic de drogues. Créé en 1971 à l'initiative du Président français Georges Pompidou, il devient en 1980 un « accord partiel élargi » du Conseil de l'Europe. En 2016, il rassemble 38 pays : 36 parmi les 47 Etats membres du Conseil de l'Europe ainsi que le Maroc et Israël.

MedNET est le réseau de coopération en région méditerranéenne sur les drogues et les addictions du Groupe Pompidou. Créé en 2006, il a pour objectif de promouvoir la coopération, l'échange et le transfert réciproque d'informations entre les pays des deux rives de la Méditerranée. Il soutient le développement de politiques drogues fondées sur le respect de la santé, les droits de l'homme, intégrant la dimension de genre et basées sur des connaissances validées. Douze pays en sont membres en 2016.

La méthode de travail de MedNET est de soutenir des activités qui répondent à la demande des pays, au nombre de douze (Algérie, Chypre, Egypte, France, Grèce, Italie, Jordanie, Liban, Malte, Maroc, Portugal et Tunisie), chaque pays ayant un correspondant, les douze se réunissant deux fois par an.

Au cours de la réunion de printemps, le comité des Correspondants MedNET passe en revue la mise en œuvre au premier semestre du programme de l'année en cours. A la lumière de l'actualité et des priorités émergentes dans les différents pays, le programme peut être ajusté.

Le réseau se caractérise par une souplesse de fonctionnement qui lui permet de répondre rapidement aux nouvelles demandes.

La seconde réunion, réunion d'automne, a lieu à l'occasion d'un événement MedNET majeur afin de donner de la visibilité et pour réaliser des économies d'échelle (les correspondants MedNET assistent alors aux deux événements). Au cours de cette réunion, le comité adopte un rapport d'activités de l'année en cours et le programme de l'année suivante sur la base de propositions d'activités faites par chaque pays ainsi que sur la base d'activités régionales. Le programme est adopté par consensus sur la base du budget disponible pour l'année. Ce dernier est composé des contributions volontaires, en majorité, et du financement du Programme Sud II, programme financé par l'UE et mis en œuvre par le Conseil de l'Europe (2015-2017), en faveur d'une gouvernance démocratique renforcée.

Le Secrétariat MedNET du Groupe Pompidou est chargé de l'administration et de la coordination de la mise en œuvre du programme de travail de MedNET.

Florence Mabileau  
Chef de l'Unité Coopération Méditerranéenne, recherche et genre, Secrétariat du Groupe Pompidou,  
Strasbourg, France

## PROGRAMME MERCREDI 30 NOVEMBRE

---

	Enregistrement
16 :00-16 :15	<b>Allocutions de bienvenue</b> Monsieur le Ministre de la Santé Prof. Jallal Toufiq, organisateur du colloque TDO5
16 :15-17 :00	<b>Conférence plénière 1</b> <b>Les traités, les traitements, et les droits des usagers</b> Werner Sipp Organe International du Contrôle des Stupéfiants (OICS)
	<b>Conférence plénière 2</b> <b>Le réseau de coopération MedNET : 10 ans et après ?</b> Danièle Jourdain Menninger Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Paris, France
17 :00-18 :30	<b>Table ronde 1</b> <b>De MedNET aux TDO, transférer les connaissances dans le respect et la promotion des droits de l'homme</b> Modération : Nabil Ben Salah, Fatima El Omari <b>Introduction : Histoire du Réseau MedNET</b> Florence Mabileau Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg, France <b>Dix ans de progrès continus en matière de politiques et de programmes : retour d'expérience des pays du réseau :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Evolution en matière d'observation scientifique</i> : Richard Muscat, Jallal Toufiq</li><li>2. <i>Création d'observatoires sur les substances et les conduites addictives</i> : Laura D'Arrigo, Amina Lotfi</li><li>3. <i>Evolution de la législation en matière de substances placées sous contrôle et élaboration de stratégies nationales</i> : Elisabetta Simeoni, Ramzi Haddad</li><li>4. <i>Actions de prévention</i> : Fatima Trigueros, Ramzi Haddad</li><li>5. <i>Renforcement des capacités</i> : Tonia Bayada, Emira Khalifa</li><li>6. <i>Coopération dans le domaine répressif</i> : Nabil Ben Salah, Magid Abu Hammour</li><li>7. <i>Accès aux soins pour tous les usagers de substances psycho-actives</i> : Meni Malliori, Salah Abdennouri</li><li>8. <i>Dimension de genre dans l'accès aux soins</i> : Elisabetta Simeoni, Noha Sabri</li></ol> <b>Conclusion : MedNET, instrument de transfert de connaissances (Nord-Sud et Sud-Sud) dans le respect et la promotion des droits de l'homme</b> Jan Malinowski <sup>1</sup> ; Salah Abdennouri <sup>2</sup> <sup>1</sup> Conseil de l'Europe, Strasbourg, France ; <sup>2</sup> Ex-Directeur Général par intérim de l'Office National de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT), Alger, Algérie

## PROGRAMME JEUDI 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE

---

	Enregistrement
08 :30-08 :45	<b>Allocutions de bienvenue</b>
08 :45-09 :30	<b>Conférence plénière 3</b> <b>Les TDO et la révision du contrôle international des substances psychoactives : retour de l'UNGASS 2016 et recommandations du Comité scientifique de l'ONUDC</b> Jallal Toufiq CHU de Rabat-Salé, membre du Comité scientifique de l'ONUDC, Maroc
09 :30-10 :15	<b>Conférence plénière 4</b> <b>L'addiction, les croyances et la neurobiologie : une idée qui date de la Renaissance</b> Louise Nadeau Département de Psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada
10 :15-10 :45	Pause
10 :45-12 :15	<b>Sessions simultanées 1</b> (symposiums et ateliers) T1-T2-T3-T4
12 :15-14 :00	Déjeuner
14 :00-15 :45	<b>Plénière parallèle 9</b> Association Marocaine d'Addictologie (AMA)
14 :00-15 :30	<b>Sessions simultanées 2</b> (symposiums et ateliers) T5-T6-T7
15 :45-16 :00	Pause
16 :00-16 :45	<b>Conférence plénière 5</b> <b>Réduction des risques et des dommages et soins : un équilibre entre espaces intégrés et différenciés</b> Jean Pierre Couteron <sup>1,2</sup> <sup>1</sup> Oppelia le Trait d'union, Paris, France ; <sup>2</sup> Fédération Addiction, Paris, France
16 :45-18 :00	<b>Table ronde 2</b> Modération : René Stamm  <b>Le droit fondamental à l'accès aux TDO et les politiques publiques : regards croisés</b> Dre Carole Morissette, Mme Christine Guillain, Prof. Abdallah Ounnir, M. Mohamed Bentaouite et M. Fabrice Olivet

## PROGRAMME VENDREDI 2 DÉCEMBRE

---

08 :30-09 :15	<b>Conférence plénière 6</b> <b>Les avancées récentes en neurobiologie des addictions</b> Lorenzo Somaini Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Vienne, Autriche
09 :15-10 :00	<b>Conférence plénière 7</b> <b>Spiritualité, religion et droits des usagers souffrant d'addictions</b> Mohamed Hassan Gharib Professeur à la Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc
10 :00-10 :45	Pause
10 :45-12 :15	<b>Sessions simultanées 3</b> (symposiums et ateliers) T8-T9-T10-T11
12 :15-14 :00	Déjeuner
14 :00-15 :00	<b>Sessions simultanées 4</b> (symposiums et ateliers) T12-T13-T14
15 :00-15 :15	Pause
15 :15-15 :45	<b>Conférence plénière 8</b> <b>Avancées des politiques de réduction des risques et dommages en Afrique</b> Reychad Abdool Consultant International, ex- Conseiller régional Senior VIH, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Kenya
15 :45-16 :45	<b>Table ronde 3</b> Modération : Louis Letellier de St-Just  <b>Législations et terminologies obsolètes, nouvelles substances, nouvelles thérapies, quel agenda ?</b> Avec notamment les contributions de la Prof. Louise Nadeau, du Dr Reychad Abdool et du Dr Lorenzo Somaini, Willem Scholten
16 :45-17 :15	Clôture et annonce relative à la Conférence TDO6

## ABRÉVIATIONS COURANTES

---

asbl	association sans but lucratif
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
RDRD	réduction des risques et dommages
TAO	traitement(s) agoniste(s) opioïde(s)
TDO	traitement(s) de la dépendance aux opioïdes
USI	usagers de substance par injection

## PROGRAMME DES SYMPOSIUMS ET ATELIERS

---

### T1 : EMPOWERMENT/PSYCHOÉDUCATION

#### **Jeudi matin – Salle 1**

**Modération :** Anne François, Jérôme Benedetti

#### ***Empowerment et traitement de la dépendance aux opioïdes : une équation gagnante, l'expérience québécoise***

Jérôme Benedetti<sup>1</sup>, Karine Hudon<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues (AQPSUD), Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **Famille avec un problème de dépendance : enfants et adolescents qui vivent dans la crainte**

Marwa Abd El Meguid

Institut de Psychiatre, Université Ain Shams, Le Caire, Egypte

#### **Projet de développement d'une application mobile d'autoévaluation pour les traitements agonistes opioïdes**

Gerard Calzada, Daniele Zullino, Vanessa Vaucher

Service d'addictologie, Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, Genève, Suisse

#### **Le royaume noir de l'héroïne : art, cinéma, littérature – une contre-histoire des années 1960**

Yann Chateigné

Département Arts visuels de la Haute école d'art et de design de Genève (HEAD), Genève, Suisse

### T2 : CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

#### **Jeudi matin – Salle 2**

**Modération :** René Stamm, Olivier Simon

#### **Conditions cadres des traitements agonistes opioïdes : les obstacles à l'accès aux soins selon les principes directeurs élaborés par le groupe d'experts TDOLEG<sup>1</sup> pour le Groupe Pompidou**

René Stamm

Représentant de l'Office fédéral de la santé publique, Berne, Suisse

---

<sup>1</sup> Projet de « Principes directeurs pour les mesures d'encadrement et de soutien des médicaments agonistes pour le traitement de la dépendance aux opioïdes ».



### **La réalité belge en comparaison aux principes directeurs TDOLEG**

Dominique Lamy

Réseau ALto (Alternative à la Toxicomanie), Mons, Belgique

### **La réalité suisse en comparaison aux principes directeurs TDOLEG et la place des droits humains dans la législation suisse**

Robert Hämmig

Unité d'addictologie, Services psychiatriques universitaires Berne, Hôpital de psychiatrie & psychothérapie universitaire, Berne, Suisse

### **Evolution actuelle de la législation tunisienne relative aux stupéfiants face aux principes directeurs TDOLEG**

Nabil Ben Salah, Olfa Meziou, Haifa Zalila, Kaouthar Charbaji

Centre Mahmoud Yacoub d'Assistance Médicale urgente de Tunis, Chebbi, Tunis, Tunisie

### **Les législations du Canada et de la province de Québec face aux principes directeurs TDOLEG : sont-elles au rendez-vous du droit aux soins et aux services de santé ?**

Louis Letellier de St-Just

Avocat en droit de la santé, Président du conseil de fondation de CACTUS, Montréal, Québec, Canada

## **T3 : HCV**

### **Jeudi matin – Salle 3**

**Modération :** Serge Zombek

### **Le programme d'hépatite C de Médecins du Monde France auprès des usagers de substances par injection des pays émergents**

Marie-Eve Goyer, Nikhlas Luhman, Céline Grillon

Médecins du Monde France (MdM), Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

### **Le « Réseau hépatite C » : favoriser l'accès aux traitements de l'hépatite C pour les publics fragilisés**

François Poncin, Sarah Vanderwaeren

Réseau Hépatite C – Bruxelles, Bruxelles, Belgique

### **Change le programme, prévention de l'injection par l'approche motivationnelle et les pairs : programme de recherche-action**

David Michels

Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD), Paris, France

## **T4 : MIGRATION**

### **Jeudi matin – Salle 4 (salle OMLIL)**

**Modération :** Fabrice Olivet

### **Accompagnement des usagers de substances russophones sur Paris : particularités d'accès aux soins**

Olga Smirnova

Equipe Mobile Bociek, Association Charonne, CSAPA Association Charonne, Paris, France

**Cellule Lambda (Liaison et Accompagnement Mobile pour Demandeurs d'Asile) : l'accompagnement peut-il re-créer le lien d'humain à humain indispensable à un changement de trajectoire ?**

François Baufay  
Projet Lama asbl, Bruxelles, Belgique

**Retour d'expérience - le centre méthadone : lieu de soins accueillant des problématiques addictives aux opioïdes légaux et illégaux à travers l'accompagnement de deux usagers en situation de migration légale et illégale**

Colette Gerbaud, Elodie Roman  
CSAPA Malaussena Nice, Pole Digestif, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Nice, France

**Migrants, santé psychique et addictions : repérage, outils de prise en charge**

Pierre Poloméni  
Association française des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA France), Hôpital René Muret, Sevrans, France

**La culture comme levier clinique dans l'accompagnement des migrants ayant des usages problématiques de substance : l'exemple d'une consultation transculturelle ethnosyst  mique dans un centre spécialisé en Seine-Saint-Denis**

Aymeric Reyre  
AP-HP, USPC-Paris 13, Médecine et Psychiatrie des Addictions, Bobigny, France

## **T5 EMPOWERMENT/RÉSEAUX D'USAGERS**

**Jeudi après-midi – Salle 1**

**Modération :** Robert Hämmig

**La radio FM-R : une radio communautaire de prévention par les pairs**

Sarah Bell<sup>1</sup>, Emmanuel Diserens<sup>1</sup>, Boris<sup>2</sup>, Mindy<sup>2</sup>, Ken<sup>2</sup>, Genoramix<sup>2</sup>, Patricia Fontannaz<sup>1</sup>, Daniel<sup>2</sup>, Lou<sup>2</sup>, Chikk Star<sup>2</sup>, Adri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fondation Le Relais- Rel'Aids, Morges, Suisse ; <sup>2</sup>La Radio FM-R, Lausanne, Suisse

**INPUD, un réseau international d'usagers de substances qui s'inscrit en Afrique**

Fabrice Olivet<sup>1</sup>, Valentin Simionov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Directeur, Autosupport des usagers de drogues (ASUD), Paris, France ; <sup>2</sup>Global Fund Programmes, International Network of People Who Use Drugs (INPUD), London, United Kingdom

**Vers la légalisation du traitement agoniste opioïde en Côte d'Ivoire ?**

Jérôme Evanno, Félicien Yomi Tia, Mathieu Hi  , Charlotte D  z  

Médecins du Monde (MdM), Projet Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Pour la légalisation des traitements agonistes opioïdes : une initiative communautaire en Côte d'Ivoire (clip vidéo)**

Félicien Yomi Tia, Jérôme Evanno, Etienne Mi  ssan, Khalil Brahim, André Marouni, Charlotte D  z    
Médecins du Monde (MdM), Projet Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues, Abidjan, Côte d'Ivoire

## **T6 : ORGANISATION DES SOINS**

**Jeudi après-midi – Salle 2**

**Modération :** Gérard Calzada

### **Embûches et facteurs facilitant l'initiation et le développement de services de traitements médicaux de la dépendance aux opioïdes**

Pierre Lauzon<sup>1</sup>, David Barbeau<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

### **Traitement de la dépendance aux opioïdes : comparaison de deux modèles de traitement en Montérégie, Québec, Canada**

Julie Loslier<sup>1,2</sup>, Robert Williams<sup>2</sup>, Andréanne Paré-Plante<sup>2</sup>, Nicolas Demers<sup>2</sup>, Catherine Richer<sup>2</sup>, Myriam Savaria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Direction de santé publique de la Montérégie et Université de Sherbrooke, Beauregard, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

### **La place des services de psychiatrie dans un réseau de soins pour usagers de substances**

Denis Hers

Asbl Addictions, Service de Psychiatrie des Cliniques de l'Europe, Bruxelles, Belgique

### **L'organisation intégrée des soins en matière de mésusage des opioïdes prescrits adaptée aux besoins de l'utilisateur**

Valérie Ramka

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

## **T7 : PRESCRIPTION D'OPIOÏDES**

**Jeudi après-midi – Salle 3**

**Modération :** Dominique Lamy

### **Comment faire un bon usage des opioïdes prescrits dans le contexte de l'épidémie nord-américaine ?**

Marie-Eve Goyer, David Barbeau

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

### **Traitements agonistes chez les médecins généralistes : spécificités genevoises**

Anne François, Barbara Broers

Unité des dépendances en médecine de premier recours, Département de premier communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, Genève, Suisse

### **Le tramadol est-il utilisé par les adolescents aussi ?**

Menan Rabie

Faculté de Médecine, Université Ain Shams, Le Caire, L'Égypte

### **Programme morphine à l'association Charonne**

Grégory Pfau, Jordane Bugaj, Charlotte Lécot, Arnaud Plat, Abdou Ndiaye, Catherine Pequart

Association Charonne, CSAPA Association Charonne, Paris, France

## T8 : POPULATIONS SPÉCIFIQUES

### Vendredi matin – Salle 4 (salle OMLIL)

**Modération :** Ramzi Haddad

#### **S'adapter pour mieux traiter : l'approche « bas seuil » et les populations vulnérables difficilement rejointes**

Élaine Polflit

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **Accès aux soins et réduction des risques et dommages dans la population précarisée de Tournai**

Nadine Van den Broeck

Maison médicale de Tournai, Citadelle asbl, Tournai, Belgique

#### **Morbidité psychiatrique chez les épouses des usagers de substances en Egypte**

Maissa Eid Afifi

Université Ain Shams, Le Caire, Egypte

#### **Accès aux soins des publics vulnérables (sans-papiers, publics marginalisés, désinscrits, demandeurs d'asile) : nouveaux dispositifs inclusifs indispensables ? Focus sur le projet DASS (Dispositif d'accès socio-sanitaire)**

François Baufoy

Projet Lama asbl, Bruxelles, Belgique

#### **Evaluation des services actuels et besoins en toxicodépendance en contexte semi-urbain**

David-Martin Milot<sup>1,2,3</sup>, Julie Loslier<sup>1,2</sup>, Kareen Nour<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie- Centre, Québec, Canada ;

<sup>2</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; <sup>3</sup>École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada

## T9 : INJECTION SUPERVISÉE

### Vendredi matin – Salle 1

**Modération :** Jean Pierre Couteron

#### **Pour des communautés en meilleure santé et sécuritaires : en route vers des services d'injection supervisée à Montréal**

Carole Morissette

Direction de santé publique de Montréal, Montréal, Québec, Canada

#### **Décrypter un outil de promotion de la santé / réduction des risques et dommages lié à l'injection : l'exemple du « shooter propre »**

Cécile Béduwé, Mira Goldwicht

Projet « Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection » en Belgique francophone, Modus Vivendi asbl, Bruxelles, Belgique

#### **Salle de consommation, CSAPA bus méthadone et buprénorphine : intégration des programmes de réduction des risques et dommages et des traitements agonistes opioïdes**

Jean-Pierre Lhomme, Elisabeth Avril

Association Gaia-Paris, Paris, France

## T10 : ATELIER SUR LA RÉVISION DES TERMINOLOGIES

### Vendredi matin – Salle 2

#### **Au pays des mots polis et au royaume des mots permis, il était une fois ... la dépendance**

Abdallah Ounnir<sup>1</sup>, Olivier Simon<sup>2</sup>, Willem Scholten<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Université de Tanger, Maroc ; <sup>2</sup>Section d'addictologie, CHUV, Lausanne, Suisse ; <sup>3</sup>Consultant – Medicines and Controlled Substances, Lopik, Pays-Bas

## T11 : PRISON

### Vendredi matin – Salle 3

**Modération** : Christine Guillain

#### **Cannabis en prison : premiers résultats d'un projet pilote d'un groupe thérapeutique mené dans une prison suisse**

Corinne Devaud<sup>1</sup>, Isabelle Gothuey<sup>2</sup>, Mathias Duzdus<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unité thérapeutique, Centre de psychiatrie forensique, Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), Fribourg, Suisse ; <sup>2</sup>Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes, RFSM, Marsens, Suisse ; <sup>3</sup>Centre Cantonal des Addictions, Fribourg, Suisse

#### **Projet pilote de continuité des soins à la sortie de prison sur Bruxelles**

Kris Meurant

Asbl Transit, Bruxelles, Belgique

#### **Programme pilote de TDO dans une prison marocaine**

Anas Mamouri

Division de l'Action Sanitaire, Délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion (DGAPR), Rabat, Maroc

#### **Projet ANRS-PRIDE : évaluation de l'acceptabilité sociale de la mise en œuvre du principe d'équivalence pour les mesures de réduction du risque infectieux en milieu carcéral en France**

Laurent Michel

Centre Pierre Nicole, CESP/Inserm 1018, Croix-Rouge française, Paris, France

## T12 : NALOXONE

### Vendredi après-midi – Salle 1

**Modération** : Serge Zombek

#### **Naloxone communautaire : quand ce sont les pairs qui forment les pairs ! Le projet PROFAN à Montréal**

Marie-Eve Goyer<sup>1</sup>, Guy Pierre Lévesque<sup>2</sup>, Chantale Perron<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Méta d'Âme, Montréal, Québec, Canada

#### **Evaluation de l'expérience des pairs ayant participé à la formation PROFAN sur la prévention des surdoses**

Céline Côté

Méta d'Âme, Montréal, Québec, Canada

## **Un impératif de santé publique pour lutter contre les overdoses : l'accès de proximité à la naloxone**

Jean Pierre Lhomme

Missions « échange de seringue » et « bus méthadone », Médecins du monde, Paris, France ; Membre du groupe T2RA

### **T13 : SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS**

#### **Vendredi après-midi – Salle 2**

**Modération :** Nathalie Latour

#### **Une nouvelle plateforme Web pour les professionnels œuvrant en dépendance et en douleur chronique**

David Barbeau

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **Accompagnement des assuétudes en région bruxelloise : un modèle sûr et peu coûteux**

Françoise Vanmeerbeeck, Lawrence Cuvelier, Jerry Wérenne

Lama Centre médico-social pour toxicomanes asbl, Maison médicale des Marolles, Bruxelles, Belgique

#### **Addictions : le rôle déterminant des professionnels de santé de premier recours**

Dominique De Muizon<sup>1</sup>, Marine Gaubert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médecin Généraliste ; <sup>2</sup>Groupe partenarial du site intervenir addictions, Fédération Addiction, Paris France

#### **Le bien-être des intervenants est-il un élément important de l'accompagnement addictologique ? Résultats d'une étude qualitative menée dans trois centres spécialisés en France**

Aymeric Reyre

AP-HP, USPC-Paris 13, Médecine et Psychiatrie des Addictions, Bobigny, France

### **T14 : SOINS COMPLÉMENTAIRES**

#### **Vendredi après-midi – Salle 3**

**Modération :** Kathy Tremblay

#### **L'accompagnement des femmes enceintes et mères en traitement de la dépendance aux opioïdes : la relation au cœur de l'intervention**

Anne-Marie Mecteau

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **Hospitalisations programmées chez les personnes dépendantes aux opioïdes**

Mohamed Hachaïchi, Jacques Eicher, Ouafa Halloua

Policlinique d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

#### **Au-delà du méfait : l'acupuncture en traitement de la dépendance aux opioïdes**

Clément Courteau, Marie-Claude Fugier

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **Consommation de tabac et d'opioïdes : considérations pharmacologiques et cliniques**

Alice Deschenau, Kevin Journiac, Flora Pascuttini, Didier Touzeau

CSAPA Liberté, ELSA, UCT, Pôle Addictions, Groupement Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif, France

## **PLÉNIÈRES SESSION COMMUNE 10<sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE DU PROGRAMME MEDNET – COLLOQUE TDO**

---

### **P1 LES TRAITÉS, LES TRAITEMENTS, ET LES DROITS DES USAGERS**

**Mercredi après-midi – Auditorium**

**Modération :** Jallal Toufiq

**Werner Sipp**

Organe International du Contrôle des Stupéfiants (OICS)

### **P2 LE RÉSEAU DE COOPÉRATION MEDNET : 10 ANS ET APRÈS ?**

**Mercredi après-midi – Auditorium**

Aujourd'hui, ici à Rabat, nous célébrons à la fois les dix ans d'existence du réseau MedNET et nous ouvrons la 5<sup>ème</sup> conférence TDO. Aujourd'hui, nous célébrons donc un partenariat entre pays, mais aussi entre professionnels.

Né à l'initiative de la France et des Pays-Bas en 2006, le réseau MedNET est la pierre angulaire de la coopération internationale en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants dans la zone Méditerranée. Grâce à une méthode de coopération régionale pragmatique, dynamique et respectueuse des cultures, et à la synergie de profils professionnels caractérisés par une grande diversité, de nombreux résultats ont pu être atteints.

Parmi les succès majeurs qui ont émaillé l'existence de MedNET depuis dix ans, le partage d'expériences, le renforcement des capacités, la création d'observatoires et la réalisation d'enquêtes MedSPAD, l'attention croissante que les pays membres accordent aux usagères et aux usagers de drogues, l'attention accrue pour la prévention et la diffusion des traitements de la dépendance aux opiacés.

Tous ces succès nous appellent à approfondir encore la coopération entre nos pays et à œuvrer pour une véritable politique humaniste en matière d'addictions.

**Danièle Jourdain Menninger**

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Paris, France

## **PLÉNIÈRES TDO**

---

### **P3 LES TDO ET LA RÉVISION DU CONTRÔLE INTERNATIONAL DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : RETOUR DE L'UNGASS 2016 ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DE L'ONU DC**

**Jeudi matin – Auditorium**

**Modération :** Mehdi Paes

Le traitement des dépendances aux opiacés (TDO), basé sur les meilleures données scientifiques existantes, doit être un droit pour tout usager dépendant aux opiacés et aux opioïdes en général.

La communication essaie de jeter la lumière sur l'approche des TDO dans les conventions et traités, et la notion de droit d'accès aux médicaments sous contrôle par les usagers de substances dans un but thérapeutique. Elle s'intéresse aussi au droit au TDO, comme mentionné dans l'UNGASS Outcome Document (2016), et à la notion de droit des usagers à bénéficier des meilleures stratégies thérapeutiques basées sur les faits scientifiques actuels.

Enfin, il s'agit de faire cas du rapport du « Comité Scientifique de l'UNODC » sur la nécessité de permettre aux usagers un accès aux programmes thérapeutiques, de réhabilitation et de réduction des risques.

**Jallal Toufiq**

CHU de Rabat-Salé, membre du Comité scientifique de l'ONUDC, Maroc

**P4 L'ADDICTION, LES CROYANCES ET LA NEUROBIOLOGIE : UNE IDÉE QUI DATE DE LA RENAISSANCE**

**Vendredi matin – Auditorium**

**Modération :** Maria Sabir

Un texte étonnant de 1561, écrit à Bologne dans le nord de l'Italie, décrit l'addiction aux jeux de hasard et d'argent et propose un traitement pour le jeu. Ce texte vieux de 450 ans explique que les joueurs, comme les personnes dépendantes à l'alcool ou les amoureux passionnés, construisent leur monde intérieur à partir d'attentes, de besoins et de buts mais aussi de croyances. Cette observation est encore vraie et décrit, dans les mots du 16<sup>e</sup> siècle, des processus psychiques qui s'observent chez des personnes dépendantes aux opioïdes.

L'auteur propose un traitement cognitif qui fait appel à la raison. Il met en évidence le rôle joué par les cognitions erronées dans les addictions, tout en reconnaissant que des facteurs biologiques, comme l'impulsivité – le sang chaud – viennent moduler les émotions et les comportements problématiques.

Consacré à une dépendance sans substance, ce traité nous rappelle que, en parallèle avec les processus neurobiologiques spécifiques à la dépendance aux opioïdes, les addictions comportent des processus cognitifs qui ont pu s'observer il y a 450 ans.

**Louise Nadeau**

Département de Psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada

**P5 RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES ET SOINS : UN ÉQUILIBRE ENTRE ESPACES INTÉGRÉS ET DIFFÉRENCIÉS**

**Jeudi après-midi – Auditorium**

**Modération :** Fatima El Omari

La RDRD s'est installée en France en partie contre le dispositif de soins précédent, encore trop exclusivement centré sur le sevrage et sur l'objectif d'abstinence. Pour cela, des dispositifs spécifiques ont vu le jour, les uns voués aux soins, médicalisés, délivrant des traitements, notamment la prescription de médicaments agonistes, les autres non-médicalisés, voués à la RDRD, et distribuant du matériel ad hoc.

A partir des travaux de la récente audition publique organisée en France sur la RDRD, la question de l'intérêt de ces espaces différenciés ou intégrés, et l'impact de cette organisation sur les pratiques des acteurs concernés par la RDRD comme par le soin, sera posée. Ceci, notamment pour mieux illustrer la place centrale que peut tenir aujourd'hui la RDRD dans des réponses aux questions d'addictions qui se déplaçaient dans un continuum intégratif.

**Jean Pierre Couteron<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Oppelia le Trait d'union, Paris, France ; <sup>2</sup>Fédération Addiction, Paris, France



## **P6 LES AVANCÉES RÉCENTES EN NEUROBIOLOGIE DES ADDICTIONS**

**Vendredi matin – Auditorium**

**Modération :** Jallal Toufiq

**Lorenzo Somaini**

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Vienne, Autriche

## **P7 SPIRITUALITÉ, RELIGION ET DROITS DES USAGERS SOUFFRANT D'ADDICTIONS (INTITULÉ DE TRAVAIL)**

**Vendredi matin – Auditorium**

**Modération :** Meryem El Yazaji

**Mohamed Hassan Gharib**

Professeur à la Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

## **P8 AVANCÉES DES POLITIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES EN AFRIQUE**

**Vendredi après-midi – Auditorium**

**Modération :** Nabil Ben Salah

L'Afrique, surtout la région sub-saharienne, est le continent le plus sévèrement touché par le VIH, avec 70% des personnes vivant avec le virus, et représente 65% des nouvelles infections au niveau mondial. Cette épidémie s'est exprimée dans la population en général. Le continent africain est également concerné par une consommation de substances importante ces dernières années, y compris l'usage d'héroïne.

De nombreux facteurs structurels et comportementaux ont largement contribué à la propagation rapide du VIH parmi cette population vulnérable que constituent les personnes s'injectant des substances psychoactives. La criminalisation de la consommation de substances, l'absence de politiques et de législation concernant la réduction de risques et dommages, la non-disponibilité de traitement agoniste et de programmes d'échange de seringues, la stigmatisation et la discrimination que ces personnes subissent, la prise de substance par injection avec des équipements infectés et le partage de ces équipements, ont contribué à une évolution de la courbe de l'infection du VIH dans de nombreux pays en Afrique. Le manque d'informations stratégiques et fiables a aussi constitué un obstacle à une réponse réfléchie.

Deux scénarios ont émergés. Des pays à fortes prévalences du VIH généralisées dans la population ont évolué en des épidémies mixtes alors que des pays à très faibles prévalences du VIH ont vu l'émergence d'épidémies concentrées chez les personnes injectant des substances psychoactives. Pendant les 12 dernières années, de nombreux pays ont réagi de manière positive afin de faire face à cette nouvelle situation, même si la réponse a varié de pays en pays. Des avancées appréciables ont été constatées dans les politiques et interventions de réduction de risques et dommages en Afrique, quoique des défis persistent.

**Reychad Abdool**

Consultant International (ex- Conseiller régional Senior VIH, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Kenya)

## EVÉNEMENT PARALLÈLE

---

### P9 PLÉNIÈRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE D'ADDICTOLOGIE (AMA)

#### **Jeudi après-midi – Auditorium**

**Présidence** : Mehdi Paes

**Modération** : Soumia Berrada, Maria Sabir

Le Maroc est un des rares pays arabes et musulmans qui a pris la décision d'introduire dans sa politique de prévention des addictions la stratégie de réduction des risques et dommages. Le Ministère de la Santé, en collaboration avec différents organismes officiels nationaux et internationaux, et avec le concours de certaines ONG, a mis en place depuis 2010 - après une longue préparation et d'une manière progressive - des centres spécialisés dans le traitement agoniste opioïde (TAO). Cette initiative a été certainement très positive à différents égards et a amélioré l'état de santé et la qualité de vie de nombreux patients.

L'objectif de cette séance plénière, avec la participation de la presque totalité des professionnels responsables des centres et programmes des TAO, est de rapporter l'expérience marocaine dans ce domaine en faisant le bilan de la situation actuelle et en proposant des priorités pour l'avenir, tout en soulevant des problématiques très spécifiques (les droits des usagers, la gestion des listes d'attente, le problème des overdoses, la prescription de la buprénorphine, la place du secteur libéral, etc.).

*TAO au Maroc : Etat des lieux et Perspectives futures*

**Soumaya Rachidi**, DELM, Rabat

*Expérience du Centre d'addictologie de Casablanca en matière de TSO*

**Prof. Meriem Elyazaji**, Casablanca

*Expérience du Centre d'addictologie de l'Hôpital Arrazi de Salé en matière de TSO*

**Prof. Fatima El Omari**, Salé

*Expérience du Centre d'addictologie de Tanger en matière de TSO*

**Dr Mohamed El Mozariahi**, Tanger

*Expérience du Centre d'addictologie de Tétouan en matière de TSO*

**Dr Adil El Ammouri**, Tétouan

*Expérience du Centre d'addictologie de Nador en matière de TSO*

**Dr Abdelmalek Aouragh**, Nador

*Expérience de l'Association RdR-Maroc dans l'accompagnement des patients sous traitements agonistes opioïdes*

**Dr Mohamed Essalhi**, Tanger

*Primoprescription de méthadone par les cabinets de ville : quelles perspectives au Maroc ?*

**Prof Soumia Berrada**, Casablanca

### T1 : EMPOWERMENT/PSYCHOÉDUCATION

#### Jeudi matin – Salle 1

##### **T1.1 EMPOWERMENT ET TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES : UNE ÉQUATION GAGNANTE, L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE**

«Je voudrais exprimer qu'un traitement de la dépendance aux opioïdes seul ne suffit pas, l'implication de l'utilisateur est importante dans un processus de soins, il faut créer un climat de confiance réciproque.» (Jérôme B.)

La littérature scientifique internationale l'a démontré, si nous désirons réduire les risques reliés à la consommation de substances, une des avenues à privilégier est de soutenir l'*empowerment* des personnes qui en font usage.

Dans cet atelier, la perception d'une personne en traitement de sa dépendance aux opioïdes vous sera présentée. Cette dernière désire démontrer l'importance de reconnaître l'expertise et la capacité décisionnelle des individus lors d'un TDO, mais également comment un soutien psychosocial est indispensable dans ce processus de changement.

L'interdisciplinarité que met en avant le CRAN, avec son service médical, infirmier et psychosocial, permet de travailler en parallèle les diverses problématiques et embûches que vivent les personnes qui poursuivent un TDO, mais surtout d'en réduire les difficultés. L'utilisateur doit cependant pouvoir bénéficier d'une place dans l'équipe de soins afin de définir son plan d'intervention et de pouvoir bien aborder les changements de vie qu'il entamera.

Nous souhaitons dans cet atelier offrir des pistes de réflexion afin de susciter de l'intérêt à reconnaître l'utilisateur comme membre intégré de l'équipe de soins et, surtout, comme acteur positif au sein de sa communauté, encourageant ses pairs à poursuivre un TDO.

L'*empowerment* des personnes dépendantes commence par la reconnaissance de leur savoir et de leur expertise. Il ne faut plus les voir que comme des personnes qui éprouvent des problèmes de santé, mais comme des personnes en capacité de changements personnels et collectifs.

**Jérôme Benedetti<sup>1</sup>, Karine Hudon<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Association québécoise de promotion de la santé des usagers de drogues (AQPSUD), Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

##### **T1.2 FAMILLE AVEC UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE : ENFANTS ET ADOLESCENTS QUI VIVENT DANS LA CRAINTE**

Jusqu'à présent, on a accordé peu d'attention aux enfants vivant avec un parent qui souffre d'un problème de dépendance.

L'enfant est témoin, parfois victime, de scènes de violence verbale et/ou physique. Il vit dans la crainte des conflits, mais aussi la peur de ne pas être aimé, l'appréhension de perdre son parent malade ou d'être abandonné par l'autre parent. Avec le mésusage croissant du tramadol, les conséquences d'intoxication comme les crises convulsives, dont les enfants sont témoins, leur causent plus de crainte de perdre leur parent en plus de *flashback* qu'ils peuvent avoir fréquemment.

Certains facteurs protecteurs, comme par exemple une bonne estime de soi, des capacités à résoudre les difficultés et à demander de l'aide, faire des projets, avoir des centres d'intérêts personnels, peuvent jouer un rôle important dans le développement de l'enfant et l'aident à surmonter ces conflits.

Nous, comme psychiatres et psychologues, prêtons d'habitude attention à nos patients ; mais rarement on s'adresse à leurs enfants pour leur offrir le support.

**Marwa Abd El Meguid**

Institut de Psychiatrie, Université Ain Shams, Le Caire, Egypte

### **T1.3 PROJET DE DÉVELOPPEMENT D'UNE APPLICATION MOBILE D'AUTOÉVALUATION POUR LES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES**

Le but des TAO est de réduire les risques d'infection par les virus du VIH, de l'hépatite B et C, et d'activités criminelles, et de favoriser l'ajustement psychosocial.

Les études scientifiques montrent que les doses importantes de méthadone (60 à 100 mg/j) sont plus efficaces que les doses plus faibles (1 à 39 mg/j) pour optimiser l'adhérence au traitement et pour réduire l'usage illicite d'héroïne. Les effets secondaires semblent rester identiques aux différentes doses.

Actuellement, la Consultation spécialisée dans les TAO des HUG compte 170 patients avec un traitement de méthadone. De ces patients, un 37% a un dosage de méthadone inférieur à 60 mg. Environ la moitié de ces patients ne sont pas dans un projet de sevrage (qui pourrait expliquer le sous-dosage) et présentent un sous-dosage chronique (plus de 3 mois avec un traitement de méthadone < 60 mg/j) ce qui augmente le risque de quitter le traitement ou de rechuter dans les consommations d'héroïne.

Afin d'améliorer la sécurité de la prescription médicamenteuse tout en incluant le patient dans le processus d'évaluation de son traitement, nous avons créé un projet de développement d'une application mobile.

L'évaluation sera réalisée grâce à une adaptation de l'échelle ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale) en auto-questionnaire. Les résultats de cette autoévaluation permettront aux patients d'être mieux renseignés, de prendre du pouvoir quant à cette prescription et d'utiliser ces résultats pour discuter avec le médecin du bon dosage du TAO. Les notifications et des algorithmes automatisés permettront au patient d'avoir des évaluations régulières et la proposition de rendez-vous avec leur médecin si les résultats de cette échelle ne sont pas optimaux.

**Gerard Calzada, Daniele Zullino, Vanessa Vaucher**

Service d'addictologie, Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, Genève, Suisse

### **T1.4 LE ROYAUME NOIR DE L'HÉROÏNE : ART, CINÉMA, LITTÉRATURE – UNE CONTRE-HISTOIRE DES ANNÉES 1960**

Écrit à Tanger au milieu des années 1950, sous l'emprise de diverses drogues, dont l'héroïne et la cocaïne, *The Naked Lunch* (« Le Festin nu ») de William S. Burroughs marque l'un des points d'acmé d'une pensée de la drogue, de ses effets, des implications sociales et sociétales de ses usages, des politiques et des esthétiques qui s'y rattachent, tout en reflétant son économie de l'intérieur, en tant que pratique. Les fragments épars, produits par l'écrivain américain furent rassemblés par son ami Allen Ginsberg, poète essentiel de la *Beat Generation*, et le titre trouvé par Jack Kerouac – le livre visionnaire relie drogue, émergence des sociétés de contrôle et critique de la marchandisation de l'expérience.

Cet ouvrage sombre, futuriste et sarcastique ouvre la voie, lors de sa parution sous le manteau en 1959 à Paris, à une généalogie d'œuvres qui traceront dans la période des révolutions des années 1960 et le mouvement Hippie naissant, un sillon obscur, qui prendra comme motif l'usage des opiacés. *More* de Barbet Schroeder (1969) et *La Cicatrice Intérieure* de Philippe Garrel (1970) représentent deux faces d'une autre histoire de l'art psychédélique, dans l'instant de l'après-coup de Mai 68, opposant la lumière noire de l'héroïne aux élévations colorées du LSD.

De *Heroin*, la chanson du Velvet Underground, miroir de l'expérience intérieure du *shoot*, à *Main Line*, film de Michel Bulteau de 1971, résultat expérimental du premier tournage sous l'influence directe de l'héroïne, cette conférence présentera une histoire des relations entre art, littérature, cinéma et opiacés, au prisme des évolutions sociales et politiques des années 1960.

**Yann Chateigné**

Département Arts visuels de la Haute école d'art et de design de Genève (HEAD), Genève, Suisse

### Jeudi matin – Salle 2

#### T2.1 CONDITIONS CADRES DES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES : LES OBSTACLES A L'ACCÈS AUX SOINS SELON LES PRINCIPES DIRECTEURS ÉLABORÉS PAR LE GROUPE D'EXPERTS TDOLEG<sup>2</sup> POUR LE GROUPE POMPIDOU

Lors du colloque TDO2, à Paris en 2010, a été soulevée la question de l'impact du cadre législatif et réglementaire sur les TDO. Pour le colloque TDO3, à Genève en 2012, la Suisse a commandé une étude de comparaison des cadres législatifs de cinq pays francophones. Cette étude a révélé leur grande hétérogénéité et le fait qu'ils se focalisent sur le contrôle des patient-e-s plutôt que de soutenir des objectifs de santé publique, malgré l'existence de nombreuses recommandations internationales allant dans ce sens. C'est de cette constatation qu'est né, sous l'égide du Groupe Pompidou, le projet TDOLEG (législatif).

Il a pour but d'élaborer des principes directeurs pour permettre aux Etats d'adapter à terme leurs législations, en mettant la priorité sur l'accès aux soins, pierre angulaire de TDOLEG. En effet, cette recommandation prioritaire se situe à la convergence des objectifs de santé publique et des développements en matière de droits humains et de droit de la santé. Partant de cette priorité, les principes directeurs relèvent les écueils législatifs et réglementaires qui entravent l'accès aux soins et recommandent les conditions à respecter pour le garantir et assurer la qualité des soins. Un rapport explicatif qui étaye les principes directeurs sera publié en 2017.

Ce symposium sera l'occasion de présenter les éléments phares de ces principes directeurs et donnera la parole à quatre pays, la Belgique, le Canada/Province du Québec, la Suisse et la Tunisie, pour comparer leur législation actuelle et mettre à jour les écueils existants.

#### **René Stamm**

Représentant de l'Office fédéral de la santé publique, Berne, Suisse

#### T2.2 LA RÉALITÉ BELGE EN COMPARAISON AUX PRINCIPES DIRECTEURS TDOLEG

A partir des principes directeurs du groupe d'experts TDOLEG, d'une part, et de l'arrêté royal (AR) du 6.10.2006 (loi fédérale belge), les différentes avancées en matière de soutien tant aux patients qu'aux praticiens belges seront présentées.

Les traitements de substitution (TAO) sont clairement encadrés par cet AR et limités à la méthadone et à la buprénorphine. En Belgique, tout médecin peut prescrire des TAO mais ces prescripteurs doivent répondre d'une formation et d'un lien avec un réseau spécialisé dans le domaine des addictions.

La formation des médecins et des pharmaciens au sein du cursus universitaire de base sera abordée. En Belgique francophone, elle n'est guère développée, souvent donnée en cours à option ou en formation complémentaire. Néanmoins, sur le terrain, les associations prennent le relais, dispensant des formations de qualité. Elles sont aussi très actives dans la réflexion projective auprès des différentes instances décisionnelles.

Des représentations négatives circulent encore dans la société et altèrent la reconnaissance des dépendances comme pathologie chronique. Les différentes portes d'entrée vers les traitements ne sont pas reconnues en tant que dispositifs de RDRD, partenaires du changement.

#### **Dominique Lamy**

Réseau ALto (Alternative à la Toxicomanie), Mons, Belgique

---

<sup>2</sup> Projet de « Principes directeurs pour les mesures d'encadrement et de soutien des médicaments agonistes pour le traitement de la dépendance aux opioïdes ».

### **T2.3 LA RÉALITÉ SUISSE EN COMPARAISON AUX PRINCIPES DIRECTEURS TDOLEG ET LA PLACE DES DROITS HUMAINS DANS LA LÉGISLATION SUISSE**

Tout homme dispose d'un droit fondamental à jouir du meilleur état de santé qui lui soit possible d'atteindre. Un principe d'éthique normative reconnu par l'ONU dans plusieurs instruments, dont la déclaration universelle des droits de l'homme, ainsi que dans le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Plusieurs autres normes liées à la déontologie médicale et à la bioéthique sont également inscrites dans des instruments de droit international de l'ONU ou du Conseil de l'Europe. On peut citer un certain nombre de droits-libertés inscrits dans le pacte international des droits civils et politiques ou dans la Convention européenne des droits de l'homme, ou encore la Convention dite d'Oviedo, sur la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain dans le domaine biomédical.

Il existe une vaste littérature scientifique sur le traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes. Le traitement par des agonistes du récepteur mu est le plus efficace et le plus effectif. Le traitement de référence est la (R,S)-méthadone, mais il existe des alternatives, qui sont décrites comme efficaces : la buprénorphine, la morphine orale à libération prolongée, la (R)-méthadone, le levacetylmethadol, la dihydrocodéine, la diacétylmorphine, ou l'hydromorphone.

En pratique, la disponibilité de ces traitements est rendue aléatoire du fait des conflits structurels entre des éléments de droit constitutionnel relatifs aux droits fondamentaux des personnes, et des restrictions relatives aux médicaments sous contrôle, avec une confusion permanente de la hiérarchie des normes, qui voudrait - en théorie - que le droit constitutionnel prime.

#### **Robert Hämmig**

Unité d'addictologie, Services psychiatriques universitaires Berne, Hôpital de psychiatrie & psychothérapie universitaire, Berne, Suisse

### **T2.4 EVOLUTION ACTUELLE DE LA LÉGISLATION TUNISIENNE RELATIVE AUX STUPÉFIANTS FACE AUX PRINCIPES DIRECTEURS TDOLEG**

Apports du projet de loi tunisien n°2015-79 relatif aux stupéfiants.

Les résultats contreproductifs de la loi 1992-52, relative aux stupéfiants et actuellement en vigueur en Tunisie, relèvent de son caractère répressif vis-à-vis des consommateurs de stupéfiants. Pour cela, un projet de loi, soumis au parlement en 2016, opère un changement conceptuel et considère le consommateur comme un malade chronique et non un délinquant. Ce projet garantit un meilleur équilibre entre les préoccupations sécuritaires et celles de santé publique.

Afin de tenir compte des préoccupations sanitaires et de respect des droits de l'homme, il a envisagé :

- la création d'un observatoire national des substances psychoactives et des addictions,
- la création de commissions régionales et nationale de prise en charge et de réhabilitation des consommateurs de stupéfiants,
- la création d'institutions de prise en charge préventives et curatives, publiques et privées,
- un accès libre aux soins sur demande du consommateur avec couverture des frais par les organismes sociaux,
- un accès large aux soins des détenus en phase de poursuite, de jugement ou d'incarcération, avec possibilité de suspension des poursuites judiciaires,
  - \* l'accès des médecins traitants aux médicaments agonistes des opioïdes,
  - \* le recours des juges aux sanctions alternatives et aux circonstances atténuantes.

Les propositions suivantes sont avancées pour répondre aux préoccupations sécuritaires :

- la criminalisation de l'offre gratuite de stupéfiants ou inclusion dans des aliments ou boissons,
- l'adjonction de la saisie ou interposition à l'obtention du permis de conduire,
- l'aggravation des peines sanctionnant le trafic illicite des stupéfiants,
- la réglementation des procédures de prélèvements et d'analyse des échantillons biologiques.

#### **Nabil Ben Salah, Olfa Meziou, Haifa Zalila, Kaouthar Charbaji**

Centre Mahmoud Yacoub d'Assistance Médicale urgente de Tunis, Chebbi, Tunis, Tunisie



## **T2.5 LES LÉGISLATIONS DU CANADA ET DE LA PROVINCE DE QUÉBEC FACE AUX PRINCIPES DIRECTEURS TDOLEG : SONT-ELLES AU RENDEZ-VOUS DU DROIT AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ ?**

Après plus de dix années d'une mise à l'écart idéologique d'une vision réfléchie et soutenue de l'approche de RDRD, l'élection d'un nouveau gouvernement libéral en octobre 2015 redonnait aux citoyens concernés et aux intervenants du milieu de l'intervention en toxicodépendance, l'espoir d'un retour vers des politiques et des stratégies nationales qui miseraient avec plus de conviction sur le respect des droits humains. Le récent changement législatif permettant l'accès sans ordonnance à la naloxone en est un exemple concret.

Lancée en octobre 2007, la stratégie nationale « antidrogues » du précédent gouvernement conservateur aura servi d'exécuteur à toute avancée significative en matière de RDRD, misant sur un resserrement des lois pénales en matière de substances placées sous contrôle. Le souci disproportionné de protection des communautés pour les rendre « plus sûres et plus saines » aura eu le dessus.

Les plus progressistes des provinces canadiennes, dont le Québec, ont donc usé de leur compétence constitutionnelle en matière de santé pour améliorer le soutien aux personnes dépendantes aux opioïdes. Si l'accessibilité aux soins a notamment été soutenue par une volonté d'améliorer le cursus académique et d'augmenter le nombre de prescripteurs, d'autres réticences persistent, notamment en milieu carcéral.

Cette présentation mettra en lumière le niveau d'application des principes directeurs dans les politiques canadiennes et québécoises.

### **Louis Letellier de St-Just**

Avocat en droit de la santé, Président du conseil de fondation de CACTUS, Montréal, Québec, Canada

## **T3 : HCV**

### **Jeudi matin – Salle 3**

#### **T3.1 LE PROGRAMME D'HÉPATITE C DE MÉDECINS DU MONDE FRANCE AUPRÈS DES USAGERS DE SUBSTANCES INJECTABLES DES PAYS ÉMERGENTS**

Depuis janvier 2015, MdM implante un programme transversal sur l'hépatite C (VHC) au sein de ses projets de RDRD auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI) en Birmanie, au Vietnam, au Kenya, en Tanzanie et en Géorgie. Ce programme vise à renforcer les activités de prévention, de dépistage, de *counselling* et de plaidoyer pour un meilleur accès au diagnostic et au traitement du VHC.

Les activités de formation du programme visent à permettre aux acteurs de terrain de bonifier leur compréhension des hépatites virales et du VHC, d'évaluer le niveau de risque des différentes pratiques liées à l'usage de substances psychoactives et de connaître les modalités de dépistage et de diagnostic du VHC disponibles localement. De plus, les éléments et attitudes nécessaires au *counselling* pré- et post-test du VHC sont abordés. Les étapes nécessaires au diagnostic, à l'évaluation du stade de la maladie et à la préparation du patient au traitement sont abordées, tout comme les nouvelles molécules et les spécificités de la prise en charge du traitement chez les UDI.

Au terme de ces formations, il apparaît clairement que la RDRD et le plaidoyer constituent le socle dans lequel doivent s'inscrire les différentes activités entourant la prise en charge du VHC dans les pays en émergence. Tout cela dans une perspective de construire une stratégie locale visant un meilleur accès non seulement au traitement du VHC pour les UDI, mais à l'ensemble des soins et des mesures concernant leur santé.

### **Marie-Eve Goyer, Nikhlas Luhman, Céline Grillon**

Médecins du Monde France (MdM), Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

### **T3.2 LE « RÉSEAU HÉPATITE C » : FAVORISER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE L'HÉPATITE C POUR LES PUBLICS FRAGILISÉS**

Actuellement, plus de 80% des nouvelles infections au VHC concernent des usagers de substances psychoactives. Dans les centres de traitements de la dépendance aux opioïdes bruxellois, plus de 40% des patients sont entrés en contact avec le virus et 24% sont atteints d'une hépatite C chronique. Néanmoins, ces patients, fragilisés à divers niveaux (dépendances, troubles psychologiques / psychiatriques, stigmatisation, sans-abrisme, sans-papiers, ...), nécessitent un accompagnement spécifique.

Nous proposons donc un accompagnement personnalisé, intensif, global, mobile et à haute capacité d'assistance psychosociale, en vue d'améliorer significativement l'accès à toutes les étapes du processus de soins. Depuis l'information sur les modes de contamination jusqu'à la guérison complète, en passant par le dépistage, la RDRD, la mise au point, et le traitement.

Il s'agit d'augmenter l'accès aux soins – en particulier au traitement de l'hépatite C - de malades qui, sans accompagnement adapté, risquent fort d'en être exclus, temporairement ou définitivement.

Permettre à ces patients de franchir les seuils qui sont trop souvent peu perméables et créer du lien pour construire une alliance thérapeutique se fait notamment via : l'optimisation de la collaboration entre les partenaires investis dans la prise en charge, une connaissance du réseau spécifique de la problématique, un accompagnement personnalisé et modulé sur les besoins du patient, une capacitation du patient à faire usage du système social et de santé, une capacitation des soignants à développer l'accueil des publics vivant des problématiques complexes, un soutien aux médecins généralistes et spécialistes, un service de liaison entre le tissu hospitalier et les services extérieurs spécifiques.

**François Poncin, Sarah Vanderwaeren**

Réseau Hépatite C – Bruxelles, Bruxelles, Belgique

### **T3.3 CHANGE LE PROGRAMME, PRÉVENTION DE L'INJECTION PAR L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE ET LES PAIRS : PROGRAMME DE RECHERCHE-ACTION**

*Change le programme* est une intervention de RDRD adaptée de l'intervention britannique *Break the cycle*. Elle vise, en travaillant avec des USI, à faire baisser le nombre d'initiations à l'injection ou, à défaut, à les retarder et les sécuriser.

Développée en France entre 2012 et 2014, *Change le programme* a été implantée en 2015 dans sept centres de RDRD dans le cadre d'une recherche interventionnelle, EVAL-CLP, qui visait à évaluer la faisabilité d'une telle intervention en contexte français, d'une part, et les effets de l'intervention sur les comportements, représentations et attitudes des usagers d'autre part. L'expérimentation qui a duré huit mois a permis d'inclure 166 usagers.

Cette communication sera l'occasion de présenter les premiers résultats issus de la recherche.

**David Michels**

Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD), Paris, France

## **T4 : MIGRATION**

### **Jeudi matin – Salle 4 (salle OMLIL)**

#### **T4.1 ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DE SUBSTANCES RUSSOPHONES SUR PARIS : PARTICULARITÉS D'ACCÈS AUX SOINS**

Il s'agit de présenter l'expérience clinique de l'équipe Bociek dans l'accompagnement des migrants russophones (ne maîtrisant pas le français) dépendants aux opioïdes et vivant en grande précarité sur le territoire parisien.

L'équipe mobile Bociek, chargée de l'intervention psychosociale auprès des migrants précaires de l'Est européen, et les équipes qui les accompagnent existent depuis 2007. La spécificité principale de l'équipe est une place de tiers au niveau institutionnel (entre le patient et l'institution qui le soigne) et dans la



situation clinique (médiation lors d'un entretien médical ou social). Nous expliquerons ici comment les protagonistes de l'accompagnement se saisissent de ce tiers, et quels sont l'intérêt et les limites de la médiation en consultation médicale.

L'autre spécificité est le travail en réseau qui permet de mobiliser les partenaires associatifs autour de la population des usagers de substances russophones. En dehors de la faible maîtrise de la langue française, cette population présente des particularités culturelles : stigmatisation des usagers de substances dans les pays d'origine, méconnaissance des principes du TAO et RDRD, forte demande de soins de VHC, rapport particulier à l'Etat et à l'Institution.

Nous verrons comment les CSAPA adaptent leur offre de soins à ce public et comment l'on travaille avec les patients pour essayer de modifier leurs représentations des soins de l'addiction.

**Olga Smirnova**

Equipe Mobile Bociek, Association Charonne, CSAPA Association Charonne, Paris, France

**T4.2 CELLULE LAMBDA (LIAISON ET ACCOMPAGNEMENT MOBILE POUR DEMANDEURS D'ASILE) : L'ACCOMPAGNEMENT PEUT-IL RE-CRÉER LE LIEN D'HUMAIN À HUMAIN INDISPENSABLE À UN CHANGEMENT DE TRAJECTOIRE ?**

L'exil, peu importe ses raisons, conduit les personnes qui s'y risquent à vivre une expérience particulière où leurs repères identitaires, affectifs et sociaux sont mis à rude épreuve. Il est en cela un puissant vecteur de bouleversement personnel et de rupture dans le lien et la confiance en autrui. Et ce, particulièrement quand les événements à la source de l'exil sont dramatiques et perpétrés par des « semblables » (misère suite aux défaillances des états sous pression ultralibérale, spoliations, guerres, torture, viol, ...). Les traumatismes causés sont spécialement complexes à décoder, d'autant plus qu'ils regroupent aussi des expériences subjectives qui sont loin d'être homogènes. Dans ce contexte déstabilisant, le recours aux substances psychotropes (au pays - de temps à autre dans un cadre social le permettant -, pendant le parcours d'exil, à l'arrivée dans le pays d'accueil - et la désillusion qui va avec) est parfois une « sorte de solution » qui s'est bricolée petit à petit.

A la fin de ce parcours d'exil, à chaque fois particulier, mais à chaque fois déstabilisant, les personnes arrivent dans un nouvel environnement social qu'il faut s'approprier voire apprivoiser. L'accès aux soins spécifiques (TAO par exemple) est rendu très délicat par toute une série d'obstacles : la rupture dans le lien de confiance à autrui, la peur d'être « renvoyé » dans son pays d'origine si on est repéré « toxicomane », la barrière de la langue, la méconnaissance de ce qui existe comme offre de soins, mais également celle du réseau d'accueil quant aux services actifs en toxicodépendance et de leur offre concrète, ...

Le Projet Lama, structure ambulatoire « bas seuil » spécialisée en toxicodépendance à Bruxelles, actif depuis 1983, au contact de manière régulière avec ces publics, avec l'aide de Fedasil (agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile en Belgique), développe depuis 2015 un nouveau projet : la Cellule Lambda, Liaison et Accompagnement Mobile pour Demandeurs d'Asile, pour tenter de faciliter le lien entre le secteur de l'accueil des réfugiés et celui des soins, et proposer un accompagnement individualisé.

L'accompagnement peut-il recréer le lien d'humain à humain indispensable à un changement de trajectoire ?

**François Baufay**

Projet Lama asbl, Bruxelles, Belgique

#### **T4.3 RETOUR D'EXPÉRIENCE - LE CENTRE MÉTHADONE : LIEU DE SOINS ACCUEILLANT DES PROBLÉMATIQUES ADDICTIVES AUX OPIOÏDES LÉGAUX ET ILLÉGAUX À TRAVERS L'ACCOMPAGNEMENT DE DEUX USAGERS EN SITUATION DE MIGRATION LÉGALE ET ILLÉGALE**

Nous nous proposons de traiter l'essor inquiétant de la dépendance aux antalgiques qui devient une véritable problématique de santé publique. Nous exposerons, au travers de deux cas cliniques, la rencontre difficile, en ce lieu de soins qu'est le CSAPA, des dits « toxicomanes », et de ces nouveaux patients dépendants, ayant eu la reconnaissance médicale d'une pathologie algique.

En effet, depuis ces dernières années, on assiste à une augmentation notable de personnes présentant des conduites addictives vis-à-vis des antalgiques. Le détournement des morphiniques (Skenan ++) est un phénomène connu et ancien dans les centres de méthadone. Actuellement, la demande concerne des patients souvent bien insérés socialement qui, suite à une pathologie chronique et une prescription d'antalgique (classe II ou classe III OMS), vont développer une véritable addiction. L'évolution d'un « traitement prescrit » vers un « traitement détourné » interroge le corps médical.

Le CSAPA est le lieu de rencontre entre ces différents profils de patients et où se posent des problématiques de légalité et d'images quant à ces nouvelles pratiques. Nous évoquerons le cas de deux patients en situation de migration bien différents, tant aux niveaux des consommations de produits (antalgique prescrit et héroïne) que de la légalité (migration légale et illégale).

Face à cela, nous nous proposons de favoriser une réflexion commune entre les addictologues et les algologues, et le secteur libéral, afin d'organiser de façon optimale cette prise en charge. De plus, la mise en place d'une consultation spécifique et d'un groupe de parole est actuellement en préparation.

**Colette Gerbaud, Elodie Roman**

CSAPA Malaussena Nice, Pole Digestif, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Nice, France

#### **T4.4 MIGRANTS, SANTÉ PSYCHIQUE ET ADDICTIONS : REPÉRAGE, OUTILS DE PRISE EN CHARGE**

Notre présentation se conçoit d'abord dans le cadre des services d'urgences des hôpitaux, et s'évalue dans une dynamique de temps et de lieux. A partir de cette première rencontre, dans ce lieu « inhospitalier », les professionnels des ELSA doivent construire, parfois en opposition à leurs collègues, un parcours de soins coordonné très spécifique.

Les personnes rencontrées ? Des hommes et des femmes, « incohérents » et souvent sous l'effet de substances, ne parlant pas français, à la situation sociale incertaine. Les « addictologues », appelés du fait de la substance au premier plan, doivent comprendre, avec ou sans interprète (!), et évaluer ce qui relève d'une psychose, ce qui relève de troubles induits par les substances, ou d'un immense isolement. La psychiatrie classique s'investit difficilement dans ces situations.

Il faudra ensuite, en fonction de l'origine géographique et culturelle, et en s'appuyant beaucoup sur la famille, lorsqu'elle est là, « inventer » une orientation digne, acceptée par la personne, susceptible de permettre un temps de pause mais aussi un temps de travail pour construire la suite.

**Pierre Poloméni**

Association française des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA France), Hôpital René Muret, Sevran, France

#### **T4.5 LA CULTURE COMME LEVIER CLINIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MIGRANTS AYANT DES USAGES PROBLÉMATIQUES DE SUBSTANCE : L'EXEMPLE D'UNE CONSULTATION TRANSCULTURELLE ETHNOSYSTÉMIQUE DANS UN CENTRE SPÉCIALISÉ EN SEINE-SAINT-DENIS**

Parmi les usagers de centres addictologiques en Seine-Saint-Denis, une forte proportion est issue de la migration. Il s'agit aujourd'hui de personnes appartenant à des premières, secondes ou troisièmes générations de migrants. La différence culturelle est l'un des nombreux facteurs qui déterminent la qualité de l'alliance thérapeutique et l'efficacité de l'accompagnement des usagers. Mais la culture est souvent présentée comme un obstacle aux soins et est rarement envisagée comme un outil clinique.

À partir des travaux théoriques et des expériences cliniques de la psychiatrie transculturelle, mais également de la psychologie systémique, nous avons élaboré un dispositif psychothérapeutique spécifique s'intégrant dans la prise en charge classique des usagers. Ces derniers peuvent être accueillis

dans un cadre qui permet l'expression du sens que l'individu peut donner à son rapport aux substances au travers de ses propres repères culturels. Ce sens peut apparaître, se développer et évoluer dans un cadre à géométrie variable où arrivent progressivement plusieurs professionnels, en même temps que des membres de la famille de l'utilisateur, des amis et des co-dépendants.

La consultation d'ethnosystémie du Centre Boucebci de l'Hôpital Avicenne fonctionne depuis sept ans. À partir de cette expérience, nous présentons nos premières réflexions sur les conditions nécessaires à l'utilisation de la culture comme levier clinique et ce qui peut en être attendu dans le cadre de l'accompagnement des usagers.

**Aymeric Reyre**

AP-HP, USPC-Paris 13, Médecine et Psychiatrie des Addictions, Bobigny, France

## **T5 EMPOWERMENT/RÉSEAUX D'USAGERS**

### **Jeudi après-midi – Salle 1**

#### **T5.1 LA RADIO FM-R : UNE RADIO COMMUNAUTAIRE DE PRÉVENTION PAR LES PAIRS**

Dans le cadre du TDO5, l'équipe de la radio FM-R propose d'animer un atelier autour de l'auto-support des usagers de drogues et RDRD par les pairs.

La radio FM-R est une expérience qui dure maintenant depuis 3 ans dans le canton de Vaud. Des émissions de web-radio sont produites à une fréquence d'environ une par mois sur des thèmes divers et variés qui concernent les usagers de drogues, les professionnels ainsi que Monsieur et Madame Tout-le-monde (le logement, la famille, le sevrage, la religion pour n'en citer que quelques exemples).

La Radio FM-R prend la température de la rue et informe les plus démunis sur les dangers de leur mode de vie. Elle apporte également certaines solutions pour prévenir les risques de maladie, d'accidents, d'overdoses ou de décisions irréfléchies qui pourraient s'avérer lourdes de conséquences. Elle défend les droits des consommateurs et combat les préjugés de toute la population envers les différentes situations de marginalité parmi les personnes les plus précarisées.

Cette radio, accompagnée actuellement par deux travailleuses sociales hors murs du Rel'Aids (Fondation Le Relais), prend son envol et les membres sont en train de constituer une association pour pérenniser et autonomiser ce projet novateur. Le projet est soutenu par le GREA ainsi que par d'autres institutions spécialisées dans les dépendances en Suisse romande. Il est financé pour une période de trois ans par le Service de la Santé Publique du canton de Vaud.

La radio FM-R est convaincue que la présence d'usagers de drogues dans des colloques de ce type est primordiale et que des échanges riches et constructifs peuvent se produire entre professionnels et usagers. Nous souhaitons vivement venir partager avec vous cette expérience inédite, militante et impertinente à Rabat.

**Sarah Bell<sup>1</sup>, Emmanuel Diserens<sup>1</sup>, Boris<sup>2</sup>, Mindy<sup>2</sup>, Ken<sup>2</sup>, Genoramix<sup>2</sup>, Patricia Fontannaz<sup>1</sup>, Daniel<sup>2</sup>, Lou<sup>2</sup>, Chikk Star<sup>2</sup>, Adri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fondation Le Relais- Rel'Aids, Morges, Suisse ; <sup>2</sup>La Radio FM-R, Lausanne, Suisse

#### **T5.2 INPUD, UN RÉSEAU INTERNATIONAL D'USAGERS DE SUBSTANCES QUI S'INSCRIT EN AFRIQUE**

Pourquoi et comment le réseau international des consommateurs de substances illicites peut-il être utile aux organisations africaines dans le domaine si particulier de la santé communautaire des usagers de substances ?

Cette présentation aura comme objet de fournir un bref historique de l'International Network of People who Use Drugs (INPUD), à la fois comme organisation novatrice et comme partenaire naturel des acteurs internationaux de la réduction des risques et dommages, et de la lutte contre le sida.

Puis un tableau des actions menées en Afrique anglophone par l'INPUD sera détaillé, actions financées par le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, Tuberculose et Paludisme et le Robert Carr Network Fund,

une action qui pour la première fois en 2016 est prolongée en Afrique francophone (Côte d'Ivoire, Sénégal, Cameroun).

Enfin, la question de l'écart subsistant entre les pays de langue anglaise et ceux de langue française en matière de réduction des risques et dommages, et d'auto support sera ouverte à la discussion.

Références : Key publications | INPUD

**Fabrice Olivet<sup>1</sup>, Valentin Simionov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Directeur, Autosupport des usagers de drogues (ASUD), Paris, France ; <sup>2</sup>Global Fund Programmes, International Network of People Who Use Drugs (INPUD), London, United Kingdom

### **T5.3 VERS LA LÉGALISATION DU TRAITEMENT AGONISTE OPIOÏDES EN CÔTE D'IVOIRE ?**

Dans un contexte répressif, MdM a initié en 2015 un projet de RDRD envers les usagers de drogues (UD) à Abidjan. Il a permis d'identifier une forte demande de prise en charge des addictions et du sevrage. Cependant, la buprénorphine, autorisée comme antidouleur, ne l'est pas comme TAO, limitant les possibilités de traitement. Le sevrage des UD est actuellement réalisé dans les centres de santé spécialisés à des coûts souvent élevés, dans les centres confessionnels ou traditionnels ou de manière indépendante et personnelle.

Pour faciliter l'accès aux TAO, MdM rapproche la communauté des UD avec les Ministères de l'Intérieur et de la Santé, les établissements sanitaires et les partenaires techniques, à travers des séances de concertations, et mène des actions de plaidoyer auprès des institutions (inter)nationales.

L'intérêt et l'engagement des acteurs pour l'accès aux soins et aux droits des UD ne cessent de croître. Ils se traduisent par un pilotage multidisciplinaire dudit projet contribuant ainsi à l'essor de la communauté UD et à son implication militante au sein des instances décisionnaires et financières. Communauté, société civile et institutions nationales travaillent ensemble pour améliorer l'accès aux soins, notamment à travers l'élaboration d'un document national de paquet minimum d'activités (PMA) envers les UD, qui devrait s'inspirer des recommandations internationales sur les TAO.

Indéniablement, le climat sociopolitique pour la prise en charge des addictions évolue favorablement, comme le suggère la « Position Commune Ouest-Africaine vers l'UNGASS de 2016 sur les Problèmes liés aux Drogues » cosignée par la Côte d'Ivoire.

**Jérôme Evanno, Félicien Yomi Tia, Mathieu Hié, Charlotte Dézé**

Médecins du Monde (MdM), Projet Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues, Abidjan, Côte d'Ivoire

### **T5.4 POUR LA LÉGALISATION DES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES : UNE INITIATIVE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE (CLIP VIDÉO)**

Dans un environnement répressif et de non-autorisation des TDO, Médecins du Monde (MdM) réalise depuis 2015 un projet de RDRD auprès des usagers de drogues (UD) à Abidjan, en Côte d'Ivoire. Ce projet repose sur une approche d'intégration et d'*empowerment* de la communauté des UD à travers l'appui à la mise en place d'associations identitaires, de groupes d'auto-support et d'actions de plaidoyer en faveur des droits humains et à la santé des UD.

En 2016, MdM a soutenu la réalisation par les usagers de substances psychoactives de divers outils de prévention, de sensibilisation et de plaidoyer, à l'attention des usagers et des autorités : tracts sur la RDRD lors du partage de matériel de consommation, embouts pour pipe à crack, boîte à images pour la prévention des infections et RDRD chez les UD-HSH, clips vidéo contre la criminalisation de l'usage de substances psychoactives, etc. En particulier, face à une forte demande de PEC des addictions et de sevrage, MdM a facilité la réalisation d'un clip vidéo qui met en avant les difficultés du sevrage à l'héroïne en l'absence de TSO. Ce clip a pour objectif de mobiliser la communauté UD pour conscientiser les autorités dans le but de légaliser les TSO dans le pays.

Réalisation André Marouni ; scénario, 6 UD des Groupes d'Auto-Support, acteurs, 13 UD + 13 figurants

**Félicien Yomi Tia, Jérôme Evanno, Etiennette Miéssan, Khalil Brahim, André Marouni, Charlotte Dézé**

Médecins du Monde (MdM), Projet Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Jeudi après-midi – Salle 2**

**T6.1 EMBÛCHES ET FACTEURS FACILITANT L'INITIATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE SERVICES DE TRAITEMENTS MÉDICAUX DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES**

Le CRAN est né il y a 30 ans au Québec dans un contexte de crise ayant laissé plusieurs patients dépendant à l'héroïne sans traitement. Il s'agissait d'un « nouveau problème de santé ». Comme pour d'autres problématiques émergentes (VIH, VHC, procréation assistée) la réponse du système de santé ne s'est pas fait sans heurts et sans une certaine forme de débat public. Plusieurs acteurs sociaux ont un pouvoir soit pour promouvoir ou entraver l'émergence de tels services. La présentation explorera divers thèmes qui surgissent lors du développement de services pour les personnes avec un trouble d'usage des opiacés.

Les thèmes suivants seront discutés : la stigmatisation de la population des usagers d'opiacés et leur absence d'organisation ; la perception du problème et les prises de position des décideurs politiques ; le poids de l'évidence scientifique dans la prise de décision en santé ; la nécessaire construction de liens avec les fonctionnaires ; la compétition pour le financement public ; le leadership en santé publique et l'impact du non-traitement ; les collègues de médecins et l'encadrement du traitement agoniste opioïde ; l'intérêt du corps médical pour cette problématique ; l'attitude des donateurs privés en rapport avec ce traitement ; le rôle des médias ; le défi des populations non-rejointes ; la place des usagers dans la définition du cadre d'intervention ; les problématiques émergentes face à une population vieillissante.

Cette présentation permettra d'amorcer une discussion sur la façon dont ces questions ont été traitées au Québec en particulier, mais aussi dans d'autres sociétés.

**Pierre Lauzon<sup>1</sup>, David Barbeau<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

**T6.2 TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES : COMPARAISON DE DEUX MODÈLES DE TRAITEMENT EN MONTÉRÉGIE, QUÉBEC, CANADA**

En Montérégie, Canada, deux modèles de TDO sont offerts : intégré en première ligne (prise en charge globale) et TDO seul en deuxième ligne. Le but du projet est (1) de décrire l'expérience de soins et la prise en charge des comorbidités chez les patients suivis en TDO dans les deux modèles et, (2) d'explorer les liens entre les caractéristiques des patients et les modèles de traitement.

Méthode : devis mixte séquentiel (questionnaires et entrevues) à visée exploratoire auprès de patients suivis en TDO en première et en deuxième lignes. La variable principale est l'expérience de soins (satisfaction, traitement et exacerbation des comorbidités). Des associations entre les caractéristiques des patients et 1) le modèle de traitement et 2) l'expérience de soins ont été recherchées ( $p \leq 0.05$ ).

Résultat : N quanti = 47 et N quali = 11. Aucune association significative n'a été trouvée entre le modèle de traitement et la satisfaction, le traitement des comorbidités et l'exacerbation des comorbidités. L'analyse des données qualitatives a montré un haut taux de satisfaction et une grande accessibilité aux services dans les deux modèles de soins. Les services de TDO en première ligne ont montré des avantages en termes d'intégration des soins et de sécurité.

En Montérégie, l'expérience de soins et la prise en charge des comorbidités médicales est aussi favorable dans un modèle de TDO en première ligne qu'en deuxième ligne. Néanmoins, l'offre du TDO en première ligne comporte certains avantages. Ce modèle devrait donc être davantage développé.

**Julie Loslier<sup>1,2</sup>, Robert Williams<sup>2</sup>, Andréanne Paré-Planté<sup>2</sup>, Nicolas Demers<sup>2</sup>, Catherine Richer<sup>2</sup>, Myriam Savaria<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Direction de santé publique de la Montérégie et Université de Sherbrooke, Beaugard, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

### **T6.3 LA PLACE DES SERVICES DE PSYCHIATRIE DANS UN RÉSEAU DE SOINS POUR USAGERS DE SUBSTANCES**

L'expérience quotidienne nous montre que les usagers de substances ont difficilement accès aux soins hospitaliers et ceci tant dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux généraux, que dans les services psychiatriques et dans les services spécialisés. Ils posent des problèmes spécifiques aux équipes qui les accueillent, ce qui nécessite la mise place de dispositifs adaptés. Ils génèrent souvent un contre-transfert des soignants qui nécessite une attention permanente. L'hospitalisation est pourtant indispensable à certains moments du parcours des usagers de substances : décompensation psychotique, dépression grave, risque vital, sevrage, désinsertion sociale, maladie intercurrente ...

Nous proposerons ici une réflexion à partir d'une expérience clinique de longue durée et du recueil de données annuel.

En 30 ans, les motifs d'hospitalisation des usagers de substances ont considérablement évolués et les indications doivent être soigneusement posées. Il est indispensable de former les équipes à ce type de prise en charge et d'entretenir une réflexion permanente à ce sujet pour maintenir la motivation nécessaire pour accueillir ces patients souvent déstabilisants. Il s'avère essentiel de créer un cadre qui soit suffisamment contenant pour permettre de travailler, tout en gardant une grande souplesse pour pouvoir s'adapter à la situation clinique de chacun. Ce cadre doit rester un objet de réflexion permanent pour éviter une rigidification du fonctionnement. Il est également important de travailler en réseau et de se mettre aussi au service des partenaires quand c'est nécessaire.

A quels moments l'hospitalisation est-elle nécessaire ? A quelles conditions est-elle possible ? Comment en faire une expérience positive pour le patient et pour le soignant ?

**Denis Hers**

Asbl Addictions, Service de Psychiatrie des Cliniques de l'Europe, Bruxelles, Belgique

### **T7 : PRESCRIPTION D'OPIOÏDES**

#### **Jeudi après-midi – Salle 3**

#### **T7.1 COMMENT FAIRE UN BON USAGE DES OPIOÏDES PRESCRITS DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE NORD-AMÉRICAINE ?**

Le Canada est désormais le plus grand consommateur d'opioïdes au monde. Au Québec, le nombre de décès attribuables à un surdosage d'opioïdes augmente constamment depuis le début des années 2000. Parallèlement à cela, les cliniciens voient croître le nombre de patients qui font un mésusage des opioïdes prescrits.

En réponse à cette problématique, un numéro complet de la revue mensuelle de formation médicale continue *Le Médecin du Québec* (<http://lemedecinduquebec.org/>) a été créé afin de former les omnipraticiens et les résidents en médecine familiale au « bon usage des opioïdes ».

L'objet de la présentation vise donc d'abord à situer la problématique nord-américaine des opioïdes médicamenteux au niveau épidémiologique et des conséquences recensées. Ensuite, les grands constats émanant des 5 articles du numéro du *Médecin du Québec* seront présentés :

- Article 1 : prescrire ou ne pas prescrire : les opioïdes et la douleur chronique.
- Article 2 : la prescription d'opioïdes : succès ou échec ?
- Article 3 : le sevrage difficile des opioïdes : comment le faire ?
- Article 4 : le sevrage difficile des opioïdes : comment le dire ?
- Article 5 : quand ça dérape : le trouble lié à l'usage des opiacés.

Finalement, la dernière partie de notre exposé propose aux cliniciens un algorithme des étapes clés nécessaires à l'initiation, au suivi, à l'encadrement et à la cessation des opioïdes en douleur chronique non-cancéreuse.

**Marie-Eve Goyer, David Barbeau**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada



## **T7.2 TRAITEMENTS AGONISTES CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : SPÉCIFICITÉS GENEVOISES**

A Genève, comme dans le reste de la Suisse d'ailleurs, la moitié des TAO (nombre total environ 1'385 en 2014) sont conduits dans des centres spécialisés privés ou publics, l'autre moitié est conduite par des médecins de ville, principalement des médecins de famille. Certains d'entre eux sont passés, durant leur formation, dans des services spécialisés mais ce n'est pas le cas de la plupart d'entre eux. Un dispositif informel d'assistance par des collègues expérimentés existe depuis de nombreuses années. Des recommandations scientifiques et pratiques accessibles online sont à disposition de tous les prescripteurs ([www.ssam.ch](http://www.ssam.ch) ; [www.praticien-addiction.ch](http://www.praticien-addiction.ch)).

Cette présentation a pour objet le panorama des prescripteurs de traitement agonistes des opiacés (TAO) à Genève et une réflexion sur l'intérêt du dispositif coordonné.

Méthode : étude des données épidémiologiques des TAO à Genève et entretiens avec des personnes clés (y inclus usagers) sur l'organisation et les besoins en formation ou encadrement.

Résultats : analyse en cours. Il semble que la plupart des médecins de famille accueillent 2-4 personnes en TAO au cabinet ; une minorité d'entre eux a une formation spécifique mais ils ont appris par expérience, lors de journées de formation ou par des pairs. Quelques médecins de famille en ont plus de 20 et ils nécessitent des autorisations spéciales et sont en général bien formés. Les proportions des patients en centres spécialisés versus chez un médecin au cabinet semble stable depuis plus de 20 ans.

A Genève, environ la moitié des TAO est prescrite par des médecins de famille dans une pratique privée, dispositif qui permet un accueil non-stigmatisant des usagers ; il reste facile de trouver de l'aide ou de référer les patients à des centres spécialisés en cas de difficultés. Pour que ce dispositif, bien rodé, fonctionne, on voit bien l'importance de la mise à disposition d'une formation postgrade/continue accessible et attractive. Un soutien (services spécialisés atteignables par téléphone, recommandations claires) à ces médecins est également recommandé.

### **Anne François, Barbara Broers**

Unité des dépendances en médecine de premier recours, Département de premier communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, Genève, Suisse

## **T7.3 LE TRAMADOL EST-IL UTILISÉ PAR LES ADOS AUSSI ?**

Le tramadol, ce médicament originalement utilisé pour combattre les douleurs sévères, principalement les douleurs orthopédiques et celles liées au cancer, s'est récemment retrouvé sur le marché des substances addictives.

En effet, dans quelques sociétés orientales, certains entendent résoudre leurs problèmes sociaux, médicaux, psychologiques et sexuels par le biais du tramadol et de ses équivalents. On peut se poser dès lors la question du besoin des adolescents d'utiliser eux aussi ces substances et se demander quels sont les facteurs de risque qui les encouragent à en abuser.

### **Menan Rabie**

Faculté de Médecine, Université Ain Shams, Le Caire, L'Egypte

## **T7.5 PRÉSENTATION D'UN PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DE SKENAN®**

En France, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) observe depuis 2011 un accroissement de la demande de prescription de Skenan® (sulfate de morphine), un produit disponible aussi sur le marché parallèle. Cette hausse semble liée à la recherche d'une « autre » médication agoniste, en particulier parmi les personnes qui ne sont satisfaites ni par la méthadone, ni par la buprénorphine. La France ne dispose pas de médicament agoniste opioïde enregistré pour une administration par injection. Le Skenan® est le médicament détourné pour une consommation par injection le plus utilisé en France (84% des consommateurs de Skenan® fréquentant les CAARUD selon l'OFDT).

Les risques associés à la consommation de Skenan® étant nombreux (sanitaires, sociaux, psychiques), notre objectif était de développer un programme d'accompagnement spécifique pour les usagers de Skenan®.

En menant des groupes de travail pluridisciplinaires (acteurs de terrain connaissant la complexité des situations des personnes) et en sollicitant les usagers, le CSAPA Charonne a développé un programme.

Un protocole a été rédigé, soumis à signature des patients qui en définissent les objectifs, ré-évaluables avec l'équipe. Des questionnaires (évaluation des risques liés à l'injection, descriptif médical, social, évaluation de santé mentale) permettent d'évaluer en temps réel l'évolution des situations des patients accompagnés. Au minimum, une séance éducative axée sur les risques liés à l'injection permet d'évaluer les pratiques des patients. Un logiciel (TRAXILO) permet de capitaliser les savoirs.

Une équipe de recherche indépendante (INSERM) évalue une partie du programme.

Comme le Skenan® semble être un ersatz de l'héroïne pour les consommateurs, ce programme pourrait être comparable à un programme d'héroïne médicalisé.

**Grégory Pfau, Jordane Bugaj, Charlotte Lécot, Arnaud Plat, Abdou Ndiaye, Catherine Pequart**

Association Charonne, CSAPA Association Charonne, Paris, France

## **T8 : POPULATIONS SPÉCIFIQUES (SALLE OMLIL)**

### **Vendredi matin – Salle 4**

#### **T8.1 S'ADAPTER POUR MIEUX TRAITER : L'APPROCHE « BAS SEUIL » ET LES POPULATIONS VULNÉRABLES DIFFICILEMENT REJOINTES**

La clinique « bas seuil » de traitement de la dépendance aux opioïdes *Relais* a entamé, il y a deux ans, un important travail de restructuration de ses services afin de mieux rejoindre et traiter les personnes utilisatrices d'opioïdes les plus précaires. Ce travail émerge du constat que, malgré le travail déjà réalisé auprès d'une population vulnérable, les utilisateurs d'opioïdes, isolés géographiquement ou vivant dans une très grande précarité, demeurent difficilement rejoints.

Née du travail interdisciplinaire et interinstitutionnel de la clinique *Relais* et des diverses organisations présentes sur le terrain, cette restructuration aura permis d'accroître l'accessibilité au traitement et de développer une approche « bas seuil » en harmonie avec les besoins spécifiques de cette population. Cette approche novatrice a eu un impact majeur sur les usagers actifs et potentiels des services, permettant d'augmenter le nombre de patients en traitement tout en établissant des corridors de services avec les organismes partenaires et en facilitant l'accès à la population difficilement rejointe.

Dans le cadre d'un projet de recherche visant à évaluer les besoins et l'impact de la bonification des services sur une population précaire, une revue de littérature ainsi que des groupes sondes d'usagers ont été réalisés.

Le présent atelier en présentera les résultats, conjointement à ceux de l'implantation d'un poste d'intervenant de proximité et de la restructuration des services cliniques.

**Élaine Polflit**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

#### **T8.2 ACCÈS AUX SOINS ET RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES DANS LA POPULATION PRÉCARISÉE DE TOURNAI**

La mise en place d'un centre d'hébergement de nuit et d'un lieu d'accueil de jour destinés à la population sans abri a permis l'émergence de nouvelles demandes relayées par l'infirmier et les éducateurs de rue.

Ces demandes consistent en :

- matériel stérile d'injection pour des usagers qui n'ont pas pour but immédiat de décrocher ;
- TAO pour ceux qui n'ont pas forcément de visée d'abstinence absolue.

Tout un travail d'approche et de concertation entre le réseau ambulatoire de soins et les travailleurs de rue ont permis l'avancée de ces deux problématiques.

Le matériel stérile d'injection (DAMSI, Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection) est une réponse concrète au besoin de l'utilisateur en difficulté de renoncer à la pratique de l'injection, en réduisant les risques pour sa santé et les risques qu'il pourrait causer aux autres.



Par-là, nous visons un objectif de prévention en matière de transmissions de maladies (hépatites, HIV) mais aussi un travail de promotion de la santé par une amélioration plus générale de la santé des personnes pratiquant l'injection en les amenant à reprendre place dans le circuit de soins.

Enfin, l'accès aux soins dans les Maisons médicales est facilité par une dynamique de « bas-seuil » :

- accompagnement des personnes précarisées par un travailleur de rue ;
- accueil le matin à la sortie de l'abri de nuit avant la mise en route des consultations ordinaires ;
- systématisation des co-consultations médico-sociales ;
- utilisation de la permanence pour faciliter l'hospitalisation d'urgence.

**Nadine Van den Broeck**

Maison médicale de Tournai, Citadelle asbl, Tournai, Belgique

**T8.3 MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE CHEZ LES ÉPOUSES DES USAGERS DE SUBSTANCES EN EGYPTTE**

La consommation de substances et ses conséquences représentent un problème majeur et menacent la santé de manière globale. On suppose que les épouses portent également les fardeaux liés aux problèmes de dépendance de leurs conjoints. L'étude menée à l'Institut de psychiatrie de l'Université de Ain Shams (Le Caire, Egypte) consiste en l'observation de deux groupes, l'un comprenant 120 épouses de consommateurs et l'autre un groupe témoin de même importance.

Tous les sujets ont passé les questionnaires suivants : le « General Health Questionnaire », l'« Egyptian Classification of Social Class » (Fahmy & El Sherbini, 1988), la SCID II, le MINI-PLUS Arabic, le « North Carolina Family Assessment Scale », et le « Social Readjustment Rating Questionnaire ».

On observe que le trouble de l'adaptation est le trouble le plus fréquemment associé (18.3%) suivi du trouble dépressif majeur (14.2%). L'usage d'opioïdes par l'époux est également très fréquemment associé au trouble dépressif avec tendances suicidaires (80%) et aux attaques de panique (75%), mais aussi au trouble de la personnalité borderline.

Il s'avère important d'impliquer les épouses des usagers de substances dans les plans de traitement avec leurs conjoints car elles souffrent également.

**Maissa Eid Afifi**

Université Ain Shams, Le Caire, Egypte

**T8.4 ACCÈS AUX SOINS DES PUBLICS VULNÉRABLES (SANS-PAPIERS, PUBLICS MARGINALISÉS, DÉINSSCRITS, DEMANDEURS D'ASILE) : NOUVEAUX DISPOSITIFS INCLUSIFS INDISPENSABLES ? FOCUS SUR LE PROJET DASS (DISPOSITIF D'ACCÈS SOCIO-SANITAIRE)**

Les ambulatoires spécialisés en toxicodépendance, surtout ceux dits « bas seuil », sont au contact d'usagers de plus en plus désinscrits. Résultat d'un détricotage des filets de la sécurité sociale en Belgique auquel nous assistons au quotidien et aux premières loges, et ce depuis de nombreuses années.

Dans une ville comme Bruxelles, on compte plus ou moins 100'000 personnes hors-assurance en soins de santé. Parmi nos patients, entre 10 et 30% le sont ; certains sont belges ou ressortissants de l'Union européenne (sans titre de séjour) et peuvent, s'ils y arrivent, activer une assurance via le système de protection sociale classique en Belgique; d'autres (sans-papiers) par contre ne peuvent bénéficier que de l'Aide Médicale Urgente, à savoir la prise en charge de leurs frais médicaux. Encore faut-il oser la demander... et être correctement entendu.

Ces difficultés liées à l'accès aux soins contribuent à rendre l'accompagnement des personnes dans ces situations encore plus compliqué. Alors que, justement, il s'agit de publics particulièrement exposés aux risques et aux complications inhérentes à la consommation de produits psychotropes, puisque ils n'ont quasi pas accès à certains déterminants sociaux essentiels de la santé (revenus, logement, éducation,...). Le parcours migratoire et l'expérience d'une vie sans protection aggrave par ailleurs leur état de santé physique et psychique. Ces situations ont interpellé nos équipes et nous ont conduit à mettre en place de nouveaux dispositifs pour tenter de répondre à une éthique des soins en situation de vulnérabilité qui se veut inclusive, solidaire et basée sur le respect des droits et de la dignité humaine.

Le Projet Lama, structure ambulatoire « bas seuil » spécialisée en toxicodépendance à Bruxelles, active depuis 1983, en contact de manière régulière avec ces publics, grâce au soutien de la Fondation Roi

Baudouin (fondation indépendante et pluraliste qui vise à contribuer à plus de justice sociale, de démocratie et de respect de la diversité), a ainsi développé un nouveau projet d'accompagnateur psychosocial pour tenter de faciliter l'accès aux soins de ces différents publics : le Projet DASS, Dispositif d'Accès Socio-Sanitaire.

Ce genre de nouveaux dispositifs mobiles est-il indispensable aujourd'hui ?

**François Baufay**

Projet Lama asbl, Bruxelles, Belgique

## **T8.5 EVALUATION DES SERVICES ACTUELS ET BESOINS EN TOXICODÉPENDANCE EN CONTEXTE SEMI-URBAIN**

Les usagers de drogues par injection (UDI) présentent des taux de morbidité et de mortalité élevés, en plus d'une importante précarité psychosociale. Pourtant, leur utilisation des services, incluant le traitement de la dépendance aux opiacés (TDO), est sous-optimale. Ce phénomène s'observe autant en Montérégie, vaste région semi-urbaine limitrophe de Montréal, qu'ailleurs au Québec. À l'aube de l'implantation possible d'un service d'injection supervisée (SIS) à Montréal, ce projet de recherche s'intéresse au développement de l'offre de services en toxicodépendance hors de la métropole. Une meilleure connaissance de la population UDI et une plus grande intégration des services qui leur sont dédiés pourraient permettre de mieux répondre aux besoins des UDI, alors qu'un SIS sera implanté à proximité.

Les objectifs sont :

- 1 dresser un portrait de la consommation de substances psychoactives par injection et de ses conséquences en Montérégie, à Montréal et dans le reste du Québec ;
- 2 évaluer la satisfaction quant à l'offre de services actuelle montérégienne en toxicodépendance, de même que la pertinence de l'implantation d'un SIS selon les UDI et acteurs stratégiques concernés en Montérégie

Un devis transversal combinant les approches quantitative et qualitative a été utilisé. Le premier volet du projet a donné lieu à l'analyse principalement descriptive de sept banques de données. Un portrait des UDI montérégiens, montréalais et du reste du Québec a ainsi été réalisé. Des analyses comparatives ont été effectuées pour les variables où un écart plus important était observé entre les données de ces trois territoires. Le second volet a permis de recueillir l'opinion des UDI et des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux via des groupes de discussion semi-dirigés portant sur les services sociaux et de santé disponibles pour les UDI en Montérégie.

Les résultats indiquent que, bien que plutôt similaire aux populations UDI montréalaise et du Québec, celle de la Montérégie s'en distingue par le fait qu'elle s'injecte moins souvent dans des lieux publics et plus fréquemment à son domicile, et qu'elle soit sans domicile fixe à moindre proportion. Bien qu'elle présente les mêmes taux de comportements à risque, tels que le fait de s'injecter seul (risque de surdose fatale) ou d'utiliser du matériel usagé (risque d'infection) que ses homologues de Montréal et du reste du Québec, ses taux d'infection au VIH et à l'hépatite C sont moindres de façon statistiquement significative.

Environ 25% des UDI feraient usage d'un TDO, sans distinction particulière pour les trois territoires d'intérêt. Les participants interrogés ont noté une appréciation sous-optimale des services offerts en toxicodépendance en Montérégie, entre autres en conséquence aux nombreux obstacles à l'accessibilité et à la continuité de cette offre de services, tels que la sectorisation et la centralisation géographique des ressources. Les services en TDO sont d'ailleurs centralisés dans les villes montérégiennes en proximité de Montréal, ce qui en rend l'accès difficile pour les UDI du vaste territoire de la Montérégie. De plus, des ressources clés telles qu'un réseau de pairs aidants ou des services de transition post-désintoxication sont absentes ou trop peu présentes en Montérégie. Pour ces raisons, plusieurs UDI ont recours aux services sur l'île de Montréal plutôt que dans leur région, s'exposant à un lieu où les conditions de consommation peuvent être plus problématiques.

La consommation de substances par injection est une problématique de santé publique bien présente sur l'ensemble de la Montérégie. Bien que la plupart des caractéristiques de la population UDI montérégienne soient similaires à celles de ses homologues montréalais et de l'ensemble du Québec, celle-ci se distingue par certains éléments qui ont un rôle clé dans l'adaptation de l'offre de services qui leurs sont dédiés. Alors qu'un SIS est jugé pertinent en Montérégie par les participants interrogés, une optimisation des ressources actuelles en toxicodépendance, incluant les TDO, demeure prioritaire. Ce projet a donné

lieu à dix recommandations destinées aux décideurs afin de permettre une amélioration de cette offre de services montréalienne.

**David-Martin Milot**<sup>1,2,3</sup>, **Julie Loslier**<sup>1,2</sup>, **Kareen Nour**<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie- Centre, Québec, Canada ;

<sup>2</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; <sup>3</sup>École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada

## **T9 : INJECTION SUPERVISÉE**

### **Vendredi matin – Salle 1**

#### **T9.1 POUR DES COMMUNAUTÉS EN MEILLEURE SANTÉ ET SÉCURITAIRES : EN ROUTE VERS DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE À MONTRÉAL**

A Montréal, le VIH, l'hépatite C et les surdoses font des ravages chez les usagers de drogues par injection (UDI). Ces problèmes pourraient être accentués par les changements observés ces dernières années dans les phénomènes de consommation comme l'injection de médicaments opioïdes. Montréal a d'ailleurs connu une vague de surdoses sévères en 2014.

La Direction de santé publique de Montréal a entrepris un long processus visant à influencer les politiques publiques en faveur de l'ouverture des services d'injection supervisée (SIS). Suivant une démarche participative, multipliant les études de besoins, documentant les consultations, mobilisant les décideurs et les élus, le modèle de services retenu tient compte du point de vue des regroupements d'usagers, des intervenants des réseaux publics et communautaires ainsi que des corps policiers et des associations citoyennes.

Dans le contexte montréalais, les SIS représentent l'ajout d'infirmiers-ères du réseau public à l'intervention des organismes communautaires œuvrant déjà en RDRD. Cette intégration des services se veut complémentaire au *continuum* de services en dépendance, en santé mentale et en itinérance. L'offre de services sera multi-sites (trois sites fixes et une unité mobile) pour répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables et aux enjeux d'acceptabilité sociale. La présentation fera l'état des lieux, décrira l'offre de services prévue et l'évolution des enjeux sociopolitiques et organisationnels en jeu.

#### **Carole Morissette**

Direction de santé publique de Montréal, Montréal, Québec, Canada

#### **T9.2 DÉCRYPTER UN OUTIL DE PROMOTION DE LA SANTÉ / RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES LIÉS À L'INJECTION : L'EXEMPLE DU « SHOOTER PROPRE »**

Le « shooter propre » est un guide d'informations pratiques pour réduire les risques liés à l'injection.

Né de concertations avec des professionnels de terrain et travaillé avec des usagers de services, notre brochure est un outil réalisé « pour et par » les acteurs clés de la RDRD : usagers de substances et professionnels. Elle combine les aspects essentiels de notre approche des principes d'intervention en RDRD : considérer les personnes comme responsables et encourager leur responsabilité. Le matériel est présenté en photo par souci de réalisme et d'appropriation. La brochure comporte peu de textes et suit les règles de la littératie en santé (capacité à comprendre et à utiliser l'information au bénéfice de la santé). Cet outil a été réalisé dans une optique d'*empowerment*, en quittant la logique en circuit fermé du « bien – mal » et en apportant des clés de compréhension : comprendre c'est agir. Son ambition est que les personnes puissent agir sur leurs pratiques et maîtrisent davantage leur santé.

Notre présentation dynamique, didactique, très visuelle et réalisée sur Prezy, s'attachera à présenter et décrypter les grandes étapes de production de la brochure à l'aide des différentes maquettes qui ont été réalisées. Chaque ajustement entre deux versions vise à être au plus proche des principes de la littératie et au plus juste quant à l'acceptabilité de la brochure par les usagers. Nous concluons sur la réceptivité de l'outil, son utilisation quotidienne et ses perspectives d'évaluation.

#### **Cécile Béduwé, Mira Goldwicht**

Projet « Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection » en Belgique francophone, Modus Vivendi asbl, Bruxelles, Belgique

### **T9.3 SALLE DE CONSOMMATION, CSAPA BUS MÉTHADONE ET BUPRÉNOPHINE : INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES ET DES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES**

L'ouverture en octobre 2016 de la salle de consommation à moindre risque par l'association Gaia-Paris va venir compléter un dispositif intégratif de RDRD dont les TAO sont un des piliers. L'association Gaia propose depuis 1998 un programme TAO de seuil adapté basé sur la demande des 5'867 usagers accueillis : approche centrée sur les personnes accueillies, admission en traitement TAO le jour même, pas de limite du nombre de places, pas de sanction en cas de consommations annexes.

Face à l'augmentation du nombre de patients sous buprénorphine (24% de la file active en 2015 contre 3% en 2008) et aux risques spécifiques liés au mésusage de ce médicament (injection, inhalation, sniff), une consultation de RDRD en antenne mobile est proposée chaque mois aux usagers traités par buprénorphine.

La salle de consommation complètera le dispositif existant. Une partie de l'équipe travaille en temps partagé entre les deux structures de façon à faciliter le lien, l'orientation des usagers et à assurer le continuum entre TAO et RDRD. La salle de consommation s'adressera à un public dont une partie n'a pas de suivi en traitement agoniste opioïde. Nous proposerons à ceux qui le souhaitent une pré-admission sur le bus TAO afin de leur faciliter l'accès au traitement.

Enfin, l'injection de TAO sera autorisée dans la salle de consommation et les usagers suivis au bus TSO qui ne peuvent ou ne souhaitent pas arrêter d'injecter leur traitement pourront être orientés vers la salle de consommation.

**Elisabeth Avril**

Association Gaia-Paris, Paris, France

## **T10 : ATELIER SUR LA RÉVISION DES TERMINOLOGIES**

### **Vendredi matin – Salle 2**

#### **T10.1 AU PAYS DES MOTS POLIS ET AU ROYAUME DES MOTS PERMIS, IL ÉTAIT UNE FOIS ... LA DÉPENDANCE**

Le langage qu'on entend souvent à propos de la dépendance et des sujets qui y sont liés ne contribuent pas à l'édification d'une attitude respectueuse envers les personnes qui utilisent des substances psychoactives et n'aident pas, non plus, à une acceptation des traitements de la dépendance selon les notions médicales les plus récentes. La terminologie utilisée par de nombreux professionnels (souvent sans en être conscients) contribue à la pérennisation de cette situation.

Cette année, avec d'autres organisations, l'IDHDP (représentée par W. Scholten) et le CoRoMA (représenté par O. Simon) ont initié une campagne en vue de promouvoir des choix terminologiques qui favorisent des attitudes positives envers les traitements de la dépendance et envers les personnes recevant ces traitements. Cette campagne a pour finalité de cibler les éditeurs scientifiques et de sensibiliser les auteurs à user d'un langage respectueux, neutre et sans jugement de valeurs. Elle ciblera également les institutions des Nations Unies aussi bien dans leurs résolutions que dans leurs documents institutionnels ordinaires.

L'adoption rapide et facile d'une nouvelle terminologie dépend de la prise de conscience par les professionnels de la valeur affective des mots choisis.

Il y a lieu de déterminer, également, des mots acceptables ou non parmi les groupes linguistiques : chaque langue a sa gamme spécifique de terminologies et un mot n'a pas toujours la même connotation ni le même sens dans les langues différentes, y compris dans les variations régionales d'une même langue.

Après une brève introduction générale (W. Scholten), seront abordés plusieurs exemples de termes problématiques et leurs équivalents en anglais (W. Scholten), en français (O. Simon) et en arabe (A.

Ounnir). Puis, les participants discuteront en petits groupes de cette problématique. La formation des groupes se fera selon la langue choisie : anglais, français et arabe.

Les groupes seront amenés à discuter, entre autres, les sujets suivants :

- les mots qui posent problème ;
- le mode de transmission le plus effectif et efficace d'un langage plus respectueux de la dignité et des droits des patients ;
- la cible : journaux scientifiques, services de santé, patients, législateurs et textes de lois ;
- diffusion « des termes appropriés » dans des cercles scientifiques et politiques dans les mondes francophone et arabophone.

*Les organisateurs demandent aux personnes devant assister à cet atelier de réfléchir préalablement au sujet en vue de recenser les mots en usage dans leur domaine qu'ils estiment inacceptables.*

**Abdallah Ounnir<sup>1</sup>, Olivier Simon<sup>2</sup>, Willem Scholten<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Université de Tanger, Maroc ; <sup>2</sup>Section d'addictologie, CHUV, Lausanne, Suisse ; <sup>3</sup>Consultant – Medicines and Controlled Substances, Lopik, Pays-Bas

## **T11 : PRISON**

### **Vendredi matin – Salle 3**

#### **T11.1 CANNABIS EN PRISON : PREMIERS RÉSULTATS D'UN PROJET-PILOTE D'UN GROUPE THÉRAPEUTIQUE MENÉ DANS UNE PRISON SUISSE**

En milieu carcéral, toute consommation de substances est sanctionnée. Néanmoins, il est connu que la consommation de substances est prégnante dans les milieux d'exécution de peine, la seule répression s'avérant insuffisante à contrôler la situation. Dans ces conditions, pour les détenus motivés, du fait du confinement et des contraintes carcérales, maintenir une abstinence relève d'une véritable gageure.

En 2015, la direction pénitentiaire de Bellechasse (FR), établissement accueillant 200 détenus en exécution de peine, a demandé aux services de psychiatrie pénitentiaire du RFSM, de fournir des prestations thérapeutiques ciblées pour les détenus souhaitant cesser leur consommation de cannabis durant leur incarcération. Dès lors, un projet pilote, sous la forme d'un groupe proposant des outils thérapeutiques à des fins de maintien de l'abstinence, a été élaboré sous forme d'expérience pilote.

Quinze participants ont été sélectionnés et évalués après analyse de dossiers et entretiens cliniques de recrutement évaluant leur état psychique, leur motivation et leur parcours addictologique. Le groupe comprenait sept séances échelonnées sur une durée de trois mois. Les contenus des séances ont été élaborés selon le modèle cognitivo-comportementaliste, avec des thématiques centrées sur la motivation au maintien de l'abstinence, les stratégies de *coping* contre les envies de consommation et la technique de résolution de problèmes. La dynamique du groupe a été assurée en s'inspirant du modèle psychodynamique. Le cadre thérapeutique était assuré par trois co-thérapeutes, dont un se chargeant de la transcription *verbatim* des séances et de la récolte des questionnaires évaluant les objectifs thérapeutiques.

Les participants ont rapporté avoir fait une expérience positive tant de la dynamique groupale que dans l'acquisition de nouvelles stratégies. Tous les participants ont pu progressivement s'inscrire dans un projet d'abstinence. Le maintien de l'abstinence sur la durée devra encore faire l'objet d'une évaluation ultérieure. Dans une perspective de pérennisation, ce groupe thérapeutique devrait, selon les auteurs, s'élargir aux autres consommateurs de substances psychoactives.

Une description du projet, de sa mise en œuvre dans ce contexte particulier et des résultats obtenus feront l'objet de la présentation.

**Corinne Devaud<sup>1</sup>, Isabelle Gothuey<sup>2</sup>, Mathias Duzdus<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unité thérapeutique, Centre de psychiatrie forensique, Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), Fribourg, Suisse ; <sup>2</sup>Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes, RFSM, Marsens, Suisse ;

<sup>3</sup>Centre Cantonal des Addictions, Fribourg, Suisse



## **T11.2 PROJET PILOTE DE CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE DE PRISON SUR BRUXELLES**

Projet pilote de continuité des soins :

Depuis 2011, l'asbl Transit a mobilisé des moyens pour surmonter les obstacles identifiés dans l'accueil des détenus usagers de substances psychoactives libérés des prisons bruxelloises.

Plusieurs rencontres entre le personnel infirmier des prisons bruxelloises et des représentants de l'asbl Transit ont eu lieu afin d'améliorer concrètement nos collaborations par une meilleure passation d'informations. Cela a permis aux détenus libérés de l'une de ces trois prisons de bénéficier de leur traitement pour 72 heures pour débiter un hébergement à Transit.

Il ne s'agit pas ici de prescription, mais bien de donner les comprimés du traitement en question à l'ex-détenu afin qu'il dispose de sa médication pour les premières 72 heures de sa libération, y compris la méthadone sous forme de sirop.

Ce projet est une réussite et perdure depuis plus de 5 ans. À ce stade nous cherchons à l'étendre à d'autres prisons du pays.

Contexte - transfert de compétence santé/ Justice :

En Belgique, les soins de santé des détenus dépendent du ministère de la justice, ce qui n'est pas sans conséquences, tant pour les détenus que pour les professionnels de la santé. À ce titre, et cela suite à un travail de lobbying auprès des politiques, une étude est actuellement en cours via le KCE afin d'évaluer le coût des soins de santé en prison et les conséquences d'un transfert de compétences des soins de santé des détenus vers la santé publique.

**Kris Meurant**

Asbl Transit, Bruxelles, Belgique

## **T11.3 PROGRAMME PILOTE DE TDO DANS UNE PRISON MAROCAINE**

La Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGARP), selon :

- l'Art. 23 de la nouvelle constitution : toute personne détenue jouit des droits fondamentaux et de conditions de détention humaines ;
- la Loi 23/98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires (Art 123 à 137) et son décret d'application (Art. 89 à 104) ;
- l'Art. 118 de la Loi n°65-00 relative au régime d'assistance médicale – RAMED : les prisonniers sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale totale.

L'objectif principal de la DGAPR en matière de lutte contre l'usage de substances psychoactives est de contribuer à faire bénéficier la population carcérale des services de santé en matière de prévention et de prise en charge globale des conduites addictives, équivalents à ceux prodigués à la population générale. Elle doit également assurer la continuité des soins au sein et en dehors des institutions carcérales permettant un appui à la préparation de la réhabilitation et de la réinsertion socioprofessionnelle des usagers de drogues et autres substances addictives.

L'intervention de la DGAPR intitulée « Programme Pilote TDO dans une prison marocaine » portera essentiellement sur :

- le constat des détenus souffrant de troubles psychiatriques et ceux ayant développé une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives ;
- la stratégie en Santé Mentale et le programme TDO qui sont en cours d'élaboration avec le Ministère de la Santé ;
- les projets en cours avec les partenaires internationaux (ONU DC, ONUSIDA, UNICRI.....) ;
- les avancées en matière de programme TDO.

**Anas Mamouri**

Division de l'Action Sanitaire, Délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion (DGAPR), Rabat, Maroc

#### **T11.4 PROJET ANRS-PRIDE : ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ SOCIALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PRINCIPE D'ÉQUIVALENCE POUR LES MESURES DE RÉDUCTION DU RISQUE INFECTIEUX EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE**

Dans le cadre du Programme de recherche PRIDE, l'ANRS va initier en 2017, dans l'établissement pilote des Baumettes à Marseille, l'essai d'intervention PRIDE portant sur la mise à niveau des outils de réduction des risques infectieux en prison, en référence aux recommandations internationales et à la récente « Loi de Santé » française qui préconise le respect du principe d'équivalence pour ces mesures avec le milieu extérieur.

Son objectif est d'évaluer l'acceptabilité sociale de telles mesures et les conditions de leur extension aux autres établissements pénitentiaires français. Cette intervention détaillera les étapes du programme PRIDE depuis 2009 et la méthodologie adoptée pour l'essai d'intervention.

**Laurent Michel**

Centre Pierre Nicole, CESP/Inserm 1018, Croix-Rouge française, Paris, France

#### **T12 : NALOXONE**

##### **Vendredi après-midi – Salle 1**

#### **T12.1 NALOXONE COMMUNAUTAIRE : QUAND CE SONT LES PAIRS QUI FORMENT LES PAIRS ! LE PROJET PROFAN À MONTRÉAL**

À l'été 2014, le nombre d'overdoses d'opioïdes a augmenté de façon alarmante à Montréal. Cela a remis en lumière l'importance d'implanter un programme d'accès à la naloxone communautaire, jusque là absent au Québec.

PROFAN (Prévenir et réduire les overdoses, former et accéder à la naloxone), le premier projet d'accès et d'éducation à la gestion des surdoses par les pairs est ainsi né. Il s'agit d'une initiative novatrice, puisque développée conjointement avec des pairs, mais aussi parce que ce sont ceux-ci qui forment d'autres usagers des substances et leur entourage à la gestion des surdoses et à l'administration de naloxone.

Depuis juin 2015, 183 personnes ont été formées par PROFAN. De ces personnes, 61% avaient déjà fait une surdose et 77% en avaient été témoins. Treize trousse de naloxone ont été utilisées par les participants dans des situations de surdose. L'héroïne est la substance dont la consommation a été rapportée le plus souvent lors de surdoses, suivie par les médicaments opioïdes. 75% des surdoses traitées ont nécessité l'administration de plus d'une dose de naloxone et les services ambulanciers ont été appelés dans 58% des cas.

PROFAN est une initiative novatrice au Québec qui a donné accès pour la première fois à la naloxone dans la communauté. Toutefois, l'enjeu de l'accès demeure, avec la nécessité de former partout au Québec et de rejoindre les clientèles les plus vulnérables. En mars dernier, Santé Canada annonçait que la naloxone serait désormais disponible sans ordonnance, ce qui constitue un pas de plus vers sa démocratisation.

**Marie-Eve Goyer<sup>1</sup>, Guy Pierre Lévesque<sup>2</sup>, Chantale Perron<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada ; <sup>2</sup>Méta d'Âme, Montréal, Québec, Canada

#### **T12.2 EVALUATION DE L'EXPÉRIENCE DES PAIRS AYANT PARTICIPÉ À LA FORMATION PROFAN SUR LA PRÉVENTION DES SURDOSES**

Le programme PROFAN consiste en une formation offerte par des pairs aux usagers de substances psychoactives montréalais sur la détection et la prévention des surdoses et sur l'administration de la naloxone. Ce programme vise les personnes étant en contact direct avec d'autres usagers car elles peuvent intervenir promptement. L'expérience des pairs-formateurs et des participants a fait l'objet de cette étude.

Les pairs-formateurs (n=5) et des participants (n=136) du programme ont été consultés (questionnaires, entrevues individuelles et focus group) sur : 1) la formation reçue, 2) l'acquisition de connaissances induites par la formation (connaissances sur la détection de surdoses et l'administration de la naloxone)

avant et après la formation) et 3) la perspective des participants quant à leur expérience de pair formé dans le cadre du programme.

Le contenu de la formation a été apprécié ainsi que l'animation par des pairs et la possibilité de sauver des vies. Les participants ont aussi rapporté des bienfaits se rapportant à l'autonomisation suite à leur formation. La comparaison des réponses aux questionnaires pré- et post-formation indique une augmentation de leurs connaissances quant à l'administration de la naloxone et comment réagir et intervenir dans une situation d'overdose.

PROFAN a fourni l'occasion de développer et d'implanter un programme de formation en collaboration avec des pairs sur comment intervenir dans des situations de surdose. L'acceptabilité et la faisabilité d'un tel programme, lorsqu'il est administré par des pairs, apparaissent élevées, puisque plus de 140 participants ont été formés au cours de la première année.

### **Céline Côté**

Méta d'Âme, Montréal, Québec, Canada

## **T12.3 UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LUTTER CONTRE LES OVERDOSES : L'ACCÈS DE PROXIMITÉ À LA NALOXONE**

En France, l'accès à la naloxone était de fait restreint tant de par sa disponibilité exclusive dans le circuit médical (nécessité d'une prescription médicale), que par sa galénique (ampoule pour préparation injectable).

L'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ouverte depuis fin juillet 2016 avec l'utilisation d'un spray naloxone peut sembler être une avancée. Aussi la lourdeur du cadre d'une ATU laisse persister la nécessité d'une prescription médicale. La lenteur induite par ce processus administratif ne retarde-t-elle pas une décision rapide qui s'impose face à un impératif de santé publique ? Comme le recommande l'OMS, comme l'ont démontré déjà de nombreuses publications scientifiques, l'accès de proximité pour les usagers d'opioïdes et leurs proches à la naloxone n'est-il pas le garant d'une réponse rapide et efficace à ce risque vital qu'est l'overdose.

### **Jean Pierre Lhomme**

Missions « échange de seringue » et « bus méthadone », Médecins du monde, Paris, France ; Membre du groupe T2RA

## **T13 : SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS**

### **Vendredi après-midi – Salle 2**

#### **T13.1 UNE NOUVELLE PLATEFORME WEB POUR LES PROFESSIONNELS ŒUVRANT EN DÉPENDANCE ET EN DOULEUR CHRONIQUE**

Face à l'augmentation grandissante du mésusage des opioïdes médicamenteux en Amérique du Nord, souvent dans un contexte de traitement de la douleur chronique, le CRAN souhaitait réunir en un seul endroit des outils, des guides de références et des formations pour les professionnels de la santé, afin de mieux les outiller et de les accompagner dans leur pratique.

La nouvelle plateforme Web du CRAN : « La Douleur chronique et les opioïdes d'ordonnance », a donc été développée et le dévoilement fait en juin dernier.

On y trouve :

- des outils afin d'évaluer la douleur chronique et dépister les troubles de l'usage des opioïdes ;
- des liens vers des services de soutien et de mentorat pour professionnels ;
- des formations dédiées au traitement de la douleur chronique et à la prévention et la gestion des troubles de l'usage des opioïdes ;
- une mise à jour des événements en lien avec le traitement des dépendances et la douleur ;
- un espace usagers pour diriger les patients vers des ressources qui leur sont destinées.



Cette présentation a pour objectif de montrer et de faire la promotion de cet outil clinique à un public de soignants impliqués auprès de patients prenant des médicaments opioïdes, qu'ils aient développé ou pas un trouble lié à leur usage.

**David Barbeau**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

### **T13.2 ACCOMPAGNEMENT DES ASSUÉTUDES EN RÉGION BRUXELLOISE : UN MODÈLE SÛR ET PEU COÛTEUX**

Nous nous proposons de rendre compte d'un modèle de prise en charge original, produit d'un pragmatisme de terrain qui a permis de surmonter les obstacles financiers et idéologiques. Contrairement à l'approche dans beaucoup de régions ou de pays alentour, l'offre de soins aux patients toxicodépendance se fait presque exclusivement en première ligne à Bruxelles, majoritairement par des médecins généralistes qui, pour la plupart, ont travaillé progressivement de manière pluridisciplinaire, voire transdisciplinaire, soit en s'appuyant sur des relais externes au dispositif médical proprement dit, soit au sein de structures dédiées à la toxicodépendance.

Nous nous appuyerons sur le partage d'expérience engrangé au sein d'un groupe d'« intervision » théorico-clinique transdisciplinaire qui a servi de soutien et de lieu de formation depuis plus de vingt ans, ainsi que sur des données chiffrées collectées par des stagiaires ou assistants, au sein des files actives de patients suivis. Nous ferons également appel à certains registres de données publiées.

Nous tenterons de montrer que ce modèle de prise en charge permet un accès facilité aux soins de longue durée que requièrent ces patients, et ceci à un coût avantageux, tant financier que sanitaire. Nous pointerons aussi la plus-value pédagogique de son implantation au sein de, ou en articulation avec, la première ligne de soins tout venant.

Le modèle reste fragile en raison du manque de reconnaissance officielle et académique. Nous espérons que sa confrontation à d'autres expériences d'intervention aidera à mettre en valeur ses points forts et sa visibilité.

**Françoise Vanmeerbeeck, Lawrence Cuvelier, Jerry Wérenne**

Lama Centre médico-social pour toxicomanes asbl, Maison médicale des Marolles, Bruxelles, Belgique

### **T13.3 ADDICTIONS : LE RÔLE DÉTERMINANT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIER RECOURS**

Pour soutenir le travail des professionnels de santé non spécialistes (santé au travail, santé en ville, milieu scolaire et hospitalier), La Fédération Addiction et MG Addictions ont créé un site Internet collaboratif destiné aux professionnels de premier recours pour les aider à :

- aborder la question des addictions avec leurs patients ;
- repérer un usage problématique de substance psychoactive ;
- intervenir et orienter le patient selon ses besoins.

Ce portail-partenariat est soutenu par la Direction Générale de la Santé et la MILDECA. Les partenaires impliqués dans l'élaboration du contenu sont l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies), Adalis, l'Agence santé publique France, le RESPADD, l'IPSSA, le GREA, et le RSIQ.

Ce site [www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr) propose :

- dix entretiens professionnels/patients filmés et commentés ;
- des conseils de posture professionnelle ;
- des ressources téléchargeables ;
- un annuaire des dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions.

Le contenu du site peut être utilisé dans le cadre de modules de formation ou en auto-formation.

**Dominique De Muizon<sup>1</sup>, Marine Gaubert<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Médecin Généraliste ; <sup>2</sup>Groupe partenarial du site intervenir addictions, Fédération Addiction, Paris France

#### **T13.4 LE BIEN-ÊTRE DES INTERVENANTS EST-IL UN ÉLÉMENT IMPORTANT DE L'ACCOMPAGNEMENT ADDICTOLOGIQUE ? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE MENÉE DANS TROIS CENTRES SPÉCIALISÉS EN FRANCE**

La difficulté à travailler dans les centres qui assurent un accompagnement pour les personnes présentant un usage problématique de substances est reconnu dans la littérature scientifique. Elle est généralement mesurée en termes de *burnout* et de *turnover*. Cette particularité de l'exercice professionnel addictologique a un fort impact négatif sur la qualité de l'accompagnement proposé aux usagers. La capacité descriptive de ces études est toutefois limitée et il reste important de mieux comprendre la nature de l'expérience des professionnels afin d'ouvrir des voies de recherche pour un meilleur accompagnement.

Dans une étude qualitative menée auprès de trois centres spécialisés en région parisienne (CAARUD, CSAPA, CHU), nous avons recueilli les discours de 26 professionnels. Les thèmes dégagés de l'analyse de discours révèlent une expérience émotionnelle intense, des effets problématiques sur l'accompagnement et des solutions pressenties.

La fragilité des usagers, une certaine vulnérabilité des professionnels, la puissance du produit et le cadre institutionnel instable induisent un climat de défiance dans l'accompagnement. On observe alors des tentatives de mise à distance ou de mise sous contrôle des usagers avec des conséquences problématiques pour l'efficacité et l'éthique de l'aide.

Dans cette présentation, nous nous intéressons aux solutions que les professionnels entrevoient et qui visent une certaine promotion de leur bien-être. Celle-ci passe par une organisation différente de l'institution, un autre rapport à l'environnement extérieur et un souci de soi. Loin d'être une recherche paresseuse de confort personnel, cette démarche est un engagement résolu auprès des usagers. Elle fait du bien-être des professionnels un véritable outil de soutien à l'accompagnement addictologique.

**Aymeric Reyre**

AP-HP, USPC-Paris 13, Médecine et Psychiatrie des Addictions, Bobigny, France

#### **T14 : SOINS COMPLÉMENTAIRES**

##### **Vendredi après-midi – Salle 3**

#### **T14.1 L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES ET MÈRES EN TDO : LA RELATION AU CŒUR DE L'INTERVENTION**

Il est bien documenté que la stigmatisation des femmes enceintes et mères toxicodépendantes existe dans notre société sous forme de représentations négatives et d'attitudes désapprouvées à leur égard. Cette présentation, qui se veut une réflexion sur la pratique, vise à situer les zones de pratiques professionnelles où la stigmatisation peut se faufiler et à illustrer comment il est possible de susciter l'engagement chez ces femmes, pour lesquelles la honte, la culpabilité et la peur d'être jugée posent un défi relationnel.

À partir d'extraits d'entrevues semi-dirigées avec des mères en TDO, seront explorés les liens entre la stigmatisation des femmes enceintes et mères en TDO, la perception des pratiques professionnelles qui leur sont destinées et leur engagement thérapeutique pendant la période entourant la naissance de leur enfant.

Parmi les éléments qui ressortent, les constats suivants sont particulièrement importants à considérer dans l'accompagnement des femmes enceintes et mères en TDO :

- la réalité du sevrage néonatal est des plus préoccupantes et s'accompagne de honte et de culpabilité ;
- l'intérêt d'utiliser ou non les ressources qui leur sont disponibles dépend des attitudes et discours des professionnels par rapport à leur consommation et leur traitement, ainsi que d'expériences négatives qu'elles ont vécues préalablement ;
- une seule interaction peut freiner ou faciliter le développement d'une relation thérapeutique.

**Anne-Marie Mecteau**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

## **T14.2 HOSPITALISATIONS PROGRAMMÉES CHEZ LES PERSONNES DÉPENDANTES AUX OPIOÏDES**

Les hospitalisations régulières et programmées dans le temps offrent à des patients souvent « bas seuil » le temps nécessaire non seulement à un sevrage, s'il le faut, mais aussi à un bilan tant somatique que social et psychologique. Cette temporalité peut permettre aux soignants de proposer un cadre adapté au patient et d'engager une réflexion sur sa prise en charge.

Nous discuterons ici de quelques vignettes cliniques représentatives de ce modèle d'hospitalisation.

### **Mohamed Hachaichi, Jacques Eicher, Ouafa Halloua**

Policlinique d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

## **T14.3 AU-DELÀ DU MÉFAIT : L'ACUPUNCTURE EN TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES**

Le CRAN développe depuis 2 ans une expertise unique dans le domaine des TDO en offrant un service d'acupuncture à ses usagers-ères. L'acupuncture a fait ses preuves dans le domaine des troubles liés à l'usage d'opioïdes (TLUO), mais à ce jour, aucun service n'avait été consacré uniquement aux personnes sous traitement à la méthadone ou à la buprénorphine.

Cette clientèle, souvent marginalisée, ne trouve habituellement de services que sur le plan de sa dépendance ou de ses problèmes sociaux. Une approche somatique comme l'acupuncture permet d'élargir l'horizon des soins que les personnes vivant un TLUO reçoivent habituellement des institutions médicales. L'intégration d'un service d'acupuncture à l'éventail de soins prodigués par une équipe multidisciplinaire permet d'éclairer une facette de la *harm reduction*, occultée par sa traduction française « réduction des méfaits » : la réduction des maux.

La spécificité thérapeutique de l'acupuncture est d'aborder les maux des patients par une intervention directe sur leur corps. En plus des effets physiologiques propres de l'aiguille, l'acupuncture permet aux usagers de prendre conscience de leurs sensations corporelles, leur permettant de discerner les moments de calme et les moments de stress, en plus d'identifier les éléments déclencheurs de leurs malaises. Que ce soit pour les effets secondaires des traitements à la méthadone ou à la buprénorphine, ou pour les problèmes divers hérités d'une vie parfois difficile (fatigues, douleurs chroniques, sentiment d'insécurité), l'acupuncture permet de se pencher sur les multiples dimensions des maux entourant la dépendance, et ce à partir de l'expérience et du vécu de l'utilisateur.

### **Clément Courteau, Marie-Claude Fugier**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), Montréal, Québec, Canada

## **T14.4 CONSOMMATION DE TABAC ET D'OPIOÏDES : CONSIDÉRATIONS PHARMACOLOGIQUES ET CLINIQUES**

Le tabagisme n'est pas assez pris en charge parmi les usagers de substances psychoactives suivis en centre d'addictologie. Pourtant, ces usagers, notamment les personnes dépendantes aux opiacés, sont le plus souvent fumeurs. De plus, il existe des interactions entre les systèmes nicotiques et opioïdes, interactions que les praticiens gagneraient à connaître.

A partir des études publiées sur les liens entre les effets de la nicotine et le système opioïde, les données pharmacologiques et cliniques qui en ressortent sont présentées afin de discuter l'impact des traitements de substitution sur le tabagisme.

Les données pharmacologiques montrent des interactions fortes entre la nicotine et le système opioïde, comme l'augmentation de l'expression du gène du récepteur mu sous l'effet de la nicotine. Les récepteurs mu participeraient aux effets de récompense et d'apaisement de la consommation de nicotine.

L'usage d'opioïdes semble augmenter la consommation de nicotine et réciproquement. C'est ce qui est observé chez des patients sous méthadone ou buprénorphine. Pourtant, la buprénorphine n'a pas les mêmes effets sur les récepteurs cholinergiques, ni sur les récepteurs opiacés kappa dont la stimulation majore le tabagisme.

D'autres recherches sont nécessaires pour parvenir à une meilleure compréhension de ces interactions pharmacologiques et leurs conséquences cliniques. Le tabagisme et le vapotage de nicotine devraient être évalués régulièrement chez les patients sous TAO, afin de proposer un accompagnement personnalisé

vers l'arrêt ou la réduction. Les TAO constituent une bonne occasion pour informer, prévenir et prendre en charge le tabagisme.

**Alice Deschenau, Kevin Journiac, Flora Pascuttini, Didier Touzeau**

CSAPA Liberté, ELSA, UCT, Pôle Addictions, Groupement Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif, France

## POSTERS

---

### **COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES HOMMES USAGERS DE BUPRÉNORPHINE À HAUT DOSAGE PAR VOIE INJECTABLE : À PROPOS DE 70 CAS**

Les usagers de buprénorphine à haut dosage (BHD) ou Subutex® par voie injectable en Tunisie représentent une population croissante avec un profil sociodémographique et clinique particulier et des comportements à risques, notamment dans la sphère sexuelle. Notre travail a pour objectif d'identifier les comportements sexuels masculins chez les usagers de BHD par voie injectable.

Nous avons mené une étude descriptive, transversale, auprès d'une population de 70 usagers de BHD par voie injectable, de sexe masculin. Notre population est caractérisée par un profil de jeune âge, de niveau d'instruction moyen. Quasiment toutes les substances psychoactives étaient présentes. Pour l'usage du BHD, l'âge de début était de 27±5 ans. 42.9% des sujets avaient un diagnostic d'infections sexuellement transmissibles. Des antécédents de suivi psychiatrique étaient présents dans 42.9% des cas et 34.3% des sujets ont rapporté des antécédents suicidaires.

La fréquence des rapports sexuels était mensuelle pour presque la moitié des sujets (48.6%, N=34). La plupart n'étaient pas satisfaits de leur sexualité (72.8%). La moitié des USI (51.4%) présentaient un trouble sexuel ou une dysfonction sexuelle. La majorité des sujets (80%) rapportaient la chronologie de leurs troubles après le début de la consommation du BHD. Aucune des personnes interrogées n'avait consulté en sexologie pour ses troubles.

En conclusion, notre population présentait donc une fréquence élevée de comportements sexuels à risques. Ceci rend compte de la complexité des intrications entre l'usage de substances par voie injectable et le comportement sexuel, et souligne la nécessité d'une prise en charge intégrative médico-psycho-sociale des USI.

**Olfia Meziou, Jihène Jendoubi, Salma Charradi, Amira Maamri, Haifa Zalila**

Consultation d'addictologie, Service des consultations externes, Hôpital Razi, Manouba Tunis, Tunisie

### **PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PSYCHIATRIQUE DES ADOLESCENTS AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES EN TUNISIE**

Les problèmes de dépendance chez les jeunes constituent un problème de santé publique. Une attention particulière a été portée sur l'adolescence, période de la vie à risque pour les conduites addictives. L'objectif était d'établir le profil sociodémographique et psychiatrique des adolescents ayant des conduites addictives.

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective qui a porté sur 62 adolescents âgés entre 15 et 18 ans, ayant des conduites addictives aux substances psychoactives.

Ces patients étaient majoritairement de sexe masculin. Parmi eux, 43.5% avaient des antécédents familiaux psychiatriques. 37.1% avaient des antécédents judiciaires. 11.3% avaient subi des sévices sexuels au cours de leur enfance. 17.7% avaient des antécédents de tentatives de suicides.

Le motif de consultation le plus fréquent était le trouble du comportement (37.1%). Le diagnostic (selon le DSM IV) le plus fréquemment retrouvé était la dépendance à une substance (25.8%), suivi de l'épisode dépressif majeur (14.5%). Le tabac est le produit qui était majoritairement consommé (90.3% des patients), suivi par l'alcool (59.7%). La moitié des patients consommaient du cannabis. Les benzodiazépines, le trihexyphénydyle chlorhydrate, la buprénorphine haut dosage et les solvants organiques ont été relevés respectivement chez près de 14.5%, 22.6%, 12.9% et 14.5% des patients. La polyconsommation a été observée chez 48.3%.

En conclusion, la plupart de ces adolescents ont des contacts fréquents avec les structures d'aide et de soins, pour des motifs autres que l'abus de substances. D'où l'intérêt du repérage et de l'évaluation des facteurs de risque des conduites addictives chez les adolescents, afin de les diagnostiquer et de les prendre en charge le plus précocement et ainsi d'éviter leur chronicisation à l'âge adulte.

**Olfa Meziou, Jihène Jendoubi, Ahmed Ben Hassouna, Amira Maamri, Haifa Zalila**

Consultation d'addictologie, Service des consultations externes, Hôpital Razi, Manouba Tunis, Tunisie

#### **EVALUATION DE L'ALGIE ET DE L'ANTALGIE CHEZ LES PATIENTS FAISANT UN CHANGEMENT DU TRAITEMENT AGONISTE OPIOÏDE PAR MÉTHADONE À MORPHINE RETARD (SEVRE-LONG®) : RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

La morphine retard orale (Sevre-Long®) fait partie de la liste des spécialités suisses depuis 2014 comme deuxième alternative de TAO chez les patients avec effet indésirable et/ou intolérance à la méthadone. Parallèlement à l'action opiacée centrale de la morphine, l'affinité pour les récepteurs opioïdes périphériques permet de créer un effet antalgique secondaire. Dans ce contexte, nous proposons une étude pilote pour évaluer l'évolution de la plainte algique suite à un changement de traitement de méthadone par Sevre-Long® chez les patients suivis à la Policlinique d'addictologie.

Population et déroulement de l'étude : les patients sous traitement stabilisé par méthadone chez qui un changement de TAO est indiqué (intervalle QTc allongé, interactions médicamenteuses majeures et faible réponse clinique et/ou persistance de *craving* malgré haute dose de méthadone).

Avant le changement de TAO, le patient reçoit la feuille d'information et signe le consentement éclairé. Ensuite, le questionnaire douleur est rempli avec l'investigateur autour des sujets suivants : la description de la douleur, les diagnostics et traitements existants, les consommations de substances psychoactives (prescrites ou pas), le mode de vie. L'intensité de la douleur est relevée à l'aide des échelles douleur (EVA et DoloTest). Ces données sont récoltées aussi après le changement de TAO, à 3, 6 et 12 mois.

Observations préliminaires et discussion : chez les premiers 8 sujets recrutés en 2015-2016, l'évaluation à 3-4 mois du changement de TAO met en évidence une diminution des consommations de substances psychoactives non-prescrites et une satisfaction globale par rapport au confort de vie.

**Erika Castro, Aviva Veron**

Policlinique d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

## STANDS

---

### INSTITUTIONS ET ASSOCIATIONS



Association Nationale de Réduction des Risques (RdR – Maroc), Rabat, Maroc



Association Hasnouna de soutien aux usagers de drogues (AHSUD), Tanger, Maroc

### INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE



## COMITÉS

---

### COMITÉ D'ORGANISATION

Jallal Toufiq (CHU de Rabat-Salé), Maria Sabir (CHU de Rabat-Salé), Ilham Chafi (Rush Events), Hanane Ouassini (Rush Events),

### COMITÉ INTERNATIONAL

Sébastien Alexandre (Bruxelles), Jérôme Benedetti (Montréal), Pascale Hensgens (Liège), Dominique Lamy (Mons), Nathalie Latour (Paris), Olivier Simon (Lausanne), René Stamm (Berne), Ivanka Stewart-Patterson (Montréal), Jallal Toufiq (Rabat).

### COMITÉS RÉGIONAUX

Belgique : Sébastien Alexandre, Christine Guillain, Denis Hers, Dominique Lamy, Laurence Przulucki, Caroline Theisen, Catherine Van Huyck, Serge Zombek.

Canada : David Barbeau, Jérôme Benedetti, Céline Côté, Simon Dubreucq, Marie-Ève Goyer, Karine Hudon, Pierre Lauzon, Michel Perreault, Elise Roy, Ivanka Stewart-Patterson, Anik Tremblay, Kathy Tremblay.

France : Nicolas Authier, Nicolas Bonnet, Jean-Pierre Couteron, Dominique De Muizon, Nathalie Latour, Pierre Poloméni

Maroc : Adil Ammouri, Soumia Berrada, Fatima El Omari, Meryem El Yazaji, Mehdi Paes, Maria Sabir, Jallal Toufiq

Suisse : Sophia Achab, Messaoud Benmebarek, Anne François, Ghazi Kardous, Olivier Simon, René Stamm, Daniele Zullino

### COMITÉS D'ÉVALUATION DES ABRÉGÉS

Sophia Achab (Suisse), David Barbeau (Canada), Messaoud Benmebarek (Suisse), Simon Dubreucq (Canada), Anne François (Suisse), Pascale Hensgens (Belgique), Karine Hudon (Canada), Ghazi Kardous (Suisse), Dominique Lamy (Belgique), Nathalie Latour (France), Michel Perreault (Canada), Catherine Van Huyck (Belgique), Daniele Zullino (Suisse)

### EDITION ABSTRACTBOOK

Caroline Dunand, Ingrid Vogel, Olivier Simon (CHUV, Lausanne)