AUTO SUPPORT ET RÉDUCTION DES RISQUES PARMI LES USAGERS DE DROGUES

ASUD

MAI 2018 – 2,50€

JOURNAL N°61

SPÉCIAL INJECTION

MOINS D'EXCIPIENTS, **MOINS D'INFECTIONS**

Filtrez

Injecter des particules expose aux risques d'abcès* et d'endocardite**
Réduisez les risques. Utilisez Stérifilt ou un filtre toupie

Apothicom
Des outils pour réduire les risques

*Del Giudice P (2004) Cutaneous complications of intravenous drug abuse. Br J Dermatol. 150: 1-10
**Moss R et Munt B (2003) Injection drug use and right sided endocarditis. Heart. 89: 577-581

#61

www.asud.org

Directeur de la publication : **Alessandro Stella**
Rédacteur en chef : **Fabrice Olivet**
Secrétaire de rédaction : **Isabelle Célérier**
Coordinatrice édition : **Fabienne Lopez**
Maquette : **Claude Cardot/Vélo**
Couverture et illustrations : **Arnaud Baumann**, **Captain Cavern** (pp. 2, 9, 39), **Olivia Clavel** (p. 32, 40), **Lulu Larsen** (p. 17), **Pascal** (p. 34), **Kiki Picasso** (couv, pp. 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25), **Placid** (pp. 11, 36, 37, 41, 44), **Jacques Pyon** (pp. 27, 28), **Michel Quarez** (p. 4, 6), **Muzo** (p. 15), **Anne Van der Linden** (pp. 42, 47).
Ont participé à ce numéro : **Asud-Côte-d'Uzur**, **Marie-Christine Charansonnet**, **Anne Coppel**, **Marc Dufaud**, **Jérôme Evanno**, **Jean-Pierre Galland**, **Jean-Maxence Granier**, **Elliot Imbert**, **Marie Jauffret-Roustide**, **Lenneke Kejzer**, **Bertrand Lebeau**, **Tim Madesclaire**, **Thomas Néfau**, **Fabrice Olivet**, **Béatrice Stambul**, **Vincent Benso.**

Asud-Journal est édité par l'association Asud, agréée pour représenter les usagers dans les instances publiques (arrêté du 28 11 07)
Tirage 8 000 exemplaires. ISSN : 1257–3280
Impression : Chevillon Imprimeur, 26, bd Kennedy, 89100 Sens
Ce numéro a pu paraître grâce au soutien de la Direction générale de la santé (DGS).

7 PRODUITS
2 Opioïdes de crise ou crise des opioïdes
5 Crise des opioïdes : alerter sans hurler avec les loups !
7 Opioïdes et paniques morales

10 ASUD EN RÉGION

12 DOSSIER - UNE HISTOIRE DE L'INJECTION, LES GENS ET LES OUTILS
14 Injections : le poids du social
18 Le Slam, une érotique de l'injection
20 Injection piège à… Salle de con… sommation
22 L'aiguille qui cache la forêt
25 Stéribox® Story
29 Faire évoluer les outils de la RdR
32 Vous aimez les insulines ? N'en changez pas !
33 Regardez bien l'emballage pour éviter les abcès !

35 INTERNATIONAL
35 RAfAsud, la nouvelle frontière
37 La déclaration de Grand-Bassam
38 La politique des droits en Afrique francophone

39 A-KRONIKS
8 snapshots

43 DE QUI SMOKE-T'ON ?
Beaucoup de bruit pour rien

45 NOTRE CULTURE
T'es trop dedans – Héroïne, la catastrophe invisible vue de l'intérieur

48 RÉDUCTION DES RISQUES
La Commission des stupéfiants face au défi des Nouveaux Produits de synthèse (NPS)

Alertez les bébés !

Amis injecteurs, ce numéro de printemps est fait pour mettre à jour vos connaissances. Des débats compliqués agitent le Landernau addictologique et vous devez en être informés. C'est pourquoi nous consacrons un dossier à l'injection avec l'histoire du Stéribox®, les polémiques sur les nouveaux kits, le slam… Ne fixez qu'après l'avoir lu !

La « *crise des opioïdes* » américaine est également au cœur de ce numéro. Parce qu'elle tue chaque année, par dizaines de milliers, des consommateurs, qu'ils soient « *usagers de drogues* » ou « *patients douloureux* ». Nous laisserons à d'autres le soin de distinguer les mauvais usagers des bons patients.

À partir du milieu des années 90, certains laboratoires pharmaceutiques ont mis sur le marché et promu par tous les moyens, y compris la corruption de certains médecins, des opioïdes euphorisants dont l'oxycodone est le symbole. Quand, au milieu des années 2000, les OD ont commencé à augmenter dangereusement, ces mêmes labos ont expliqué que c'était la faute d'usagers qui sniffaient ou shootaient leur OxyContin® !

« *Bons* » ou « *mauvais* », les usagers ont fini par acheter de l'héroïne sur le marché clandestin. À partir de 2011-2012, les cartels mexicains la coupent avec des opioïdes surpuissants, les « *fentanyloïdes* » ou fentanyls non pharmaceutiques (FNP). Et les overdoses s'envolent !

Ceux qui, de bonne foi, s'étaient battus pour que l'on prescrive enfin des opiacés dans la douleur furent montrés du doigt tandis que des « *guerriers de la drogue* », secrètement satisfaits, se sont répandus en propos venimeux : « *Vous voyez, si on légalisait les drogues, ce serait encore bien pire !* »

Ils oublient deux détails. Le premier, c'est la « *loi d'airain* » de la prohibition : le produit le plus puissant dans le volume le plus petit. Les FNP sont une conséquence directe de cette « *loi* ». Ensuite, les consommateurs meurent parce que le marché clandestin est « *opaque* » : comment savoir si l'héroïne que l'on consomme est, ou pas, et dans quelles proportions, coupée aux fentanyls ? Qui pourrait jurer que cette affaire américaine ne deviendra pas, un jour, européenne ?

Dans ce numéro, l'Afrique tient aussi une place qu'elle ne perdra plus. Devenu plaque tournante du trafic international, le continent doit développer la prévention et le soin et s'emparer de la réduction des risques en profitant de l'expérience internationale. Nos amis anglo-saxons l'ont compris avant nous et nous devons les imiter pour que l'Afrique de l'Ouest, majoritairement francophone, bénéficie, elle aussi, de ces avancées. À commencer par les usagers. Longue vie au RAfAsud (Réseau Afrique francophone d'autosupport des usagers de drogues) !

Enfin, c'est un gros ouvrage de 653 pages* et une aventure qui, pendant plusieurs années, entre Paris et Marseille, a réuni des chercheurs et des usagers, des chercheurs-usagers et des usagers-chercheurs. *La catastrophe invisible*, tout entière consacrée à l'histoire de l'héroïne 1950-2000 est un livre monstrueux et fabuleux. Fabrice Olivet, qui en est l'un des acteurs, tire un premier bilan de cette singulière expérience.

Bertrand Lebeau Leibovici

* *La catastrophe invisible, histoire sociale de l'héroïne*, sous la direction de Michel Kokoreff, Anne Coppel et Michel Peraldi, Editions Amsterdam, 2018.

Opioïdes de crise ou crise des opioïdes

CE QU'IL EST CONVENU D'APPELER AUJOURD'HUI LA CRISE DES OPIOÏDES RAVAGE UNE PARTIE DE L'AMÉRIQUE AVEC SON CORTÈGE D'OVERDOSES ET DE DRAMES HUMAINS AU POINT DE FAIRE BAISSER L'ESPÉRANCE DE VIE AUX USA. ON PARLE DE 50 000 À 60 000 MORTS PAR AN ET DONALD TRUMP A DÉCLARÉ L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE EN 2017. POURTANT, SI LES JOURNAUX DÉCRIVENT ABONDAMMENT LES TERRITOIRES PERDUS CONCERNÉS, LES POPULATIONS TOUCHÉES ET L'AMPLEUR DE LA CATASTROPHE DANS CETTE AMÉRIQUE PAUVRE, SURTOUT BLANCHE ET DÉSINDUSTRIALISÉE, SI ON S'ATTACHE, TARDIVEMENT, À TROUVER DES SOLUTIONS ET À TENTER DE FAIRE RECULER L'ÉPIDÉMIE, CELLE-CI RESTE PEU PENSÉE DANS SA SIGNIFICATION ET SES IMPLICATIONS. IL NOUS SEMBLE POURTANT QU'ELLE DEVRAIT MARQUER UNE ÉVOLUTION NOTABLE QUANT À LA MANIÈRE D'ENVISAGER LA QUESTION DES DROGUES.

Pharmakon

Cette crise met d'abord en lumière la confusion entre drogues et médicaments[1]. De fait, elle est largement imputée à une stratégie de prescription des *painkillers* par les laboratoires et les médecins auprès d'une population fragilisée et effectivement en souffrance. Certains de ces laboratoires ont longtemps développé un discours sur une forme d'innocuité addictive, discours relayé par les chercheurs et les médecins (voir l'article sur cette fameuse note scientifique minorant le risque addictogène[2] de certains *painkillers*). Pourtant, l'addiction s'est installée, à partir de l'OxyContin®, du tramadol, et a conduit nombre de ces consommateurs à aller chercher dans le marché prohibé des effets similaires aux prescriptions initiales, avec l'héroïne ou le fentanyl. Ici vole donc en éclats la frontière (mais a-t-elle jamais vraiment existé ?) entre le médicament prescrit, autorisé, contrôlé, et la drogue, prohibée, interdite, puisqu'apparaît au grand jour l'absence de solution de continuité de ces deux univers, mais au contraire leur porosité, et puisque le médicament, d'abord prescrit initialement contre la douleur (*painkillers*) ou *a posteriori* contre l'addiction (méthadone), produit globalement les mêmes effets que les produits prohibés (héroïne) consommés d'abord « *récréativement* » puis de façon addictive et qu'au fond, ces différents psychotropes répondent à la même demande du sujet.

Il s'agit moins de faire le procès moral de ces laboratoires (certains sont juridiquement en cours) que de noter qu'ils fonctionnent effectivement de la même façon que les acteurs illégaux du marché prohibé en cherchant à inscrire dans la durée l'usage pour des raisons économiques conformes à leur vocation d'entreprise. La rassurante limite entre le permis et l'interdit est illusoire et ne sert qu'à la construction d'un mauvais objet. Ainsi, les produits, les logiques économiques et les motivations de consommation de ces deux univers apparaissent comme les deux faces de la même monnaie. Le caractère iatrogène de cette crise pousse donc à constater que la frontière entre le prescrit et l'interdit est assez peu opérante en matière d'addiction, que les acteurs officiels et les acteurs officieux fonctionnent de la même façon en favorisant l'existence de consommateurs réguliers de leurs produits, derrière les apparences du soin, de la « *défonce* » ou de la substitution, et que, pour une large part, la toxicomanie est au moins autant liée à la recherche de l'évitement d'une forme de douleur qu'à celle d'une quête de plaisir, si tant est que cette opposition puisse être maintenue. On notera encore que nombre d'overdoses associent des produits légaux prescrits ou détournés (benzodiazépines, opioïdes) qui se potentialisent tragiquement et des psychotropes illégaux (héroïne, fentanyl) pour produire des dépressions respiratoires fatales, la frontière entre le licite et l'illicite se défaisant tragiquement dans des mélanges que les usagers ne maîtrisent pas, à la fois par méconnaissance des dosages (fentanyl) et des interactions médicamenteuses. La proscription des produits ou leur prescription irresponsable se répondent en dépossédant l'usager d'une forme de savoir.

Les opioïdes de la crise

Ce qui nous paraît aussi nouveau dans cette crise, c'est qu'on accepte (enfin) de relever un usage avec un contexte économique et social qui explique pour une part l'épidémie. Le sur-usage des antalgiques est adossé à l'existence d'une souffrance sociale effective, ce qui permet de sortir enfin de l'incrimination et du discours de la faute. Implicitement, la crise des opioïdes pousse à s'inquiéter de la demande, des causes profondes qui conduisent à l'usage et à l'addiction sans faire reposer l'ensemble des analyses soit sur la question de l'offre qu'il faudrait combattre, soit sur celle de la faiblesse morale intrinsèque à l'individu qu'il faudrait corriger. Cette prise de conscience est incroyablement tardive, mais devrait conduire à considérer différemment la question de l'usage excessif et addictif des psychotropes. Cette plus grande indétermination entre des malades souffrant de dépression, de douleurs chroniques, et des toxicomanes faisant l'expérience effective de l'addiction devrait obliger à regarder autrement la question, à déconstruire les catégories essentialisantes, en particulier celle du « *drogué* », pour envisager d'autres approches. Il faut en effet noter une évolution très forte des discours sur le sujet. Même un Trump, que les coups de menton n'effraient pourtant pas, a choisi d'aborder cette épidémie et ses victimes sous un angle plus compassionnel. Il est vrai qu'elle a d'abord touché des populations blanches, au cœur de l'Amérique, et moins directement, au moins dans une phase initiale, le cœur des centres-villes noirs. Cela viendra nourrir à juste titre les analyses qui croisent la question raciale et celle des drogues en soulignant le deux poids deux mesures qui règne entre ce qu'on disait des consommateurs d'héroïne urbains des années 60-70 et ce qu'on dit des consommateurs de *painkillers*

du Maine, du Maryland, du Connecticut ou du Delaware. Les habitants blancs des zones économiquement sinistrées qui ont élu Trump ne sont pas perçus comme les usagers noirs des ghettos, la vraie question étant de savoir s'ils sont mieux traités au final. De fait, la limite de cette démonstration est le retard abyssal avec lequel la société américaine et ses prestigieuses institutions (le Center for Disease Control d'Atlanta, le National Institute on Drug Abuse…) ont pris conscience de cette gigantesque crise. Pourtant, au-delà de cet aveuglement catastrophique, le fait de lier explicitement une crise épidémique avec des conditions de vie sociales et économiques constitue un point de départ à une réflexion nouvelle sur les conduites addictives car cela permet de dépasser la seule diabolisation des produits pour réintroduire à une place centrale l'enjeu des sujets, perçus individuellement mais aussi collectivement, et celui du contexte[3].

The war is over

Enfin, cette épidémie et le caractère catastrophique de la prévalence létale qu'elle induit, après bientôt cinquante ans de *war on drugs*, devraient conduire à sévèrement réinterroger un modèle qui repose d'abord sur la prohibition, perçue comme la première (voire la seule) ligne de défense, loin devant la prévention, la réduction de risques ou la régulation, préférant toujours la guerre contre un mauvais objet à la véritable prise en compte des sujets. Cette crise est en effet le fruit d'une accumulation d'erreurs répétées. La première est d'abord les différentes formes de catégorisations morales qui s'exercent dès que l'on aborde la question des drogues, qui conduisent à regarder totalement différemment le toxicomane injecteur et le consommateur, bientôt excessif, d'antidouleurs qui se plaint de son dos, sans voir ce qui les rapproche, le désir d'échapper par ce biais à une souffrance et le risque aussi de rencontrer l'addiction ou l'accident. La prévention, les approches psychosociales, la réflexion précoce sur le lien que l'on entretient avec un produit qui fait du bien, dans les consommations récréatives, ou qui supprime le mal, dans les traitements de la douleur, sont les parents pauvres de politiques qui interviennent toujours dans l'après-coup pour emprisonner au pire ou offrir un traitement de substitution au mieux.
Cet aveuglement passe par une méconnaissance des leviers de l'addiction, en particulier par l'impossibilité d'articuler des usages récréatifs (recherche d'un plaisir) ou des usages thérapeutiques (traitement de la douleur) avec les risques dont ils sont chacun porteur, c'est-à-dire l'installation à terme dans la chronicité avec ses cortèges d'effets de sensibilisation et d'accoutumance. Si le pire n'est pas toujours sûr, les paramètres de cette crise, son intensité, la forme d'incapacité que les pouvoirs publics ont eu à la maîtriser, devraient conduire à réévaluer les politiques jusque-là suivies pour cesser de miser l'essentiel sur l'interdit en favorisant la prévention précoce, l'information sur les addictions, les approches psychosociales, familiales et culturelles et la prise en compte effective des contextes économiques et sociétaux. Si les discours mettent en

scène les personnes décédées comme des victimes, si l'idée de faire usage de naloxone pour éviter l'overdose gagne du terrain, les vieux réflexes demeurent et la quête des coupables, ceux qui ont fourni tel ou tel produit, d'autres toxicomanes par exemple, continue à travers en particulier l'inculpation d'homicide[4] et l'idée de remettre à l'honneur la peine de mort. La folie, c'est bien de répéter les mêmes erreurs en pensant qu'elles auront un résultats différents.

Il faut donc tirer les leçons de ce drame et se préparer à vivre dans un monde où l'accès aux molécules psychotropes sera toujours plus facile et moins contrôlable, inscrit dans des modèles marchands, autorisé ou non, monde qu'aucune ligne Maginot prohibitive ne pourra protéger des addictions et des risques qui les accompagnent (ici l'overdose) sans repasser par les sujets, leur liberté, leur responsabilité et leur capacité à agir collectivement en s'appuyant sur les savoirs de la science et de la médecine, mais aussi sur l'entraide et des dynamiques collectives assez puissantes pour faire évoluer les pratiques et inscrire de nouvelles solutions, non pas dans la seule loi mais dans le tissu social et la culture. **Jean-Maxence Granier**

1. Pour un parallèle, voir le livre de David Hesberg sur la question du Valium® et des femmes dans les années 70, *Happy Pills in America : From Miltown to Prozac*
2. « Nous concluons que, malgré l'usage généralisé des narcotiques à l'hôpital, la survenue d'une addiction chez des patients sans antécédents de dépendance est rare. » http://www.slate.fr/story/147105/medecine-100-mots-tuer-en-medecine.
3. Norman Zinberg, *The Basis for Controlled Intoxicant Use*, N.Y. 1984.
4. https://slate.com/news-and-politics/2018/01/the-opioid-crisis-is-blurring-the-legal-lines-between-victim-and-perpetrator.html.

Crise des opioïdes : alerter sans hurler avec les loups !

EN AMÉRIQUE DU NORD, TANT AUX ÉTATS-UNIS QU'AU CANADA, UNE « CRISE DES OPIOÏDES » PROVOQUE DES DIZAINES DE MILLIERS DE DÉCÈS, AU POINT QU'ELLE EST DEVENUE LA PRINCIPALE CAUSE DE MORT AVANT 50 ANS ET QUE L'ÂGE MOYEN DE LA POPULATION ÉTATSUNIENNE A BAISSÉ EN 2015 ET EN 2016 ! CETTE MÊME ANNÉE, 64 000 PERSONNES SONT MORTES DE SURDOSES, DONT LES DEUX TIERS DUES AUX OPIACÉS. PARMI CES 42 000 OVERDOSES, LA MOITIÉ SONT LIÉES À DES PRESCRIPTIONS, EN PARTICULIER D'OXYCONTIN® (OXYCODONE 5, 10, 20, 30, 40, 60, 80 ET 120 MG) ET DE FENTANYL (TRANSCUTANÉ, TRANSMUQUEUX, SPRAY), L'AUTRE MOITIÉ À DE L'HÉROÏNE ISSUE DU MARCHÉ CLANDESTIN ET COUPÉE AUX FENTANYLS NON PHARMACEUTIQUES (FNP), PRINCIPALEMENT EN PROVENANCE DE CHINE ET DU MEXIQUE. QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Depuis les années 80 se produit, en Occident, un profond changement sociétal sur l'attitude à l'égard de la douleur : faut-il attendre qu'un cancéreux soit mourant pour le soulager par un opiacé puissant ? Faut-il qu'une femme accouche dans la douleur ? *Quid* de la souffrance des enfants ? Etc.

L'histoire se déroule alors en trois temps[1]. Premier temps : à partir du début des années 90, les médecins se remettent à prescrire en particulier l'oxycodone, un opiacé puissant et très euphorisant. Il est d'abord réservé aux patients cancéreux. Bientôt, cet obstacle est levé et des groupes pharmaceutiques parmi lesquels Purdue Pharma lancent de grandes campagnes de promotion en direction de nouveaux publics, d'autant que la publicité pour des médicaments sur prescription est autorisée aux US. On dit ainsi aux 70 millions de lombalgiques américains : « *Demandez de l'OxyContin® à votre médecin et vous ne souffrirez plus. Ce médicament ne peut provoquer ni dépendance ni overdose.* » Le marché s'envole. D'autant que des « *leaders d'opinion* », corrompus par certains labos, incitent les médecins à prescrire à tout-va.

Quant aux fentanyls, ce sont des opioïdes moins euphorisants que la morphine, l'héroïne ou l'oxycodone, et puissants contre la douleur. Le premier fentanyl a été synthétisé en 1959 et a d'abord été utilisé en anesthésie. Le dernier, le carfentanyl, 10 000 (dix mille !) fois plus puissant que la morphine comme antidouleur, a été synthétisé en 1974 et n'a aucune indication en médecine humaine. Il est utilisé en médecine vétérinaire pour endormir de gros animaux. Le fait que le carfentanyl soit 10 000 fois plus puissant que la morphine ne signifie pas qu'il provoque nécessairement 10 000 fois plus d'OD. Mais c'est un opiacé hyperpuissant.

Tout commence donc, et pour la première fois depuis un siècle de prohibition, par une explosion de l'offre d'opiacés sur le marché… légal, et non de la demande !

Morts par désespoir

Deuxième temps : après que des restrictions aient été mises à l'accès à l'oxycodone et à d'autres opioïdes (oxymorphone, fentanyl pharmaceutique…), des patients se tournent vers le marché clandestin pour acheter de l'héroïne. Les cartels mexicains s'aperçoivent que la demande d'héroïne croît. Et ils y répondent avec enthousiasme. En 2014, 79 % de l'héroïne qui arrive aux US vient du Mexique, contre 15 % dix ans auparavant.

Troisième temps, le plus désastreux : une héroïne coupée aux FNP apparaît sur le marché clandestin. Signe que les temps changent : le traditionnel *black tar* mexicain est remplacé par une héroïne blanche. Et les overdoses d'héroïne triplent entre 2010 et 2015. Les précurseurs permettant de fabriquer des FNP sont simples à trouver, tout comme leur synthèse. Les fentanyls constituent donc une rupture fondamentale dans l'histoire des opiacés, une histoire qui commence il y a deux siècles avec l'isolement de la morphine que contient l'opium. Les OD montent en flèche !

Cette crise des opioïdes affecte très majoritairement les Blancs, même si les derniers chiffres montrent une augmentation qui touche aussi les « *minorités visibles* », en particuliers les Afro-Américains. Or, ces derniers étaient au centre de l''épidémie d'héroïne des années 60-70 et de cocaïne/crack des années 80-90. Ces Blancs sont souvent issus des classes pauvres, touchées de plein fouet par la fermeture d'usines et victimes de la mondialisation, au point qu'on a parlé de « *morts par désespoir* » (*deaths by despair*)[2]. Certains insistent sur le fait que cette épidémie « *blanche* » ne subit pas les foudres de la répression et de l'incarcération de masse, contrairement aux deux précédentes sauf quand… les dealers de FNP sont *blacks* ![3] Et c'est vrai. Mais la crise actuelle commence par des prescriptions massives et parfaitement légales d'opioïdes à des millions d'Américains qui souffrent. Elles sont le

reflet de la cupidité sans limite de certains laboratoires et d'une partie du monde médical qui a accepté d'être corrompu. Mais auparavant, tant avec l'héro qu'avec le crack, tout se passait d'emblée et exclusivement sur le marché clandestin. Énorme différence !

Gare à l'héro coupée aux FNP !

Certains voient, dans cette troisième époque, l'application de « *la loi d'airain de la prohibition* » qui sélectionne, à volume constant, les produits les plus puissants. C'est ce qui s'était passé durant la prohibition de l'alcool (1919-1934) où le marché clandestin ne produisait plus que des alcools distillés avec un taux d'alcool très élevé, sans compter les alcools frelatés[4]. Rapport volume/puissance, les FNP sont imbattables !

Rien ne permet, a priori, de distinguer une héroïne plus ou moins blanche sans FNP d'une héroïne coupée aux FNP. Et personne ne sait si, où et quand les FNP aborderont l'Europe. C'est pourquoi les usagers d'héroïne, en particulier les injecteurs, doivent être prudents. Et la prudence, en l'occurrence, signifie : commencer par une petite quantité à l'occasion de chaque nouvel achat. Il faut « *goûter* ». Et éviter de shooter seul. Trop d'usagers sont morts de l'autre côté de l'Atlantique et qui ne demandaient qu'à vivre[5].

Il faut aussi obtenir des autorités que, devant une telle menace, la distribution large de naloxone (antidote des opiacés, sous forme de spray nasal) devienne une ardente obligation. Même si la naloxone marche, hélas, moins bien avec les FNP les plus puissants.

Il n'y a pas que les « *guerriers de la drogue* » (*drug warriors*) pour crier au loup ! Khalid Tinasti, secrétaire exécutif de la Global Commission on Drug Policy, un lobby qui lutte contre la « *prohibition punitive* » et appelle à des politiques fondées sur la réduction des risques et les droits de l'Homme, met en garde contre les FNP[6]. Prévenir les usagers de cette menace est bien le « *job* » des activistes que nous sommes.

Aux États-Unis, et pour des raisons qui restent obscures, la Food and Drug Administration (FDA) s'est tardivement emparée de la question alors que la Drug Enforcement Administration (DEA), la bête noire des partisans d'une réforme des politiques de drogues, tentait, d'ailleurs sans succès, de calmer l'appétit vorace des labos qui vendaient de l'oxycodone, des fentanyls, de l'oxymorphone et de l'hydromorphone à la pelle. Incroyable paradoxe !

Je comprends donc trop bien pourquoi cette crise historique, à fronts renversés, déstabilise notre prêt-à-penser antiprohibitionniste. Ainsi, après des décennies de « *morphinophobie* », pour reprendre le mot de Zoé Dubus[7], après qu'on ait enfin pris en charge la douleur et développé, à cause de la menace du sida, les traitements de substitution, il faudrait, de nouveau adhérer à des peurs d'un autre siècle et… hurler avec les loups !

Rien n'est plus difficile que de « *penser l'évènement* », pour parler comme Hannah Arendt. Mais les fentanyls du marché clandestin, dans la rue ou sur le Net, sont précisément un évènement de grande ampleur qui nous oblige à dépasser nos solides certitudes. Les usagers de drogues ont trois ennemis : les préjugés, la cupidité et l'ignorance.

Bertrand Lebeau

1. « *Fentanyl in the US heroin supply: a rapidly changing risk environment* », *International Journal of Drug Policy*, 46 (2017) p. 107-111.
2. « *Morbidity and mortality in the 21st century* », Anne Case et Angus Deaton, *Brookings papers on Economic Activity*, spring 2017.
3. « *Mandatory Opioid Training for Doctors isn't Necessary* », Carl Hart, *New York Times*, 28 mai 2016, et Fabrice Olivet dans ce numéro d'*Asud-Journal*.
4. « *Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law revisited* », Leo Beletsky et Corey S. Davis, *International Journal of Drug Policy*, 46 (2017), p. 156-159.
5. Raffi Ballian, activiste canadien, membre d'INPUD, l'association internationale des usagers de drogues, est décédé à la suite d'une surdose d'héroïne coupée au fentanyl, le 16 février 2017 à Vancouver, malgré une parfaite connaissance des risques liés à la présence de fentaniloïdes dans l'héroïne vendue au Canada (Ndlr).
6. *Le Monde* du 30 novembre 2017.
7. Zoé Dubus est doctorante en histoire et travaille à l'université Aix-Marseille.

Opioïdes et paniques morales

C'EST L'HISTOIRE DE LA REVANCHE DES OPIACÉS. VOUÉS AUX GÉMONIES PAR LA GUERRE LIVRÉE À L'HÉROÏNE ET L'ÉPIDÉMIE DE SIDA, ILS SONT REVENUS EN GRÂCE DANS LES FOURGONS DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT. MAIS AU-DELÀ D'UNE LECTURE COMPLOTISTE DE LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ILLICITES – CELLE QUI A TOUJOURS BESOIN DE TROUVER UN COUPABLE –, C'EST TOUTE NOTRE CONCEPTION DE L'HISTOIRE DES DROGUES QUE LA CRISE AMÉRICAINE DES OPIOÏDES NOUS OBLIGE À REVOIR.

La tuerie de Las Vegas, 1er octobre 2017. Cinquante personnes assistant à un concert country sont abattues par un collectionneur d'armes à feu depuis la fenêtre de son hôtel. Les médias français, toujours friands de bizarreries américaines, font leurs choux gras de l'incroyable légèreté de la législation sur les armes, reprenant l'antienne connue de ces Américains jamais vraiment sortis des films de cow-boys. En réalité, depuis le début de la décennie, la véritable catastrophe en Amérique du Nord, celle qui tue le plus – et de très loin –, c'est la fameuse « *épidémie d'opioïdes* »[1], comprenez les millions d'habitants du Nouveau Monde qui consomment des drogues dérivées de l'opium. En 2016, 64000 Américains sont morts des suites d'une overdose d'opiacés, soit deux fois plus que ceux, pourtant nombreux, qui ont été tués par une arme à feu. La consommation d'opioïdes a décimé plus d'Américains que la Seconde Guerre mondiale[2]. Un massacre sans précédent qui dépasse de très loin tout ce que le pays a déjà connu, qu'il s'agisse de l'héroïne des années 70 ou du *crack cocaïn* des années 90. La particularité de cette incroyable histoire est à la fois le relatif silence à l'intérieur duquel elle s'est propagée mais aussi la réelle modération carcérale qui caractérise la réaction des autorités, tant fédérales que locales.

Guerre à la drogue, guerre raciale

N'oublions pas que la guerre à la drogue fut inventée précisément en réaction à une première grande épidémie d'opioïdes, celle des ghettos de Harlem ou de South Side L.A., celle qui se profile en arrière-plan des films de la *blacksploitation* quand des *pimps* coiffés afro trimballent des tapins forcément shootés à l'héroïne dans des Cadillac mauves. Cette première épidémie d'héroïne est celle qui marque durablement l'imaginaire américain[3]. La réponse des autorités US fut d'une impitoyable férocité. Une incarcération de masse, dénoncée aujourd'hui par de nombreux commentateurs jusque dans nos colonnes[4]. Sans revenir sur la polémique soulevée par les travaux de Michelle Alexander[5], rappelons simplement que la racialisation du débat aux États-Unis est une réalité incontournable qui fait des Africains-Américains un groupe stigmatisé par la consommation et la vente de drogues dures quand la réalité montre des psychotropes illicites circulant du haut en bas de l'échelle sociale, quelle que soit la couleur de peau des consommateurs. Les effets à long terme de ce matraquage médiatique ont abouti, dans l'esprit des Américains, à une superposition entre la couleur noire et l'image d'un dealer de crack ou d'un junky[6].

L'innocence du médicament

À rebours du stéréotype véhiculé par le discours racialisé, l'idée du pouvoir quasi miraculeux du médicament est une donnée sociologique américaine émergeant dans les années 1950. D'aucuns, tel Xavier Dudouet[7], interprètent même toute l'histoire de la prohibition des drogues sous l'angle de la lutte menée par le capitalisme industriel pour se réserver le monopole de la diffusion des substances psychotropes. Dans ce schéma, les ravages de l'épidémie récente d'opioïdes fonctionnent comme une sorte de retour du refoulé. En effet, les concepteurs du discours racialisé n'avaient certainement pas escompté que les dégâts collatéraux de cette incrimination quasi biologique du dealer noir ou latino innocentaient radicalement la substance opiacée. Et pourtant, les faits sont là. Une fois l'héroïne installée dans l'univers sulfureux de « *l'enfer de la drogue* », la nature proprement opiacée de l'addiction du junky disparaît sous un brouillard de postures morales ou franchement racistes. En dehors de toute rationalité, la résonnance positive du mot « *médicament* » suffit à innocenter la molécule d'opium, emballée sous

un habillage commercial pseudo thérapeutique. À partir du début des années 2000, des groupes industriels comme Purdue Pharma, aujourd'hui incriminé par la juridiction de plusieurs États, ont proposé au grand public de soigner leurs angines ou leurs troubles digestifs avec des opioïdes[8]. Ironie de l'histoire, les mêmes stéréotypes racistes ont paradoxalement protégé les familles noires et latinos, les médecins étant plus réticents à leur prescrire des opiacés par crainte de détournement.

Pure coïncidence sans doute, la guerre menée contre l'héroïne, suivie par l'épidémie d'opioïdes, recouvre une période rigoureusement contemporaine du phénomène *Big Pharma* qui a transformé les grandes firmes pharmaceutiques en mastodontes, disposant de la manne inépuisable des fonds de pensions des millions de retraités occidentaux. L'industrie pharmaceutique est aujourd'hui au tout premier rang des sources de revenu capitaliste, passant de 17 % de la richesse mondiale en 2008 à 27 % en 2018[9]. C'est beaucoup plus que l'industrie automobile, plus que les milliardaires du pétrole, et bien plus que les marchands de canons…

Épidémie et dépendance, les armes du complot

À ce moment de la démonstration, la tentation est grande de démasquer un nouveau méchant. L'explication classique – reprise par les grands médias français – est celle de l'impitoyable fatalité de l'addiction, cette fois relayée par les vilaines firmes capitalistes qui remplacent dans l'imagination les méchants dealers d'autrefois. En matière de drogue, le complotisme est un langage usuel. Il est tentant d'associer la progression du nombre de consommateurs d'une substance illicite aux puissances occultes. Les pourvoyeurs, quels qu'ils soient, sont forcément des agents du Mal et à l'autre bout du spectre, notre jeunesse est ontologiquement une victime innocente. Le terme même d'addiction intègre implicitement la dépendance comme seule et unique modalité d'usage, ce qui relativise d'emblée la responsabilité individuelle des usagers. Dans une version alternative non exclusive, ce sont les sites mafieux russes ou chinois, pourvoyeurs de carfentanyl sur le Net, qui incarnent la figure du Mal. Évidemment, la stratégie de conquête du marché des *Big Pharmas* à base d'éléments de langage mensongers est indéniable. Oui, les sites qui inondent le marché de fentanyloïdes 100 fois plus puissants que la morphine sont des criminels. Mais la crise des opioïdes est-elle censée inverser la logique capitaliste mécaniquement intéressée par le seul de profit ? La crise des opioïdes est-elle censée transformer en gentils samaritains des mafieux russes ou chinois qui vendent aussi des organes humains, ou des esclaves sexuels ?

Dans le cas présent, l'ampleur de l'hécatombe a permis aux commentateurs d'enfourcher le schéma du « *fléau de la drogue* ». Le terme « *épidémie* » d'overdoses est suffisamment explicite d'une approche nécessairement pathologique, un appareil de pensée basé sur la prépondérance de l'offre en matière de drogue, un système qui sous-tend toute la pensée prohibitionniste.

Le retour des opioïdes : un triomphe de la demande

Le principe de prohibition est solidement assis sur la croyance en l'absolue supériorité des mécanismes de l'offre par rapport à la demande pour expliquer un acte de consommation. Supprimez ou diminuez fortement cette offre, et vous résolvez la question. Les coupables, car il faut des coupables dans cette version, sont les pourvoyeurs, les trafiquants, et à la toute fin, les usagers qui partagent, diffusent, offrent et « *font tourner* » (pas assez, mais c'est un autre débat). L'idée que des personnes puissent volontairement et même rationnellement opter pour une consommation, fut-elle maîtrisée, est incompatible avec la substance même de la prohibition.

Or, il convient de rappeler que l'opium et ses alcaloïdes sont dans le top 50 des drogues depuis 20 000 ans. Le fait que la consommation de masse concerne cette fois plutôt des Blancs de la classe moyenne a permis à l'administration de ne pas céder tout de suite au schéma classique de la répression de masse. Quant aux pourvoyeurs, il était compliqué de passer par les armes des acteurs majeurs du capitalisme mondial. De manière caractéristique, la presse américaine s'est penchée sur les motivations sociales des usagers en corrélant explicitement le drame social des habitants de la *Rust Belt*[10] et le phénomène de sur-prescription. C'est un changement, car présenter la sociologie des consommateurs de drogues comme un argument explicatif fut longtemps assimilé à une forme de laxisme, pas très éloigné du « *comprendre, c'est déjà excuser* » d'un ex-Premier ministre français à propos du terrorisme. Autre signe de rupture avec la politique du bâton, l'épidémie s'est vu qualifier d'« *urgence de santé publique* » le 26 octobre 2016 par Donald Trump. « *Santé* » étant le mot-clé pour un président a priori peu connu pour son empathie à l'égard des drogués. Pour combattre la catastrophe, le gouvernement a autorisé la fourniture de naloxone aux forces de police et aux familles, un geste à la fois réaliste et efficace. Autant d'inflexions qui tendent vers une politique de réduction des risques, un concept jusqu'à présent peu en vogue outre-Atlantique.

Cette rupture avec l'obsession de la réduction de l'offre est saluée par le Pr Carl Hart dans le *New York Times*[11], tout en soulignant le fléchage des réponses sanitaires sur la couleur de la peau des victimes. Prompt à pousser le curseur, il dénonce sur son site Internet une focalisation sur la seule réglementation médicale au lieu de s'intéresser aux comportements des patients : « *Doctors dont 't need opioids training, public need education* »[12]. Une approche qualitative de la nature des overdoses mortelles semble lui donner raison : les trois-quarts des décès seraient à mettre au compte de cocktails mélangeant alcool, benzodiazépines et/ou

opiacés, et non pas le résultat de la seule prescription.

Autre évolution plus récente, la mortalité chez les Africains-Américains, relativement épargnés dans un premier temps, est repartie à la hausse au fur et à mesure que l'« *épidémie* » s'est déportée sur des consommations d'héroïne coupée au fentanyl. La boucle est enfin bouclée : les dealers, les Noirs et l'héroïne sont de retour. Ce qui n'a pas manqué de produire un effet pavlovien chez le président Trump, qui réclame la peine de mort contre les trafiquants le jour de la présentation de son plan antidrogue, le 19 mars 2018. Après un court vacillement dû au caractère très particulier d'un phénomène faussement qualifié de iatrogène, ce retour au basique risque de nous replonger dans la répression classique de l'offre.

Si nous refusons de changer notre logiciel d'analyse en nous focalisant toujours et encore sur le seul rôle des substances et, par analogie, sur ceux qui les mettent sur le marché, nous ratons la cible. Dans ce ratage permanent, addictologues et policiers se donnent la main pour nous servir une théorie du complot basée sur le pouvoir tyrannique de l'addiction. L'impossibilité matérielle de réprimer ces véritables pourvoyeurs de drogues que sont les *Big Pharmas* a un temps obligé la société américaine, son administration, et les médias *main stream* à s'intéresser à la demande de ces usagers blancs. La difficulté qu'il y avait à diaboliser ces électeurs républicains et fervents soutiens du président Trump a permis de voir émerger la *despair crisis*[13], la crise de désespérance qui frappe l'Amérique des ouvriers au chômage. Pour une fois, la demande est apparue pour ce qu'elle est, le moteur de l'histoire. Malheureusement, les fondamentaux n'ont jamais été ébranlés. Pour touchante qu'elle soit, la crise de désespérance reste sur le terrain rassurant du drame social qui relativise toute idée de choix rationnel et volontaire dans la prise d'opiacé. Si les opioïdes font à ce point un retour têtu tous les trente ans, peut-être convient-il d'apprendre à ne pas mourir d'en prendre, d'apprendre à vivre avec, d'apprendre à les consommer.

Fabrice Olivet

1. Les opioïdes et les opiacés sont des termes quasi synonymes, tous les opiacés (héroïne, morphine, codéinés…) sont des opioïdes, mais cette dénomination inclut également les opiacés de synthèse, comme la méthadone, ou les antidouleurs pharmaceutiques à base d'opium.
2. 350 000décès entre 1999 et 2016, d'après le Center for Disease Control and prevention (CDC).
3. En 1967, Lou Reed chante *I'm waiting for the man* pour parler de ses interminables attentes du dealer à Lexington Avenue, une rue qui traverse le ghetto noir de Harlem.
4. « *Dix questions à Michelle Alexander* », *Asud-Journal* n° 52.
5. Michelle Alexander, *La Couleur de la Justice*, Ellypse, 2016.
6. La figure racisée du méchant dealer est loin d'être une exclusivité américaine : voir Michel Kokoreff, Anne Coppel, Michel Peraldi, *La Catastrophe Invisible*, Éd. Amsterdam, Paris 2018.
7. Xavier Dudouet, *Politique internationale des drogues, histoire du marché légal des stupéfiants*, Paris 2009.
8. Voir l'article de Bertrand Lebeau, p. 5.
9. *Les Echos*, 27-02-2018.
10. La « *ceinture rouillée* », expression classique aux États-Unis pour désigner un groupe d'États concernés par un phénomène donné, ici la désindustrialisation des régions situées au sud du massif des Appalaches sur la côte Est.
11. "The real opioid emergency", Carl Hart, *New York Times*, 18 août 2017.
12. « *Les médecins n'ont pas besoin d'être formés aux opioïdes, la population doit l'être* », http://drcarlhart.com/
13. "*The opioid crisis is getting worse, particularly for black Americans*", J.Katz & A. Goodnough, *New York Times*, 22 décembre 2017.

NICE !

« CACHEZ CES TOXICOS QUE NOUS NE SAURIONS VOIR »

Asud-Nice : le retour. Il y a vingt ans, une première association Asud-Côte-d'Azur voyait le jour dans le sillage de la « Mission rave » de Médecin du monde. Après quelques années d'existence psycho stimulée, l'association a fini par rendre son tablier. Aujourd'hui, de nouveaux militants ont relevé le défi de faire revivre une association d'autosupport à l'ombre des palmiers de la Promenade des Anglais pour rompre avec une certaine image de la ville qui cache souvent une grande pauvreté. À Nice, comme ailleurs, précarité et usage de drogues, c'est la double peine.

COMMENT TROUVER DU MATOS ?

En janvier 2018, Nice comptait 2 Caarud (Lou Passagin et Entractes) pour environ 350 000 habitants, dont 1 sans local (Entractes), et 1 seul distribox en façade de pharmacie. Des maraudes sont organisées, sac au dos, pince à déchets dans la main droite, Dasri (récupérateur de déchets à risque infectieux) dans la main gauche, et des permanences dans un bus 3 fois par semaine (19 h 30-20 h 30). 3 Csapa, Aides et le centre LGBT mettent à disposition du matériel stérile certains jours et à certaines heures.

Asud-Nice[1] a vu le jour en octobre 2016, dans un contexte de profonde régression de la politique de réduction des risques dans la ville. Usagers de Caarud et de Csapa, consommateurs, professionnels du secteur social et médical, militants – tout le monde s'est uni face à l'urgence d'inverser le cours d'une politique de santé locale hermétique au concept de réduction des risques. L'accès au matériel relève du parcours du combattant (voir encadré) et les structures qui en disposent notent une forte hausse de leur fréquentation. Alors que pour répondre aux besoins des consommateurs d'autres s'essayent à la salle de consommation à moindres risques (SCMR) et à l'accompagnement des usages par voie intraveineuse (AERLI), les peurs et la stigmatisation alimentent la frilosité des élus.

Comment en est-on arrivé là ?

Quelques faits marquants pour mieux comprendre comment on en est arrivé là.

En 2012, la ville de Nice n'hésite pas à fermer le local d'Entractes, ouvert en 1998 et qui affichait une file active d'environ 1 000 personnes par an. Les usagers perdent un lieu stratégique de RdR et se retrouvent sans repères, sans lieu ressources. Le Caarud Lou Passagin doit alors faire face à une augmentation de sa file active, et gérer au plus près les désagréments que cela peut occasionner pour le voisinage. L'année suivante, après négociation avec la ville pour déterminer des lieux adaptés, Entractes redéploie son action avec un bus. Des permanences quotidiennes sont organisées dans le centre-ville, accueillant les usagers sur le trottoir, dans un bricolage généralisé des missions du Caarud. Grâce à ces deux dispositifs (accueil à Lou Passagin et bus Entractes), les usagers parviennent encore à trouver du matériel d'injection stérile. Un distribox échangeur/récupérateur est en fonction dans un lieu proche de la scène.

On serait presque arrivé à s'accommoder de cette situation si, fin juin 2017, les autorisations de stationner du bus n'avaient pas été retirées sous le prétexte d'une « *requalification* » du quartier. En clair, la ville ne veut plus voir le bus exposer son lot d'usagers dans le cœur historique. Cachez ces usagers que nous ne saurions voir…

Le seul distribox échangeur/récupérateur installé à proximité des lieux de passage et de rencontre a, quant à lui, été « arraché » de terre, huit mois plus tard, il vient à peine d'être réinstallé.

La multiplication des risques (MdR)

On ne s'étonnera pas que cette difficulté d'accueil, d'accès au soin et au matériel stérile entraîne une multiplication des risques. Ne trouvant plus en centre-ville de lieux où faire une pause, discuter et échanger, les personnes n'hésitent pas à réutiliser leur matériel. Elles subissent une « traque » organisée par la police avec contraventions sous multiples prétextes. N'oublions pas qu'il s'agit là de personnes en grande précarité.

Pour clôturer cette salade niçoise, parlons aussi des consommateurs lambda, slameurs, ravers, festoyeurs, madame monsieur Tout-le-monde pour lesquels il est urgent de mettre en place un dispositif d'analyse des produits, à proximité des lieux festifs et dans les clubs repérés.

Malgré les difficultés rencontrées, les acteurs niçois de la RdR ne baissent pas les bras ! Usagers, militants et professionnels restent mobilisés et actifs pour mettre en œuvre une politique de RdR concertée avec tous les partenaires et la ville de Nice. Une première rencontre a eu lieu début février avec une collaboratrice de l'adjoint à la Santé de la mairie, au cours de laquelle nous avons présenté Asud, puis évoqué la situation à Nice. Nous sommes désormais invités à participer à la coordination mise en place début mars entre les différents acteurs de la réduction des risques.

Asud-Côte-d'Uzur

1. La première association Asud-Nice a travaillé dans l'espace festif et en club. Elle s'est éteinte à la suite du décès de plusieurs de ses fondateurs morts du sida dans ces années évoquées par le film *120 battements par minute*.

ASUD MARS SAY YEAH À LA RUE !

Pour la deuxième fois en trois ans, le Caarud Asud Mars Say Yeah se retrouve, par décision de justice, expulsé de ses locaux, situés 57-59, rue du Coq dans le 1er arrondissement de Marseille. L'histoire résume bien la difficulté, voire l'impossibilité, pour une association d'usagers, de fonctionner dans le tissu urbain le plus approprié, c'est-à-dire en centre-ville, près des lieux de regroupement et de consommation de nos clients.

Depuis des années, le Caarud Asud était installé au 52, rue du Coq, dans des locaux, certes exigus, mais la structure accueillait et accompagnait des bénéficiaires dont les caractéristiques étaient : une grande précarité, une désaffiliation importante de tous les dispositifs de droit commun et des usages de drogues et de médicaments détournés multiples avec une prévalence forte de l'injection. Marseille ne disposant pas de « *Boutique* », il revient naturellement à Asud de réaliser ce projet. Sauf qu'il fallait trouver un local adapté. Et que, pendant qu'on cherchait vainement, les « nuisances », comme disent les riverains, s'amplifiaient : attroupements devant la porte, tractations de toute sorte, consommation visible, etc.

Évidemment, notre proximité avec des lieux de prostitution, et avec le Sleep In, a progressivement fait monter l'hostilité du CIQ qui a organisé des pétitions et déclenché une procédure contre nous. Chercher un local en centre-ville se révèle une vraie gageure : le quartier n'est pourtant ni résidentiel ni luxueux, mais l'intolérance et le rejet s'accroissent et toutes nos démarches échouent.

À quelques jours de notre mise à la rue, nous signons pour le seul site disponible trouvé : au 57-59, rue du Coq, c'est-à-dire exactement en face ! Nos efforts de médiation n'empêcheront pas la colère des riverains, majorée par la reproduction des mêmes dommages que précédemment, le nouveau local n'étant pas plus adapté que le précédent. Et l'histoire se répète : démêlés avec les voisins, pétitions, procès, expulsion imminente. Ni le soutien de la mairie ni celui de l' Agence régionale de santé (ARS) n'y ont fait : nous sommes à la rue. Certes, l'équipe, très mobilisée, va renouer avec les fondamentaux de la RdR – *outreach*, travail de rue – mais l'avenir est incertain. Quitter le centre-ville, aménager un espace beaucoup plus grand, présente des risques et coûte cher. Dans le 1er arrondissement, la mairie nous propose des locaux désaffectés à réhabiliter (donc à échéance lointaine) et dans le même quartier (donc avec le même CIQ).

Notre volonté militante et le soutien des tutelles sont nécessaires, mais pas suffisants pour installer le changement dans le quotidien. Cette mésaventure s'ajoute au défaut d'accès aux services fondamentaux pour les usagers que nous recensons à travers l'Observatoire des droits des usagers (ODU) et qui exigent un plaidoyer fort pour promouvoir les droits des personnes qui consomment, et combattre la stigmatisation.

Béatrice Stambul
Présidente d'Asud Mars Say Yeah

On n'en peut plus

« On veut partir, on n'en peut plus. C'est maltraitant pour nous et pour les personnes. Reprendre l'aller-vers et les bases de la RdR nous fera du bien. J'ai l'impression de faire le vigile. Donner des sandwiches à la porte, ne pas faire de RdR ni Trod… Donner du matos est le seul poste où je me reconnais, le seul moyen d'avoir un échange, mais cette entrée, ce sas… » Paroles d'équipe

L'injection de drogues reste dans la représentation collective le geste éponyme, celui qui marque la vérité du drogué. Nous avons déjà consacré plusieurs articles* au caractère symbolique de la shooteuse et à l'odeur de soufre qui imprègne son évocation. Il faut également rappeler tout ce que la politique de réduction des risques (RdR) doit aux seringues contaminées dans un tango législatif rappelé dans ce dossier (voir p. 20).

Asud continue de produire un *Manuel du shoot à moindres risques* dont l'ancêtre a été conçu en 1994. Ce premier flyer de RdR a largement participé à asseoir notre crédibilité, autant chez les usagers que chez les intervenants. Mais si la shooteuse reste d'actualité, les injecteurs, eux, semblent bien différents de ce qu'ils furent au moment de l'invention de la RdR. « *Non seulement aujourd'hui les injecteurs ne sont plus héroïnomanes en majorité, mais ils ont aussi considérablement changé de statut social.* » Marie Jauffret-Roustide nous parle de ces véritables « *communautés* » qui caractérisent aujourd'hui l'injection, des sous-groupes, presque des tribus, souvent déterminés par un environnement social et culturel minoritaire et souvent discriminés. Russophones, « *injecteur de Sken* », slameurs, tous ont en commun de partager une pratique dénigrée à l'intérieur même de la communauté des usagers de substances illicites.

SAME PLAYER SHOOTS AGAIN

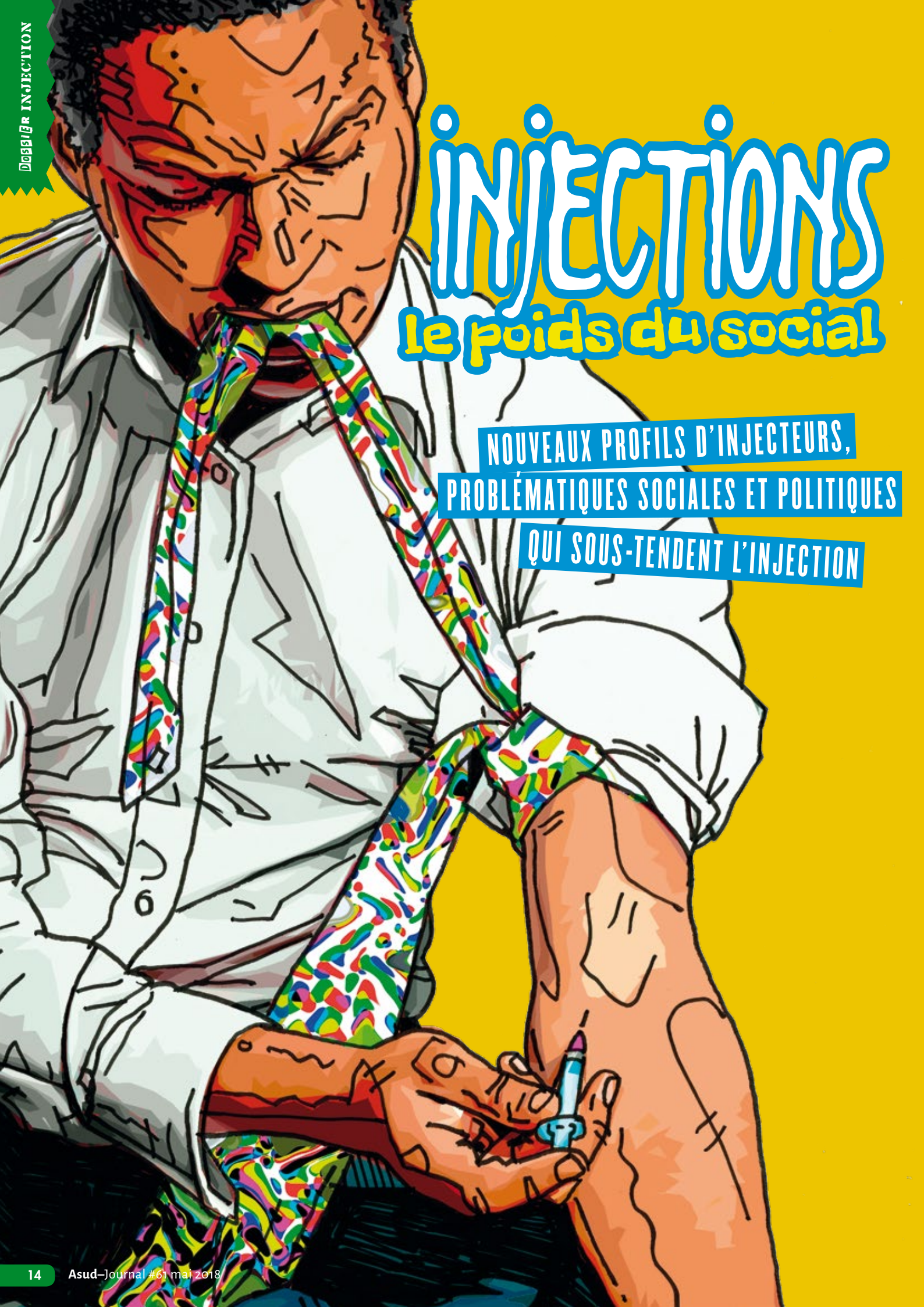
DOSSIER

UNE HISTOIRE DE L'INJECTION LES GENS ET LES OUTILS

Et si la vérité de l'injection aujourd'hui était celle d'un stigmate accru ? Et si, après ces millions de shooteuses déversées quasi clandestinement par tous les Caarud, Csapa et automates divers, le stigmate initial en sortait renforcé, quasi triomphant ? Partout où les injecteurs sont visibles, ils sont l'objet d'une chasse impitoyable, en prison, dans les squats, ou sur les trottoirs. Et si, pour une fois, on s'attachait avant tout à comprendre l'injection du point de vue des injecteurs, en y intégrant ce qui reste l'élément maltraité systématiquement ? Plus qu'un rite ou l'expression d'un usage particulièrement pathologique, l'injection a une fonction propre en termes de projet de consommation. Le fait que ce projet reste surtout en vogue dans des groupes victimes d'une adversité sociale avérée est révélateur. L'injection est une fin de non-recevoir signifiée au nouveau discours politiquement correct de l'addictologie, voire de la réduction des risques. Centrée sur une seule logique – un max d'effets avec un minimum de prod en un minimum de temps –, l'injection reste punk. Ciao Bloodi.

Fabrice Olivet

* « *L'injection de substances psychoactives* », Fabrice Olivet, *Asud-Journal* n°24 et « *L'injonction paradoxale* », Fabrice Olivet, *Asud-Journal* n°54



INJECTIONS
le poids du social

NOUVEAUX PROFILS D'INJECTEURS, PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET POLITIQUES QUI SOUS-TENDENT L'INJECTION

Marie Jauffret-Roustide est sociologue, chargée de recherche à l'Inserm et co-coordinatrice du programme D3S « Sciences sociales, Drogues et Sociétés » à l'École des hautes études en sciences sociale (EHESS). Elle est également une compagne de route d'Asud, qui s'est penchée sur l'usage des drogues appréhendé comme objet social normatif, plutôt que sous l'angle de la sociologie de la déviance. Auteure d'une comparaison pertinente entre Asud et Narcotiques anonymes en 2002[1], nous l'avons sollicitée dans ce numéro sur l'injection pour son regard de professionnelle qui interroge les stéréotypes… Et pas toujours dans le sens de la pente.

L'usage de drogues par injection reste encore aujourd'hui très associé à l'image « *déjantée* », voire « *dégradée* », du junky et à la maladie en raison de l'épidémie de VIH qui a décimé toute une génération d'héroïnomanes dans les années 80 et 90, avant l'arrivée des mesures de réduction des risques et des trithérapies. L'injection a longtemps été associée à l'héroïne, même si dans les années 70-80, elle concernait déjà également d'autres produits comme les amphétamines, en lien avec le mouvement punk. Aujourd'hui encore, les profils et les pratiques des usagers qui recourent à l'injection ne se réduisent pas à un produit et sont bien plus variés. Notre imaginaire social de l'injection et des injecteurs est construit par les stéréotypes produits dans les médias qui tendent à véhiculer des images de l'injection en lien avec la dégradation sociale et sanitaire. Les données scientifiques disponibles, produites le plus souvent par le biais d'enquêtes quantitatives en santé publique, contribuent également à construire le portrait des injecteurs d'aujourd'hui. Ces enquêtes épidémiologiques s'appuient sur un recueil de données mené auprès des usagers qui fréquentent les dispositifs de soin en addictologie et de réduction des risques, et nous renseignent donc sur les usagers qui sont en difficulté avec les produits et/ou qui ont besoin d'aide. Elles peuvent être complétées par quelques rares enquêtes qualitatives en sciences sociales. L'ensemble des données disponibles met en évidence que les rapports aux produits sont davantage modelés par les contextes sociaux et politiques dans lesquels les usagers consomment et injectent, que par les produits eux-mêmes.

Migrants de l'Est, précaires et slameurs

Les nouvelles figures d'injecteurs actuellement les plus visibles dans le débat public ou les plus présentes dans les enquêtes (révélatrices de la population reçue dans les structures de soin et de réduction des risques) sont les suivantes : les injecteurs d'opiacés venus de pays de l'ex-bloc soviétique (Géorgie, Russie, Tchétchénie, Ukraine…), qui appartiennent à la « *communauté des migrants* » ; les injecteurs de sulfates de morphine (Skenan®), qui appartiennent à la « *communauté des précaires* » ; et les slameurs, qui appartiennent à la « *communauté LGBT* ». Si ces communautés ne sont pas étanches et peuvent s'entrecroiser (surtout pour les deux premières), elles ont toutes en commun d'être l'objet de discrimination sociale et politique, mais également parfois économique et sanitaire.

Les usagers russophones sont un parfait exemple de la stigmatisation à l'encontre des injecteurs : ils sont aujourd'hui le symbole des ravages des politiques répressives vis-à-vis des usagers de drogues dans les pays de l'ex-bloc soviétique, et des préjugés qui persistent à l'encontre des consommateurs. Ces injecteurs d'opiacés sont souvent décrits comme ayant des pratiques extrêmes (utilisation de seringues de très grande contenance avec de grosses aiguilles, préparation de mélanges opiacés aux effets puissants) et comme étant désaffiliés socialement et réticents aux messages de réduction des risques. Les études disponibles sur les usagers russophones[2] mettent pourtant en évidence qu'ils ont des niveaux d'étude plus élevés que les usagers francophones fréquentant les dispositifs de soin et de réduction des risques et que c'est leur arrivée en France qui les positionne dans une situation de déclassement social, liée à la répression et à la discrimination de l'usage de drogues dans leur pays d'origine qui les a amenés à fuir. Arrivés en France, ils ont certes accès aux mesures de réduction des risques (aux seringues et aux traitements de substitution) et peuvent parfois traiter leur hépatite C, mais ils vivent dans des conditions sociales difficiles, souvent dans des logements de fortune, bénéficiant de la solidarité communautaire. Leurs pratiques à risque (en particulier le partage de seringue) sont moins élevées que celles des usagers francophones, ce qui montre qu'ils peuvent s'emparer des moyens de prévention qui leur sont offerts, contrairement aux préjugés qui ont longtemps circulé sur ces populations. Ils sont aujourd'hui également des consommateurs de crack, ce qui montre comment les usagers s'adaptent aux lois du marché et au contexte social dans lequel ils consomment.

Une réponse biomédicale univoque

Des politiques de santé publique mises en place dans le contexte d'urgence vitale de l'épidémie de sida se sont attachées à réduire les risques liés à l'injection : de la mise en vente libre des seringues en 1987 aux salles de consommation à moindres risques en 2016, en passant par les programmes d'échange de seringues, l'implantation des automates, l'éducation et/ou l'accompagnement à l'injection. Ces politiques ont toutefois été mises en place tardivement en France, décimant toute une génération d'injecteurs et en particulier les plus vulnérables, une véritable « *catastrophe invisible* »[3]. Même si les politiques de réduction des risques ont permis de faire diminuer l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs, des efforts restent encore nécessaires aujourd'hui concernant l'amélioration des trousses d'injection, qui ne sont pas adaptées au risque bactérien (absence de filtres à membrane et de champs de soin), de l'accès au matériel d'injection en milieu rural, mais également la réflexion autour d'espaces de consommation au sein des dispositifs de soin et de réduction des risques. Penser les drogues sous l'angle du sanitaire par le biais de la lutte contre le sida ou les hépatites a permis de rompre en partie avec un regard exclusivement moralisateur qui ne proposait aux usagers que la rédemption par l'abstinence et la psychothérapie, mais cette réponse biomédicale a eu peu d'effet concernant les inégalités sociales et politiques majeures auxquelles sont confrontés les usagers injecteurs. Des inégalités sociales et territoriales persistent dans l'accès au matériel d'injection (dans la dernière enquête Coquelicot, 30 % des usagers déclarent avoir eu des difficultés à se procurer des seringues au cours des 6 derniers mois, jusqu'à 60 % en Seine-Saint-Denis[4]), mettant en évidence que les usagers sont soumis aux réticences idéologiques de certains pharmaciens qui refusent encore aujourd'hui de délivrer des seringues, malgré la loi.

Des dommages sociaux plutôt que sanitaires

Les dommages qui sont présentés comme associés à l'usage de drogues sont le plus souvent attribués exclusivement aux produits, alors que les conditions sociales et politiques dans lesquelles les usagers consomment entraînent également des dommages. De nombreuses études ont ainsi montré l'impact délétère de la criminalisation de l'usage de drogues dans l'exposition au risque, en particulier pour les pratiques d'injection qui, quand elles sont fortement réprimées par la loi, ont entraîné une exposition aux maladies infectieuses, en particulier au VIH, particulièrement élevée[5]. Les usagers injecteurs qui fréquentent la salle d'injection parisienne sont le plus souvent des injecteurs de médicaments comme les sulfates de morphine et constituent des figures modernes de la précarité à l'instar des fumeurs de crack. Ces usagers de drogues qui subissent pauvreté, marginalisation et clandestinité sont également confrontés à des formes de violence physique et psychique, liées à la répression et la stigmatisation sociale. Dans le même temps, leur présence peut venir troubler l'ordre public et le quotidien des riverains. Les corps décharnés, les regards hagards, les démarches titubantes des usagers les plus précaires qui occupent l'espace public car ils n'ont pas d'autre endroit où aller peuvent constituer des images perturbantes pour les riverains[6]. Les salles d'injection sont souvent présentées comme une réponse à la visibilité des toxicomanes dans l'espace public, parfois vécue comme « *insoutenable* ». Le débat actuel sur les salles de consommation à moindres risques en France est révélateur de la confusion entre problèmes liés à l'addiction et problèmes sociaux. Les troubles à l'ordre public qui sont vécus et dénoncés par les riverains sont avant tout liés à la détresse sociale et psychologique d'une partie des usagers fréquentant les salles qui cumule les vulnérabilités sociales : la majorité vit dans la rue, n'a pas d'emploi, certains ont des comorbidités psychiatriques et sont rejetés de toute part. L'injection est aujourd'hui avant tout un marqueur de la précarité sociale. Les politiques de réduction des risques méritent aujourd'hui d'être renforcées mais également de prendre au sérieux la dimension sociale et politique des pratiques d'injection, afin d'être efficaces pour les usagers, et l'environnement social dans son ensemble.

Marie Jauffret-Roustide

1. M. Jauffret-Roustide, « *Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues. Mise en œuvre de nouvelles formes d'expertise* », in M. Kokoreff/Claude Faugeron , *Sociétés avec drogues* , Paris , 2002
2. « *Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris* », Jauffret-Roustide M, Serebroskhaya D, Chollet A, Barin F, Pillonel J, Sommen C, Avril E, Weill-Barillet L., ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2017, n° 14-15, 20 juin : 285-290.
3. *La catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne*, Kokoreff M, Coppel A, Peraldi M. Editions Amsterdam, 2018.
4. "*Hepatitis C Virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of areas in France*", Weill-Barillet L, Pillonel J, Pascal X, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Barin F, Jauffret-Roustide M., ANRS-Coquelicot Survey. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2016, Sep ; 64 (4) : 301-12.
5. "*Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas*", Friedman SR, Cooper HL, Tempalski B, Keem M, Friedman R, Flom PL, Des Jarlais DC et al. 2006. *AIDS*; 20 (1): 93-99.
6. « *Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique* », Jauffret-Roustide M., *Métropolitiques. Revue électronique internationale de sciences sociales sur les politiques urbaines*, mars 2011.

LE SLAM
une érotique de l'injection

« AU-DELÀ DU RÉCRÉATIF », NOUS DIT TIM MADESCLAIRE. C'EST BIEN DE CELA QU'IL S'AGIT QUAND ON ENTEND PARLER DU SLAM ET DES SLAMEURS, DE LA RADICALITÉ DU SLAM, MAIS AUSSI DE SON ÉROTISME. EN L'ESPACE DE QUELQUES ANNÉES, CETTE PRATIQUE DÉVIANTE À LA FOIS DU MAINSTREAM GAY ET TOX EST VENUE RÉINTERROGER LES DEUX MONDES, AU POINT D'ÊTRE PEUT-ÊTRE PARFOIS ASSOURDISSANTE.

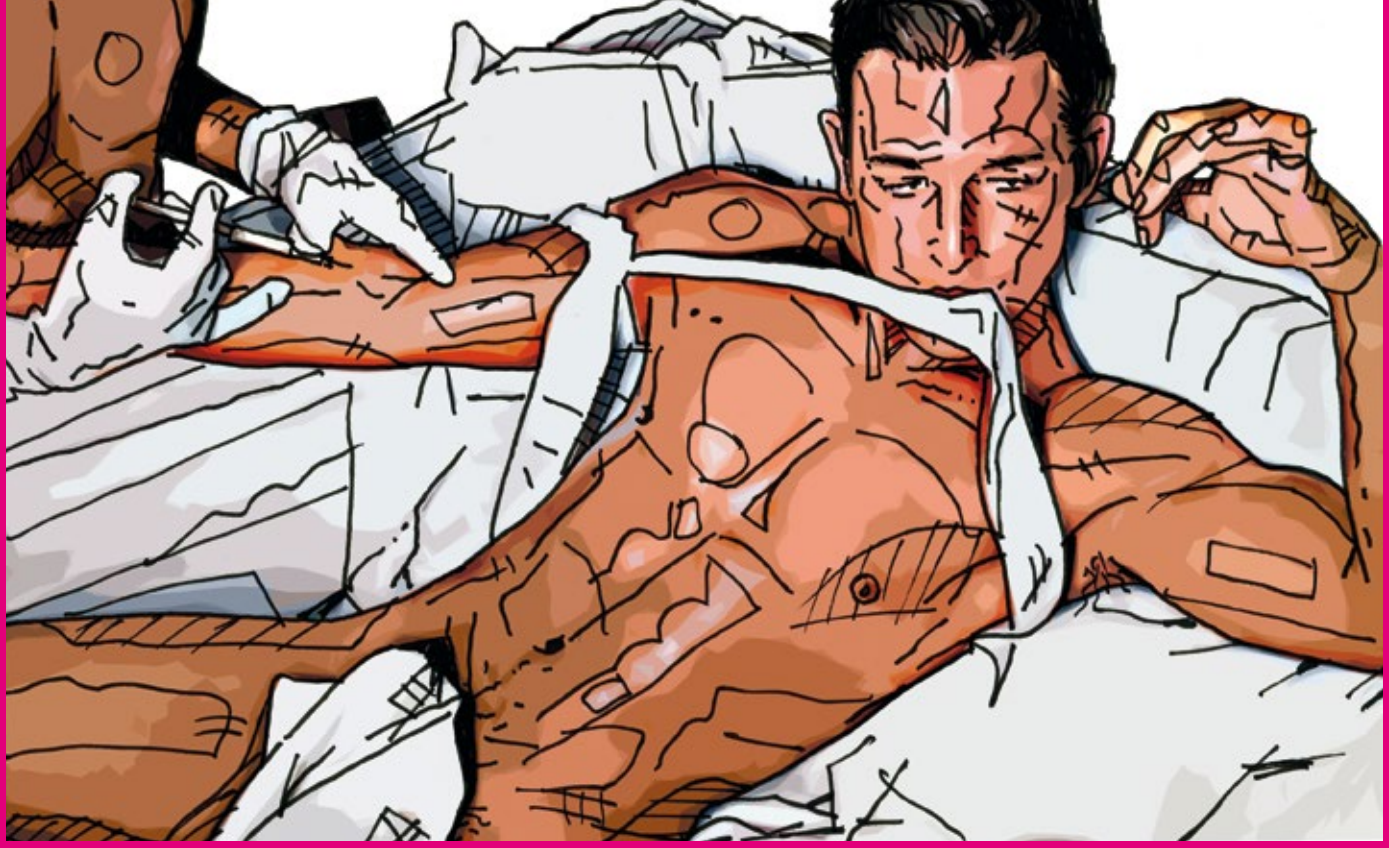
La principale caractéristique du slam est d'être une pratique érotique : c'est un mode d'injection qui se déroule pendant une relation sexuelle, qui constitue par lui-même un geste érotisé. L'organisation de l'espace, le rôle des participants, la disposition du petit matériel, la préparation du produit et même le chargement des seringues font office de préliminaires, le moment de l'injection étant celui de l'excitation maximale. Dans la mesure où la montée intervient dans la continuité de l'injection, l'objectif est de faire coïncider l'effet du produit avec l'effet du désir : c'est la conjonction des deux qui est en jeu. Le terme *slam*, signifie « *claque* » en anglais, il évoque un impact brutal, qui correspond à la rapidité et à la force de l'effet du produit quand il est injecté. Le fait qu'un terme spécifique soit apparu dans ce contexte marque sa distance avec les autres pratiques d'injection. Le slam est une pratique gay. Elle s'inscrit dans ce qu'il est désormais convenu d'appeler le *chemsex*, c'est-à-dire l'usage de produits incorporé aux pratiques sexuelles, bien au-delà de l'augmentation du plaisir. C'est cela qui différencie le chemsex du simple « *usage festif* », « *récréatif* » ou quotidien – même si les modes d'usages peuvent évidemment se combiner. Dans ce contexte, le *slam* se différencie des autres usages, non seulement par l'engagement qu'il réclame, mais aussi par ses représentations.

LES SPÉCIFICITÉS DE L'INJECTION SLAM

Seuls les produits stimulants sont utilisés dans les plans slam. Ils sont appréciés car ils provoquent des montées courtes et puissantes, maintenant ensuite l'excitation à un niveau élevé. En France, une famille de stimulants, celle des cathinones, est principalement consommée. Partout ailleurs, c'est plutôt la méthamphétamine (« *crystal* » ou « *tina* ») qui est utilisée. Trois raisons à cela. La première réside dans le prix élevé et la rareté du crystal, qui restent dissuasifs : il y a peu de filières de deal et le gramme se négocie entre 200 et 250 €. Un gramme permet de faire entre 4 et 6 slams, assez pour prolonger des effets sur plusieurs jours, à condition de bien gérer la consommation. La deuxième est plus triviale : l'achat de cathinones se fait principalement en ligne, c'est-à-dire en échappant à un réseau de deal classique, ce qui rassure une clientèle dont une bonne partie n'a jamais consommé d'autres produits et qui, en dehors de la sexualité, reste souvent conventionnelle. La troisième raison tient enfin aux caractéristiques des cathinones, dont la montée puis les effets sont plus doux, moins déstabilisants que ceux de la méthamphétamine. Non seulement en raison du produit en tant que tel, mais aussi parce qu'il est moins aisé d'en augmenter la dose en injection : les cathinones sont plus volumineuses et épaisses que la méthamphétamine – donc plus difficiles, voire impossibles, à injecter au-delà d'une certaine quantité. La cocaïne est aussi utilisée, mais plus rarement, à cause de la mauvaise réputation de sa qualité et de la brièveté de la montée. Une sorte de sélection naturelle des cathinones s'est opérée au fil des années en faveur de deux molécules (la 4-MEC et la 3-MMC), dans un panel pourtant en constante expansion : elles sont considérées comme les plus équilibrées entre sensations fortes et facilité d'usage, au moins dans les représentations des usagers.

DES RISQUES MULTIPLIÉS

Ce choix des cathinones a cependant une conséquence compliquée : la multiplication des injections, dans une situation de fusion corporelle. En contexte sexuel, l'injection est immédiatement suivie d'un contact physique intime. Quelles que soient les mesures de réduction des risques adoptées pendant l'injection, les risques de contact direct entre le sang des partenaires sont considérablement augmentés, d'autant plus que les slams sont multipliés : même désinfectés, les points d'injection restent des points de passage, notamment pour le VIH et le VHC. Les usagers rapportent souvent des dizaines d'injections à des intervalles courts (entre une



demi-heure et une heure) sur des durées longues, parfois plusieurs jours. Cette multiplication liée à la brièveté du *rush* est encore amplifiée par l'association au plaisir sexuel qui y est attaché avec le partenaire : c'est le moment de la fusion émotionnelle et physique. Avant cela, la ritualisation des gestes et les rôles attribués aux partenaires induisent des pratiques peu compatibles avec la réduction des risques, comme le fait qu'une personne procède aux injections sur les autres participants, que les injections se déroulent au même endroit que les relations sexuelles, le tout entraînant un désordre entre ce qui a été utilisé par les uns et par les autres.

Du coup, la consommation de matériel est exponentielle, avec des besoins en seringues et en petit matériel qui atteignent des dizaines d'unités. Ce qui complique l'approvisionnement – toutes les pharmacies ne peuvent pas délivrer autant de Stéribox® d'un coup, pas plus que les distributeurs – mais aussi la sécurisation des lieux, où sont imbriquées et les pratiques d'injection et les relations sexuelles (contrairement aux préconisations qui invitent à bien les séparer). L'élimination des déchets et du matériel utilisé est également compliquée par leur profusion et les risques d'accidents sont ainsi multipliés, plus encore quand le matériel vient à manquer avant le produit : la tentation de réutiliser des seringues est forte ! La multiplication des prises provoque une usure rapide des points d'injection, d'autant plus facilement qu'elles se déroulent sur des temps courts, dans des conditions de conscience et d'attention très altérées.

UNE PRATIQUE ENTRE REJET ET FASCINATION

Au sein même des gays qui pratiquent le chemsex, le slam fait office de limite à ne pas transgresser. Il est souvent présenté (toujours dans les récits des usagers) comme une étape ultime des usages sexuels de produits, à la fois redouté et anticipé. En ce sens, il reprend parfois les mêmes représentations que la séropositivité autrefois : quelque chose que l'on voudra éviter à tout prix, mais qui semble pourtant inéluctable. C'est que le slam, à l'instar du chemsex, est apparu à un moment particulier, quand les comportements sexuels s'adaptent à de nouvelles pratiques de prévention contre le VIH et les IST, avec la mise en place des stratégies de protection par les traitements : les séropositifs traités et bien suivis ne sont plus contaminants, les séronégatifs peuvent éviter d'être contaminés en utilisant la PrEP, qui associe la prise d'un médicament et un suivi médical serré. Dans ce contexte de médicalisation de la prévention, les comportements à risques sont perçus différemment : le *bareback* (la non-utilisation du préservatif) est de moins en moins perçu comme un comportement problématique, c'est le chemsex qui le remplace, le slam en étant la manifestation la plus radicale. Il s'inscrit aussi à la suite d'une évolution de la condition des gays, au cœur d'une injonction contradictoire : d'un côté, une normalisation de l'homosexualité avec l'ouverture au mariage et une plus grande visibilité, de l'autre, une injonction à la différence, qui se traduit par une résurgence forte de l'homophobie. Des traces de cette contradiction apparaissent fréquemment dans les différentes études qui se succèdent, à travers de récits qui mélangent intimité facilitée par les produits et fantasmes sexuels souvent extrêmes, recherche effrénée de partenaires et solitude, conformisme de la vie ordinaire et marginalité de la vie affective. Le chemsex peut ainsi être compris comme une sorte de communauté impossible, inacceptable auprès des autres et hors de portée pour les participants. Le fait qu'il se pratique le plus souvent au domicile des participants et non dans des lieux publics renforce encore la séparation avec la communauté gay et, plus largement, avec les réseaux de sociabilité classiques – en même temps que le lien avec les offres de soutien ou d'autosupport est plus difficile à établir.

Tim Madesclaire

Injection piège à… SALLE DE CON… SOMMATION

Injection piège à cons. Voilà la chanson fredonnée par tous les repentis, les retraités de l'arbalète que l'on accueille d'autant plus volontiers dans les médias que les sniffeurs, gobeurs, fumeurs et autres avaleurs de pilules se taillent ainsi à bon compte une réputation de drogués respectables. Dans le même temps, de plus en plus de programmes de réduction des risques se penchent complaisamment sur le phénomène, qu'il s'agisse des « salles de shoot » *– pardon,* « de consommation à moindres risques » *– ou des programmes d'accompagnement à l'injection. En fait, l'injection de drogues n'a jamais quitté le paradigme discriminant qui lui sert de carte d'identité. Pour inverser cette tendance, il faudrait prendre au sérieux les injecteurs. Comment explorer à la fois la recherche de sensations spécifiques et une aspiration légitime à réduire les risques ?*

Pourquoi je m'injecte : les explications venues de l'extérieur

Tout d'abord, les explications classiques de type exogène, c'est-à-dire la plupart du temps émises en dehors de la communauté. Il y a évidemment la théorie de la fatalité de l'injection. C'est une variante de la « *théorie de l'escalade* ». L'hypothèse porte sur le caractère inéluctable d'une recherche croissante de sensations dans le cursus toxico qui aboutit nécessairement à du « *toujours plus, toujours plus fort* » et déboucherait logiquement sur la shooteuse comme ultime porte du Nirvana. Une théorie sérieusement mise en porte-à-faux par le recul historique de l'injection d'héroïne, par exemple, mais qui demanderait à être documentée par des études, encore une fois un peu ciblées sur la culture de l'usage plutôt que sur la prévention.

Le shoot, geste éponyme de la culture toxico, est l'autre élément d'explication traditionnel. La culture « *junkie* » des années 70 aurait laissé des traces indélébiles sur l'imaginaire de certains adolescents particulièrement fragiles qui utiliseraient ce mode de conso en dehors de toute explication rationnelle ou résultat de l'expérience. L'apparition de pratiques d'injection intensive chez des personnes a priori hermétiques à toute fascination pour la culture « *junkie* », comme les milieux du « *slam* », invalide ce lieu commun (voir p. 18).

Il y a enfin le shoot vu comme produit de la « *guerre à la drogue* ». C'est l'explication antiprohibitionniste : dans un contexte de pénurie de drogues de bonne qualité, le recours à la seringue maximise les sensations. Mais là aussi, de nombreux contre-exemples existent, comme l'usage fréquent de seringues à Kaboul sur les lieux mêmes de production de la meilleure héroïne du monde, comme c'était aussi le cas à Bangkok à l'époque du Triangle d'Or.

L'injection comme mode d'accès à un type de sensations

Il existe aussi tout un faisceau d'explications de type endogène, qui s'appuie plus directement sur l'expérience de la communauté. La comparaison injecter/inhaler/fumer est à envisager en fonction du « *high* » et du type de drogues consommées. Il faudrait alors comprendre pourquoi certaines drogues sont plus fréquemment injectées (coke, héro, amphet', kéta, méphédrone). Ces facteurs sont quelquefois mentionnés à titre

d'explication mais rarement repris dans les propositions de régulation des techniques d'injection. D'autres questions se posent qui mériteraient de recevoir des réponses un peu nourries à l'aune de la sociologie ou des travaux neuroscientifiques. Pourquoi le « *speedball* » est-il si souvent présenté comme la sensation ultime, le flash souverain qui couronne toutes les expériences de drogué ?

VIH et VHC deux virus qui se contredisent

C'est la lutte contre le VIH qui a favorisé historiquement la réduction des risques et plus précisément l'intérêt pour les techniques d'accompagnement de l'injection. Avec la lutte contre le VHC, plus difficilement combattu par la simple fourniture de seringues stériles, c'est le grand retour du paradigme discriminant sur l'injection, si tant est qu'il n'ait jamais disparu. La modélisation d'une figure d'injecteur récréatif, en capacité de réduire les risques afférents à son mode de conso, serait considérée comme peu réaliste dans une perspective de travail des pouvoirs publics sur un changement de pratiques. C'est dommage. Dans le même ordre d'idée, attention au danger de dévalorisation des techniques de « *shoot à moindre risques* » si l'on propose « *la chasse au dragon* » comme un modèle nécessairement supérieur.

En conclusion, il manque un appareil crucial dans la panoplie des outils RdR. Un étalon de mesure du facteur « *sensations* » qui soit mis au service du véritable but de l'usager de drogues : la défonce. C'est le sens qu'il faudrait donner à une vraie réduction des risques faite pour se diffuser entre pairs. Un tel outil permettrait peut-être de sortir de l'éternel quiproquo qui fait que telle cocaïne fortement dosée, considérée comme « *de la bombe* » par les consommateurs, n'apparaisse que sous le label « *substance très toxique* » dans les messages d'alerte. Il ne manque pas d'usagers prêts à dialoguer avec les neurobiologistes et les pharmacologues pour trouver un langage commun qui concilie plaisir des drogues et réduction des risques. Cette dichotomie est au cœur d'un cursus d'injecteur.

Fabrice Olivet

Les pratiques d'injection ont-elles évolué depuis les années 80 ?

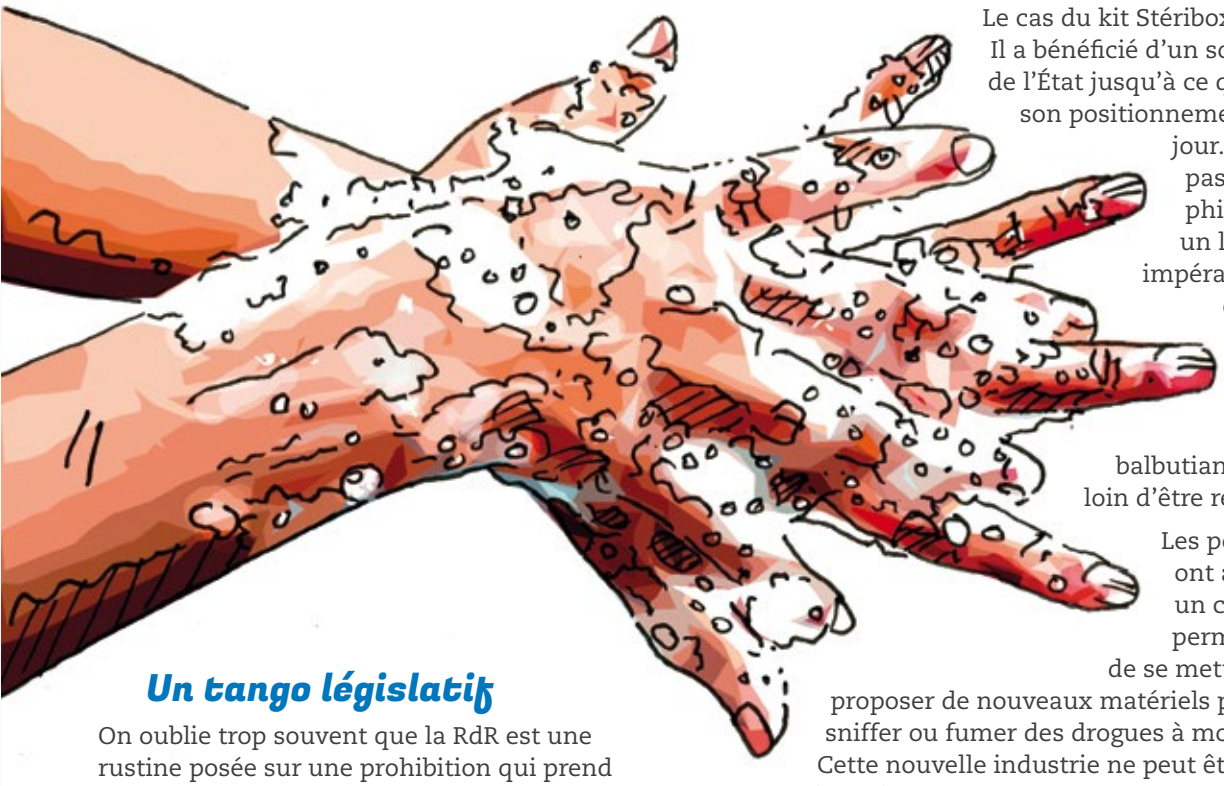
Elliot Imbert (voir p. 25) : Les contextes sont variés. Le grand problème est que les gestes de base pour se protéger des risques pris en s'injectant sont aujourd'hui de moins en moins connus. L'usager qui commence à injecter aujourd'hui n'a aucune raison de connaître par lui-même la façon adéquate d'injecter. Il n'a pas fait d'études d'infirmière. Ces gestes sont techniques et s'apprennent. Une simple « *faute d'asepsie* », comme nous disons dans notre jargon, et ce peut être l'abcès ou l'endocardite. Un partage accidentel de cuillère, quand on est à plusieurs, et ce peut être l'hépatite. L'usager ne peut apprendre les précautions à prendre pour le geste de l'injection sans que l'on les lui fasse connaître. Au cours des années 1990, les messages de réduction des risques étaient transmis et véhiculés par les usagers. La peur du sida avait opéré. Au tournant du siècle, on a pu observer que les acquis de la réduction des risques ne se transmettaient pas. La peur du sida n'opère plus, la RdR s'institutionnalise, une dynamique de mobilisation collective serait nécessaire. Les indicateurs les plus récents montrent que cette rupture dans la transmission des savoirs s'aggrave : le partage de seringues vient d'augmenter considérablement les trois dernières années – surtout chez les plus jeunes. Abcès, poussières et endocardites ne diminuent pas. De plus en plus d'injecteurs ignorent le bon protocole, pourtant tout simple, permettant une désinfection efficace avant d'injecter : en savoir plus sur les « *bonnes pratiques* » leur permettrait de risquer beaucoup moins. L'éducation à l'injection et sa transmission par les pairs, ça devient urgent !

l'aiguille qui cache la forêt

Le kit, premier outil officiellement conçu pour se droguer

Comment fabriquer une bonne pipe à crack qui ne fasse pas cramer trop vite le caillou et ne brûle pas les lèvres ? Quelle marque de *vaporizer* me conseille le ministère de la Santé pour fumer ma beuh ? Existe-t-il une shooteuse spéciale « *slam* » conçue pour injecter seulement les cathinones ? Le lien historique entre la transmission virale et la réduction des risques officielle a fait de la seringue l'ambassadeur d'un champ nouveau : la technologie appliquée à l'usage de drogues à moindres risques.

Cette vision quelque peu hallucinée du *drug shopping market* est, admettons-le, légèrement en avance sur son temps. Dans les pages qui suivent, on ne vous parlera souvent que d'espace mort, de potentiel virucide et de seringues tuberculines versus insulines serties (voir pp. 29-32). De quoi doucher l'enthousiasme des amateurs de glamour. Il n'en reste pas moins que le kit Stéribox® a ouvert un chemin, celui de la mécanique du *high* à moindres risques, ou comment s'envoyer en l'air en gardant les pieds sur terre.



Un tango législatif

On oublie trop souvent que la RdR est une rustine posée sur une prohibition qui prend l'eau de toutes parts. Tout commence avec le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 « *réglementant le commerce et l'importation de seringues destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie* », qui organise le développement de l'épidémie en prétendant lutter contre la toxicomanie. Quinze ans plus tard, marche arrière de Michèle Barzach, courageuse ministre de la Santé de Jacques Chirac, qui fait voter le 13 mai 1987 le décret n° 87-328 « *portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972* » et rétablit de fait la vente de seringues aux toxicos. Enfin, consécration ultime, le 9 aout 2004 est votée la loi de santé publique qui mentionne explicitement la réduction des risques dans le but de « *prévenir les infections virales et la mortalité par injection* ». Le lien indissoluble entre réduction des risques et injection de drogues est tissé.

À partir de cette date, la RdR a creusé son propre sillon qui transforme un imaginaire fantasmagorique, « *la défonce* », en un espace social balisé, l'usage des drogues. Un espace où les impératifs de santé imposent une certaine rationalité dans le choix des produits et dans la manière de les consommer. C'est le raisonnement fait par Elliot Imbert (p. 25), qui innove dans une spécialité : la fabrication d'outils conçus et réalisés pour consommer des drogues par voie intraveineuse. Apothicom est le premier laboratoire qui a explicitement occupé le créneau de ces outils spécifiques à la consommation incluant des impératifs de santé. Ce créneau, nous l'espérons, est appelé à devenir une industrie. Les pipes à crack et autres vaporisateurs de cannabis évoluent dans le même *no man's land* juridique. Ni médicaments ni accessoires prohibés, ils ne peuvent bénéficier du processus balisé de mise sur le marché, mais ils sont appelés à se multiplier dans le cadre conceptuel d'une intégration des drogues à un marché futur qui ne pourra s'abstraire des questions sanitaires.

Le cas du kit Stéribox® est emblématique. Il a bénéficié d'un soutien explicite de l'État jusqu'à ce que l'ambigüité de son positionnement éclate au grand jour. Apothicom n'est pas une association philanthropique mais un laboratoire qui a des impératifs de rentabilité, comme toute entreprise privée. Le caractère monopolistique de cette « *industrie* » balbutiante est un problème loin d'être résolu.

Les pouvoirs publics ont à charge d'élaborer un cadre juridique qui permette aux industriels de se mettre au travail pour proposer de nouveaux matériels pour shooter, sniffer ou fumer des drogues à moindres risques. Cette nouvelle industrie ne peut être totalement étatisée au risque de se retrouver coincée dans un appareillage soviétique peu susceptible de répondre à la dynamique de la demande de drogues qui marque notre époque. « *Et en même temps* », comme on dit aujourd'hui, le soutien que l'administration accorde à tel ou tel matériel suppose que les liens d'intérêts des laboratoires soient clairement identifiés. Les drogues, surtout légalisées, sont promises à une évaluation sanitaire stricte dans un futur où la science-fiction règne encore en maître. En ce qui concerne les outils qui servent à se droguer, il s'agit cependant d'un futur proche, quand ce n'est pas un passé simple. Pour ce qui est des trousses de prévention, nous sommes déjà dans le temps des conventions, des brevets déposés à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI), des débats au couteau sur l'utilité sanitaire de tel ou tel matériel. En général, l'argument habituel de l'intérêt général, du sacrifice fait au profit de la cause, est certes admirable, mais souvent propice à masquer d'autres intérêts moins avouables. L'humain étant humain et les financements publics étant publics, un processus inspiré du dispositif d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments aurait sans doute sa place pour commencer à réglementer de manière transparente ce marché caché des contenants. En attendant d'avoir à réglementer le marché des contenus.

Fabrice Olivet

Chers injecteurs, le débat qui suit vous concerne directement. Deux camps s'affrontent, oui, deux « camps ». *On peut le regretter mais c'est ainsi. D'un côté, l'association Safe, qui promeut le kit* ***Exper'****. De l'autre, Apothicom qui défend le* **Stéribox®**.

Le kit Exper' contient de nombreuses innovations. La première est un « filtre toupie » *de 0,2 micron. Il permet, d'une part, d'arrêter les micro-organismes comme les bactéries ou les champignons microscopiques pathogènes (pas les virus bien trop petits pour quelque filtre que ce soit), et d'autre part, de filtrer correctement les comprimés ou les gélules écrasés en poudre pour être injectés. Il évite ainsi les infections bactériennes et fungiques, et les* « poussières ».

Mais le filtre toupie ne s'adapte que sur des seringues à aiguille non sertie (« tuberculine non sertie »), *que la seringue fasse 1 ou 2 cc Apothicom est très hostile aux seringues à aiguille non sertie, car elles ont un* « espace mort » *important, qui semble bien favoriser la transmission du VIH et du VHC en cas de partage. Son Stéribox® contient donc une seringue à aiguille sertie 1 cc (une* « insuline »). *Safe estime, pour sa part, qu'il existe désormais des seringues à aiguille non sertie qui ont un faible espace mort, et que le filtre toupie est beaucoup plus efficace que le Stérifilt® d'Apothicom.*

La deuxième innovation porte sur deux lingettes où l'alcool a été remplacé par la chlorhexidine. Elles permettent, l'une, de désinfecter les mains, et l'autre, le point d'injection, un geste qui doit toujours être pratiqué avant d'enfoncer l'aiguille. Or, Apothicom conteste que la chlorhexidine soit virucide, bactéricide et fongicide.

Chaque camp a sa bibliographie, technique mais passionnante.

Cette polémique n'est pas nouvelle. On trouvera dans le n° 79 de Swaps *(2e trimestre 2015) un* « débat autour du matériel d'injection », *avec un article de Elliot Imbert et Lenneke Keijzer et un autre signé William Lowenstein, Emmanuel Reynaud, Thomas Néfau, Jean-Pierre Couteron et Catherine Duplessy. Et, en juin 2016, sous la plume de Maïtena Milhet, l'OFDT publiait une* Évaluation de l'acceptabilité du kit Exper' par les usagers de drogues.

Voilà donc trois ans que ces questions sont discutées et débattues sans que des vérités solides ne viennent y mettre un terme. Les débats prennent en compte la manière dont les injecteurs s'emparent plus ou moins des nouveaux outils. Ce dossier, dont les implications pratiques sont importantes, doit pouvoir être clos, même provisoirement. Car les études portant sur l'espace mort, les seringues à aiguille sertie ou non sertie, le Stérifilt® et le filtre toupie, la chorhexidine et l'alcool, vont continuer à être publiées.

Ce n'est évidemment pas à Asud de trancher ce débat. D'abord, parce que nous n'en avons pas les compétences. Ensuite, parce que ce n'est nullement notre rôle, qui se limite à présenter sans parti pris les arguments des uns et des autres. Mais la puissance publique, en l'espèce la Direction générale de la santé, devrait le prendre à bras le corps et faire ses choix.

STÉRIBOX® STORY

ANNE COPPEL REVIENT AVEC ELLIOT IMBERT[1] SUR L'HISTOIRE DU PREMIER KIT FRANÇAIS D'INJECTION À MOINDRES RISQUES.

J'ai connu Elliot Imbert en 1989. Médecin généraliste au centre de santé municipal d'Ivry, il faisait alors la tournée des pharmaciens de sa ville en leur demandant de donner un message et un tampon d'alcool en délivrant des seringues. Il faisait partie de ceux qui ont spontanément fait de la réduction des risques avant même d'avoir les mots pour le dire. Une histoire exemplaire, celle du Stéribox®, commence.

Comment as-tu eu l'idée de faire un kit ?

Au centre de santé d'Ivry-sur-Seine[1], nous avions une consultation d'addictologie que fréquentaient une vingtaine d'usagers. Un sur deux était séropositif, il était urgent d'éviter qu'ils se contaminent tous. Ce sont les patients qui m'ont alerté et c'est avec eux que nous avons cherché comment faire. J'avais suivi certains de ces jeunes quand ils étaient gamins, je les traitais pour des angines quand ils avaient 14 ans et je les retrouvais à 20 ans contaminés par le sida. Annoncer une séropositivité, à l'époque, équivalait à annoncer un arrêt de mort. Avec deux collègues, Danièle Gillis et Marie-Christine Charansonnet, on a voulu comprendre comment ils faisaient, comment ils se procuraient leurs seringues et quelles seringues ils utilisaient. Il nous fallait comprendre comment ils s'injectaient. En médecine, l'auto-injection intraveineuse à une main, ça n'existe pas. Ce n'est pas enseigné. La seule injection intraveineuse qui existe, c'est celle faite à deux mains par l'infirmière. À une main, c'est acrobatique : mettre un garrot, trouver la veine, faire la tirette pour être sûr d'être dedans, enlever le garrot, faire coulisser le piston sans à-coup en évitant l'obstruction des veines. Les usagers redoutaient les seringues qui écorchent les veines, celles qui se bouchaient. Le mode d'emploi officieux de l'auto-injection circulait entre injecteurs, il fallait le rectifier et élaborer avec eux un nouveau mode d'emploi « *à risques réduits* ».

L'urgence, c'était bien sûr le sida, mais nous voulions aussi prévenir les abcès, les septicémies, les endocardites. Nous avons compris que « *les poussières* » sont des endotoxines venant des bactéries de la peau.

EN MÉDECINE, L'AUTO-INJECTION INTRAVEINEUSE À UNE MAIN, ÇA N'EXISTE PAS

Nous avons expliqué qu'un tampon d'alcool préalable était la meilleure prévention, qu'un nouveau shoot n'était pas la bonne solution, et que « *faire les cotons* » provoquait des « *poussières* ». Il a fallu trouver les arguments pour que les usagers adoptent le tampon d'alcool, et ça a marché. À la fin des années 1990, plus de 80 % d'entre eux désinfectaient avant d'injecter.

Lorsque les seringues ont été mises en vente libre, nous avons tout de suite pensé que les pharmacies étaient des lieux stratégiques : tous les injecteurs les fréquentaient. On a commencé à faire la tournée des pharmaciens d'Ivry. Un à un, nous les avons convaincus de donner un tampon d'alcool avec chaque seringue vendue, avec une information sur les bonnes pratiques d'injection : une seringue neuve chaque fois que possible.

L'année suivante, nous avons commencé à travailler avec les injecteurs sur le projet d'une pochette contenant une seringue. La seringue préférée était la « *Becton Dickinson* », conçue pour l'injection sous-cutanée du diabétique, mais qui fonctionnait très bien pour l'injection intraveineuse. Son biseau trilobé était très apprécié des usagers car la blessure des parois de la veine était minime, la lubrification du piston était très bonne, il coulissait sans à-coups, et le risque d'« *envoyer à côté* » diminuait. Dans la pochette, il y avait donc une seringue, un tampon alcoolisé, un message de prévention et un « *képa* » contenant un préservatif et le « *droit* » à un test de dépistage gratuit du VIH au centre de santé.

Mais, même après la libéralisation des seringues, la plupart des pharmaciens ne voulaient pas de toxicomanes dans leurs officines.

Oui, on était à contre-courant ! En banlieue parisienne, il n'y avait pas d'immeuble sans au moins un usager d'héroïne, souvent contaminé par le sida. Nous avions choisi de travailler dans les centres de santé parce que nous avions une approche communautaire, qui permet de faire à la fois du soin et de la prévention, et de le faire pour tous les habitants. Nous voulions donner toute sa place à la prévention, et les pharmaciens étaient en première ligne. En 1987, les seringues avaient bien été libéralisées, mais aucune mesure d'accompagnement des pharmaciens n'avait été prévue. Or à cette époque, ils voulaient – comme la plupart des médecins – avoir le moins souvent possible affaire à cette « *clientèle* ».

Qui a subventionné cette première action ?

La municipalité et l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS)[2] en 1990. Avant cette date, il n'y avait pas eu de campagne de prévention du sida pour les usagers. Les « *toxicomanes* » ne fréquentaient pas le système de soins, mais ils fréquentaient tous les jours la pharmacie. Nous avons réussi à convaincre la municipalité, grâce à un élu dont un des proches était malade. Notre première pochette, « *Qui s'y frotte s'y pique* », nous a permis d'impliquer 18 des 20 pharmaciens de la ville, mais surtout, les usagers nous ont dit ce qu'il manquait pour en faire un « *vrai kit* » : de l'eau stérile, de l'acide citrique, un filtre, un récipient métallique. Et les pharmaciens nous ont dit : « *si vous voulez qu'on continue, il faut vendre ce kit comme un produit pharmaceutique* ». Élever le kit au rang d'un produit de qualité pharmaceutique était ce que nous appelions de nos vœux.

Lui donner un nom éviterait à l'acheteur de seringues d'être stigmatisé dans l'officine. Il ferait la queue, comme tout le monde. Et voilà le premier Stéribox® (au packaging illustré par Wolinski avec le slogan « *À chacun la sienne* ») mis en vente dans les 20 pharmacies d'Ivry, en septembre 1992, au prix de 2 seringues de l'époque (5 francs). Succès rapide. Les acheteurs venaient des villes voisines, et ils demandaient le kit aux pharmaciens de leur quartier.

En 1992, nous avons créé l'association Apothicom, l'AFLS a fait fabriquer 200 000 kits pour l'Île-de-France et la région PACA, les réseaux ville-hôpital les ont diffusés auprès des pharmaciens de leur secteur : la prévention du sida était alors une priorité.

En 1994, Simone Veil, la ministre de la Santé a décidé d'étendre le programme au niveau national. Pour que

le Stéribox® soit disponible dans toutes les pharmacies françaises, nous avons décidé de céder la marque gratuitement à l'État, ce qui était pour nous la meilleure garantie de qualité et de pérennité du programme.

En 1996, le ministère de la Santé a choisi une autre seringue à insuline que celle que les usagers avaient plébiscitée, et les ventes de Stéribox® ont rapidement chuté : en trois mois, elles sont passées de 185 000 à 145 000 par mois. Les usagers se plaignaient à leurs pharmaciens, ils demandaient des seringues, mais « *pas celle du Stéribox®* », les préconisations de réduction des risques devenaient inaudibles. L'État ne jouait pas son rôle de garantie de la qualité de cette action. Le calcul était simple. La baisse des ventes de Stéribox® signifiait 60 000 injections par mois qui se faisaient sans la « *protection* » du matériel stérile associé, entraînant un retour aux anciennes pratiques à risque.

J'ai fini par appeler Jean-François Girard, le directeur général de la Santé, avec qui j'avais signé la cession gratuite de la marque Stéribox®. « *Eh bien, vous n'avez qu'à assigner l'État en justice* », m'a lancé un des fonctionnaires du ministère. Il ne s'attendait pas à ce que je le fasse…

J'ai donc assigné l'État français, avec pour principal soutien les usagers. Ce n'était pas évident d'attaquer l'État, mais j'étais sûr de moi. Apothicom a payé un avocat, fait une campagne de presse, et nous avons gagné ce procès le 22 janvier 1997. J'ai obtenu un franc de dommages et intérêts, Apothicom a pu être remboursée de ses frais et, surtout, les bonnes seringues ont repris leur place. Le tribunal m'a redonné la marque, ce qui m'a permis de faire évoluer le Stéribox®.

Nous savions en effet que le kit était incomplet : les préparations d'injections se faisaient encore dans le « *cul des canettes* » de bière ou avec des cuillères qui passaient de main en main, des filtres de cigarettes partagés faisaient office de filtre, il fallait intégrer dans le Stéribox® une cupule stérile pour éviter les bricolages et un filtre stérile. Mais il allait falloir à nouveau batailler, car aucun labo pharmaceutique n'acceptait de travailler à un tel projet. Une cuillère qui aiderait les toxicomanes à se droguer ? Impossible ! Inventée par un médecin de banlieue en procès avec l'État ? Trop risqué ! J'ai donc dû me débrouiller. Deux ans de travail, de fabrique de moules expérimentaux, de prototypes, d'essais de stérilisation. Des prototypes étaient fabriqués, stérilisés, testés puis proposés aux usagers. Les gens d'Asud encourageaient la démarche et donnaient leur avis, jusqu'au jour où le Stéricup® est devenu un « *produit pharmaceutique* » comme un autre, disponible en pharmacie dans le Stéribox®.

UNE CUILLÈRE QUI AIDERAIT LES TOXICOMANES À SE DROGUER ? IMPOSSIBLE !

Restait à développer un filtre membranaire, spécifiquement dédié à l'usage de drogue, qui rendrait le liquide « *limpide* » et « *transparent* » afin d'éviter les dégâts causés par l'injection de particules. En 2002, le Stérifilt® était mis au point et disponible, et peu à peu adopté dans une quinzaine de pays, et dans la plupart des salles d'injection. La filtration membranaire évite des ennuis sérieux comme les « *mains de Popeye* » et d'autres problèmes.

Que réponds-tu aux accusations de profits lucratifs qu'Apothicom ferait sur le dos des usagers ?

En 2007, face au succès inattendu des Stéricup® et Stérifilt® à l'étranger, nous avons créé une SARL pour pouvoir exporter, investir dans des outils industriels et innover, une société constituée de deux actionnaires : Apothicom et moi-même. L'association a posé une condition : que la société ne distribue pas de dividendes, et que les bénéfices soient tous réinvestis en recherche clinique, développement et en investissements. Cette SARL existe depuis dix ans, aucun dividende n'a été distribué depuis sa création. Les comptes sont publiés et tout un chacun peut les vérifier.

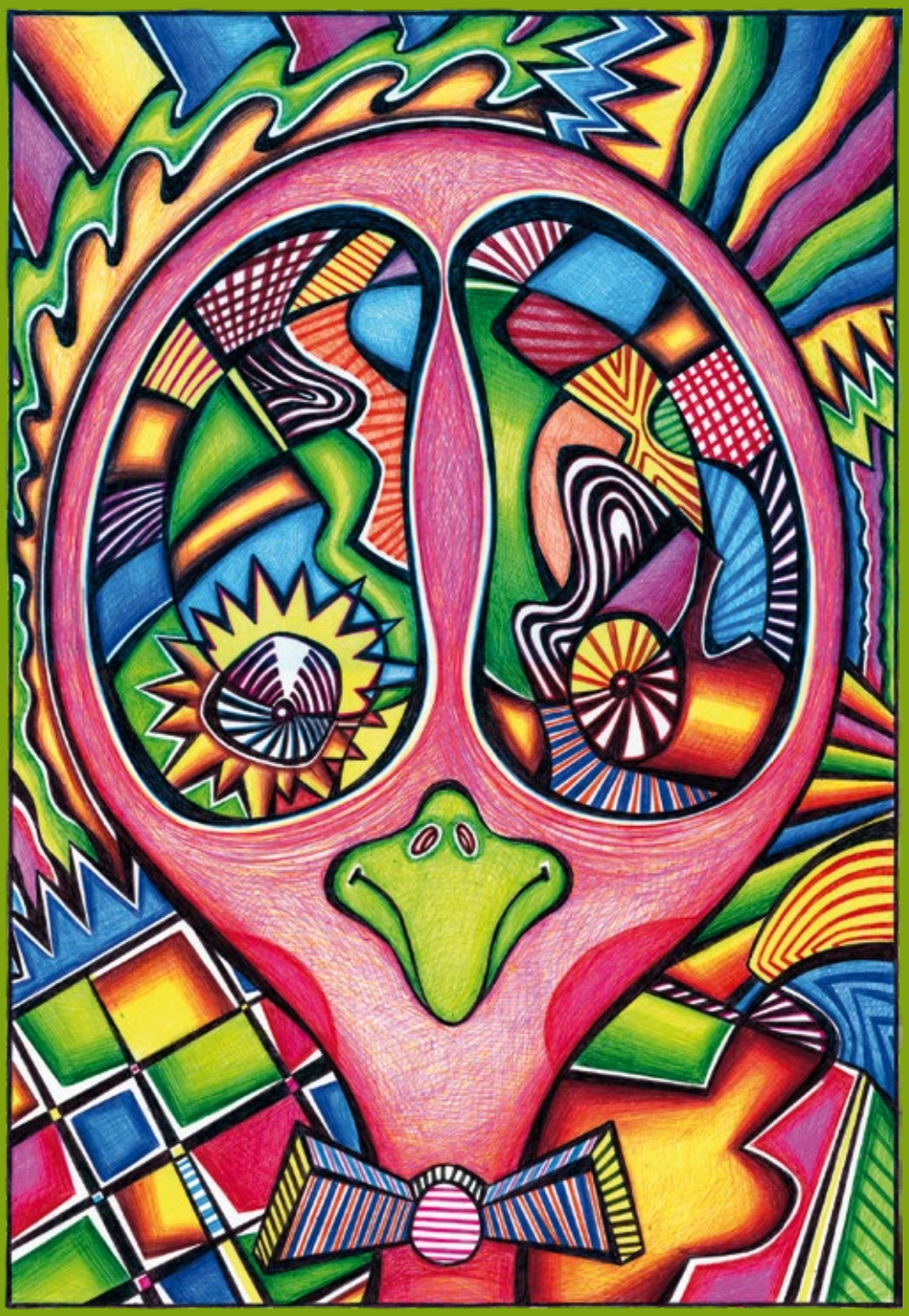
On parle de monopole détenu de fait par Apothicom

L'idée selon laquelle Apothicom détiendrait un monopole est fausse : il existe des cupules, des filtres, des acides stériles et des seringues concurrents disponibles en France comme à l'étranger. On ne saurait nous reprocher que le matériel Apothicom soit choisi car moins cher et plébiscité par les usagers.

Depuis 2002, le Stéribox® est toujours vendu 1 €, alors que la subvention versée par l'État aux fabricants n'a pas augmenté. Cette aide de l'État (0,39 € par Stéribox®) est décisive : c'est elle qui permet de contenir le prix

du Stéribox® à 1 €. S'il était « *libre* » et sans aide de l'État, le prix commercial « *normal* » du Stéribox® serait de 2 à 3 € en officine.

Les Stéricup® et Stérifilt® sont nés, en France, de l'expertise des usagers. Mettre au point des outils de prévention à partir des besoins des injecteurs, les tester en partenariat avec les acteurs de terrain : c'est cela la marque d'Apothicom. S'ils sont efficaces, nous investissons nous-mêmes dans des outils industriels pour les fabriquer à bas prix, et garantir leur qualité.



Diffuser plus de seringues est le seul levier qui a prouvé son efficacité pour contenir l'épidémie d'hépatite C

En augmentant les volumes, nous avons pu abaisser les prix. La pharmacie reste le premier fournisseur de seringues en France, elles doivent y rester à bas prix. Dès que leur prix augmente en officine, leur réutilisation augmente et le nombre de nouveaux cas d'hépatite C augmente parallèlement. Dès qu'elles sont gratuites (comme dans les programmes d'échange en pharmacie, par exemple), les seringues sont moins réutilisées. On est encore loin d'atteindre l'objectif « *un shoot = une seringue* » puisqu'il y a encore 3 000 à 5 000 nouveaux cas d'hépatite C par an (10 contaminations par jour), dont les usagers sont les premières victimes. Diffuser plus de seringues, en augmentant le nombre de lieux de distribution et leur accessibilité, et en les rendant gratuites en pharmacie, comme cela se fait au Royaume-Uni, au Canada ou au Portugal, est le seul levier qui a prouvé son efficacité pour contenir l'épidémie d'hépatite C. L'accessibilité en pharmacie du matériel d'injection est donc selon nous une priorité, le bas prix du Stéribox® en étant son corollaire.

Et maintenant ?

Nous venons de « *terminer* » la mise au point du Stérifilt+®, un filtre à seringue totalement stérilisant. Nous avons vérifié son acceptabilité auprès de 250 usagers, dans cinq pays, dont la France. Il rend le liquide non seulement limpide, mais aussi « *stérile* », est universel, compatible avec tous les matériels, à un prix accessible. L'efficacité de la filtration membranaire obtenue par les filtres toupie peut être ainsi mise à la disposition du plus grand nombre. Ce nouveau filtre est prêt, nous avons proposé à la Direction générale de la santé de l'inclure dans le Stéribox® pour remplacer le filtre coton.

Une injection entièrement « *stérile* » et accessible à tous est donc aujourd'hui possible. C'est une nouvelle étape dans la réduction des risques. L'étape d'avant la substitution injectable… mais sans risque infectieux.

Recueilli par Anne Coppel

1. Elliot Imbert est fondateur d'Apothicom et inventeur du Stéribox®.
2. Banlieue sud de Paris
3. Agence gouvernementale créée pour faire face à l'urgence du fléau, qui était également le premier financeur d'Asud.

FAIRE ÉVOLUER LES OUTILS DE LA RDR

FAIRE ÉVOLUER LES OUTILS DE LA RÉDUCTION DES RISQUES : TELLE A ÉTÉ LA DÉMARCHE COLLECTIVE D'ASSOCIATIONS, D'USAGERS ET DE SCIENTIFIQUES POUR PROPOSER UN KIT D'INJECTION PLUS ADAPTÉ AUX USAGES ACTUELS ET PLUS EFFICACE CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX.

Durant les années 90, un certain nombre d'outils de réduction des risques pour les usagers injecteurs de drogues ont été développés et mis sur le marché ou distribués gratuitement par les associations de RdR, notamment le Stéribox® en 1991, le Stérifilt® en 1997, puis le Stéribox2® en 1999. En 2008, après presque dix ans sans changement ni évolution notable, l'association Safe a décidé d'entreprendre un travail de recherche-action pour améliorer ces outils, en s'appuyant sur les progrès scientifiques et industriels mais aussi sur les évolutions des pratiques des usagers.

Le développement d'un kit 2 cc

Une démarche collective associant professionnels de la RdR, usagers et scientifiques s'est mise en place et visait à concevoir un kit d'injection pour les utilisateurs de seringues de 2 ml (2 cc), de plus en plus nombreux en raison de l'accroissement de la pratique d'injection des médicaments, comme ceux pour la substitution aux opiacés, le Skénan®, mais aussi d'autres médicaments psychoactifs. La réflexion a également porté sur les autres constituants du kit, notamment le filtre, et plusieurs nouveaux outils ont ainsi fait l'objet de tests et ont été évalués entre 2009 et 2013[1].

Le champ de soin, support de préparation de l'injection

Ce travail s'est également attaché à prendre en compte les contextes d'injection en milieu insalubre (rue, parking, toilettes publiques…) pour les usagers les plus précaires. Dans ces conditions, la préparation des injections se fait sur des surfaces à haut risque de contamination du matériel et, par conséquent, d'injection d'agents pathogènes. À l'image des champs de soins utilisés en chirurgie, un élément propre et imperméable pouvant se déplier a alors été imaginé, pour offrir à l'usager un espace où déposer son matériel sans qu'il soit en contact avec des éléments contaminants.

Cupule "sans contact" et lingette désinfectante

De la prise en compte de la difficulté pour les usagers de se laver les mains avant la préparation de l'injection a émergé l'idée d'une nouvelle « *cup* » à manchon prémonté afin d'éviter les manipulations nécessaires à la fixation du manchon des « *cups* » des Steribox2® et Kit+. Deux lingettes, d'une taille adaptée au nettoyage des deux mains et du point d'injection, ont également été incluses dans le kit 2 cc, en remplacement du tampon alcool trop petit. Un premier modèle était constitué d'une solution de digluconate de chlorhexidine, d'alcool, de phenoxyethanol et de polyaminopropyle biguanide, lui conférant des propriétés antibactériennes mais aussi virucides. Cette formule rend par ailleurs son usage possible sur une peau saine et sur une plaie (point d'injection, par ex.), là où l'alcool seul est déconseillé car il irrite la peau et retarde la cicatrisation.

Le filtre toupie

La filtration est une étape essentielle pour limiter les risques infectieux et, outre les problèmes d'accès aux matériels, trop peu d'injecteurs pratiquent encore une véritable filtration. Les filtres coton présents dans les kits distribués et le Sterifilt® étaient auparavant les seuls outils disponibles pour réduire les risques d'injection de particules. Tous deux ont cependant une efficacité limitée, voire quasi nulle concernant le filtre coton. Ils sont en outre totalement inefficaces contre les bactéries, levures et champignons pathogènes. L'objectif était donc de trouver un filtre avec une membrane hydrophile à la fois capable de retenir les excipients non solubles des médicaments et de lutter contre les risques infectieux bactériologique et fongique, tout en pouvant se fixer sur les seringues de 2 ml. À l'étranger, des filtres circulaires composés

Le nouveau kit EXPER' existe soit avec une seringue 1cc soit avec une seringue 2cc et le champ de soin est étalé avec le côté brillant vers soi.

d'une membrane scellée entre deux disques de plastique (dont un avec un embout Luer), plus communément appelés filtres « *toupie* », faisaient déjà l'objet de discussions parmi les intervenants en RdR[2] et les usagers[3]. Des équipes de recherche avaient déjà publié des articles sur leur efficacité pour éliminer les particules[4] et les bactéries[5]. En France, à l'initiative de Safe, des tests ont été réalisés sur différents filtres de ce type par le laboratoire « *Bactéries, pathogènes et santé* » de l'université Paris-Sud afin de déterminer la porosité optimale garantissant une efficacité contre les bactéries et les particules. Dans le même temps, des usagers ont testé l'usage des filtres « *toupie* » pour vérifier l'absence de colmatage et la bonne vitesse de filtration. Les premiers essais ont également permis de comparer ces filtres avec des membranes de cellulose à 0,45 µm et 0,20 µm avec le filtre coton et le Stérifilt®. Les résultats ont montré que seuls les filtres « *toupie* » étaient efficaces pour éliminer les souches de bactéries sélectionnées[6]. Par la suite, ces essais ont été renouvelés avec des solutions contenant des drogues ou des médicaments pour s'assurer que ces éléments n'altèrent pas la membrane. Dans les matériaux testés et avec les souches bactériennes, les drogues et les médicaments utilisés, les membranes des filtres « *toupie* » n'ont pas été altérées et ces outils restaient les seuls performants pour éliminer les bactéries[7].

Le tampon sec post-injection

La taille du tampon sec présent dans les kits actuels ne semble pas adaptée à la compression du point d'injection[7]. En effet, lors de son application, il arrive régulièrement que les usagers touchent la plaie avec leurs doigts ou souillent leurs mains avec du sang, entraînant des risques de contamination bactérienne ou de transmission de virus, soit directement soit par contact avec le matériel. Ainsi, pour ce kit 2 cc, il a été proposé un tampon plus grand et plus épais pour réduire ces risques en cas d'hémorragie au niveau du point d'injection.

Les kits EXPER' et l'évolution du matériel

La recherche et le développement de nouveaux matériels ne se sont pas arrêtés à l'élaboration du kit 2 cc puisqu'il apparaissait que les nouveaux outils apportaient de nouvelles solutions ou étaient plus efficaces que ceux proposés jusqu'alors pour réduire les risques infectieux. Toujours dans le cadre d'une démarche collective, Safe a engagé un travail sur la création de nouveaux kits. C'est ainsi qu'en 2014, les kits EXPER' 1 ml et 2 ml[8] ont été élaborés, et environ 100 000 d'entre eux ont été distribués dans le cadre d'une étude menée par l'OFDT[9]. Depuis, le travail de développement se poursuit de manière à prendre en compte les avis des usagers et les nouvelles avancées scientifiques et industrielles. Parmi les évolutions les plus récentes, il y a la conception d'un filtre « *toupie* » universel avec une membrane de porosité de 0,2 µm et adaptable sur les seringues à aiguille sertie, ce que les modèles décrits plus haut ne permettent pas. Des modifications ont également été apportées à la composition de la lingette à la chlorhexidine, avec l'ajout de plusieurs substances actives lui conférant des propriétés bactéricide et levuricide (temps d'action de 60 secondes en conditions de saleté) et une activité contre le virus de l'hépatite C en 30 secondes, en conditions de propreté.

Conclusion

Ce travail collectif a permis le développement d'outils pratiques pouvant garantir une meilleure hygiène lors de la préparation de l'injection et une meilleure filtration dans le but de lutter efficacement contre les risques infectieux mais aussi contre l'introduction de particules dans le système veineux. Longs et couteux, ces processus d'innovation n'auraient pas été possibles sans le soutien et le financement des autorités sanitaires. C'est la démonstration que la détermination et l'alliance de l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs, scientifiques, avec les usagers permettent de concevoir des outils performants au service de la santé et adaptés à l'évolution des pratiques.

Thomas Néfau
président de l'association Safe

1. Évaluation des outils de RdR (kits d'injection) – Enquête ANRS Coquelicot, in Forum aux armes, citoyens ...: Les outils de la RdR, 13 au 15 octobre 2014 : Paris. Jauffret-Roustide, M.
2. http://www.drugsproject.co.nz/drugs/equipment/filters
3. http://smacked-out.blogspot.fr/2010/01/wheel-filters-lets-be-as-safe-as.html
4. "*Effect of filtration on morphine and particle content of injections prepared from slow-release oral morphine tablets*", *Harm Reduction Journal* 2009 6:37, McLean S., Bruno R., Brandon S. and de Graaff B.
5. "*The role of syringe filters in harm reduction among injection drug users*", *Am J Public Health* 1999, 89 : 1252–4. Caflisch C, Wang J, Zbinden R.
6. « *Efficacité comparée des dispositifs de filtration pour lutter contre les contaminations bactériennes et fongiques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse* », *Le Courrier des addictions* 2013, 15(4) : 20-21. Néfau T., Péchiné S., Duplessy C., Bara J.-L.
7. "*Theory versus practice, bacteriological efficiency versus personal habits: A bacteriological and user acceptability evaluation of filtering tools for people who inject drugs*", *Drug and Alcohol Review* 2018, Volume 37, Issue 1 : 106–115. Jauffret-Roustide M., Chollet A., Santos A., Benoit T., Péchiné S., Duplessy C., Bara J.-L., Lévi Y., Karolak S., Néfau T.
8. Composition des kits EXPER' disponible à cette adresse www.rdr-a-distance.info/index.php/materiels
9. « *Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER' par les usagers de drogues* », OFDT, 51 p., juin 2016. Milhet M.

VOUS AIMEZ LES INSULINES ?

N'en changez pas !

Vous connaissez les « *insulines* » serties. La plupart d'entre vous en sont adeptes. Il existe un autre type de seringues 1 ml : les « *tuberculines* » non serties[1]. Avec les insulines, il n'y a pas de perte de produit (à peine 2 à 3 microlitres), avec les tuberculines, il y a beaucoup plus de perte. Le liquide perdu reste dans la seringue. Et avec lui, le virus de l'hépatite ou celui du sida. En cas de partage de seringue, les chercheurs ont mesuré précisément[2] le risque de transmission d'hépatite C. Il est beaucoup plus élevé avec les tuberculines. Deux fois plus qu'avec les insulines si le partage de seringue a lieu le jour même. Dix fois plus si le partage a lieu le lendemain. Le partage de la seringue est malheureusement redevenu fréquent en France. Il augmente ces derniers temps, surtout chez les plus jeunes[3]. Chaque jour en France, vous êtes 10 injecteurs à vous contaminer, tout en utilisant majoritairement des insulines[4].

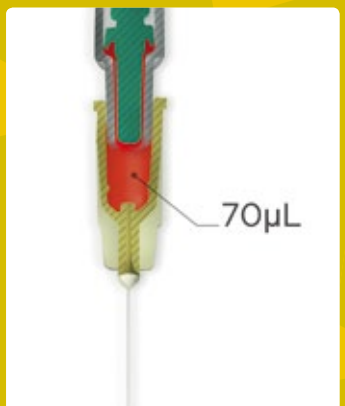
Évitez dès lors d'utiliser des seringues tuberculines non serties, qui multiplieraient encore le risque de transmission des virus. Ne le prenez pas à la légère : une épidémie de VIH touche actuellement quelques dizaines d'usagers à Glasgow, qui avaient abandonné les seringues serties au profit de seringues non serties[5].

Regardez l'illustration ci-contre : l'espace mort de la « *tuberculine* » est de 70 microlitres, soit 20 à 30 fois plus élevé que celui de votre insuline habituelle.

Ne vous exposez pas inutilement : gardez vos insulines !

Elliot Imbert, Marie-Christine Charansonnet, Lenneke Keijzer

Seringue insuline 1 ml sertie



Seringue tuberculine 1 ml non sertie

1. Il existe également des tuberculines à aiguille sertie, mais elles sont plus rares, il ne s'agit ici que des tuberculines non serties.
2. "*Survival of Hepatitis C Virus in Syringes Is Dependent on the Design of the Syringe-Needle and Dead Space Volume* », Binka M., Paintsil E., Patel A., Lindenbach B.D., Heimer R. (2015), *PLoS One*, 2015 Nov 4 ;10(11):e0139737.
3. « *Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015* », Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S, 2017,*Tendances* n° 120, OFDT, 6 p.
4. 3 000 à 5 000 contaminations VHC annuelles.
5. "*Implementation of low dead space syringes in response to an outbreak of HIV among people who inject drugs*", McCauley Andrew, *Int J Drug Policy*. 2017 May; 43:140-141. doi: 10.1016 / j.drugpo.2017.01.019. Epub 2017, Mar 6.

REGARDEZ BIEN L'EMBALLAGE

POUR ÉVITER LES ABCÈS !

EN 2018, LES ABCÈS DES USAGERS DE DROGUE SONT TOUJOURS AUSSI FRÉQUENTS, LES SEPTICÉMIES TOUJOURS AUSSI GRAVES, LES ENDOCARDITES TOUJOURS AUSSI MORTELLES. POUR CEUX QUI SOUFFRENT D'UNE ENDOCARDITE, C'EST TOUJOURS LE DILEMME ENTRE LA CHIRURGIE CARDIAQUE ET LA PROMESSE D'UNE VIE RACCOURCIE. ET POUR CEUX QUI SOUFFRENT D'UNE CANDIDOSE OPHTALMIQUE, LA PEUR DE PERDRE LA VISION DEMEURE.

Pour éviter cela, deux gestes simples et primordiaux : désinfecter la peau et désinfecter les mains avant que l'aiguille ne pénètre dans la veine.

Les microbes qui vivent sur notre peau ont la vie dure. Ils sont nombreux : 1 million par cm^2 de peau. Sur les doigts qui vont manipuler la drogue, ils grouillent encore plus. Éviter d'injecter ces microbes en même temps que le produit, c'est possible. Il y a d'abord les microbes qui vivent autour du point d'injection, que le biseau de l'aiguille peut entraîner dans la veine. Il y a ensuite ceux qui vivent sur les doigts, qui vont toucher la drogue et la contaminer. Il y a le sang qui coule après l'injection, qui peut contenir le virus de l'hépatite C.

La peau

Désinfecter la peau, c'est désinfecter AVANT que l'aiguille ne pénètre dans la veine et APRÈS que le doigt a repéré la veine. Mais quel désinfectant utiliser ?

Appliqué sur la peau avec un tampon, l'alcool agit très vite et très fort contre les microbes. Toutes les infirmières le savent. Mais existe-t-il la preuve qu'en désinfectant à l'alcool lorsqu'on s'injecte des drogues, on diminue les infections à venir ? Deux études majeures ont apporté cette preuve.

En 1992, David Vlahov a suivi une cohorte de 1 057 usagers à Baltimore[1]. La survenue des abcès et des endocardites était observée. Au bout de six mois, les abcès étaient 1,8 fois plus nombreux et les endocardites 2,7 fois plus nombreuses chez ceux qui ne désinfectaient jamais à l'alcool avant d'injecter que chez ceux qui désinfectaient à chaque fois.

En 2001, Edward Murphy et ses collègues ont cherché à comprendre pourquoi un important groupe d'usagers faisait des abcès[2]. Comparant ce groupe à un groupe de personnes n'ayant pas d'abcès, ils ont découvert que le nettoyage préalable de la peau à l'aide d'un tampon d'alcool était le facteur de protection essentiel.

DÉSINFECTER LA PEAU ET DÉSINFECTER LES MAINS AVANT QUE L'AIGUILLE NE PÉNÈTRE DANS LA VEINE

Si vous décidez d'utiliser un autre désinfectant que l'alcool, il faudra vérifier son efficacité par vous-même en lisant la notice. Des normes ont été établies pour aider les consommateurs. Lorsqu'un fabricant veut savoir si son produit est efficace, il vérifie que son produit tue les bactéries selon une procédure standardisée[3]. C'est, pour lui comme pour l'utilisateur, la seule façon de savoir de matière certaine que tel désinfectant est actif contre tel microbe, à telle concentration, dans tel délai, dans telles conditions. Cela s'appelle une norme.

Dans l'usage de drogues injectables, on connaît les bactéries responsables des infections. L'usager peut s'appuyer sur la norme adéquate pour connaître avec certitude l'efficacité d'un produit. Cette norme s'appelle

Apothicom a conçu le Stéribox® 1 (1992), le Stéricup® (1997), le Stéribox® 2 (1999), le Stérifilt (2002), le Maxicup® (2013). Apothicom publie *L'Injection à moindre risque* (2008, toujours disponible).

Le film 17'10, *l'Injection à moindre risque* est visible dans sa version longue sur le site apothicom.org

« *bactéricide* », son code est EN 1040. Ce code doit figurer sur l'emballage du produit. De même, on connaît les champignons responsables des candidoses profondes des injecteurs. La norme, ici, s'appelle « *fongicide* » et porte le code EN 1275 sur l'emballage.

Si vous voulez éviter les abcès et les candidoses profondes, prenez des désinfectants portant ces deux normes.

Après l'injection, avec la présence de sang, il y a un risque de dissémination du sang et donc du virus de l'hépatite C, si l'on est porteur de celui-ci. L'alcool étant virucide[4], il limitera la dissémination du virus. Si l'on a choisi une autre lingette désinfectante que le tampon d'alcool, celle-ci doit être capable d'éviter la dissémination du virus et porter la norme « *virucide* » EN 14476 + A1.

Le produit antiseptique utilisé pour désinfecter le point d'injection doit donc répondre aux trois normes : bactéricide, fongicide, et virucide.

Les mains

Jennifer Scott a étudié les mains d'usagers de drogue en 2008[5] et compté les microbes présents sur leurs doigts. Après avoir comparé les usagers SDF avec les autres sans constater de différence, elle a demandé à un groupe de se laver les mains à l'eau et au savon, et à un autre de se frictionner avec la solution hydroalcoolique prônée par l'OMS : les deux méthodes sont très efficaces, le nombre de microbes est considérablement réduit.

Se laver les mains et se frictionner avec la solution hydroalcoolique réduit donc considérablement le nombre de microbes. Faire les deux, successivement, est le mieux : plus vous vous laverez, plus vous enlèverez de microbes ; plus vous frictionnerez avec une solution hydroalcoolique, plus vous tuerez les microbes restant encore sur vos doigts.

Se frictionner les mains avec une lingette ? Pourquoi pas, pourvu qu'elle soit efficace.

Il existe toute une série de lingettes qui servent à tout. Certaines prétendent être « *désinfectantes* », « *antiseptiques* », mais attention aux abus de langage. Un exemple : la lingette « *adoucissante et désinfectante* », appelée « *lingette à la Chlorhexidine* », fait partie des lingettes largement distribuées dans les Caarud. Elle n'a pas la prétention d'être efficace sur les bactéries, ni sur les champignons, ni sur le virus de l'hépatite C. Elle ne revendique d'ailleurs aucune des qualités « *bactéricide* », « *fongicide* », ou « *virucide* » qui lui permettraient d'être efficace contre ces infections. Elle peut être utile pour des gestes d'hygiène ou des soins de peau adoucissants. Elle contient un peu d'alcool, suffisamment pour la rendre « *rafraîchissante* » quand il s'évapore, mais elle est malheureusement loin de pouvoir tuer le virus de l'hépatite C. Elle a pu être préconisée, à tort, dans le passé, pour la désinfection de votre point d'injection.

Conclusion

Pour la peau que va percer l'aiguille et les mains qui manipulent le produit, faites uniquement appel à des produits efficaces pour éliminer les microbes. Si vous avez un doute, vérifiez bien l'emballage, cela vous évitera des abcès fréquents et des maladies graves.

Dr Marie-Christine Charansonnet
présidente d'Apothicom
Dr Elliot Imbert
secrétaire général
Lenneke Keijzer
ingénieur recherche et développement

1. "*Bacterial infections and skin cleansing prior to injection among intravenous drug users*", Vlahov D., Sullivan M., Astemborski J., Nelson K.E. (1992), *Public Health Reports* 107 (5): 595-598.
2. "*Risk Factors for Skin and Soft-Tissue Abscesses among Injection Drug Users: A Case-Control Study*", Murphy E.L., DeVita D., Liu H., Vittinghoff E., Leung P., Ciccarone D.H., Edlin B.R. (2001),*Clin Infect Dis.* (2001) 33 (1): 35-40
3. Norme NF EN 1040: 2006-04
4. "*Inactivation and survival of hepatitis C virus on inanimate surfaces*", Doerrbecker J., Friesland M., Ciesek S., Erichsen T.J., Mateu-Gelabert P., Steinmann J., Steinmann J., Pietschmann T., Steinmann E. (2011), *J Infect Dis.* 204(12):1830-1838.
5. "*Safety, risks and outcomes from the use of injecting paraphernalia*", Scott J. (2008), Scottish Government Social Research. 2008 (www.scotland.gov.uk/socialresearch).

RAfASud
la nouvelle frontière

C'est l'histoire d'une utopie en Afrique, une utopie née de l'idée simple que les droits humains doivent s'appliquer aussi aux consommateurs de drogues africains. La nouveauté est de penser cette idée en français. Cette utopie s'appelle: le Réseau Afrique francophone d'autosupport des usagers de drogues (RAfAsud)[1], elle est en train de se réaliser grâce au soutien de l'Open Society Foundation.

Au commencement était l'Afrique. Maintenant, tout le monde le sait grâce à Yves Coppens et Lucy, la grand-mère du Monde. Lucy, à cause de *Lucy in the Sky with Diamonds*, la chanson LSD des Beatles, déjà la drogue qui se mêle avec l'univers des Australopithèques. La civilisation du continent noir est aussi ancienne que convoitée. Elle n'a pas attendu les commentaires de nos hommes politiques pour entrer dans l'Histoire. Mais, succédant à quatre siècles d'économie de traite, l'expansion coloniale européenne a littéralement saigné un continent dont les richesses continuent d'approvisionner le marché mondial sans en tirer des bénéfices propres à basculer vers le développement. La faiblesse des structures étatiques, jointe à l'explosion de la demande des stupéfiants dans les pays du Nord, a ajouté les drogues – principalement la cocaïne et l'héroïne – au menu des exportations de l'économie africaine et depuis le tournant du siècle, le continent tout entier est passé du rôle de pays de transit à celui de pays de consommation.

L'héritage colonial en Afrique se traduit aussi dans la langue. Pour 200 millions d'Africains, la langue officielle est l'anglais, pour 120 millions, le français, pour d'autres encore, le portugais ou l'espagnol. La langue officielle signifie aussi la langue administrative, la langue des études, et bien souvent, la langue de communication superposée aux langues locales ou véhiculaires. En matière de politique des drogues, cette contrainte a eu comme conséquence de faire du monde africain anglophone, plutôt situé en Afrique de l'Est, un laboratoire pour la réduction des risques en Afrique noire, quand les Africains qui parlent français en sont relativement exclus. En la matière, le tableau général n'a jamais été avantageux pour qui que ce soit, Africains de l'Est ou de l'Ouest (voir p. 38). Passée une période de total déni[2], les grandes institutions internationales qui luttent contre les pandémies mondiales ont commencé à réagir. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'Onusida, pour ne citer que ces trois poids lourds de l'aide humanitaire institutionnelle, ont lancé des alertes qui correllent directement les grandes catastrophes sanitaires contemporaines avec la répression et la discrimination dont sont victimes les groupes vulnérables. Un effort particulier a été fait en direction des personnes désignées sous le terme de « *populations-clés* ». Il s'agit pour l'essentiel de 3 groupes : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe (TS) et les personnes utilisatrices de drogues (PUD). Sans surprise, ces groupes sont les plus vulnérables aux pandémies mais aussi les plus stigmatisés socialement. C'est pourquoi il existe, par exemple, une obligation d'intégrer des représentants des populations-clés dans les instances nationales de coordination qui garantissent la répartition des subsides collectés par le Fonds mondial.

La double peine culturelle

Créer un réseau d'associations d'usagers et d'anciens usagers de drogues en Afrique francophone relève a priori de la folie douce. Le projet souffre d'un double handicap. D'une part, l'histoire même de l'autosupport est dominée par les modèles anglo-saxons et d'Europe du Nord et relève de conceptions assez étrangères aux pratiques médicales francophones en général. D'autre part, la réalité même de l'usage de drogues en Afrique a longtemps été radicalement niée par les acteurs politiques et même par le secteur associatif[3]. Cette double peine a comme résultat une quasi-absence d'étude biocomportementale d'envergure en direction des consommateurs de drogues injectables dans la plupart des pays d'Afrique francophone, à l'exception du Sénégal. Une situation d'autant plus choquante que dans la société, au contraire, la réalité des usages de drogues est une évidence.

L'autosupport en langue anglaise

On le sait peu, mais les usagers de drogues sont représentés, et bien représentés, au niveau international et dans toutes les conférences qui évoquent la question des drogues, qu'il s'agisse de régulation, comme la Commission on Narcotics Drugs (CND), ou de réduction des risques avec l'Harm Reduction International (HRI). Ce travail de représentation est réalisé par INPUD (International Network of People who use Drugs), une sorte d'Asud déployé aux dimensions mondiales, notre référent ONU en quelque sorte.

Fort de l'avance prise par la réduction des risques dans les pays d'Afrique de langue anglaise, INPUD a facilité les processus d'organisation des réseaux africains à partir de 2012 en Afrique de l'Est. L'Afrique anglophone est même devenue un lieu de formation pour l'autosupport qui a permis l'éclosion d'un chapelet d'associations organisées en réseau :

- 2012 : création de KeNPUD, le Kenyan Network of People who Use Drugs ;
- 2013 : TaNPUD, le Tanzanian Network of People who use Drugs ;
- 2015-2016 : ZaNPUD, le Zanzibarian Network of People who Use Drugs, et début de mobilisation des organisations nigérianes d'usagers des drogues ;
- 2016-2017 : Burundi, Maurice et Seychelles, Afrique duSud.

Toutes ces formations ont abouti à la constitution d'un réseau anglophone appelé AfricaNPUD (African Network of People who Use Drugs).

La francophonie en Afrique

L'exemple anglophone a poussé Asud, membre d'INPUD, à organiser un processus comparable en Afrique francophone. Entre 2015 et 2017, l'association a donc pris des contacts avec des groupes locaux au hasard des liens créés par des associations humanitaires comme Médecins du monde ou des volontés manifestes qui se sont signalées à notre intention comme au Cameroun. Nous avons organisé des plaidoyers pour lutter contre la stigmatisation du « *drogué* » au Sénégal, rencontré des ONG qui font de la réduction des risques au Cameroun, visité des « fumoirs », ces salles de conso à ciel ouvert à Abidjan, en Côte-d'Ivoire. Après deux années de contacts intenses avec ces partenaires enthousiastes, cernés pas les problèmes économiques, juridiques, organisationnels, culturels mais aussi, pourquoi ne pas l'écrire, « postcoloniaux », nous allons soutenir les initiatives africaines d'autosupport d'usagers de drogues qui se parlent en français.

En février 2017, INPUD et Asud organisent à Grand-Bassam, l'ancien port colonial ivoirien, une formation régionale pour 9 groupes d'usagers qui décident de former le Réseau Afrique francophone d'autosupport d'usagers de drogues (RAfAsud, voir encadré).

George Soros et la submersion migratoire

Notre réseau balbutiant a la chance d'être soutenu par l'Open Society Foundation (OSF), l'une des branches de la galaxie du milliardaire George Soros. Engagée dans le changement des politiques de drogues sous ses diverses dénominations (OSI, OSF, OSIWA, Drug Policy Alliance[4]), cette organisation soutient avec opiniâtreté toutes les initiatives qui tentent de renverser un ordre mondial favorable à la séparation des hommes en castes. Qu'il s'agisse des migrants, des usagers de drogues ou des minorités ethniques, la société ouverte de George Soros prétend s'affranchir des frontières, des hiérarchies de races ou des anathèmes sociaux tels que la prohibition des drogues. Si nous commençons à bénéficier, dans les pays du Nord, d'un embryon de tolérance pour une forme restreinte d'éducation à l'usage ou de réduction des risques, la réalité africaine reste très majoritairement oblitérée par un décalque de nos législations les plus répressives en matière de drogues. En insistant sur la nécessité de changer les représentations qui pèsent sur les consommateurs de drogues, RAfAsud s'inscrit également en faux contre un stéréotype qui associe migrants subsahariens et trafic de stupéfiants. Cette nouvelle illustration de la convergence naturelle du discours prohibitionniste et de la stigmatisation des minorités est loin d'être anecdotique. Elle est notamment au centre de la rhétorique du président hongrois, Viktor Orbán, l'homme qui a fait de George Soros l'ennemi publique n° 1 dans son pays. Asud au service du capitalisme cosmopolite et de la submersion migratoire : la boucle est bouclée.

RAfAsud va débuter par une première réunion inaugurale au Sénégal. Nous poursuivrons ensuite notre campagne de plaidoyer pour les droits des consommateurs de drogues injectables en Côte-d'Ivoire et au Cameroun. Notre objectif est de mettre a disposition de nos frères et sœurs africains vingt-cinq années d'expérience de l'autosupport en français, à titre de juste retour des choses pour un continent qui sera demain, et de loin, le premier pôle de francophonie mondiale. À croire que le français aussi s'est un jour disséminé comme une drogue véhiculée par des migrants.

Le projet RAfAsud s'inscrit donc dans ce combat planétaire au service d'une redistribution plus juste des cartes économiques.

Fabrice Olivet

1. Voir « *Lignes blanches sur le continent noir* », *Asud-Journal* n° 55. http://www.asud.org/2014/10/03/des-lignes-blanches-sur-le-continent-noir
2. Enquête UDSEN, Étude ANRS n° 12243, étude de prévalence et de comportements à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les consommateurs de drogues injectables de la région de Dakar (Sénégal)
3. « CDI » est la dénomination utilisée par les documents institutionnels pour désigner les consommateurs au Sénégal.
4. Lire l'interview de Ethan Nadelmann dans « La prohibition est-elle soluble dans l'Atlantique ? », *Asud-Journal* n° 43.

LA DÉCLARATION DE GRAND-BASSAM

(5 février 2017)

Aujourd'hui à Grand-Bassam, en Côte-d'Ivoire, 9 associations se sont réunies dans le cadre de la formation organisée par INPUD.

Formation aux objectifs du Fonds mondial à destination des populations-clés.

Ces associations sont issues des 4 pays suivants : Cameroun, Côte-d'Ivoire, Maroc, Sénégal.

Nous déclarons :

1. Nous sommes tous des usagers ou des ex-usagers de drogues et en tant que tels confrontés aux risques infectieux (VIH, VHC, TB), usagers potentiels du système de prise en charge liée aux addictions ;
2. Nous sommes tous des groupes d'autosupport appartenant à un groupe de population-clé ;
3. Nous sommes francophones ;
4. Le français n'est pas notre langue maternelle mais représente une zone culturelle de communication qui unit 115 millions d'Africains dans 31 pays d'Afrique.
5. Nous demandons que notre particularité culturelle soit mieux prise en compte à toutes les étapes de collaboration avec les institutions internationales, soit par des traductions, soit par événements organisés en Afrique et en français.
6. Pour lutter contre la discrimination qui nous frappe et pour être plus efficaces dans notre rôle de porte-parole des usagers d'Afrique francophone, nous fondons aujourd'hui le Réseau Afrique francophone d'autosupport des usagers de drogues (RAfAsud).

Secrétariat : Moustaffa Mbodj
moustaphambodj29@gmail.com – +221 77 61 41 91

Suppléant : Ndi Ndukong Titus
seanndukong@gmail.com – +237 691 756 527

Coordination : ASUD (France)/INPUD (Royaume-Uni)

Signataires
ASHUD (Maroc)
Ya Pas Drap, Le Foyer du bonheur, Anonyme, Parole autour de la santé, SEV, La Relève, EFED (Côte-d'Ivoire)
Empower Cameroon (Cameroun)

La politique des drogues en Afrique francophone

Côte-d'Ivoire, Burkina Faso et Mali : photographie instantanée

Jérôme Evanno est le promoteur de l'introduction d'une dose de réduction des risques dans les fumoirs d'Abidjan (voir *Asud-Journal* n° 55). Mieux, il est un peu le découvreur de ces mini scènes où l'on vend, on achète et on fume du crack et de l'héro. Aujourd'hui, il nous livre sa vision politique des conditions d'émergence d'une nouvelle approche sanitaire de la consommation dans trois pays qu'il connaît bien: la Côte-d'Ivoire, où il a travaillé pour Médecins du monde, le Burkina Faso et le Mali.

Depuis UNGASS 2016[1], des avancées en matière de droits humains et de développement ont pu voir le jour, même si la sécurité et la gouvernance sont des éléments complémentaires à prendre en compte pour une réforme de la politique des drogues régionale efficace. En effet, de nombreux États ont admis l'échec de la stratégie de « *la guerre contre la drogue* » pour s'acheminer vers une politique plus pragmatique incluant la prise en charge des usagers de drogues (UD) et des programmes de réduction des risques (RdR).

Décriminalisation et accès au soin

Les deux axes de plaidoyer prioritaires en Afrique de l'Ouest francophone sont la décriminalisation de l'usage et un accès à des services de santé adaptés (dont la prise en charge de l'addiction). Concernant la décriminalisation de l'usage de drogues, cette avancée législative permettrait de désengorger les tribunaux et les prisons, les services de police spécialisés pourraient davantage se focaliser sur les trafiquants. Cela faciliterait l'accès des UD aux différents services de santé/social et une approche plus en adéquation avec les droits de l'homme. Il est préférable d'orienter les UD vers le soin plutôt que vers l'incarcération. Pour l'implémentation de services de santé adaptés, il va falloir légiférer sur le statut juridique et le rattachement institutionnel des structures de santé (et communautaires ?). Tous ces éléments feront partie de la mise en place d'une politique des drogues nationale/régionale qui réponde aux différentes recommandations internationales (OMS[3], ONUDC[4], ONUSIDA, etc.).

Crack, héroïne et tramadol

En se focalisant sur le contexte des trois pays que je connais le mieux (Côte d'Ivoire, Burkina Faso et Mali), les caractéristiques socio-comportementales des UD démontrent qu'il y a plus d´hommes que de femmes, âgés de 16 ans à 60 ans. Il y a peu d'injecteurs et le mode principal de consommation est l'inhalation. Il y a principalement de la cocaïne sous forme de crack, et de l'héroïne. Une importante consommation d'opioïdes a été rapportée (principalement du tramadol). Les UD témoignent d'un accès aux soins limité malgré leurs conditions de santé très dégradées[5,6], la discrimination et la stigmatisation étant évoquées comme freins majeurs. L'analyse des données montre que la consommation de drogues est un sujet tabou (de même que le VIH et la tuberculose).

Les politiques des drogues gardent cependant leur caractère punitif et privilégient la répression et il est, *de facto*, important de pouvoir œuvrer à l'amélioration des politiques des drogues, notamment en travaillant autour de l'écriture de nouvelles lois/amendements.

Pour conclure, malgré un environnement international propice à l'élaboration de politiques des drogues pragmatiques, il est très important que les premiers concernés (les UD, ex-UD et proches d'UD) puissent participer à leur élaboration. Les aspects sécuritaires et de gouvernance doivent être considérés au même titre que ceux de la santé et des droits de l'homme. Une approche uniquement répressive ne marche pas si elle n'est pas accompagnée par une approche sanitaire et des droits de l'homme.

Jérôme Evanno

1. http://www.unodc.org/ungass2016/
2. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
3. http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/
4. https://www.unodc.org/docs/treatment/brochure_UNODC_WHO_programme_F.pdf
5. https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2015/02/MDM_Rapport_Sante_UD_Abidjan-20141104.pdf
6. « *État des lieux sur les usages de drogues à Ouagadougou* », février 2017, Sidaction.

Asud-Journal #61 mai 2018

8 snapshots

UNE A-KRONIK UN PEU PARTICULIÈRE EN FORME DE CLIN D'ŒIL À FÉLIX FÉNÉON, DIT « LE ROI FÉNÉON », AUTEUR, JOURNALISTE, ACTIVISTE ANARCHISTE, INVENTEUR DE LA BRÈVE ET DE LA NOUVELLE EN UNE LIGNE... 8 PETITES NOUVELLES DONC POUR EN DONNER !

The Needle and The Damage Done – Cold Turkey – White Rabbit – Wild Horses – Lucy in the Sky with Diamonds ou *Toujours l'Hiver*, et j'en passe... On ne compte pas les chansons rock évoquant les drogues avec leurs paroles plus ou moins allusives dont on tentait plus jeune de décrypter le sens souvent déguisé.

Combien de mecs et de filles se sont foutus des aiguilles dans le bras en écoutant *Heroin*? C'est très con, indiscutablement, mais stupide ou non, il y avait du romantisme là-derrière...

« *Si maintenant je dors ancré au port de la misère c'est que je n'ai jamais su dire assez à la misère* », reconnaissait le poète Roger Gilbert-Lecomte; sous sa plume, le mot « *misère* » sonnait comme un euphémisme, pour ne pas dire une métaphore.

Parce que justement ça n'est jamais assez. Ça ne sera jamais assez. Le *It's Not Enough* de Johnny Thunders avec son puissant corollaire Iggyesque, *I need More*, forment les deux pôles d'une même nécessité. Ne jamais être rassasié. La came n'est qu'une des expressions, des traductions, de cette soif inextinguible dont souffrent certains d'entre nous, une soif de vivre, de vivre jusqu'à en crever.

« *Décrochez* » – impératif cher à Papy Boyington – n'a jamais tout résolu!

* 1 *

Qu'est ce qui m'a pris? Jusque-là, j'avais jamais pu...

Il en faut de l'audace pour se frotter à ça. « *Ça* », en fait, ce sont les rapports très officiels des observatoires des drogues et le bilan annuel 2018 qui en émane. Croyez-le ou non, je m'y suis collé! Outre la profusion de statistiques, graphiques et autres données chiffrées complexes mais certainement très parlantes sur le plan sociomédical (oui, on en est

là !), il y a surtout cette improbable, interminable enfilade d'acronymes émaillant le texte ! C'est tout un langage abstrus ou abscons en soi, qui rend abscons ou abstrus l'ensemble au néophyte déconcerté. Outre cette lecture malaisante, cela en dit long sur la place et l'évolution de la façon de parler des drogues en quelques décennies. Ah ça, pas de doute, on est loin de l'enivrez-vous baudelairien ! Les deux pieds dans le réel plutôt sordide d'ailleurs !

Pour s'en convaincre, j'ai récapitulé et assemblé une espèce de reader indigeste de cette logorrhée acronymique ; je le soumets à votre sagacité. Vous me direz si je suis totalement inapte ou s'il n'y a pas décidément quelque chose de pourri au royaume du Danemark, et par extension au-delà, car comment le lecteur non-initié peut-il réussir à naviguer dans ce texte et saisir via ce langage barbare abriévé l'essence de la chose ? Il s'agit donc du rapport de l'OFDT travaillant de concert avec l'EWS qui l'a transmis à l'EMCDDA à partir de données collectées auprès des CNAM-TS, RG hors SLM (évidemment !) RSI, MSA issues de l'EGBS – « *simplifié* » ou non, telle est la question – extraction OFD.

J'y ai donc plongé la tête la première. Si je comprends bien, entre 2012-2018, dans le cadre des TSO, on comptait 150 000 bénéficiaires de délivrance de MSO utilisant la BHD. 43 % dans le cadre d'une ALD (pour la MTD, c'est un peu différent, si, si !). Là, même en me concentrant un max, je patauge déjà…

Dès le chapitre concernant les CSAPA affiliation CMU-C, CAARUD et RECAP hors SLM (re-évidemment, suis-je bête !), j'en suis à surnager en eaux troubles. Et c'est carrément en apnée que j'aborde les CAARUD, RECAP et SCMR. Je vous passe les fameux SLM, déjà évoqués, et autre EGB ou MTD parce que cette fois, moi, je suis bel et bien noyé !

À l'appui, histoire de prouver que je n'invente rien, cet extrait que je reproduis *in extenso* :

« *Les données de remboursement de l'EGB simplifié ne concernent que les MSO délivrés en ville. Les MSO dispensés dans les structures spécialisées, les bénéficiaires des régimes autres que ceux mentionnés ci-dessus, les bénéficiaires de l'AME, les personnes ne bénéficiant pas de couverture par l'Assurance maladie ne sont pas pris en compte dans l'EGB simplifié.* »

Sic ! C'est sans doute très éloquent ! Les bénéficiaires de l'ÂME, ça sonne bien même s'il est vague, le reste, j'y pige dalle !

J'en reste BB-COI c'est-à-dire : Bouche Bée – Carrément Obsolète Irrécupérable !

* 2 *

Le dimanche 2 février 2014, il y a 4 ans, Philip Seymour Hoffman mourait seul dans son appartement newyorkais ; la police le découvrait gisant sur le sol une shooteuse dans le bras.

Dans une petite boîte, on retrouvera des dizaines de sachets d'héroïne floqués d'un as de pique. Après analyse, il ne s'agissait pas de la came surpuissante coupée à un analgésique à base d'opiacé qui décimait alors la côte Est (on comptera des dizaines de morts).

Hoffman aura passé la dernière journée de sa vie sur terre à trimballer ses deux dealers dans son quartier, puisqu'une caméra

de surveillance le filmera dans une épicerie *around the corner* retirant 1 200 dollars au distributeur avant d'aller boire un verre en leur compagnie dans son bar préféré et de rentrer chez lui se faire un dernier fix. Une fin hollywoodienne ?

* 3 *

Fort de toutes les statistiques collectées par tous les observatoires du monde confirmant la persistance de l'usage de drogues, le monde médical s'occupe de tout et les labos – fidèles aux postes et toujours prêts à apporter leur pierre à l'édifice du règne de la modération – rivalisent d'inventivité pour étendre la manne que ce business/secteur représente.

Et dans le genre, pourquoi ne pas s'inspirer des puces électroniques que l'on affecte aux chiens pour les localiser ou celles que l'on glisse en sous-cutané aux employés volontaires de certaines firmes US ? Ne peut-on pas imaginer insérer sous la peau du toxico – putatif, avéré ou confirmé – une capsule mensuelle à diffusion quotidienne de subronorphine selon la dose prescrite – pas plus, mais pas moins ?

Les plus informés savent déjà que je ne science-fictionne pas ! Eh oui, cette uburie est dans les tuyaux ; les labos planchent dessus et se tirent la bourre pour l'imposer. On comprend mieux d'ailleurs pourquoi ces mêmes labos pèsent de tout leur poids afin d'obtenir une modification sémantique essentielle, à savoir substituer (!) le terme « *médication* » à « *substitution* ».

On n'est pas dans une simple querelle de jargon, ça n'a rien d'innocent. L'enjeu va bien au-delà du langage, c'est une tentative de coercition et quoiqu'on en pense, c'est même assez cohérent.

De fait, le Subutex® devient un médicament. Bref, il suffirait dans ce futur proche merveilleux qu'on vous détecte une inclinaison à la défonce qu'on nommera très vite « *pathologie* » (génétique ou non, à voir) pour qu'on vous colle ladite puce rechargeable de Subutex®, peut-être même de façon préventive.

On imagine sans mal toutes les questions éthiques que cela soulève et le côté liberticide d'un tel progrès. Car voilà exactement ce qu'est le

progrès : une déshumanisation progressive inexorable de l'homme, sa réduction à l'état d'individu.

* 4 *

Au début des années 80, il y avait un punk parisien qui se faisait appeler captain Captagon en hommage à ces comprimés d'amphétamine alors très populaires. Tout le monde carburait au Captagon®, ça vous ouvrait les mirettes genre panoramique, ça accélérait la vie ce qu'il faut, en vous boostant l'esprit et le corps !

Depuis, c'est interdit en France. Ça fait même un moment ! Comme le Dinintel®, autre amphet' coupe-faim, le Fringanor® et consorts. Mais dans les pays du Moyen-Orient, en Syrie, au Liban notamment, le Captagon® est de nos jours tellement en vogue qu'il génère un important trafic souterrain. Les combattants islamistes de la Dèche en seraient friands et les consommeraient par poignées. Dans leur cas, le Captagon® aggrave leur sauvagerie, aiguise leur cruauté sanguinaire, renforce le sentiment d'impunité et d'invincibilité. C'est à se demander s'il agit sur les mêmes zones du cerveau qu'il y a trente ans ! À moins – et j'ai tendance à croire que c'est plutôt ça – à moins qu'on n'ait pas exactement le même cerveau, ni le même cœur, ni la même âme !

* 5 *

Une rame de RER, 8 heures, un glacial dimanche matin de janvier.

Il n'y a pas foule et on y gèle. Les quelques lève-tôt et couche-tard écrasés de sommeil comatent dans le froid torpide d'un jour levant déjà fatigué. Soudain, un cri arrache brusquement tout ce petit monde à sa somnolence. Un type à l'autre bout de la rame vient de s'emparer du téléphone portable d'une femme impuissante à stopper sa fuite sur le quai.

« *Je l'ai vu passer devant nous, là, à l'instant, il a traversé toute la rame* », s'exclame un type aussi endimanché que sa femme. Et de lui expliquer : « *Ça, c'est un drogué, tu peux en être sûre !* »

Je me rendors…

* 6 *

L'âge sombre, le Kali Yuga, dure plus de 6 000 ans – à relire René Guénon, nous pataugeons dedans depuis un moment déjà – Nous sommes même dans les ténèbres de l'âge le plus sombre… C'est encourageant !

* 7 *

Si son nom sonne comme un symbole, qui se souvient de Rodney King mort en 2012 dans l'indifférence ? Rappel…

Arrêté le 3 mars 1991 en état d'ébriété au volant de sa voiture, Rodney King est passé à tabac par 4 flics blancs haineux membres « *exemplaires* » de la sulfureuse police de LA connue pour sa corruption, son racisme et sa violence. Cette raclée monumentale est filmée par un témoin : la séquence fait le tour du monde. King se rétablira doucement mais un an plus tard, l'acquittement des flics au terme d'un procès bâclé met le feu aux poudres dans les quartiers blacks et pauvres de la ville. C'est le déclenchement de 5 journées de violence et de pillage sans précédent pour la plus grande terreur des riches célébrités planquées dans leurs villas sur les hauteurs de la ville, craignant de voir déferler des hordes de pilleurs. Ces journées feront 53 morts, un par coup reçu par King, 2 000 blessés, et des dégâts matériels considérables.

Rodney King interviendra en vain à la télé pour demander un retour au calme. « *Est-ce qu'on ne pourrait pas s'entendre ?* », supplie-t-il. Il faudra l'intervention de l'armée pour rétablir l'ordre, mais ces émeutes marqueront à jamais l'inconscient collectif américain.

En 1993, King gagnera le procès civil mais dilapidera en un clin d'œil les 4 millions de dollars de dommages et intérêts obtenus. Ses problèmes de boisson et de drogues lui valent à nouveau des ennuis. Il s'encastre dans un mur en bagnole en 2003 avant de devenir l'un des piliers abstinents de *Celebrity Rehab*, un show très populaire de TV reality.

Par la suite, rattrapé par ses vieux démons, il est à nouveau arrêté à plusieurs reprises pour des délits liés à ses addictions. En 2012, son autobiographie le remet dans l'actualité, mais le 17 juin, il est retrouvé mort, flottant à la surface de sa piscine. L'autopsie conclura à une noyade accidentelle sous l'emprise de drogue et d'alcool.

* 8 *

Gare de Bordeaux 19 heures, février 2018 : il a neigé dit-on sur Paris. Vers 22 heures, je pourrai le constater de visu. À cause des intempéries, le train a presque 45 minutes de retard. Emmitouflé dans un lourd manteau anglais en laine bien classieux, ma sacoche à ordinateur en bandoulière, je me fonds dans la foule poireautant nombreuse dans le hall de la gare, le téléphone portable à l'oreille comme tout le monde, quand 3 flics me tombent dessus pour procéder à un contrôle d'identité comme aux plus beaux jours. Je les avais aperçus patrouillant tranquilles aux alentours sans procéder à aucune interpellation.

Décidemment, je ne m'y ferai jamais.

Les bonnes vieilles questions qui pleuvent et je dois me faire violence pour y répondre sans souligner leur intrusivité :

« Vous habitez Bordeaux ? Que faites-vous ici ? Où allez-vous ? Et qu'est ce que vous faites dans la vie ?

– J'écris, que je réponds lassé, J'écris pour… Asud ! »

À ces mots, les poulagas me restituent immédiatement mes papiers et vaquent.

Vous savez ce qu'il reste à faire dans une situation similaire : dites Asud ! Et on vous fout la paix ! Direct !

Marc Dufaud
(for Bagh)

Beaucoup de bruit pour rien

Jean-Pierre nous parle du projet de contraventionnalisation de la consommation de stupéfiant, proposé dans un rapport gouvernemental et sur lequel les associations d'usagers de drogues ont été auditionnées en octobre 2017.

« Il s'agit de fixer clairement, en accord avec les spécialistes concernés, un seuil quantitatif au dessous duquel tout porteur serait, sauf preuve du contraire, assimilé à un usager et non à un trafiquant, et de recommander que, au dessous de ce seuil, le détenteur ne soit plus déféré au parquet. »[1]

De quoi parle-t-on dans cet énoncé pour le moins tarabiscoté ? Du cannabis, évidemment !

Et, question subsidiaire, qui l'a rédigé et en quelle année ? Cette phrase est extraite du premier rapport français sur « *la drogue* », fléau des temps modernes, un rapport confié à Monique Pelletier, avocate marquée à droite et mère d'une ribambelle d'enfants. Cette phrase qui recommande de dépénaliser l'usage du cannabis date de 1978 (je n'avais pas 20 ans, et vous ?) et le plus troublant dans cette histoire, c'est de constater que quarante ans plus tard, l'usage en privé de cette plante est toujours interdit (qu'importe si c'est symbolique) et qu'aucun des gouvernements qui se sont succédé n'a été capable de programmer une véritable dépénalisation de l'usage. Même pas Emmanuel Macron qui, avant d'être élu président, plaidait « *pour une dépénalisation de la détention en petite quantité du cannabis afin de désengorger les tribunaux* ».

Notons que tous les rapports commandés au fil des gouvernements successifs dans le but de pointer les risques du cannabis, en particulier chez les ados, ont eu l'effet inverse de celui escompté. C'est le cas du rapport du Comité consultatif national d'éthique (1994) ou du rapport Henrion (1995), comme du rapport Roques (1998) qui, dans une belle unanimité, ont conclu qu'il était grand temps de dépénaliser l'usage de toutes les drogues… Et pour le cannabis, une « *drogue* » populaire dans toutes les classes sociales, de le réglementer !

Exception à la règle, le fumeux rapport *Drogue, l'autre cancer*, exigé par les sénateurs en 2003. Ce rapport très réactionnaire marque le retour au pouvoir d'une droite conservatrice. Pour la première fois, on évoque l'instauration de contraventions pour dissuader les adolescents de consommer du cannabis et montrer à leurs parents qu'on ne baisse pas les bras face à ce « *cancer* » qui gangrène notre jeunesse. Et qui propose, au nom de la tolérance zéro, de racketter les fumeurs ? Nicolas Sarkozy. Et nos sénateurs, inspirés par la philosophie du ministre de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, de préconiser « *une contravention de 5e classe pour simple usage, associée à l'obligation de soins ou d'orientation vers une structure psychosociale* ». Peut-être parce qu'il jugeait cette option trop audacieuse pour nos sénateurs, Nicolas Sarkozy recommandait de conserver la qualification de « *délit en cas de récidive* » et de « *prévoir le cas échéant l'emprisonnement dans des centres fermés de traitement de la toxicomanie* ».

L'art de noyer le poisson

Sarkozy en rêvait, Hollande n'a jamais osé, mais Macron n'allait pas louper l'occasion de faire le malin à peu de frais. Le 2 août 2017, il charge deux jeunes députés bien propres sur eux, Éric Poulliat (REM) et Robin Reda (LR), de créer « *une mission d'information portant sur l'opportunité de recourir à la procédure de l'amende forfaitaire délictuelle pour sanctionner l'infraction d'usage illicite de stupéfiants* ».

Les premiers à se féliciter de cette approche sont les syndicats de police. Philippe Capon, secrétaire général l'UNSA (syndicat marqué à gauche), qui a fait de la contravention « *une revendication syndicale de longue date* », dénonce des procédures trop lourdes au vu des sanctions pénales, et trop chronophages pour les services de police. Même le représentant du syndicat Alliance (marqué à droite toute) est enthousiaste : « *Aujourd'hui*, déclare-t-il, *le seul traitement des délits de consommation de drogue représente plus d'un million d'heures par an, soit 500 policiers affectés uniquement à ça* ». Les policiers sont débordés et nombre d'entre eux préfèrent jeter le joint de l'interpellé dans le caniveau plutôt qu'engager une procédure éprouvante et sans suite la plupart du temps[2].

Au moment de rendre le rapport au gouvernement, deux stratégies s'affrontaient. Robin Reda (LR) militait pour une simple contravention (300 euros aux dernières nouvelles), estimant que celle-ci permettrait une « *sanction immédiate et homogène sur le territoire national et une réponse plus dissuasive que le simple rappel à la loi* ». Son collègue Éric Poulliat (REM) proposait, lui, de maintenir « *un interdit social autour de l'usage des stupéfiants* » et souhaitait donc que l'amende reste « *dans un cadre délictuel* »[3], les policiers pouvant alors toujours placer le contrevenant en garde à vue et engager des poursuites à son encontre si ça les chante.

Entre ces deux propositions qui n'ont rien de révolutionnaire, même si certains médias y ont vu une forme de dépénalisation, le gouvernement va évidemment opter pour la plus réactionnaire.

Dans une interview sur Europe 1, Gérard Collomb met les points sur les « *i* »: « *Nous allons forfaitiser ce délit. Mais ensuite, il peut y avoir des poursuites. Il n'y a donc pas de dépénalisation du cannabis.* » Cette nouvelle procédure « *prendra place dans un certain nombre de lois que nous allons présenter, et en particulier dans la réforme de la procédure pénale* », indique le ministre de l'Intérieur qui entend, dans l'élan, moderniser les forces de l'ordre en les dotant de tablettes Néo (?). « *Le maintien du délit*, explique-t-on au ministère, *permet de conserver des moyens d'enquêtes pour les policiers et les gendarmes en maintenant la possibilité de placer en garde à vue les simples usagers pour démanteler les réseaux de trafic de stupéfiants* », un argument vieux comme la prohibition et d'une efficacité très relative.

La répression au détriment de la santé publique

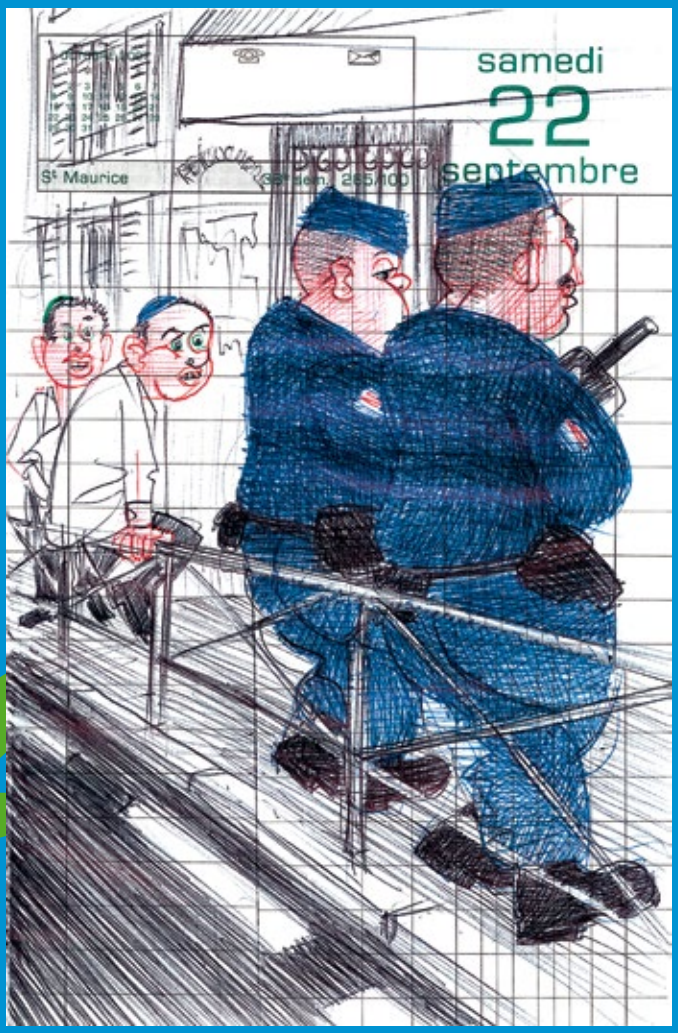
Si l'amende forfaitaire délictuelle a été accueillie avec bienveillance par les flics, ce n'est pas le cas des addictologues. Pour Amine Benyamina (président de la Fédération française d'addictologie, FFA), « *cette décision ne va rien changer. Quid du trafic, quid de la nocivité, quid du cannabis thérapeutique ? C'est une mesure purement sécuritaire qui n'a aucun lien avec la santé et qui a pour unique fonction d'alléger la paperasse des policiers* ». Et *quid* des mineurs qui ne sont pas concernés et qui (statistiquement parlant) représentent 50 % des interpellés, aurait-il pu ajouter.

Même son de cloche chez le professeur Nicolas Simon (président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, ANPAA), qui trouve que « *c'est une réponse simpliste et insuffisante qui ne va pas changer les modalités de consommation* ». Quant à Jean-Pierre Couteron, le président de la Fédération Addiction (FA), il s'en prend à « *la vision très naïve* » des membres de la Commission, comme s'il suffisait de « *menacer un usager d'une sanction sévère pour qu'il cesse sa consommation* ».

Les associations représentant les usagers auditionnées par la Commission ont, de même, vertement critiqué le principe des amendes. Pour le consommateur, « *le gain effectif reste maigre, voire inexistant, au regard des pratiques judiciaires actuelles qui généralisent déjà les peines de substitution* », estime ainsi Fabrice Olivet (Asud), qui reproche au gouvernement de « *déplacer le curseur du garde des Sceaux vers la Place Beauvau* », le policier devenant le maître du jeu.

Le Circ dénonce, quant à lui, le racket des usagers les plus visibles et les plus fragiles, l'amende étant davantage « *arbitraire* » que « *forfaitaire* ». « *Contrairement à ce que souhaitent et prétendent les forces de l'ordre, l'amende relève plus de l'usine à gaz que de la simplification* », indique son porte-parole.

Norml soupçonne enfin le gouvernement de vouloir faire passer en douce sa proposition en « *intégrant la disposition de l'amende forfaitaire, non pas dans une vraie loi sur les drogues, mais dans un paragraphe caché dans plus de 82 pages de dispositions* ».



Une réglementation remise au lendemain du lendemain

Je ne vais pas vous dresser la liste des pays qui, de par le vaste monde, ont assoupli leurs lois en préférant dépénaliser ou réglementer l'usage du cannabis plutôt que lui faire la guerre. Concernant la France, la patrie du pinard que Macron encense à tour de bras, elle marche à reculons. « *Cette procédure n'est pas, comme on l'entend trop souvent, une voie de dépénalisation mais bien un moyen de répression plus systématique* », s'indigne à juste titre le Syndicat de la magistrature.

Par ailleurs, alors que le rapport Pelletier demandait que soit fixé un seuil distinguant l'usage du trafic (un joint à la main ? Deux barrettes dans la chaussette ? 100 € dans la poche ?), les rapporteurs refusent de s'aventurer sur ce terrain miné. Comme d'habitude, cette procédure qui va très vite montrer ses limites a un avantage indéniable : évacuer tout débat le temps d'un quinquennat… Circulez, y a plus rien à voir !

Jean-Pierre Galland

1. L'audition intégrale d'Asud est visible sur asud.org
2. En 2016, sur 115 000 réponses pénales pour usage, les deux tiers étaient des mesures alternatives, dont plus de 44 000 des rappels à la loi.
3. L'amende forfaitaire délictuelle s'élèvera à 300 €, mais elle passera à 600 € si vous ne payez pas dans les 40 jours.

T'es trop dedans

HÉROÏNE, LA CATASTROPHE INVISIBLE VUE DE L'INTÉRIEUR

La catastrophe invisible, histoire sociale de l'héroïne[1] *est le titre d'un ouvrage collectif paru le 19 février 2018, aboutissement de pratiquement dix années de réflexion sur l'histoire de l'héroïne à la fin du XXe siècle. La consommation massive de diacétylmorphine en intraveineuse et l'épidémie de sida, son corollaire, ont servi de références à tout notre édifice de prise en charge des addictions, notamment dans la structuration officielle de ce qu'il est convenu d'appeler « la politique de réduction des risques », officialisée en 2004*[2]*. Mais cette histoire, qui la connaît réellement ? Qui sait qu'elle reste un marqueur de mémoires, à l'instar des grands événements guerriers célébrés officiellement par la République ? Et puisqu'il est question de guerre, qui sait que cette consommation massive a justement servi aussi de référence à une structuration belliciste de la réponse de l'État, la célèbre guerre à la drogue, baptisée chez nous « Lutte contre la toxicomanie » ? C'est cette histoire que nous avons essayé de raconter en réunissant une équipe inédite de chercheurs et de témoins de ce passé à la fois si proche et si lointain.*

Au départ, petites conversations entre amis

Tout a commencé par cette idée simple que nous étions un petit cercle de témoins, chaque année un peu moins nombreux, rescapés d'une aventure sociale et politique majeure à peu près inconnue du grand public. Asud a été fondée par des usagers qui appartenaient tous à cette génération née dans les années 50 et 60 qui a rencontré, successivement et dans cet ordre, l'héroïne, le sida et la réduction des risques. Aujourd'hui où une crise majeure de consommation d'opioïdes frappe les USA, la « *grande épidémie d'héroïne* » fait figure de précédent fantomatique qui se manifeste à chaque fois qu'une équipe de télé ou un journaliste nous contacte à propos « *du retour de l'héroïne* ». « *On nous a éduqué avec le dégout de l'héroïne… c'était interdit d'en prendre et même d'en vendre* », nous dit le rappeur Kerry James[3] « *et moi, je ne savais pas d'où venait cet héritage* ». C'est de cet héritage que nous parle ce livre collectif.

Pendant l'hiver 2011-2012, Michel Kokoreff nous a réunis, avec Aude Lalande, Anne Coppel, et moi-même, pour débuter un cycle de réunions hebdomadaires au 147, rue de Belleville, à Paris, dans les anciens locaux d'Asud. Réunions informelles, bavardes, exaltées avec cette histoire d'héroïne en bandoulière dont nous ne savions pas trop quoi faire. La question qui revenait le plus souvent était celle de « *la génération sacrifiée* », expression utilisée dans de multiples contextes et popularisée par Reda Sadki[4] pour parler des morts de l'héroïne, et plus précisément (dans sa bouche), des morts de l'héroïne d'origine maghrébine. La question lancinante qui nous hantait à l'époque était « *combien de*

morts ? ». Entre 40 et 50 000. Difficile de répondre encore aujourd'hui. Mais ce que nous avons soulevé, c'est la pierre qui obstruait nos bouches. Tout récemment, dans une émission de télévision consacrée aux « *quartiers* », la journaliste Raphaëlle Bacqué évoquait incidemment la « *catastrophe du sida et de l'héroïne* » comme un élément constitutif du gouffre qui sépare « *les banlieues* » du reste de la société, et je me suis dit que nous avions marqué un point.

L'histoire de l'histoire

Ce travail, nous l'avons commencé comme un devoir de mémoire puis la curiosité intellectuelle et le goût de l'innovation nous ont guidés dans une expérience inédite. La catastrophe invisible est un travail de longue haleine, qui s'aventure sur les terres en friche de l'histoire sociale de la consommation de substances illicites, mais aussi dans une épistémologie innovante. Le bilan des forces et des faiblesses de notre groupe reste à dresser pour ce qui représente tout de même un sacré pari et une formidable aventure humaine. Ce fut un périple difficile, parfois même éreintant, plein de côtes et de faux plats, mais aussi de perspectives tronquées, de virages à 180° et forcément, de chutes. Qui dit chutes dit plaies et bosses, voire blessures secrètes. Aujourd'hui que le résultat est là, ce sont des raisons suffisantes pour analyser cette entreprise pas banale.

C'est toujours Michel Kokoreff qui a réussi à transformer ce qui était une réunion semi-amicale en projet de recherche officiellement répertorié, financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR). Grâce au rapport déposé en juin 2016 sous le titre *Héro, histoire sociale de l'héroïne 1970-2004*, nous avons réussi à mobiliser des ressources éditoriales. Ce changement de statut a modifié à la fois les enjeux, les protagonistes et les finalités. Des considérations financières, des ambitions universitaires – parfaitement légitimes – sont venues se greffer sur notre petit groupe d'amateurs. Commencée sous des auspices enthousiastes, presque romantiques, cette recherche ANR a dû se fondre à l'aune des réalités objectives qui conditionnent ce type d'exercice. Nous avons unanimement décidé une localisation explicite sur Marseille et Paris afin à la fois de circonscrire nos ambitions à deux villes témoins et de pouvoir tout de même développer une réflexion que nous voulions nationale. L'élargissement du groupe a augmenté le poids des universitaires par rapport aux militants.

Créer un groupe est en soi un défi. Sentir les dynamiques internes, les arbitrer et, pour finir, déterminer une base collective qui fasse consensus, est un exercice de haute voltige. Une transformation qui suppose de se heurter aux egos, aux croyances individuelles et aux positions philosophiques de chacun dans une matière – la diffusion de l'héroïne à la fin du XX^{e} siècle – d'autant plus difficile que tout était à construire.

« T'es trop dedans »

« *T'es trop dedans !* », fut le cri du cœur lancé par l'un des protagonistes, sociologue, à l'autre qui ne l'était pas. Au comble de l'énervement, exaspéré par cette certitude un peu condescendante qui caractérise bien souvent le discours des « *anciens combattants* », il avait trouvé notre slogan. Rapidement, le hiatus est apparu, notre recherche aurait pu s'intituler : « *T'es trop dedans, histoire sociale de l'héroïne* ». Ce qui avait été vécu comme une guerre par les uns, une guerre à laquelle ils avaient survécu, était volontairement placé comme objet de recherche à distancier par les autres. Ce « *T'es trop dedans* » est le résumé des tensions qui ont traversé notre groupe. Effectivement, où nous situons-nous, les uns comme les autres, par rapport à cette histoire ? Et cette localisation est-elle identitaire ? Est-elle significative d'un discours explicatif des causes, des effets, ou de l'existence même d'une guerre livrée au consommateur d'héroïne ? Dans notre équipe, nous avions l'acteur-témoin devenu militant et chercheur(e), le chercheur(e) devenu militant, l'universitaire classique qui s'interdit toute proximité énoncée avec le sujet… et toute une gamme de profils situés aux différents intervalles de cette chaîne du savoir.

Le chagrin et la pitié

Sur ce plan, nous ne sommes pas les premiers à nous confronter à la compétition entre la vérité des chercheurs et celles des acteurs. L'exemple le plus célèbre est celui de l'histoire de l'Occupation et de la Résistance en France durant la Seconde Guerre mondiale. Durant presque un demi-siècle, l'histoire officielle dut se couler dans le moule de la saga des résistants gaullo-communistes, récipiendaires d'une histoire vécue subjectivement par les acteurs et soumise à des impératifs idéologiques ou tout simplement politiciens. Devant le témoin survivant, l'historien se taisait ou s'adaptait. Puis vint Paxton[5], historien américain qui eut le mérite d'ignorer des tabous idéologiques qui ne le concernaient pas. Il réunit un matériel scientifique inattaquable pour établir la réalité d'une complicité massive de l'État français avec l'Occupant, notamment dans la Shoah. Le véritable débat s'est engouffré dans cette déchirure et parmi les témoins acteurs militants de l'histoire, seuls ceux qui avaient su acquérir un bagage scientifique, les Jean-Louis Crémieux-Brilhac, Marc Ferro ou Daniel Cordier, ont pu mettre au service de la technicité du chercheur leur expérience irremplaçable de Résistants.

Être dedans ou pas

Dans le rapport déposé à l'ANR, notre travail sur la mémoire de l'héroïne a rencontré le problème inverse. La parole des survivants était taboue ou travestie pour coller au récit idéologisé de la « *lutte contre la drogue* », un espace sous haute surveillance politique. Même s'ils ont un lien dissimulé avec leur objet, les spécialistes se défendent vigoureusement de toute proximité avec la cible. Tout le matériel censément objectif est judiciarisé ou médicalisé. Pour le reste, la part essentielle, celle qui nous intéresse, reste enfouie dans la mémoire des survivants ou de ceux qui les ont côtoyés. Elle appartient au monde insaisissable des marges, de la franche délinquance à la clandestinité des consommations festives, un monde qui n'est jusqu'ici connu que par le journalisme ou le roman. Notre quête a donc nécessité de recourir massivement aux entretiens et à la mémoire des acteurs. À partir de ce

constat, l'intérêt d'avoir des membres de la communauté des usagers dans le groupe de chercheurs est patent.

L'héroïne, l'expérience de l'héroïne, ce sont aussi des codes, des sensations partagées. Les « *tu vois ce que je veux dire* ». L'expérience de la drogue est subjective par définition. Chaque expérience diffère, chaque rencontre avec le produit est un espace singulier inassimilable à aucun collectif objectivé. Une juxtaposition de petits mondes, tous enfermés dans leur singularité intime. C'est cette subjectivité structurelle qui est censée invalider toute compréhension collective du

phénomène en dehors du statut légal qui sépare « *la drogue* » des drogues légales. C'est aussi ce stéréotype qui a longtemps empêché les cliniciens de croire en la valeur thérapeutique de la substitution, qui a éloigné les sciences sociales ou qui empêche de mettre en récit une histoire de l'usage des drogues.

Le militant(e), chercheur(e) ou l'auteur(e) engagé(e) possède indubitablement des clés qui permettent de séparer le bon grain de l'ivraie, le superflu du nécessaire, en l'occurrence ce qui relève du folklore, de l'exagération quelquefois romancée, même de la mythomanie, de ce qui fait sens collectivement pour les usagers, que ce soit en termes de pratiques ou de croyances. Cela permet d'éviter la noyade sous le stéréotype classique de la drogue-expérience-unique-et-singulière… « *T 'es trop dedans ?* » Au contraire, c'est ce dedans-là qui permet justement de quitter la zone du fantasme, du jugement moral ou de la fascination pour comparer, ranger ceci à gauche ou à droite, évacuer cela et, pour finir, redonner du sens à ce qui, rappelons-le, est le récit d'une guerre avant d'être l'histoire impossible d'une sensation.

La catastrophe invisible relève de l'innovation, voire de l'invention au sens étymologique. Au fil de nos discussions, nous avons découvert un véritable fleuve souterrain, une mémoire enfouie sous la culpabilité, la colère ou l'oubli, l'oubli comme défense immunitaire contre le chagrin. L'histoire de l'usage des drogues est un champ nouveau mal compris, si ce n'est mal considéré, par les sciences humaines, un champ occupé militairement par la psychiatrie à une extrémité et par la criminologie à l'autre. Cette histoire sociale de l'héroïne a permis de sortir du ghetto de l'étude de la déviance pour entrer dans le champ plus ouvert de l'anthropologie sociale et culturelle. **Fabrice Olivet**

1. *La catastrophe invisible, histoire sociale de l'héroïne*, sous la direction de M. Kokorref, A. Coppel, M. Peraldi, éditions Amsterdam, Paris, 2018.
2. Article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à a politique de santé publique.
3. « *Ces jeunes qui tombent* », documentaire de Cécile Favier et Azzedine Zoghbi diffusé sur France 3 le 22 octobre 2016.
4. Reda est l'animateur de l'émission de radio *Survivre au sida* sur Fréquence Paris Pluriel, et fondateur du Comité des familles pour survivre au sida. Nous avions même pensé à l'intégrer à notre petit groupe avant d'y renoncer à la suite des graves querelles qui traversaient à l'époque le monde de la lutte contre le sida.
5. *Parades and politics at Vichy*, Robert Paxton, Princeton, 1966.

La Commission des stupéfiants face au défi des Nouveaux Produits de synthèse (NPS)

Depuis 2013, Asud a un nouveau copain, la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes. À première vue, on s'étonne. Un peu comme si une souris proposait d'intégrer un groupe de matous spécialistes des aliments pour chats, ou comme un glaçon tombé amoureux d'un barbecue, bref, des trucs qui ne vont pas ensemble. Eh bien détrompez-vous, la proposition faite par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ne cache aucun piège, sinon celui de considérer que le retrait du marché d'une molécule n'épuisait pas le sujet.

La Commission des stupéfiants et la logique de l'offre

La Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes est l'organe institutionnel qui propose de classer des molécules au tableau des stupéfiants. La « *commission des stups* », telle qu'elle est couramment désignée, propose au directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de rendre illégales la commercialisation et la consommation de substances auparavant considérées comme des médicaments et des produits industriels. En clair, il s'agit du bras technocratique de la prohibition, celui qui décerne le label officiel « *drogue* ». Tout cet édifice est assis sur une hypothèse intellectuelle que l'on a que trop tendance à valider comme s'il s'agissait d'une évidence, celle de la prépondérance de l'offre : les substances créant, *a priori*, une dépendance et un besoin de consommer irrépressible. L'abolition de cette offre est donc considérée comme la condition première de la résolution des problèmes posés par l'existence d'une consommation de masse de substances illicites. Hélas, cette hypothèse est démentie par l'échec de la prohibition dans le monde, et particulièrement par celui des conventions internationales qui produisent des listes de substances prohibées toujours plus nombreuses depuis le début du XX^e^ siècle.

Les NPS et la logique de la demande

Les *New Psychoactiv Substances* (NPS), aussi appelées *Research Chemicals* ou *Legal High*, forment une catégorie sociologique et non pharmacologique puisque l'on classe sous cette appellation des substances aussi diverses que des cannabinoïdes de synthèse, des opioïdes, des psychostimulants, des hallucinogènes… Au final, toutes les familles de drogues y sont représentées. Le caractère nouveau est lié au fait que leur synthèse chimique n'a fait l'objet d'aucune exploitation commerciale préalable et qu'ils échappent ainsi à l'interdiction qui frappe les molécules classiques dont ils sont supposés imiter les effets. Le grand avantage du point de vue des consommateurs est évident : une distribution intégrée aux nouvelles technologies, soit une facilité d'accès, une discrétion assurée, une livraison à domicile, autant de choses qui diffèrent du marché traditionnel de la rue ou même du deal en appartement.

À l'inverse du cadre légal prohibitif, toute la logique de ce système repose sur une dynamique de la demande car seuls les produits qui remportent un succès d'audience sur la toile deviennent de véritables NPS. Chaque année, des dizaines de NPS « *lancés* » sur le Net ne rencontrent pas le public escompté[1]. À l'inverse, les « *succès* » durables concernent plutôt des substances qui imitent les drogues classiques : cannabis, héroïne, amphétamine, LSD (ex : la méthoxétamine qui imite la kétamine, classée en 2013). Les NPS répondent à une demande précise de la part des usagers. Leur succès démontre l'importance de cette question en matière de politique des drogues, or le classement est la seule réponse proposée par le système prohibitif.

Asud à la Commission des stupéfiants

En matière de drogues, les médias généralistes adorent les « *paniques morales* » susceptibles de garantir un succès de vente auprès d'une prétendue « *moral majority* ». Cette attitude, conforme aux dispositions du cadre légal, exclut des informations objectives sur la nature des produits, leur mode de consommation, les attentes des usagers et même les conseils de consommation à moindres risques. En règle générale, cette communication grand public ne s'adresse pas aux usagers potentiels que sont les lecteurs, téléspectateurs ou internautes de la grande presse. Les NPS n'échappent pas à cette règle. La réduction des risques, cantonnée au cercle restreint des drogues injectables, reste largement ignorée du plus grand

nombre, notamment des plus jeunes. Dans une certaine mesure, l'irruption des NPS sur la scène peut contribuer à briser les murs de ce ghetto.

Nous ne prétendons pas être des pharmacologues et nous ne sommes pas tous, loin de là, des consommateurs ou des ex-consommateurs de NPS. Notre légitimité vient du fait que la législation sur le droit des malades (Loi Kouchner 2002) a permis de développer une avancée démocratique au sein de l'ANSM. Au titre de la démocratie sanitaire, Asud représente les usagers de drogues à la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes. À parité avec les autres membres, le représentant des patients a un statut d'expert validé par l'institution. Cette position valide un rôle d'acteur au lieu du rôle classique de « *témoin* » ou de « *repenti* ». Autre disposition démocratique : le classement est décidé par un vote nominal et les débats sont filmés et consultables sur le site de l'ANSM. Asud endosse ainsi un rôle de contestataire officiel du système de classement.

La commission des stups : l'institution paradoxale

Depuis 2009, des dizaines de NPS ont été inscrits au tableau des stupéfiants. Par exemple en 2012, on classe toute la famille des cathinones. Le vote nominal permet à Asud de développer sa pensée face caméra. Depuis 2012, Asud a voté 5 fois contre le classement. Pourquoi voter systématiquement contre ? Pour souligner le caractère révolutionnaire de la présence d'un représentant des « *drogués* », car le vote à la Commission et la justification qui l'accompagne redonnent une dimension politique au débat[2]. Asud est autant représentant des « *patients* » que des « *consommateurs* » non repentis.

Quelle est la seule véritable question pharmacologique posée par les usagers de NPS ? Ce qu'il faudrait nommer maladroitement « *l'architecture pharmacologique du high* », ce que les usagers tentent de décrire dans les « *trip reports* » des forums. Comment planer mieux, plus longtemps et avec le moins de risques possible ? Quels sont les risques d'OD, le rapport qualité/prix, le degré de pureté, la fiabilité des informations… autant de questions qui représentent 80 % du questionnement usagers mais qui ne trouvent pratiquement aucune réponse dans le secteur institutionnel.

La Commission a recommandé que ses avis de classement ou de non-classement soient accompagnés de recommandations sur l'usage à moindres risques des produits concernés. Pour rendre cette volonté effective, Asud a proposé à l'ANSM de bâtir un portail de communication comprenant une plate-forme d'informations et des pages interactives adressées directement aux usagers. Ce dispositif a comme finalité d'établir une ligne de communication directe entre les autorités sanitaires et les consommateurs de substances illicites. La nature spécifique des substances concernées permet d'innover en s'adressant à un public large, issu de toutes les catégories socioprofessionnelles et peu touché par les institutions classiques. Paradoxalement, c'est au sein d'une commission chargée de proscrire les drogues qu'est née l'idée de normaliser l'information qui s'y rapporte (voir encadré).

Les débats menés au sein de la Commission des stupéfiants donnent toute son importance à la question politique en matière de drogues. C'est une évolution sanctionnée par le cadre réglementaire obtenu en 2004 qui cantonne la RdR à la prévention des risques infectieux VIH/VHC. L'irruption des NPS dans le débat souligne toutes les limites des réponses réduites à l'inscription de ces substances au tableau des stupéfiants. La multiplication des molécules, la généralisation de pratiques issues du Net, l'augmentation continuelle du nombre de consommateurs, vont contraindre des organismes conçus au départ pour perpétuer la prohibition à se muer en porte-parole du changement.

Fabrice Olivet

1. Exemple : les NBOMe classés le 6 novembre 2015.
2. Commission du 21 mars 201, « *L'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance de la méthoxétamine en vue du classement comme stupéfiant* (Avis) ».

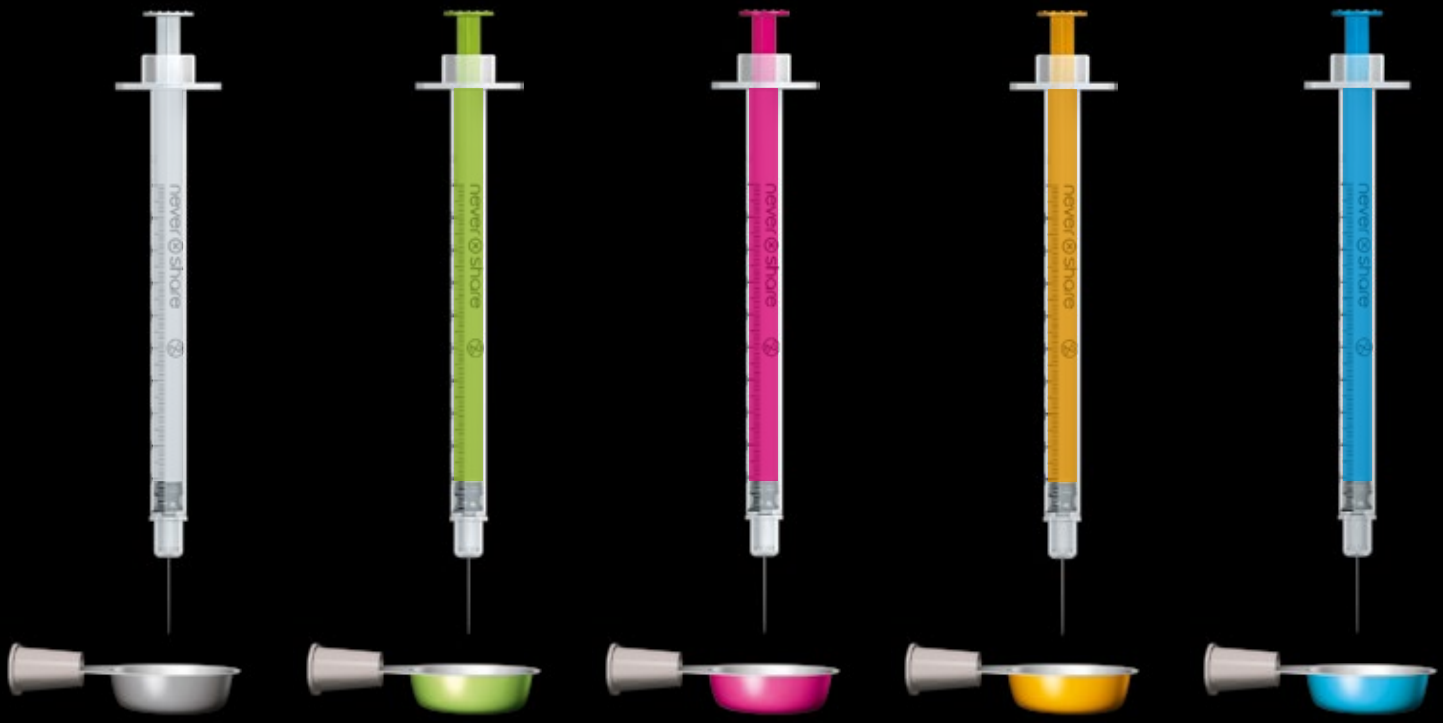
Un nouveau portail sur l'actualité de la réglementation sur le site d'Asud

www.asud.org/reglementation

Vous y trouverez des articles de fond rédigés par Asud ou nos partenaires sur l'actualité de la réglementation française en matière de drogues, des comptes rendus et des extraits vidéo des sessions de la Commission des stupéfiants.

Vous avez un message à faire passer à la Com' des stups ? Vous trouverez aussi une partie interactive (« sondages et questionnaires ») mise en place pour recueillir votre expertise afin de pouvoir vous représenter au mieux lors des prochaines sessions de la Commission des stupéfiants. Ouvert à tout-e-s, un premier questionnaire vous permet de vous exprimer librement sur le sujet de votre choix, les 3 autres (anonymes et rapides : moins de 5 minutes) concernant des sujets sur lesquels nous avons besoin de chiffres pour défendre les usagers : les refus de prescription et/ou de délivrance de traitements de substitution opiacés (TSO), la codéine, etc. Nous avons besoin de vous, donc si vous consommiez de la codéine et que vous avez été impacté par son passage en prescription obligatoire, ou si vous consommez ou avez consommé des TSO, n'hésitez pas !

à chacun sa couleur



Ne vous trompez plus de seringue

Ne vous trompez plus de Stericup

www.apothicom.org