

AUTO SUPPORT ET RÉDUCTION DES RISQUES PARMI LES USAGERS DE DROGUES

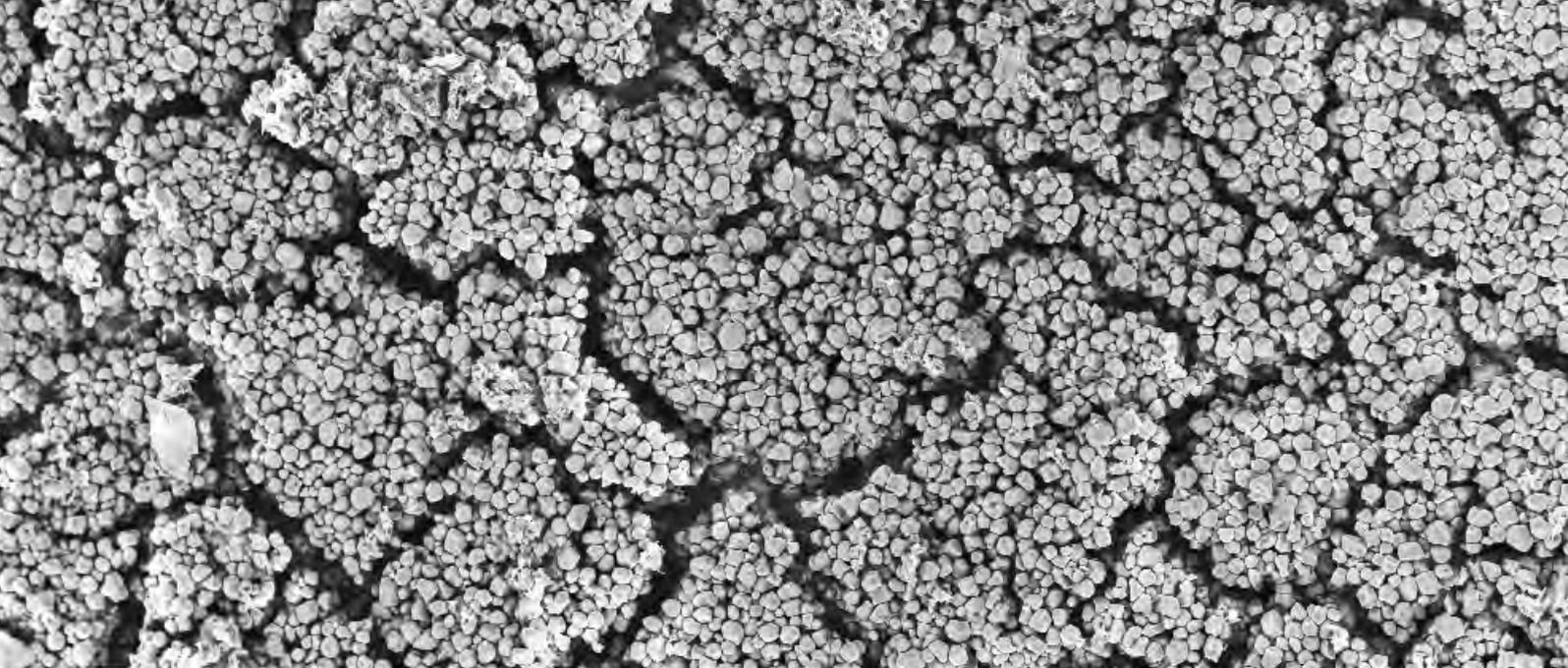
DÉCEMBRE 2019 - 15 €

ASUD

JOURNAL N°62

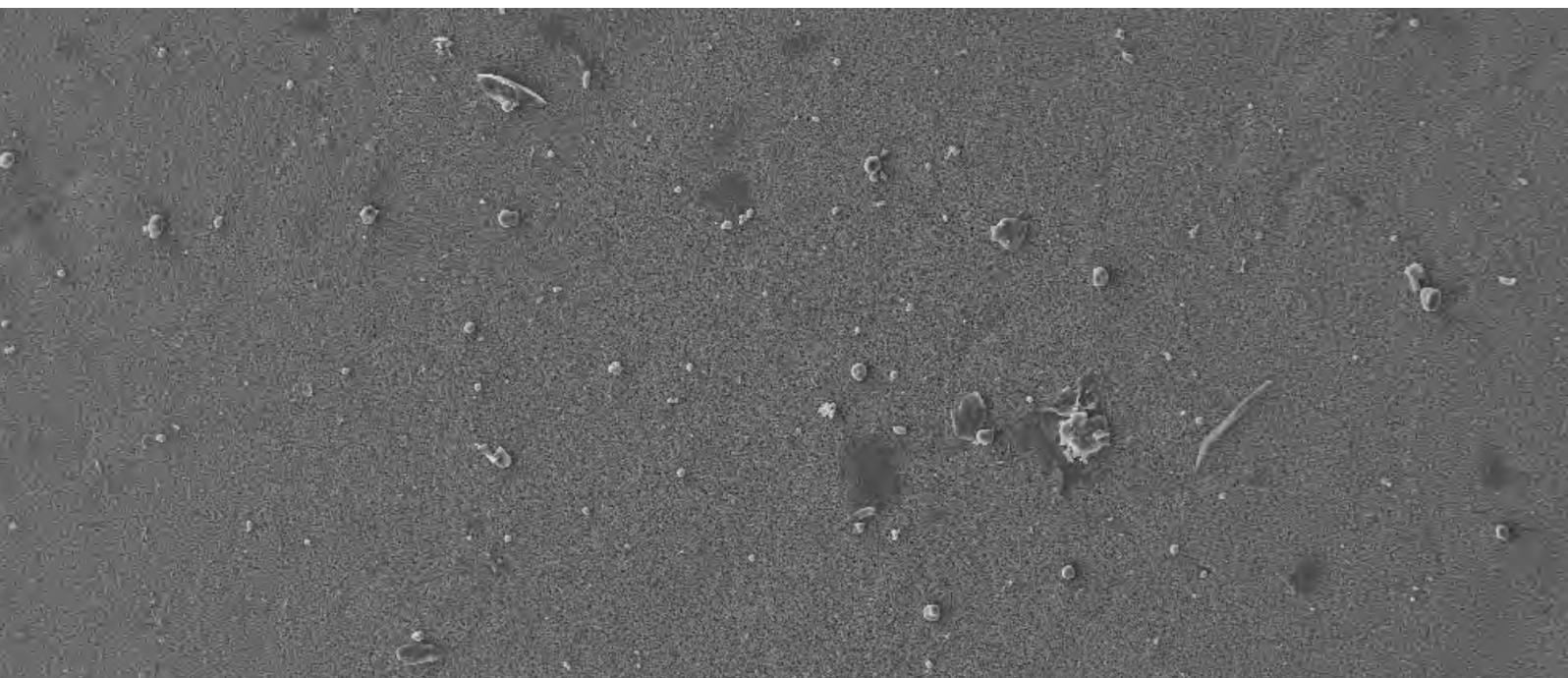
CANNABIS GUERRE ET PAIX

SUBSTITUTION
DU RIFFIFI À BUPRÉLAND
POLICE
LA STUPÉFIANTE POLITIQUE DU CHIFFRE



100µm Subutex 8mg non filtré

source : Dr Brouquié, Centre Hospitalier Thuir, France



100µm Subutex 8mg, filtré Sterifilt

source : Dr Brouquié, Centre Hospitalier Thuir, France

**Le nouveau Sterifilt élimine les excipients du Subutex en 11 secondes.
Il élimine les impuretés des poudres (cocaïne, héroïne, cathinones) en 10 secondes.**

Sterifilt

Informations et Formation :
06 82 96 08 25
nouveausterifilt@apothicom.org



Apothicom

Des outils pour la réduction des risques

www.apothicom.org

Directeur de la publication : **Jean-Maxence Granier**

Rédacteur en chef : **Fabrice Olivet**

Secrétaire de rédaction : **Isabelle Célérier**

Coordinateur édition : **Florian Bureau**

Maquette : **Claude Cardot/Vélo**

Couverture et illustrations : **Kiki Picasso** (pp. 2, 4, 10, 12, 38, 39, 42, 43, 49), **Olivia Clavel** (pp. 16, 17), **Placid** (pp. 24, 25, 26, 27, 41, 46, 47, 48), **Jacques Pyon** (pp. 5, 6, 7, 8, 9), **Michel Quarez** (p. 28), **Muzo** (pp. 14, 15), **Anne Van der Linden** (pp. 11, 21, 22, 23, 34, 35, 36, 37), **Captain Cavern** (pp. 19, 30, 31, 32, 33, 53), **Lulu Larsen** (p. 50), **Pascal** (p. 51).

Ont participé à ce numéro : **Nicolas Authier, Élisabeth Avril, Georges Brousse, Florian Bureau, Anne Coppel, Charlotte Cornu, Bénédicte Desforges, Marc Dufaud, Fred Fauchman, Jef Favatier, Speedy Gonzalez, Jean-Maxence Granier, Marie Jauffret-Roustide, Georges Lachaze, Bertrand Lebeau, Louis Letellier de Saint-Just, Lucas Muller, Fabrice Olivet, Pascal Tanguay, Michel Sitbon.**

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).

2 POLITIQUE ET CITOYENNETÉ

2 La stupéfiante politique du chiffre

5 DOSSIER - CANNABIS, GUERRE ET PAIX

6 L'empire du classement

10 L'augmentation des risques

12 Une chance pour les banlieues

14 Le cannabis passé à tabac

16 Cannabis médical : expérimentation en 2020

19 Mon cannabis au Canada

?? LES ASUD

22 Asud Mars Say Yeah en mode hors les murs

24 Asud Nîmes fête ses 25 ans

27 Crack et salle de consommation à Paris

30 SUBSTITUTION

30 Règlement de compte à Bupréland

34 Décrocher de la métha, l'autre drame des opioïdes

38 Orobupré®, la nouvelle offre de buprénorphine haut dosage

42 RÉDUCTION DES RISQUES

42 Vamos à la sala !

44 Baclofan

47 INTERNATIONAL

47 TSO et détox en Thaïlande

49 A-KRONIKS

49 In girum imus nocte et consumimur igni...

51 Choiseul, un militant du changement de la politique des drogues

Money, money, money!

L'argent de la drogue existe. Il y a quelques années, un groupe de députés a interpellé la ministre de la Santé pour mettre en cause les subventions publiques confiées à Asud, accusé de faire « l'apologie de la consommation de stupéfiants »¹. Depuis, le budget de l'association a fondu comme neige au soleil. Un grand nombre de financeurs publics n'ont pas renouvelé leurs subventions et seul le bureau Addiction de la Direction générale de la santé continue de soutenir le journal-des-drogués-zeureux. L'argent public est pourtant notre oxygène. C'est lui qui garantit notre indépendance et notre franc-parler. Depuis 62 numéros, malgré les pressions de toutes sortes, aucun gouvernement de droite comme de gauche n'a interféré pour corriger notre ligne éditoriale. Depuis 1992, ce sont des centaines de milliers d'euros qui ont été investis dans un projet un peu fou : soutenir une association de drogués. Pourquoi ? Pour bâtir, année après année, une expertise unique en Europe et peut-être au monde. Pour collecter des réflexions, des témoignages et des idées sur la consommation de drogues et la répression qui l'accompagne. Lors des 25 ans d'Asud Nîmes (voir p. 24), nous avons pu mesurer à quel point ce capital est précieux à l'heure où l'ensemble du secteur des addictions semble découvrir l'importance du « point de vue des patients ».

En matière de drogues, c'est le patient qui décide. Il décide d'en prendre et il décide d'arrêter. Cette situation a créé une alliance matérielle entre les usagers et l'industrie pharmaceutique : les traitements de substitution aux opiacés. Depuis 1996, la France est le royaume de la buprénorphine haut dosage (BHD), une manne drainant des profits comparables au budget global de la prise en charge des addictions. Après avoir concédé quelques miettes à notre association, propagandiste infatigable des TSO, les vendeurs de Subutex® nous ont brusquement coupé les vivres. Curieusement, cette mise à la diète se conjugue avec des projets de contrôle par voie médicamenteuse dignes du

D^r Folamour (voir p. 30). Là aussi, l'argent de la drogue fait son chemin au détriment de l'intérêt des fameux patients. Mais qui s'en soucie ?

Depuis plusieurs décennies, les militants procannabis se battent pour desserrer le carcan de l'interdit sans grands succès jusqu'à ce que l'industrie nord-américaine s'intéresse aux millions de dollars qui enrichissent les mafias au lieu de nourrir le capitalisme. En l'espace de cinq ans, le mur prohibitif a explosé en Amérique du Nord (voir p. 19). Paraphrasant Paracelse et La Palice, on découvre que le classement pénal fait « la drogue » (voir p. 6), une construction mentale artificielle qui se décline selon le contexte en médicament, en produit de consommation courante, et peut même représenter une chance pour nos banlieues (voir p. 12). L'argent de la drogue, décidément...

L'aberration qui s'appelle Asud est née de la véritable panique qui s'est emparée des pouvoirs publics avec l'irruption du sida dans le paysage français. Aujourd'hui, d'autres menaces existent, la stigmatisation continue de frapper les usagers (voir p. 49) et le rôle joué par l'industrie du médicament peut faire figure d'allié ou d'adversaire (voir p. 38). Plus globalement, ceux qui ne nous aiment que sous la défroque de victimes gémissantes ou de malades chroniques incurables représentent également une menace pour notre citoyenneté. C'est la raison d'exister de ce journal : agir sur notre destin en citoyen responsable, ce qui implique aussi l'indépendance financière. Si vous appréciez l'humour, le second degré, et l'esprit combatif d'Asud, il faut nous soutenir avec de l'argent, en vous abonnant, en achetant des brochures et en faisant circuler ce journal comme un outil de résistance. Bonne lecture.

ASUD

1. Question n°1519 du député Bernard Debré adressé à Madame la ministre de la Santé et des Affaires sociales, publiée au J.O. le 15/01/2013 (p. 281).

La stupéfiante politique du chiffre

Bénédicte Desforges est une « ex-flic », comme elle se définit elle-même. Elle nous livre ici un décryptage de la logique de rentabilité qui pervertit l'activité policière et conduit à privilégier la chasse aux usagers de drogues. Merci à la fondatrice du site Police contre la prohibition (PCP) pour cette investigation au cœur du système.



L'usage de stupéfiant est un délit mineur, sans victime, sans plaignant, sans danger pour autrui, sans incidence sur la résolution des enquêtes de trafic, sa répression n'est pas dissuasive, mais elle constitue néanmoins une proportion déraisonnable de l'activité policière. La sécurité étant un levier électoral, peu importe le sacrifice du qualitatif, il faut lui associer un plan com' efficace : le chiffre de la délinquance, qui doit être lisible pour l'opinion mais pas trop. Ces statistiques sont en effet d'une conception suffisamment complexe pour décourager les analyses trop pointues. On y trouve une juxtaposition de faits constatés et de faits élucidés, d'atteintes aux personnes et aux biens, d'infractions avec et sans violence, d'infractions avec et sans victime. Les plaignants, auteurs et victimes sont mélangés dans la même soupe de chiffres, autant de données très peu exploitées par la police, mais nécessaires pour bâtir une politique du chiffre qui tient lieu de stratégie au détriment de la véritable lutte contre la délinquance.

Un taux d'élucidation de 100 %

La police doit donc être en mesure de faire état de sa productivité. Comme une usine. Or la sécurité, ce que la police est censée vendre, n'est pas comptabilisable. Efficace mais pas « rentable », la prévention, le meilleur atout contre l'insécurité, est tombée en désuétude – comme le gardien de la paix. Même le mot a disparu des discours politiques. Faute de « fabriquer » de la sécurité, la police est ainsi obligée de fabriquer des délinquants et des infractions : les infractions révélées par l'action des services (IRAS), qui se distinguent des infractions constatées (homicides, cambriolages, etc., et plaintes enregistrées, qui feront l'objet d'enquêtes avec un taux d'élucidation incertain) et représentent la part proactive de l'activité policière.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et celles liées au séjour des étrangers sont pour l'essentiel relevées lors de contrôles d'identité. Elles ont l'avantage comptable de présenter un taux d'élucidation de 100 % : sans enquête ni victime, aussitôt constaté, le délit est élucidé. Faisant partie du chiffre global de la délinquance, les IRAS boostent la moyenne des affaires résolues. Par exemple, cumuler une boulette de shit confisquée et une plainte contre X pour viol donne un taux de résolution de 50 %, ce qui est une excellente « performance »... Sur l'ensemble des crimes et délits, ce taux peut même dépasser 100 % pour les ILS... De la pure dopamine pour la politique du chiffre.

Paramétrés pour faire du chiffre

Pour la police et la gendarmerie, on compte 207 300 ILS, sur une période d'un an, de septembre 2014 à août 2015 :

- ⊗ 175 745 pour usage de stupéfiants ;
- ⊗ 19 389 pour usage-revente ;
- ⊗ 7 159 pour trafic-revente, sans usage ;
- ⊗ et 5 007 autres (provocation à l'usage, etc.).

Tandis que seulement 3,4 % des ILS concernent le trafic, l'usage de stupés représente 85 % des ILS, soit 56 % des infractions constatées et infractions révélées par l'action des services.

Autrement dit, les forces de l'ordre, quand elles en ont l'initiative, consacrent plus de la moitié de leur activité à la répression de l'usage de drogues, dont 90 % de cannabis.

En même temps que les effectifs de police stagnent, les interpellations pour ILS sont en constante augmentation, c'est dire l'appétit pour cette répression. Du mois d'août 2017 à juillet 2018 : 224 031 ILS, dont 183 795 pour usage de drogues, soit 83 % des

ILS¹. Aujourd'hui, un flic est paramétré pour faire du chiffre, au sens propre mais aussi au sens lucratif du terme.

Primes et bakchichs

Comptables, les IRAS sont aussi rémunérées, ce qui joint l'utile à l'agréable. Du point de vue financier, l'ensemble de la chaîne hiérarchique policière est intéressée par la chasse aux fumeurs de bédo. Chaque cadre de la police, officier et commissaire, encaisse chaque mois des indemnités de responsabilité et de performance (IRP) en fonction de l'activité et des résultats de ses subordonnés. Cette évaluation de la performance a un impact sur la réputation et le déroulement de carrière de l'encadrement. Du côté des officiers, la part fixe de l'IRP atteint 600 euros mensuels pour le grade de commandant². Pour les commissaires de police,

**« LES COMMISSAIRES ENCAISSENT
CHAQUE MOIS DES INDEMNITÉS
SUR LA PERFORMANCE
DE L'ACTIVITÉ POLICIÈRE »**

cette part de l'indemnité s'échelonne selon le grade de 1 080 à 2 421 euros par mois³. À cette part fixe s'ajoute une part variable qui peut s'élever jusqu'à 40 % du fixe^{4,5} parfois automatiquement incluse dans la prime mensuelle^{6,7} pour certains postes dits « difficiles » ou « très difficiles ». Tout cela a comme effet de booster la course aux résultats entre chefs... Quant au gardien de la paix, si les bonnes grâces de son chef ou le hasard lui sourient, il touchera une fois dans l'année une sorte de bakchich appelé « prime au mérite ». Cette gratification génère un état d'esprit délétère dans les services mais galvanise la course au chiffre. Dans les hautes sphères de la police, il est de bon ton de nier la politique du chiffre, elle serait même une légende urbaine. Mais l'existence même de l'indemnité de responsabilité et... de performance révèle un management basé sur le chiffre. Et si le taux d'élucidation ne suffit pas dans l'équation, il y a encore des solutions⁸ : déqualifier certaines infractions, en reporter le mois suivant, dissuader la prise de plaintes... Une tradition de falsification indécente qui a même intéressé plus d'une fois l'IGPN – la police des polices.

Une chose est sûre : l'enjeu de la politique du chiffre est solide et motivant. Plus personne ne devrait s'étonner quand un chef de service dit à ses troupes, sans complexe ni paraphrase, qu'il préfère qu'on lui colle dix fumeurs de pétards en garde à vue plutôt qu'un braqueur.

Imposture, opacité et manipulation

Les objectifs chiffrés du ministère puis de la présidence Sarkozy ne sont pas un mystère. Ce concept absurde consistait à définir la délinquance avant qu'elle ait eu lieu. Les consignes pouvaient alors ressembler à un inventaire de Prévert : « Pour la fin de la semaine, vous me servirez 13 ports d'arme blanche, 38 ILS, 1 proxénète, 24 feux rouges et 1 fermeture administrative de bistro. »

Et puis il y a eu le ministère Valls qui, de façon surprenante dans son discours cadre sur la sécurité⁹, a parfaitement défini la politique du chiffre – imposture, opacité, porte ouverte à la manipulation, outil calibré pour l'instrumentalisation politique. Le nouveau ministre exigea que, sans délai, ces pratiques cessent au nom du service public. Par la suite, les objectifs statistiques



chiffre. S'y ajouteront sans doute des outrages et rebellions du fait de l'amende elle-même.

La culture policière est marquée par une tradition de postulats indéboulonnables (le laxisme de la justice, le gauchisme des juges, le coût des étrangers, l'oisiveté des jeunes...) et par la désignation d'un certain nombre de boucs émissaires. La culture raciste de la police est un fait. *« Je ne suis pas raciste mais... ce sont toujours les mêmes qui... »*. Même si c'est un sentiment qui s'estompe à la faveur d'un recrutement diversifié, l'analyse sociologique s'arrête souvent là.

Conservatisme et morale sont les marqueurs d'une culture, ponctuée de leitmotivs : *« On est le dernier rempart »*, *« Force doit rester à la loi »*, et pour finir, *« La drogue c'est mal »*. Il faut s'en persuader pour ne pas complètement s'effondrer, pour l'illusion d'un métier qui fait sens, une chaîne alimentaire qui va de la poche de l'utilisateur de drogue à celle du commissaire de police, mais aussi une mesure de rétorsion appliquée à une population qu'on aime détester.

Bénédicte Desforges

se sont faits plus discrets, et les bilans de la criminalité moins détaillés, mais rien n'a changé sur le fond. Le corps des commissaires étant le gardien du Temple et l'interface opaque entre police et ministère, rien ne semble pouvoir remettre en cause le chiffre et ses primes. Aujourd'hui encore, cette politique représente une énorme dépense de l'État dédiée à la communication sur la sécurité plutôt qu'à protéger les citoyens.

Les IRAS sont donc essentielles à ce système qui s'enrayerait si l'usage de drogues était dépenalisé. Inversement, si la politique du chiffre cessait, la répression de l'usage apparaîtrait sous son vrai jour, vaine à tout point de vue, coûteuse, et encombrant inutilement toute la chaîne pénale. Les statistiques ne sont pas un outil d'évaluation de la délinquance mais une fin en soi...

Fouiller toujours dans les mêmes poches

Mais de quelle fin parle-t-on exactement ? Tandis que les statistiques indiquent que toutes les classes et tranches d'âge sont concernées par les drogues, la population ciblée par la répression est jeune, issue de l'immigration et la plus vulnérable d'un point de vue économique et social. Tout commence par un contrôle d'identité, une palpation, et une fouille des poches qui ne doit rien au hasard. Toujours les mêmes poches, les mêmes personnes, les mêmes quartiers... Là où l'apaisement entre police et population est urgent, la politique du chiffre attise défiance et haine réciproques, et le fragile lien social se délite. Sur le terrain, c'est un bras de fer permanent, violences, provocations, harcèlement. Les discours se répètent – des coups de Kärcher à la reconquête républicaine de territoires – mêmes logiques et mêmes échecs. La mise en place de l'amende forfaitaire de 200 € s'inscrit dans cette logique : un appel d'air à la course au

1. Chiffres mensuels relatifs aux crimes et délits enregistrés par les services de police et de gendarmerie (<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/chiffres-departementaux-mensuels-relatifs-aux-crimes-et-delits-enregistres-par-les-services-de-police-et-de-gendarmerie-depuis-janvier-1996/>).
2. Montants part fonctionnelle de l'IRP corps de commandement de la police nationale (officiers) (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/30/INTC1706081A/jo/texte>).
3. Montants part fonctionnelle de l'IRP corps de conception et de direction de la police nationale (commissaires) (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023386641>).
4. IRP officiers (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028319571>).
5. IRP commissaires (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022839264>).
6. Postes difficiles et postes très difficiles commissaires (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029344655>).
7. Postes difficiles officiers (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/5/INTC1713329A/jo/texte/fr>).
8. « Sécurité : la fabrique du bilan "favorable" pour 2012 », *Le Monde* (https://www.lemonde.fr/societe/article/2011/10/03/securite-les-secrets-de-fabrication-du-bilan-pour-2012_1581408_3224.html).
9. Discours cadre sur la sécurité, M. Valls, septembre 2012 (https://www.aht.li/3273284/20120919_discours_cadre_securite_Valls.pdf).

À lire : *La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives*, Ivana Obradovic, *Déviance et société* (2012) (<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2012-4-page-441.htm%20%20>).



CANNABIS

GUERRE ET PAIX

L'EMPIRE DU CLASSEMENT

CANNABIS, L'AUGMENTATION DES RISQUES

LE MARCHÉ DU CANNABIS, UNE CHANCE POUR LES BANLIEUES

LE CANNABIS PASSÉ À TABAC

CANNABIS MÉDICAL : EXPÉRIMENTATION EN 2020

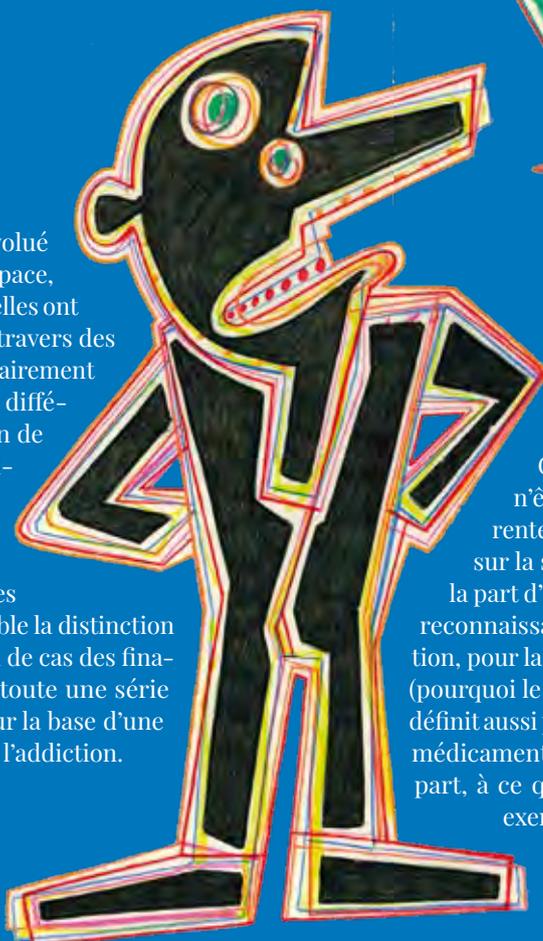
MON CANNABIS AU CANADA

L'empire du classement

Et si la réalité des drogues ne tenait qu'à l'acte de classer, dont Perce¹ et Foucault² ont souligné la dimension fondatrice dans l'exercice de la pensée humaine ? Il y aurait une histoire comparée à faire en observant la manière dont chaque culture a classé les différents psychotropes, les a organisés entre eux, dans un jeu d'oppositions et de distinctions fonctionnelles : thérapeutique, dopant, enthéogène, etc. Je classe donc je suis : c'est la fonction du classement de faire exister les drogues, une lapalissade moins évidente qu'elle en a l'air.



Ces catégorisations ont évolué dans le temps et dans l'espace, au gré des sociétés, mais elles ont fini par se sédimenter, à travers des conventions internationales, majoritairement pour définir le statut juridique des différents produits. C'est cette opération de catégorisation qui fonde essentiellement les logiques prohibitives qui classent un certain nombre de produits comme des « drogues » et les constituent en listes de substances interdites. À ce titre, elle rend possible la distinction entre le licite et l'illicite, qui fait peu de cas des finalités liées aux usages pour mettre toute une série de substances dans le même sac, sur la base d'une dangerosité et d'un péril supposés : l'addiction.



Des critères nécessaires mais pas suffisants

Cette catégorie « drogues » s'est révélée n'être ni vraiment complète ni vraiment cohérente et le discours antiprohibitionniste, appuyé sur la science, a depuis longtemps montré toute la part d'arbitraire qui présidait à ce classement, en reconnaissant le caractère construit de cette opération, pour la déconstruire ou au moins la dénaturer (pourquoi le cannabis et pas le tabac ?). Cette classe se définit aussi parce qu'elle s'oppose à la fois à la classe des médicaments d'une part, au prescrit donc, et, d'autre part, à ce qui n'est pas interdit, comme l'alcool par exemple. On notera d'ailleurs qu'il n'y a pas de nom générique pour désigner la classe des

psychotropes autorisés, sauf à parler, comme depuis peu et de manière polémique, de « *drogues licites* ».

On pourrait résumer l'histoire de l'addictologie moderne au fait d'avoir rompu ces distinctions, d'avoir constitué une vaste classe de tous les produits psychotropes (hors les médicaments qui n'intègrent cette classe que par le mésusage), une hyper classe qui englobe l'alcool, le tabac et les autres drogues. Le rapport Roques³, en rapprochant certaines substances, certaines licites et d'autres pas, sur des bases scientifiques, celles de la dangerosité, provoqua bien des remous. Aujourd'hui, il est en effet admis par la communauté scientifique que le tabac ou l'alcool relève du même paradigme que l'héroïne ou le cannabis et que la frontière de l'interdit a un sens juridique, moral, social, mais beaucoup moins de sens au regard de la seule science ou de la médecine.

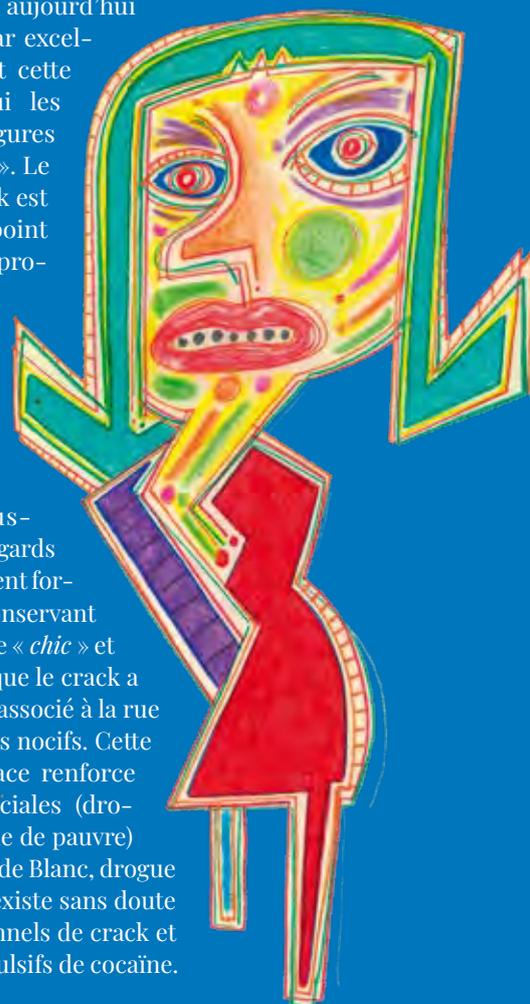
Il faut sans doute commencer par interroger la catégorie « *drogues* » en intention, selon les critères qu'elle convoque. La classe est constituée autour de la dimension addictogène des produits, des risques à court ou long terme qu'ils font courir à l'organisme. Ces critères sont nécessaires, mais pas suffisants. Le fait que ces produits soient étrangers à la culture est un facteur aggravant, comme on l'a régulièrement constaté dans l'histoire des prohibitions avec l'opium asiatique, le cannabis africain ou la coca amérindienne. De plus, cette frontière entre le licite et l'illicite n'est pas la seule en cause. Évidemment, cette catégorisation varie énormément dans les représentations qu'elle suscite. Au sein même de la classe des « *drogues* », on note la présence de produits plus prototypiques⁴ que d'autres. L'héroïne injectée

naguère ou le crack aujourd'hui sont les produits par excellence qui incarnent cette classe et ceux qui les utilisent sont les figures mêmes du « *drogué* ». Le couple cocaïne/crack est intéressant de ce point de vue. Il s'agit de produits très proches l'un de l'autre, en termes d'effets et de risques, même si les modes de consommation standards divergent (inhalation/combustion). Pourtant, les regards portés sur eux diffèrent fortement, la cocaïne conservant longtemps une image « *chic* » et moins nocive alors que le crack a été immédiatement associé à la rue et aux usages les plus nocifs. Cette distinction de surface renforce des oppositions sociales (drogues de riche, drogue de pauvre) ou raciales (drogues de Blanc, drogue de Noir), même s'il existe sans doute des usagers occasionnels de crack et des injecteurs compulsifs de cocaïne.

La « décatégorisation » du cannabis

Cependant, cette vaste opération de catégorisation n'est pas entièrement statique. Elle évolue dans le temps, les individus lui appartenant peuvent être déplacés, inclus ou exclus, dans les représentations sociales ou dans les lois. C'est cette dimension dynamique qui est intéressante à observer.

On assiste par exemple aujourd'hui à une lente évolution du cannabis, qui passe peu à peu de la catégorie « *drogue* » à autre chose. Il faut noter une étape importante dans cette évolution, qui apparaît presque comme un réquisit : le passage par la case « *médicament* », puisqu'on l'a vu, dans les différents pays où la législation a changé, cela a été précédé et sans doute rendu possible par le fait d'admettre les bienfaits thérapeutiques du cannabis. Comme si cette dimension médicale valait purgatoire pour ce psychotrope, passage obligé avant d'être admis comme une marchandise à consommer comme une autre. Cette opération de « *décatégorisation* » a nécessité un plaidoyer, un lobbying, des prises de positions politiques, une évolution de mœurs, mais aussi une évolution cognitive qui le fait passer du produit prohibé (négation des bénéfices et majoration des risques) au médicament (arbitrage assumé entre risques et bénéfices) puis au produit accepté (minoration des risques et valorisation des bienfaits). Considérer sous l'angle cognitif les opérations qui conduisent à l'interdit ou à l'assouplissement de la loi concernant les psychotropes nous renseigne sur la façon même de constituer ces catégories. Les débats récents qui distinguent désormais au sein de la même plante, des principes actifs et des molécules différentes, le



THC et le CBD, reproduisent ce type d'opérations. D'un côté, la molécule psychoactive qui fait planer, de l'autre, celle qu'on associe plus volontiers à une fonction médicale, antalgique, anxiolytique, anti-inflammatoire, etc. Cette distinction, qui relève ici de la chimie, change le regard que nous portons sur le produit, l'inclinant vers le médicament et ce faisant, le rendant acceptable, dans un paradigme qui propose de soulager des dysfonctionnements organiques vs de créer des altérations dans le fonctionnement de l'esprit. Le trajet du cannabis : drogue -> médicament -> psychotrope légal fait bien apparaître le médicament comme étape presque obligée, dans le passage d'une catégorie à une autre.

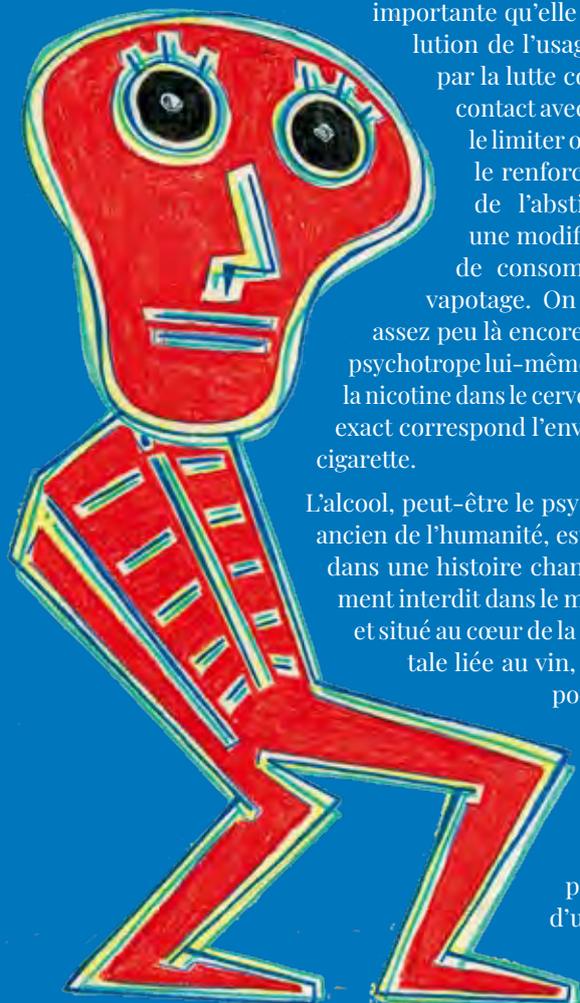
Tabac et alcool sur d'autres voies

Le tabac est d'une certaine façon en train de parcourir le chemin inverse. En vingt ou trente ans, il est passé d'un produit standard accepté de tous et même extraordinairement valorisant symboliquement à une sorte de drogue encore légale, donnant lieu à un fort jugement moral et dévalorisée socialement, tant le consensus est fort à la fois sur sa dangerosité, liée à la combustion, et son caractère addictogène, propre à la nicotine. En solutionnant la question de la combustion, le vapotage se construit d'abord comme une forme de substitution à la tabagie, entrant ainsi, au moins dans un premier temps, dans le paradigme médical et renforçant encore le statut de « drogue » du tabac. Cette lente construction du tabac comme une drogue à partir des années 1970, contre l'industrie qui en vivait, est due essentiellement à des politiques publiques volontaristes largement motivées par

la causalité cancérogène et la morbidité très importante qu'elle entraîne. L'évolution de l'usage est ici passée par la lutte contre le premier contact avec le produit, pour le limiter ou le retarder, par le renforcement du choix de l'abstinence, ou par une modification du mode de consommation avec le vapotage. On notera qu'on a assez peu là encore réfléchi à l'effet psychotrope lui-même, à la fonction de la nicotine dans le cerveau, à quel besoin exact correspond l'envie de fumer une cigarette.

L'alcool, peut-être le psychotrope le plus ancien de l'humanité, est inscrit lui aussi dans une histoire changeante. Strictement interdit dans le monde musulman et situé au cœur de la culture occidentale liée au vin, il a connu aussi ponctuellement un changement de catégories avec, bien sûr, la prohibition aux États-Unis, parfait exemple d'un changement de statut sur lequel on a

fini par revenir. Ce statut très ambivalent, qui n'existe que pour lui, fait qu'il est mal vu de ne pas boire ici, et qu'il l'est tout autant de boire là. Aujourd'hui, les débats entre addictologues d'une part et les producteurs et industriels ou l'État d'autre part, se font sur des enjeux de catégorisation. Le débat actuel sur le vin, qui oppose l'addictologie à la filière, est un bon exemple de ces enjeux de catégorisation. Le vin, surtout mis en avant pour ses dimensions organoleptiques, pour le savoir-faire dont il procède, pour la culture dans laquelle il s'inscrit, est minoré



comme produit addictogène et les régulations dont il fait l'objet sont discutées. Les représentations liées au patrimoine, à la culture, à la convivialité s'opposent ainsi à celles qui sont liées à l'addiction, à l'alcoolisme, aux risques pour la santé liée à l'alcool, y compris sous forme de vin. On retrouve, de manière très différente, les distinctions opérées dans les représentations entre cocaïne et crack. Le produit, parce qu'il est consommé, donne lieu à euphémisation de son risque, et c'est l'inverse qui se produit quand le produit est au contraire interdit.

« Drogues » vs « médicaments »

La distinction « drogues »/« médicaments » est bien sûr centrale et vieille comme la philosophie et le pharmakon platonicien. Le prescrit et le proscrié ont toujours flirté et la frontière est étroite entre les substances interdites par la science médicale (et la loi),

et celle dont elle s'assure le monopole. L'usage le plus massif de psychotropes est sans doute celui des médicaments du même nom, à égalité avec celui d'alcool, pour l'usage régulier comme pour l'usage occasionnel⁵. La prescription, le dialogue avec le médecin, le cadre thérapeutique, les garanties sur les produits, leur dosage, leurs effets, créent un cadre d'acceptabilité pour des effets psychotropes (antidépresseurs, thymorégulateurs, anxiolytiques, hypnotiques) qui ne sont parfois pas très éloignés de ceux qui peuvent être recherchés à travers un usage illicite. Il ne s'agit ici ni de conspuer l'usage excessif de médicaments psychotropes ni de justifier l'usage des « drogues » par l'auto-médication, mais de montrer les ponts qu'il existe entre ces univers pourtant construits comme antagonistes.

La crise dite « des opioïdes » qui a aujourd'hui cours outre-Atlantique, a fait voler ces frontières en éclats. On sait comment les laboratoires ont poussé à la consommation d'analgésiques puissants un très grand nombre de patients, souvent en souffrance sociale, pour finir par les lâcher dans les rues et sur le Web en quête de fentanyl qui pourrait remplacer ce qui avait été initialement prescrit. L'éthique médicale est ici bousculée par les intérêts industriels des grands laboratoires.

La substitution est un autre exemple de la question de la catégorisation. Ou comment, face à l'apparition de drogues et surtout du sida, on met en place, on invente, en quelque sorte, des médicaments de substitution comme la méthadone ou du moins on les construit. Par le cadre de la



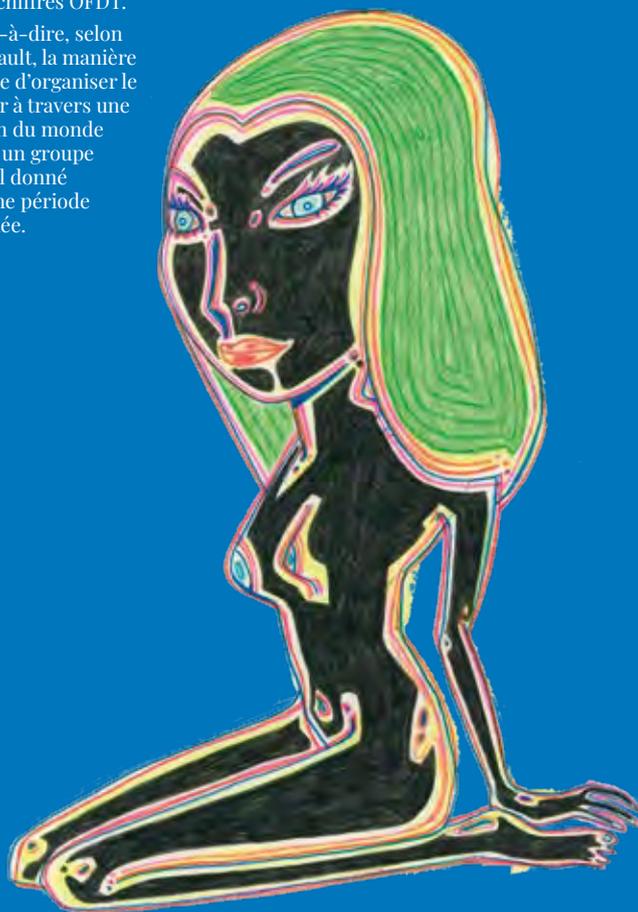
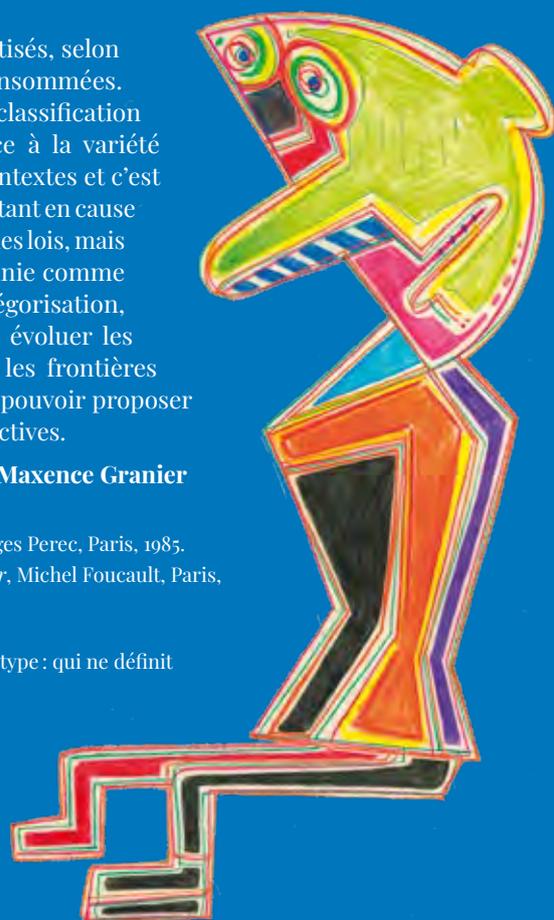
prescription, bien sûr, par la sélection de quelques propriétés distinctes du produit à substituer – pas de « high » par exemple –, et comment on en assume le caractère addictogène et des effets secondaires non négligeables, au profit d'une stabilisation du patient et d'une meilleure insertion sociale. Il ne s'agit en rien de remettre en cause l'utilité de ces approches, le bienfait qu'elles peuvent constituer à un moment dans un parcours. Mais outre que la compliance n'est pas la règle, que la substitution s'accompagne aussi du mésusage, il faut s'interroger sur des traitements qui sont appelés à s'installer dans la chronicité, et à reconduire (pour toujours ?) le sentiment de dépendance éprouvé. Via ces stratégies de substitution, on voit d'ailleurs lentement s'opérer un déplacement de l'opposition licite vs illicite vers la distinction entre drogues et médicaments.

Ce travail de catégorisation a bien sûr son pendant du côté des usagers et des usages,

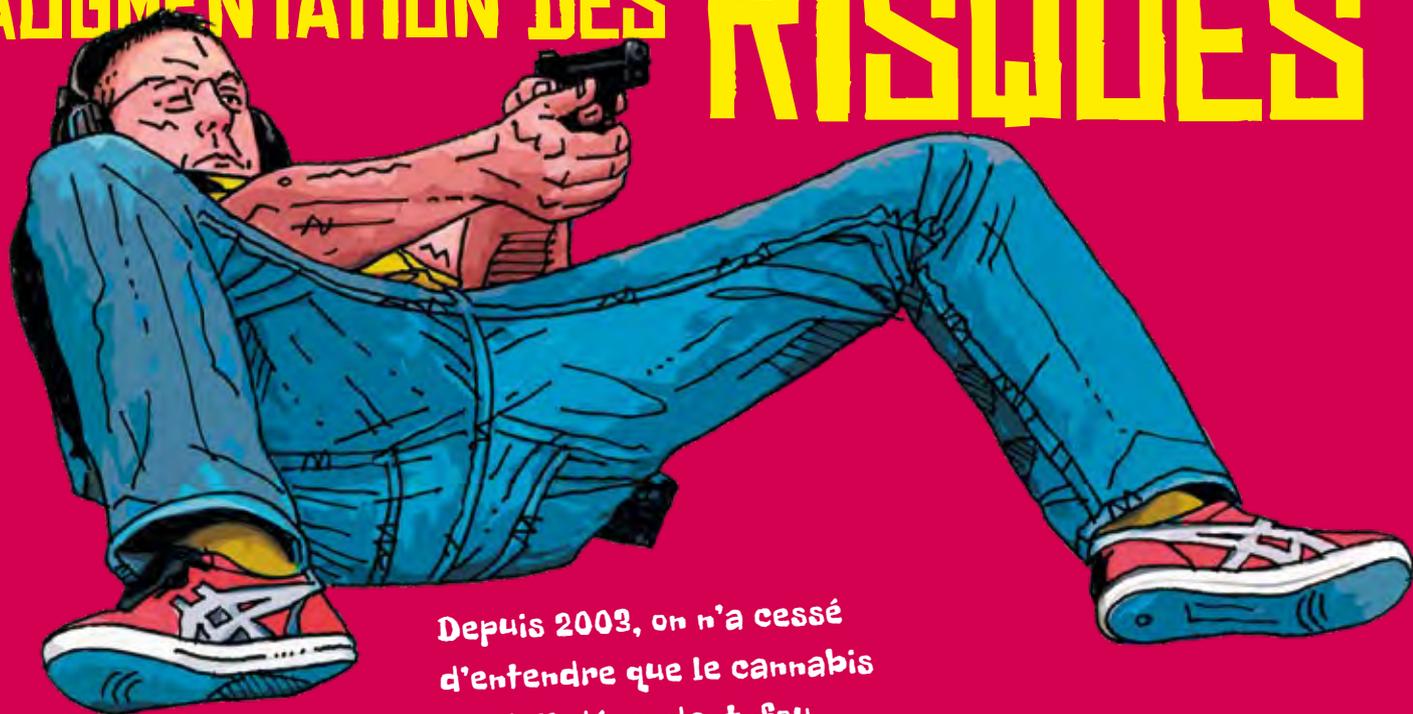
acceptés ou stigmatisés, selon les substances consommées. Pourtant, cette classification ne rend pas justice à la variété des sujets et des contextes et c'est seulement en remettant en cause non pas seulement des lois, mais une épistémè⁶, définie comme système de catégorisation, qu'on pourra faire évoluer les représentations et les frontières normatives afin de pouvoir proposer des régulations effectives.

Jean-Maxence Granier

1. *Penser/Classer*, Georges Perec, Paris, 1985.
2. *L'archéologie du savoir*, Michel Foucault, Paris, 1969.
3. Rapport Roques.
4. Sémantique du prototype : qui ne définit pas une classe par son intention (définition) ou son extension (les individus de la classe), mais par des relations de plus ou moins grande ressemblance avec un individu « prototypique ».
5. Voir chiffres OFDT.
6. C'est-à-dire, selon Foucault, la manière même d'organiser le savoir à travers une vision du monde pour un groupe social donné ou une période donnée.



L'AUGMENTATION DES RISQUES



Depuis 2003, on n'a cessé d'entendre que le cannabis rendait dépendant, fou, stérile et impuissant et qu'il tuait sur la route. Que s'est-il passé ? Jusqu'en 2002, on a pu croire que la politique des drogues allait évoluer dans le bon sens mais à l'évidence, la justification médicale n'était qu'un cache-sexe : la guerre à la drogue s'est poursuivie et les usagers de cannabis ont payé le prix fort de la répression.

Tous dépendants...

Autre expérience collective, avec vingt ou trente ans de consommation régulière, des usagers de cannabis ont pris conscience qu'ils pouvaient difficilement s'en passer. Ils étaient donc devenus « dépendants ». Justement, à la même période, les neurosciences avaient fait irruption dans le champ de la toxicomanie, devenu le champ des addictions : on savait désormais que les mêmes neurotransmetteurs sont sollicités pour tous « les comportements addictifs », avec ou sans drogues. Il n'y avait donc plus à discuter, la dépendance était devenue un fait scientifique,

et la dépendance, dans une société qui prêche l'autonomie, c'est mal vu. Reste à savoir ce que recouvre le mot « dépendance » : avec l'addictologie, toutes les dépendances ont été mises dans le même sac, avec ou sans produit. En 1999, un professeur de pharmacie dans lequel j'avais toute confiance m'avait assuré que d'ici trois ans, il y aurait un médicament à même de traiter toutes les dépendances. Voilà qui m'a déstabilisée de prime abord, car même si tous « les comportements addictifs » ont des caractéristiques communes, à l'expérience, le vécu de la dépendance est très différent selon qu'il s'agisse d'héroïne, d'alcool ou de cannabis, une dépendance que pour ma part je considère beaucoup plus proche de la dépendance au chocolat ou au café. Bref, pour l'usager, toutes les addictions n'ont pas les mêmes effets, et en plus, elles ne relèvent pas des mêmes politiques publiques. Mais avec l'addictologie, la question de la politique des drogues a été évacuée dans le champ de la santé, que les drogues soient licites ou illicites, elles relevaient désormais des mêmes traitements.

Les Français ont acquis une expérience collective des effets du cannabis. Les adultes ont pu constater que les jeunes pouvaient dériver avec la fumette, attestant que les usages durs de cette drogue étaient possibles. Autre expérience assez banale : se sentir mal sous cannabis. Expérience intime dont on ne fait pas état. Assez déstabilisante pour rendre crédible l'idée que « le cannabis peut rendre fou ».

Le cannabis qui rend fou

La prévention officielle ne dit pas grand-chose de la modification variable des états de conscience sous cannabis. Par exemple, elle passe sous silence les hallucinations provoquées par le haschich lorsqu'il est mangé. Je me souviens avoir entendu un des experts de la Mildt me confier : « Le cannabis, ça ne fait pas grand-chose, j'en ai moi-même consommé, ça peut faire rigoler – sauf pour les fous : ça peut déclencher une psychose ! ». Voilà précisément ce qui ne manque pas d'inquiéter toute personne inexpérimentée brusquement confrontée à ses angoisses : « Je suis tout seul, personne ne m'aime, et en plus, le sol tremble sous mes pieds ! Je dois être fou ! » La menace de la maladie mentale a démultiplié le nombre de consultations, comme l'avait déjà constaté Thomas Szasz¹ au temps des campagnes diabolisantes de la marijuana aux États-Unis.

Les usagers expérimentés apprennent à gérer ces modifications des états de conscience, et dans les milieux festifs, ils savent que face à un « bad trip », il faut rassurer. Exactement le contraire de la prévention qui ne manque pas de menacer « les personnes fragiles » de décompensations psychiatriques, ignorant que ceux qui souffrent de troubles psy sont de plus en plus nombreux à faire une utilisation thérapeutique du cannabis.

Tous réprimés !

Il n'en a pas été de même dans le champ de la répression, bien au contraire ! Jusqu'en 2002, les autorités affirmaient qu'il n'y avait pas d'usager de drogue en prison, ce qui devait rassurer la partie de l'opinion hostile à l'incarcération. Mais à partir de 2003, le soi-disant laxisme des magistrats a été dénoncé, toutes les infractions devaient être systématiquement sanctionnées. C'est la logique de la tolérance zéro. En 2008, cette politique de tolérance zéro a été adaptée à l'usage, avec un renforcement des sanctions justifié par le raisonnement suivant : les trafiquants se remplacent les uns les autres tant qu'il y aura une demande, c'est donc la demande qu'il faut sanctionner ! C'est la logique de la guerre à la drogue, qui est très explicitement une guerre aux usagers.

Ce qui n'a pas été dit dans le débat français, c'est qu'aux USA, cette politique de tolérance zéro a abouti à une catastrophe sociale et politique avec quelque 45 millions d'incarcérations pour drogue, dont 90 % de Blacks. Il s'agit donc bel et bien d'une guerre « raciale » ou plus précisément « racisée », ce qui en France fait l'objet d'un puissant tabou².

« Derrière l'écran de fumée, une guerre sociale » (Politis)

Voilà qui réduit au silence les habitants de ces quartiers, leurs représentants politiques ou les associations. Et pourtant, nous avons appris avec Act Up que « *silence = mort* ». Alors oui, il est grand temps de dénoncer les mensonges qui alimentent cette guerre meurtrière :

- ⊗ Non, la répression ne se consacre pas à la lutte contre le trafic, qui représente seulement 7 % des sanctions pénales, une proportion qui n'a cessé de baisser depuis le début des années 1990, alors à près de 30 % des interpellations³.
- ⊗ Oui, il y a bien environ 3 500 usagers incarcérés pour usage « simple » (sans détenir de produit), auxquels il faut ajouter quelque quatre mille usagers incarcérés pour détention-acquisition, passibles de dix ans de prison, quelle que soit la quantité.
- ⊗ Non, la répression des usagers ne limite pas la consommation, mais elle en augmente les risques.
- ⊗ Non, les interpellations des usagers ne permettent pas de remonter les filières, et ne permettent pas de calmer le jeu, bien au contraire, elles exaspèrent la violence, les règlements de compte et le fossé entre la police et la communauté des habitants.
- ⊗ Oui, les usagers « noirs ou arabes » sont les premières victimes de la répression, alors même que les jeunes « Blancs » des classes moyennes consomment plus de cannabis.

Un pognon de dingue

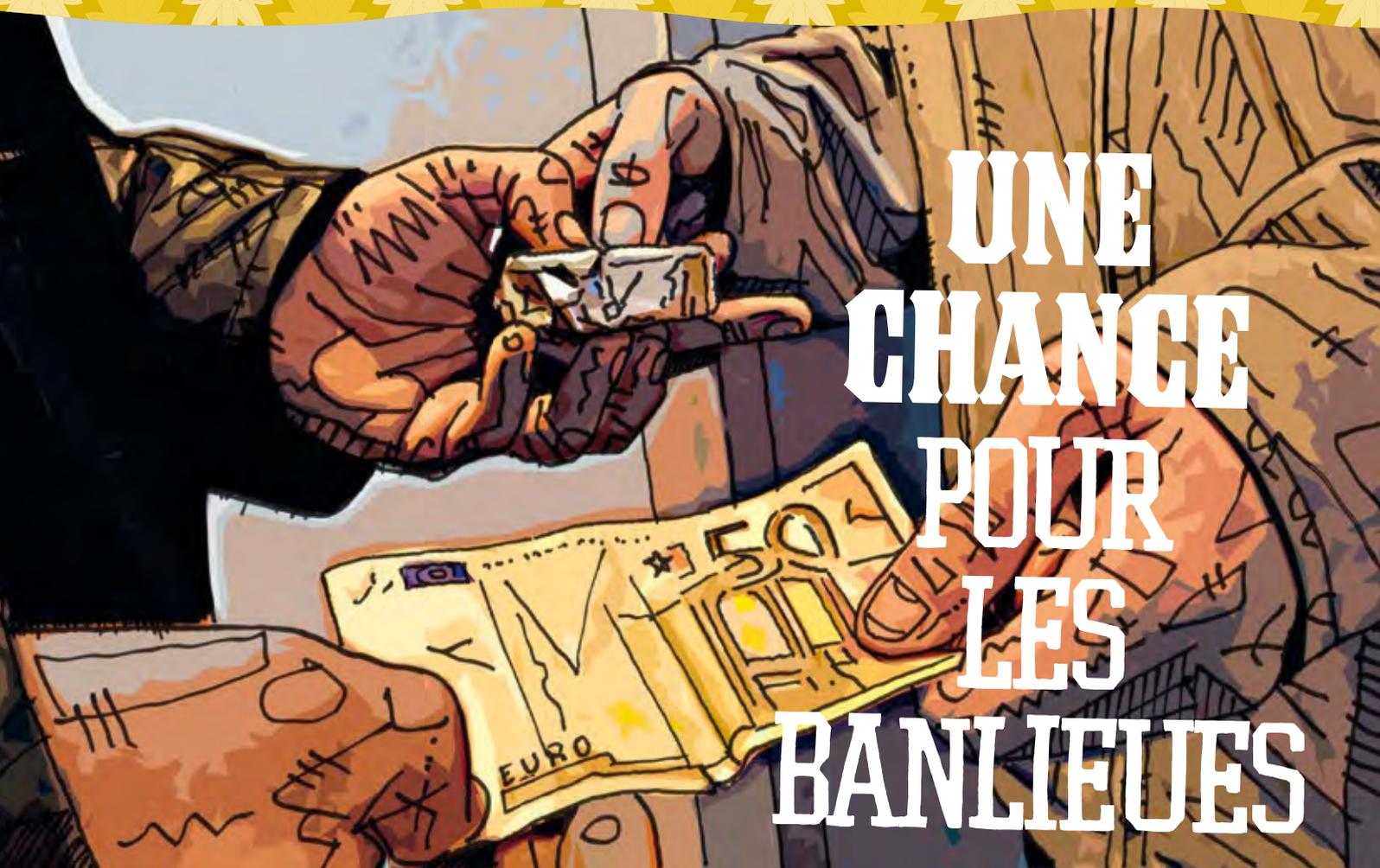
À quoi sert cette répression massive ? La réponse est devenue évidente avec le débat parlementaire sur la contraventionnalisation : seuls les services répressifs ont été sollicités, les professionnels de santé n'ayant même pas été invités. La lutte contre « *La drogue* » est devenue un outil de contrôle policier



des cités. « *Derrière l'écran de fumée, une guerre sociale* », titre ainsi le dossier Drogues du journal *Politis*, au détriment de la santé publique, précise le journal⁴.

Le premier des risques liés à l'usage de cannabis est bien la répression. L'Organisation mondiale de la santé et celle des Nations unies l'ont dit clairement en 2016 : la guerre à la drogue est un échec, il faut y mettre fin. C'est ce qui est en train de se passer aujourd'hui, d'abord avec le cannabis thérapeutique, et plus encore avec la légalisation du cannabis en cours dans des États de plus en plus nombreux. Un Français sur deux est désormais favorable à une autorisation régulée du cannabis, alors même que la contraventionnalisation s'ajoute au dispositif répressif. Il y a pourtant urgence à changer : la guerre à la drogue coûte un pognon de dingue, près d'un milliard par an, selon Pierre Kopp. Et les coûts sociaux sont plus élevés encore, avec l'exaspération de la violence, des vies brisées et des violations des droits humains, une question au cœur des débats internationaux mais qui reste un tabou de la société française. L'État de Washington vient de gracier 3 500 usagers de cannabis. Combien de temps faudra-t-il attendre pour l'État français fasse à son tour amende honorable ? **Anne Coppel**

1. *La persécution rituelle des drogués*, Thomas Szasz, Éditions du Lézard
2. <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070515/>
3. Voir « La politique du chiffre », p. 2.
4. <https://www.politis.fr/dossiers/drogues-pourquoi-ca-coince-en-france-427/>



UNE CHANCE POUR LES BANLIEUES

Michel Sitbon, éditeur en colère et militant prodrogues, plaide pour confier la vente de cannabis aux dealers de cités, qui sont également bien souvent les seuls entrepreneurs de ces zones socialement défavorisées. Un marché installé au cœur de l'économie solidaire, écologique et circulaire, bref, une bonne action.

Depuis plus de vingt ans, il nous semble que la seule façon d'aborder la question de la légalisation du cannabis est de dire sans plus de précautions ce qui reste quand on tout oublie. À la fin des années 1990, un débat s'est tenu à huis clos au Sénat, dans le cadre d'une conférence *ad hoc* sur l'éventualité d'une réforme des lois réprimant les stupéfiants, leur production, leur commerce et leur usage. Très étonnant, pour nous, à l'époque, la retranscription des propos tenus dans cette auguste assemblée : bon niveau d'information, justesse de l'essentiel des points de vue, un consensus semblait même acquis sur la possibilité d'une légalisation du cannabis, celui-ci ne posant pas de problèmes de santé publique justifiant son interdiction.

Le dealer remplit le frigo de la maman

Mais il y avait un *hic*. Un constat s'appuyant sur une analyse de la police : la réalité de l'économie clandestine. Sénateurs et experts alertaient sur le fait qu'une légalisation poserait un sérieux problème social avec de probables conséquences sur la sécurité de ces « zones ». Sans le secours des... trafiquants, présentés comme un facteur stabilisant, les rapporteurs expliquaient que la police aurait bien du mal à l'assurer.

Sur le versant strictement social, le constat était plus écrasant encore : ce qu'on appelle le *deal* contribue très fortement à l'économie de ces quartiers qui se caractérisent par l'absence quasi totale d'une économie légale offrant des revenus à leurs habitants, hormis les aides sociales bien sûr. Le *dealer* remplit le frigo de la

maman, et achète les cartables des petits. Ce constat corroborait des études sociologiques précises qui avaient déjà permis d'observer de près cette évidence. Pour combattre la misère, le marché noir était sans conteste plus efficace que l'État.

En un mot, il était à craindre qu'en réformant, on retire cette manne aux banlieues pour la donner aux centres-ville. Nous avons eu de furieux débats dans le mouvement cannabique, où l'idée que les « *cannabistrots* » puissent s'avérer l'instrument de cette dépossession des plus pauvres ne passait pas du tout. Vingt ans après, on en est toujours là. Toute réforme devrait se munir de dispositifs prenant en compte cette réalité, organisant le marché de façon à ce qu'une bonne part de son produit puisse se réaliser dans ces mêmes zones défavorisées où il s'est réfugié spontanément du fait de l'interdiction.

Affirmative action

Il y a trois étapes à aménager dans le circuit d'une légalisation : la production, la transformation et la distribution. La production *a priori* revient aux agriculteurs. On préconise pour ceux-ci une limitation drastique des surfaces de culture, de manière à ce que cette manne puisse se répartir le

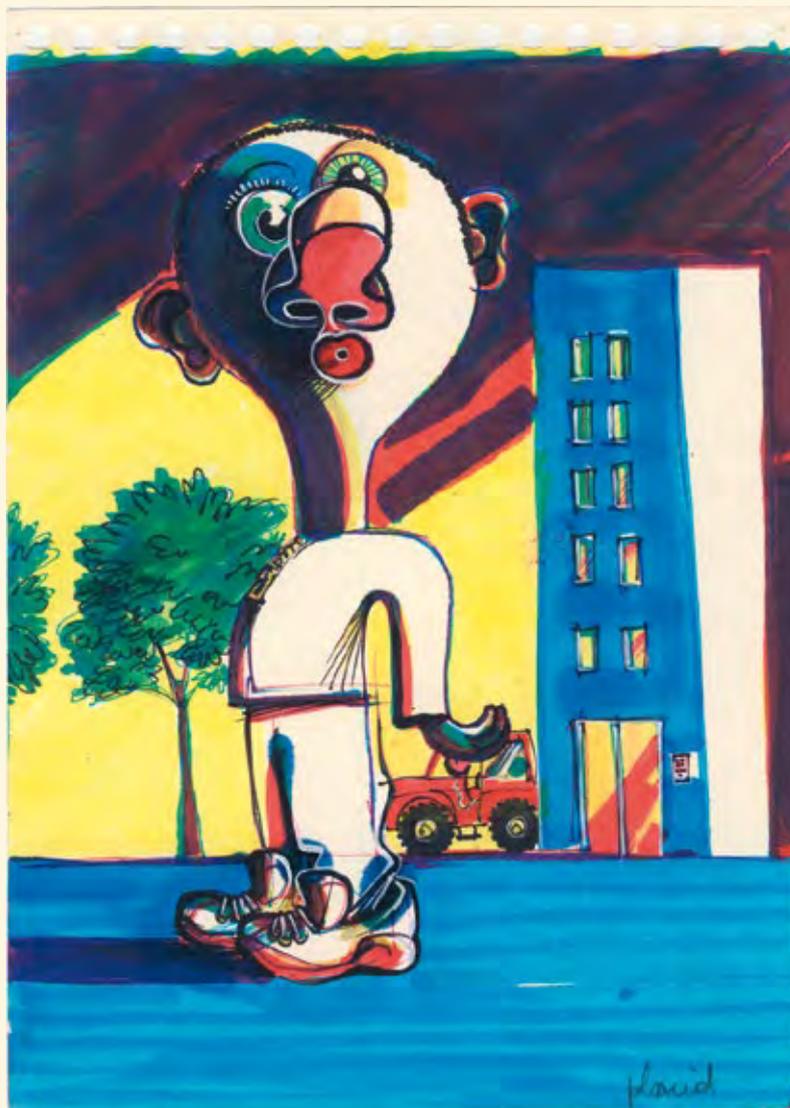
plus largement sur l'ensemble des exploitations agricoles, offrant à chacune, si elle le souhaite, un bonus facile à prendre. Mais le cannabis se cultive également en intérieur. La culture d'intérieur se pratique dans des hangars et peut permettre de recycler facilement des locaux industriels ou commerciaux désaffectés. Les zones défavorisées en sont justement largement pourvues, et elles se trouvent aussi souvent en bordure de terrains agricoles. On pourrait aussi prévoir que les jeunes d'une cité aillent cultiver des champs alentour, et des dispositifs facilitant pour eux la production en intérieur et en extérieur. Dans un esprit d'« *affirmative action* », une dérogation permettant dans ces secteurs défavorisés un déplafonnement des limitations imposées à l'ensemble du territoire pour les surfaces de culture serait certainement un moyen simple pour injecter très vite beaucoup de ressources dans ces quartiers qui en manquent si cruellement d'ordinaire.

Centrales d'achat

Une fois que la plante a poussé et qu'elle a été récoltée, il reste à la « *transformer* », la conditionner pour sa distribution. La loi idéale poserait, au cœur du système, des centrales d'achat, qui seraient installées dans ces zones ainsi « *favorisées* », auxquelles les producteurs apporteraient leurs récoltes. Ces centrales font les analyses, précisent la composition de chaque plante, assurant en même temps l'équivalent de ce qui se fait pour les appellations contrôlées des vins. Elles mettent en œuvre le traitement et le conditionnement des produits, et la redistribution à l'ensemble du réseau commercial. Quant aux activités de transformation en général, elles seraient prioritairement installées dans ces parties du territoire jusque-là défavorisées. Ce qui n'exclut pas que des dérogations soient facilement accordées, sur demande, à quiconque ayant développé son projet ailleurs. Mais des industries importantes, comme l'industrie

pharmaceutique ou cosmétique qui apparaîtraient aussitôt, pourraient se voir contraintes d'installer leurs activités là où il y en a le plus besoin.

La distribution, par contre, ne connaît pas de contrainte territoriale, puisqu'elle se fait forcément auprès de l'ensemble de la population, partout. Pour permettre la



répartition la plus large des bénéfices de ces nouvelles activités, on opterait pour l'inscription de l'ensemble de la nouvelle économie cannabique sous le régime restrictif de ce qu'on appelait encore il y a peu l'économie sociale et solidaire, qu'on dit maintenant circulaire. C'est précisément cette idée d'une large circulation d'argent qu'il s'agit de promouvoir. Ainsi, toutes les entreprises de ce nouveau secteur seraient des associations ou des coopératives. Enfin la loi prévoirait l'affectation des surplus de ces entreprises dites « *à but non lucratif* » à la prise en charge des besoins strictement thérapeutiques d'une partie non négligeable de la population pour laquelle, même autorisé, le remède

pourrait s'avérer prohibitif. Car il est à craindre que la demande en cannabinoïdes à fins de soulagement thérapeutique soit énorme, et qu'à raison de 200 euros par mois pour un très banal mais non moins douloureux mal de dos, ceci puisse concerner des millions ou dizaines de millions de personnes, et que ce soit simple-

ment inabordable pour la Sécurité sociale. Plutôt que d'inscrire classiquement les cannabinoïdes au tableau de la pharmacopée prise en charge normalement par l'Assurance maladie, on laisserait ce réseau associatif et coopératif prendre en charge y compris le cannabis thérapeutique. On poserait ainsi une équation qui permettrait que l'usage dit « *récréatif* » finance les besoins médicaux.

Start-up

À côté de ce secteur associatif vertueux, consacré au circuit de la plante elle-même, une « *maison des start up* » pourrait être installée dans chaque poche de territoire ainsi favorisé, afin de stimuler, entre autres, l'industrie très prometteuse des produits dérivés, vaporisateurs ou autres gadgets associés à la consommation de cette plante, qu'elle soit thérapeutique ou récréative. Industrie qu'on a vu se développer vivement en Californie ou en Espagne ces dernières années.

Enfin, toutes ces dispositions seraient définies

comme expérimentales, un observatoire veillant à étudier soigneusement les effets de chacune d'entre elles et à proposer des correctifs ou de nouvelles dispositions qui pourraient s'avérer nécessaires.

Quant aux mesures permettant de favoriser les territoires défavorisés, elles seraient installées pour une période éventuellement reconductible d'une dizaine d'années qui devraient suffire à produire des effets durables, pour ne pas dire une modification complète du paysage de nos banlieues sinistrées depuis trop longtemps.

Michel Sitbon

Le cannabis passé à tabac

En juillet 2018, le président de la Confédération nationale des buralistes, Philippe Coy, annonçait dans le Parisien que son organisation était « pour le cannabis récréatif s'il est réglementé. Et nous sommes prêts à en commercialiser dans nos bureaux de tabac. [...] Le 18 juin, j'ai même proposé à la ministre de la Santé [...] de devenir le premier réseau de référence du cannabis s'il est, un jour, légalisé dans l'Hexagone ». Le canal historique des militants cannabiques savourera avec ironie la date de cette annonce... Le passage de l'illicite vers la vente en bureau de tabac est la solution évidente, pour tous ceux qui n'y connaissent rien¹. Asud partage en revanche le positionnement de nos vieux camarades du CIRC, historiquement antiburalistes, prônant plutôt la création de lieux dédiés, les bien-nommés « *cannabistrots* ». Une position quasi unanime au sein des organisations antiprohibitionnistes.

Amateurisme

S'appuyer sur un réseau pré-existant, déjà assujéti aux normes sur la vente de tabac semble la solution évidente et rapide. Mais c'est aussi, pour le gouvernement en place, l'occasion d'apaiser un puissant lobby qui se prend une belle cartouche depuis la loi Évin. Il est pourtant inconcevable qu'une offre légale de cannabis vienne pallier le manque à gagner des bureaux de tabac. Le cannabis est une affaire d'amateurs au sens épicurien du terme, trop éclairés pour laisser ce business aux mains d'amateurs tout court. Soyons clairs, ces commerçants n'y connaissent déjà rien en matière de tabac !

Posez la question à votre buraliste : « *Je souhaite changer, trouver un goût plus rond, un arôme moins âcre, plus doux. Quelle marque me conseillerez-vous ?* » Vendre des feuilles à rouler,

« Les buralistes sont prêts à vendre du cannabis » : dans l'optique d'une évolution de la législation sur le cannabis, le lobby des buralistes se positionne déjà sur le marché à venir et le gouvernement ne le verrait pas forcément d'un mauvais œil. Une vraie-fausse bonne idée.



aussi longues soient-elles, ne fait pas de toi un expert en cannabis, comme vendre des tire-bouchons ne fait pas de toi un sommelier.

Ça marche aussi en le questionnant sur les effets du tabac sur la santé. Il n'en a aucune idée parce qu'il s'en tape et que c'est pas son job. Il vend des clopes. Les risques sanitaires avec le cannabis différant considérablement de ceux liés à la consommation de tabac, il est important qu'un réseau de vente soit formé en conséquence, ne serait-ce que pour orienter vers des services spécialisés. Ces risques sont surtout incomparables,

et il est hors de question d'associer un produit responsable de près de 80 000 décès par an à un produit dont le risque léthal est quasi nul. C'est encore plus aberrant lorsque l'on sait que les risques liés à la consommation de cannabis sont aggravés par la coconsommation de tabac (dépendance à la nicotine) et par la combustion (goudron, monoxyde de carbone).

À l'heure où des dispositifs de vaporisation performants permettent de dissocier le cannabis de la nicotine et de réguler ainsi plus facilement la consommation de cannabis en minorant les risques pulmonaires, associer la vente de ces deux produits serait une hérésie.

Qui dit vente, dit juste prix, une des variables majeures dans l'équation de la légalisation. Trop cher, le trafic perdure. Pas assez, il n'est pas en adéquation avec les impératifs de santé publique. Les buralistes viendraient polluer ces discussions de leurs jérémiades mercantiles.

Une réponse simpliste à une question complexe

Car c'est bien de ça qu'il s'agit. On peut déjà présupposer que cette annonce ne fait pas l'unanimité dans la profession.

Ce qui implique que, sauf prédispositions, un pourcentage non négligeable de buralistes réfractaires à cette démarche s'y verrait contraint. Ambiance ! Et la majorité des partisans n'est motivée que par des raisons basement économiques. « *Même s'il y avait un problème de conscience, je le ferais* », dit le président de la chambre syndicale des buralistes du Vaucluse. Nous voilà rassurés. Une partie de la clientèle ne serait par ailleurs pas plus enjouée de côtoyer des fumeurs de joints de drogues dans le tabac à Lulu. Autant que ces derniers n'auraient envie de croiser la moitié du village quand ils achètent de la weed.

Pourquoi attribuer un marché à des acteurs motivés par de mauvaises raisons, voire carrément hostiles, alors qu'un vivier de personnes compétentes n'attend que ça ? Exclure (encore) les acteurs du trafic, c'est exposer ce nouveau marché à une forte insécurité et la garantie d'une explosion sociale. L'État est dans l'obligation de se confronter à sa politique d'intégration en ouvrant ce marché du travail à une jeunesse qu'elle qualifie de « *racaille* » depuis des décennies parce qu'elle survit au chômage et à la discrimination de l'emploi en vendant du shit. Les personnes souhaitant intégrer ce business fraîchement légal devront bénéficier d'une aide à la reconversion, même avec un casier pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).



Attribuer la vente de cannabis aux buralistes est une réponse simpliste à une question complexe. Rappelons qu'aucun des modèles de régulation existant n'a opté pour ce choix.

Ces petits commerçants vendent du prêt-à-porter, alors que la vente de cannabis nécessite du sur-mesure. Le cannabis est une affaire de spécialistes et de connaisseurs. À titre de comparaison, les vrais amateurs de cigares (donc de tabac) ne se fournissent pas chez le buraliste du coin, mais dans des caves ou des clubs.

L'exemple de la vape

Le modèle dont la distribution de cannabis devrait s'inspirer reste celui de la cigarette électronique : une gamme de produits diversifiée, une approche basée

sur un principe actif (la nicotine), un discours et des conseils adaptés au niveau de connaissance et aux habitudes de consommation de la clientèle, prenant en compte les goûts et le plaisir. Les vape shops ont adopté une démarche de RdR.

Philippe Coy en a d'ailleurs parfaitement conscience, sachant que son réseau est déjà passé à côté de la vape. L'actualité récente aux États-Unis illustre en outre la porosité déjà existante entre la vape et le cannabis dans un contexte illicite. Au lieu de devenir dangereux et subis, ces liens devraient être régulés et potentialisés à bon escient. Un autre aspect important de l'industrie de

la vape dont il faut pouvoir s'inspirer est le commerce en ligne. Un domaine 2.0 dont les buralistes sont absents.

Comme pour le tabac, la question de la plante et de ses principes actifs est aussi soulevée. Les buralistes ont une exclusivité sur la vente de tabac, pas sur la nicotine. Qu'en serait-il du cannabis ? Des licences doivent-elles être accordées pour la vente de la plante, de ses principes actifs ?

Le réseau de buralistes est le fruit d'une époque moins soucieuse de la santé publique, qu'il a été difficile d'adapter aux aspirations actuelles tant le pouvoir de nuisance des cigarettiers a pris de l'ampleur. Cela ne doit pas se reproduire avec le cannabis et une profonde réflexion impliquant TOUTES les parties prenantes est un préalable inévitable.

L'unique intérêt de prendre exemple sur le réseau de distribution du tabac pour la vente de cannabis serait de s'inspirer de ce qu'il ne faut pas faire.

Georges Lachaze

1. Nous traitons dans cet article uniquement de la distribution. La question complexe de la production avec ou sans monopole comme la Seita soulève encore d'autres problèmes.

CANNABIS MÉDICAL EXPÉRIMENTATION EN 2020

On ne s'en rend pas forcément compte mais on vit une époque formidable. Asud s'est enquit auprès de trois experts des progrès accomplis dans la longue marche vers le Graal cannabique à visée thérapeutique. Réponse : il va falloir attendre encore un peu, mais on est sur la bonne voie. Et que l'on se rassure, la guerre à la drogue, elle, se porte toujours bien.

Le cannabis médical est actuellement disponible dans de nombreux pays, et malgré ce mouvement international, la France a longtemps été réticente à mettre ce sujet à l'agenda politique, en raison de la crainte des gouvernements vis-à-vis d'un cannabis médical cheval de Troie de la légalisation du cannabis non médical.

En juin 2019, l'annonce de la volonté de la France d'expérimenter le cannabis médical a constitué une avancée importante pour les associations de patients qui demandaient à ce que leur situation puisse être améliorée par l'accès à une voie sécurisée. Cette annonce s'inscrit dans un long parcours semé d'embûches. L'utilisation médicale de cannabis et de ses dérivés était en effet strictement interdite en France, jusqu'au décret du 5 juin 2013 qui a octroyé la possibilité d'utiliser des spécialités à base de cannabis, avec une autorisation de mise sur le marché (AMM) française ou européenne. Ce décret a également autorisé les opérations de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition



ou d'emploi. Deux médicaments ont obtenu une AMM. L'un, indiqué dans la sclérose en plaque (Sativex®), n'a jamais été commercialisé, faute d'accord sur le prix. Le second, indiqué dans certaines formes d'épilepsies pharmaco-résistantes (Epidiolex®), et actuellement disponible en autorisation temporaire d'utilisation (ATU), doit encore obtenir les avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) pour son remboursement et du Comité économique des produits de santé (CEPS) pour la fixation de son prix.

Face à cette situation de blocage, à la demande grandissante de cliniciens et de patients, et au mouvement international de diffusion du cannabis médical, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a mis en place en septembre 2018 un Comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) visant à réfléchir à la pertinence d'un accès en France à des préparations à base de cannabis à visée thérapeutique. La composition de ce comité avait une ambition pluridisciplinaire consistant à inclure à la fois des cliniciens, des scientifiques et des associations de patients¹. Ce comité a tout d'abord procédé à des auditions de sociétés savantes, auditions suivies d'échanges avec des acteurs institutionnels ayant tenté l'expérience du cannabis médical à l'étranger (Suisse, Allemagne, Canada) et de discussions entre membres du comité qui ont permis de faire émerger une première série de propositions retenues fin décembre 2018 par le ministère de la Santé et l'ANSM.

Deux ans d'expérimentation

De nombreuses auditions (usagers, producteurs de cannabis médical...) se sont ensuite poursuivies durant le premier semestre 2019. Ceci a permis au comité scientifique d'adopter un projet de cadre d'expérimentation du cannabis médical, avalisé début juillet par les autorités sanitaires et politiques. Enfin, le financement de cette expérimentation vient d'être discuté à l'Assemblée nationale dans le cadre du projet de loi financement de la Sécurité sociale suite à une proposition d'amendement déposée par Olivier Véran, qui propose qu'à titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État puisse autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, en dehors des autorisations de mise sur le marché habituelles, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles. Elle prévoit aussi que le rapport de cette expérimentation étudie la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'Assurance maladie. Cela ne sera possible qu'après une modification de l'article R 5132-86 du Code de santé publique qui n'autorise pour l'instant que l'accès à des spécialités pharmaceutiques, c'est-à-dire avec AMM.

L'objectif principal de l'expérimentation sera d'évaluer, en situation réelle, les recommandations du CSST en matière de conditions de prescription et de délivrance ainsi que l'adhésion des professionnels de santé (formation, prescription) et des patients (accessibilité) à ces conditions. Elle permettra

ainsi d'ajuster le cadre d'une future légalisation de l'usage de cannabis médical. Enfin, les premières données scientifiques françaises de bénéfice-risque de ces produits seront analysées dans les principales indications retenues. Cette expérimentation devrait débuter dans le premier semestre 2020 et pourrait concerner environ 3 000 patients.

Dans quels cas ?

Cinq situations cliniques sont actuellement retenues pour les prescriptions de cannabis à visée thérapeutique en France :



- ⊗ les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies accessibles ;
- ⊗ certaines formes d'épilepsie pharmaco-résistantes ;
- ⊗ les soins de support en oncologie (complications liées au cancer ou à ses traitements) ;
- ⊗ les situations palliatives ;
- ⊗ la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.

Ces diverses situations cliniques ont été discutées avec les sociétés savantes concernées à partir des données scientifiques internationales, du retour expérientiel des associations de patients, ainsi qu'avec les pays qui proposent déjà ce type de thérapeutique. Ces cinq indications représentent la majorité des prescriptions dans les pays qui autorisent l'usage médical du cannabis.

Avec quels produits ?

Suite aux auditions des principaux producteurs étrangers de préparations à base de cannabis à visée thérapeutique, il ressort clairement l'existence d'une tendance internationale au développement de véritables préparations aux normes pharmaceutiques (comprimés, gouttes, capsules, inhalateurs, patches...) en complément ou en remplacement des fleurs séchées historiquement proposées. Ces produits présentent l'avantage d'être plus standardisés, donc accessibles et utilisables par un plus grand nombre de patients et plus faciles à doser que des fleurs séchées.

Le comité scientifique de l'ANSM a proposé que soient mises à disposition des préparations de cannabis ou d'extraits à spectre complet sous des formes à effet rapide (huiles à usage sublingual ou fleurs séchées à vaporiser) ou à effet prolongé (capsule d'huile, solution buvable). Selon les indications et les spécificités des patients, cinq compositions différentes en cannabinoïdes, représentant cinq médicaments différents, sont proposées selon des ratios delta-9-tetrahydrocannabinol (ou THC, la substance chimique psychoactive la plus abondante dans les plants de cannabis)/cannabidiol (CBD, seconde substance la plus abondante après le THC) variables : THC 1/1 CBD ; THC 1/20 CBD ; THC 1/50 CBD ; THC 5/20 CBD ; THC 20/1 CBD.

Une expérimentation encadrée

La décision d'expérimenter le cannabis médical en France s'inscrit dans une volonté d'évaluer la mesure et de la sécuriser par un ensemble de préconisations. Les prescripteurs devront suivre une formation obligatoire. En ce qui concerne la prescription, celle-ci se fera sur ordonnance sécurisée, comme tous les médicaments stupéfiants. Les préparations pharmaceutiques concernées seront dispensées par des pharmacies hospitalières ou officines de ville. Le traitement sera instauré et stabilisé par des médecins exerçant dans des centres de référence des pathologies concernées. Un relais de cette prescription auprès du médecin traitant pourra être proposé. Pour prévenir certains effets indésirables à l'instauration du traitement, une adaptation posologique devra être réalisée par titration (augmentation très progressive des doses) par le médecin, jusqu'à obtention de la dose minimale efficace et d'effets indésirables jugés tolérables par le patient et le médecin. La participation des médecins se fera sur la base du volontariat et impliquera obligatoirement le suivi d'une formation préalable et le renseignement d'un registre national électronique, qui permettra l'évaluation de cette expérimentation.

Cette décision va permettre de soulager des patients qui se trouvaient dans des impasses thérapeutiques. Les témoignages que nous avons pu écouter lors des auditions durant les dix mois de travail ont mis en évidence une réalité souvent méconnue. Durant des années, des patients ont été réduits à se procurer du cannabis de mauvaise qualité par des voies illégales, sans jamais être certains de la composition du produit et de ses effets thérapeutiques potentiels. Cette avancée pour les patients permettra une amélioration de leur qualité de vie. Nous pouvons nous féliciter que cette décision ait pu dépasser les blocages habituels autour du cannabis en France. Cette démarche d'autorisation du cannabis à visée thérapeutique s'inscrit dans une attention apportée aux savoirs des patients dans l'amélioration de leur prise en charge. Cette ouverture nécessite également de rester vigilant face à une potentielle prise de pouvoir de certains

acteurs économiques qui pourraient voir dans le cannabis médical un nouveau marché à prendre.

**Nicolas Authier, Georges Brousse,
Marie Jauffret-Roustide**

1. Des associations de patients douloureux non spécifiquement attachés à la promotion du cannabis médical.

Du côté des patients

Fondée par des patients, l'association Principes actifs a pour but de créer un réseau regroupant des personnes atteintes de maladies susceptibles de réagir favorablement à la prise de cannabis et qui en font usage.

Depuis la création de l'association, il y a dix ans, nous avons collecté des centaines de témoignages et attestations de médecins en faveur de l'usage médical du cannabis. Nous avons constaté la diversité des maux qui pourraient être soulagés par les principes actifs de tout un panel de variétés de cannabis cultivables.

La création du Comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) par l'Agence nationale de sécurité du médicament et l'annonce d'une prochaine expérimentation constituent une formidable avancée pour l'ensemble des malades ayant besoin du cannabis thérapeutique. Nous avons été auditionnés et faisons partie du comité de pilotage. Nous regrettons cependant que seul un nombre restreint de patients (3 000 au total) et de pathologies soient pris en compte. Alors que les membres du CSST n'ont identifié que cinq situations cliniques pour les futures prescriptions de cannabis thérapeutique, nous savons par les années d'expérience de l'association que la réalité de terrain est bien plus vaste. L'émergence des vertus du CBD, celles déjà connues du THC et les potentielles découvertes autour des autres principes actifs de la plante laissent à penser que nous sommes loin de connaître l'ensemble des applications thérapeutiques du cannabis.

N'entrant pas dans les situations cliniques décrites pour l'expérimentation, certains patients se sentent abandonnés par la recherche. Après le vent d'espoir soufflé par l'annonce du CSST vient ainsi la tempête de la désillusion pour celui qui ne rentre pas dans les cases... Et le retour au lot quotidien de risques à prendre pour se soigner : interpellation, achat de produit frelaté et/ou de mauvaise qualité. Alors, celles et ceux qui le peuvent le cultivent, ne serait-ce que pour adapter au mieux les variétés et qualités aux réalités de leurs pathologies, en pleine conscience des risques encourus.

Principes actifs

contact@principesactifs.fr
www.principesactifs.org



Mon cannabis au Canada

Le 17 octobre 2018, le Canada devient le premier pays du G7 à légaliser l'usage du cannabis. Louis Letellier de Saint-Just, président de Cactus, juriste de renom et militant de la réforme des politiques de drogues, nous explique comment et pourquoi le « pot » acheté à Montréal n'aura pas nécessairement le même effet que celui vendu à Ottawa ou à Vancouver. Alors, légalisation au menu ou à la carte ?

Après la reconnaissance légale de l'accès au cannabis à usage médical en 2001, voilà que le Canada se positionne sur l'échiquier mondial des États réformistes en devenant le second pays au monde, premier du G7, à légaliser l'usage du cannabis. Fronde audacieuse ou gifle prétentieuse si l'on considère la présence dans ce groupe sélect des États-Unis, de la France et de l'Allemagne, lesquels n'ont pas encore de législation nationale sur le cannabis récréatif. La Russie, au lendemain de l'entrée en vigueur de la loi canadienne sur le cannabis, s'empressait de vilipender sans retenue le pays pour cette « *libération narcotique* » qui viole les traités internationaux sur le contrôle des drogues. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) en fera autant¹. Ces artisans du déni maintiennent sans fléchir la ligne dure, soit celle qui soutient toujours la bonne vieille « *guerre à la drogue* ».

D'un joint à l'autre

Le 17 octobre 2018, la loi cadre fédérale et les lois provinciales sur le cannabis qui en découlent sont ainsi simultanément entrées en vigueur. Des milliers de Canadiens se sont pointés cette fois, non pas au coin de la rue ou chez leur fournisseur d'herbe, mais simplement à la porte de centaines de points de vente autorisés à travers le pays. « *D'un océan à l'autre* », la devise du pays, a-t-on ironisé ce même jour, devenait « *D'un joint à l'autre* ».

Pris d'assaut par des milliers de consommateurs dès l'ouverture, les trottoirs débordent déjà aux alentours des points de vente autorisés de cannabis. Une première journée de légalisation au Québec s'est terminée avec 140 000 transactions dans les succursales de la Société québécoise du cannabis (SQC). Mais à peine plus d'une semaine après la légalisation, on enregistre des retards de livraison et une pénurie de certains produits offerts². La demande est plus forte que prévu, des enjeux d'approvisionnement au pays ressortent. Les commentaires des opposants à la légalisation ne se font pas attendre. Pire encore, le nouveau gouvernement québécois, élu le 1^{er} octobre, affiche déjà sa ferme intention de revoir l'âge légal pour l'usage du cannabis et de limiter les lieux permis pour ce même usage.

Plusieurs municipalités (plus de 30 au Québec) adopteront des règlements qui restreignent l'espace public où l'usage de cannabis sera autorisé.

Ainsi, celles et ceux qui auront milité pour que ce jour tant souhaité survienne enfin se demandent peut-être s'il n'aurait pas été mieux de tolérer le flou d'avant, tant la consommation légale du cannabis risque de s'avérer plus contraignante, car les endroits pour fumer son joint tranquille semblent se raréfier.

Mais il ne faut pas prendre cette ironie trop au sérieux. Bien au contraire, il faut d'abord se réjouir du fait que le Canada se soit compromis sur la route du changement, s'ajoutant à ceux qui ont déjà franchi le pas ou débuté par la décriminalisation, et à tous ceux qui considèrent maintenant que les réformes des législations sur les drogues doivent s'amorcer concrètement. L'audace est à l'ordre du jour, parce que le modèle international actuel de contrôle des drogues est désuet. Une chose demeure, c'est que la légalisation du cannabis par le Canada, constitue une AVANCÉE DÉTERMINANTE. Et ça, seulement ça, ce n'est pas négligeable.

Un aboutissement signé patience

L'histoire politique canadienne nous apprend que, déjà en 1969, le gouvernement de Pierre-Elliott Trudeau se préoccupait de la question de la légalisation des drogues. En 2002, c'est une commission spéciale du Sénat canadien sur les drogues illicites et le cannabis³, présidée par le regretté Pierre-Claude Nolin, qui recommande une légalisation pure et simple du cannabis. Pourtant, malgré ces orientations et quelques projets de lois déposés, la légalisation du cannabis meurt au feuilleton. Nous devons au sénateur Pierre-Claude Nolin d'avoir conduit les travaux de cette commission avec clairvoyance, puisqu'il faisait le constat de l'échec de la guerre à la drogue amorcée trente ans plus tôt.

Entre 2005 et 2015, sous un gouvernement conservateur partisan d'une politique des drogues répressive, les lois fédérales sont significativement modifiées pour afficher un durcissement, allant même jusqu'à imposer des peines minimales, retirant ainsi aux tribunaux toute discrétion pour apprécier les faits propres à certaines infractions. C'est l'époque où la réduction des risques (RdR) n'avait aucune résonance. Il ne faut d'ailleurs avoir aucune réserve pour tenir le gouvernement de l'époque responsable des conséquences de la crise des opioïdes qui sévissait déjà.

En octobre 2015, l'élection d'un nouveau gouvernement libéral dirigé quarante-sept ans plus tard par le fils de l'autre, Justin Trudeau, fait de la légalisation du cannabis une promesse et la RdR reprend sa place.

Le 13 avril 2017, un projet de loi déposé à la Chambre des communes (gouvernement fédéral) attribue au gouvernement fédéral la responsabilité de déterminer un cadre général pour la production, la distribution et l'usage du cannabis, laissant aux provinces celle d'encadrer, par voie de législation, la distribution et l'usage.

Toutes les législations, y compris provinciales, entreront en vigueur le 17 octobre 2018.

Cannabis libéré mais encadré

Une loi cadre fédérale oblige donc l'ensemble des provinces à légiférer sur le cannabis selon des règles précises. Les provinces n'ont pas accepté de gaieté de cœur ce « *pelletage* » de responsabilités dans leur cours, puisque cela voulait aussi dire des coûts additionnels dont certains étaient difficiles à prévoir.

Le socle fondateur de la légalisation du cannabis au Canada ne laisse aucune équivoque : « *Le Canada ne fait pas la promotion de l'usage de cannabis, il l'autorise essentiellement sur la base d'objectifs de santé publique, de protection de la santé et de la sécurité des jeunes et d'opposition au marché noir.* »

Les campagnes de sensibilisation martèlent des messages de prévention mettant ces jeunes en garde contre un risque de dépendance, tout en leur rappelant que le cerveau est en développement jusqu'à l'âge de 25 ans. On comprendra donc pourquoi on adopte une approche des plus restrictives en ce qui concerne la mise en marché du cannabis, de la publicité à l'emballage. Est-ce exagéré ? Pas vraiment si l'on consulte les statistiques concernant la consommation de la fourchette des 15/24 ans qui est trois fois plus importante que pour la tranche d'âge suivante⁴.

Cannabis à la carte

C'était à prévoir. Les provinces affichent des différences importantes, que ce soit pour l'âge légal, les lieux de consommation, la mise en marché ou la culture à domicile.

Modèle de vente

C'était aux provinces de choisir leur modèle. Qui dit « *entreprise privée* » dit rentabilité. Pour plusieurs, l'inquiétude était grande de perdre le contrôle sur des objectifs de santé publique, sachant que le modèle américain, tel celui du Colorado, bâti autour de l'entrepreneuriat, était largement décrié. Malgré la pression des instances de santé publique et celle des milieux communautaires, les modèles de vente sont répartis en modèle privé, public/privé, ou étatique. Le Québec a opté pour le dernier, en créant la Société québécoise du cannabis qui sera responsable de l'ensemble des points de vente. Quant à la vente en ligne, règle générale, elle demeure sous contrôle exclusivement public. Le nombre de points de vente projeté variera à terme de 4 à 250, selon les scénarios de chaque province. Une province, la Colombie-Britannique, n'a aucun plafond.

Âge légal pour la possession et la consommation

La loi fédérale suggérant d'établir l'âge légal à 18 ans, un très large consensus s'est imposé à cet égard au sein des provinces. Cela suscite néanmoins l'étonnement, puisque cet âge n'est pas toujours calqué sur celui auquel on atteint la majorité, ni sur celui auquel il est permis de consommer de l'alcool, qui oscillent entre 18 et 19 ans.

Coup de théâtre au Québec, où le gouvernement tout nouvellement élu fera basculer cet âge à 21 ans dès janvier 2020. Un choix hautement controversé, voire dogmatique, qui va à contre-courant du positionnement des autorités provinciales de santé publique et d'une logique d'application de la RdR, compte tenu des données probantes actuelles quant à la consommation chez les jeunes.

Consommation dans les lieux publics

Nous nageons ici dans l'une des sphères les plus délicates de la légalisation du cannabis, laquelle donne le ton sur la latitude que l'on donne au consommateur pour jouir de cette légalisation. Dans l'ensemble des provinces, c'est l'interdiction stricte dans des lieux fréquentés par des enfants : parcs, aires de jeux, milieu scolaire, établissements d'enseignement supérieur, ceux de santé, de justice, culturels, les lieux d'attente d'un transport collectif et les restaurants.

Ces règles sur l'usage en public sont donc passablement restrictives. Au Québec, depuis le 1^{er} novembre 2019, il est strictement interdit de fumer ou de vaporiser du cannabis dans tout lieu public extérieur ou intérieur. L'espace de consommation se rétrécit!

Usage au travail et à domicile

En milieu de travail, la règle fait l'unanimité. C'est en fait la même orientation que pour l'alcool : tout employé doit être en état d'effectuer adéquatement son travail et de façon sécuritaire.

Dans une résidence privée qui n'est pas un immeuble de logements, l'usage du cannabis ne semble pas causer de difficulté. Cela sera bien différent en ce qui concerne les immeubles à logements multiples, dont les règlements pourront l'interdire purement et simplement. Risque élevé de contestation judiciaire ici également.

Prix et produits vendus

L'attrait principal est d'offrir un produit dont la qualité est contrôlée, ainsi que la teneur en THC. Chaque province décide de l'étendue des produits et des variétés qu'elle offre en vente : cannabis séché ou frais, huile, vaporisateur, joint préroulé, atomiseur oral, capsule...

Pour ce qui a trait aux produits comestibles, du chocolat à la poudre cannabinoïde soluble et aux boissons, ils sont légaux au Canada depuis le 17 octobre 2019. L'offre variera selon les choix de chaque province. Les inquiétudes sont palpables, plusieurs craignant que l'on tombe dans la banalisation de l'usage du cannabis et que l'on ne protège pas suffisamment les enfants d'un accès à ces produits.

Quant au prix, il était acquis qu'il devait être inférieur ou se rapprocher de celui connu du marché noir.

Au Québec par exemple, 30 grammes pourront être achetés à la fois, la même quantité étant autorisée pour la possession dans les lieux publics et 150 grammes au maximum à domicile. Le prix au gramme du cannabis séché est en moyenne de 5,25 \$ (3,50 €).

Promotion, publicité, emballage

C'est très clair : pas de soldes, pas de commandites, pas de références à un style de vie. Pas de dégustations sur place, rien de visible de l'extérieur des points de vente, aucune publicité à l'intérieur comme à l'extérieur, pas de logo. L'emballage ne devra, quant à lui, référer qu'au produit vendu.

Sécurité routière

Les codes de la route des provinces s'ajustent en conséquence en prévoyant l'usage de tests spécifiques pour déceler si les facultés d'un conducteur sont affaiblies ou si le taux de THC dans le sang dépasse la norme autorisée (prise de sang prévue). Interdiction stricte de faire usage de cannabis dans un véhicule, que l'on soit conducteur ou passager.

Conclusion sur un dossier à suivre

La loi-cadre fédérale légalisant le cannabis trouve donc des mises en œuvre provinciales qui lui donnent différentes teintes. Si les



Culture à domicile

- La loi fédérale permet la culture à domicile d'un maximum de 4 plants de cannabis.
- La culture pourra également être limitée par des règlements municipaux et même par ceux des propriétaires d'immeubles locatifs. Des contestations judiciaires sont déjà entamées pour contrer l'interdiction, notamment au Québec.

principes sont communs, la manière de les réaliser différera. Malgré la complexité d'application que présente en surface ce tableau, l'accomplissement premier de cette législation demeure, avant tout, l'importante brèche dans la muraille de la « guerre aux drogues » qu'elle permet d'agrandir.

M^r Louis Letellier de Saint-Just (Montréal, Canada)

- « La Russie condamne la légalisation du cannabis au Canada », journal *Le Devoir*, édition du 23 octobre 2018.
- « Pénurie de cannabis : des succursales de la SQDC pourraient être fermées », journal *Le Devoir*, édition du 26 octobre 2018.
- Commission d'enquête fédérale sur l'usage non-médical de la drogue (1969-1972) ; Commission spéciale du Sénat sur les drogues illicites et le cannabis (2002).
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Sommaire canadien juin 2018.

ASUD MARS SAY YEAH EN MODE HORS LES MURS

Créé en 1995, Asud Mars Say Yeah est aujourd'hui un Caarud dont toutes les activités s'effectuent hors les murs après avoir été expulsé de son dernier local (voir ASUD Journal n°61). Retour sur ce nouveau mode de fonctionnement auquel l'équipe a dû s'adapter.

Garder la même activité sans local, sans même s'arrêter quelque temps pour réfléchir, s'est tout d'abord avéré bien compliqué... Ne pas avoir anticipé la méthode de travail a en effet créé de la frustration chez beaucoup, des incompréhensions et des violences. C'était brouillon. Une période de transition difficile pour l'équipe et pour les Asudiens. Nous avons donc décidé de cesser l'activité quelques jours, afin de réfléchir ensemble sur le sens que nous souhaitons donner à notre travail : miser clairement sur la qualité plutôt que sur la quantité, autrement dit, ne pas hésiter à prendre le temps avec quelqu'un si c'est nécessaire, et ne pas chercher à répondre systématiquement à une urgence. Un choix rendu possible grâce à la liberté d'organisation de l'équipe, qui peut, à tout moment, décider de se concentrer sur tel projet ou tel accompagnement.

Aller-vers et autosupport

Que ce soit dans la rencontre des personnes, leur accompagnement, et plus encore en ce qui concerne la réduction des risques, l'aller-vers est aujourd'hui omniprésent dans nos actions. Ne plus avoir de local nous permet en effet de réfléchir l'intervention RdR différemment, et d'être ainsi complémentaires des différents dispositifs existants. Une vraie évolution : aujourd'hui, Asud intervient en complémentarité des autres dispositifs et permet réellement d'apporter un plus, du mieux aux personnes qui en ont besoin.

Mais Asud ne serait pas Asud sans l'auto-support. Créé par des usagers de drogues pour des usagers de drogues, Asud Mars Say Yeah n'existerait pas sans travailleurs pairs. Dans l'équipe, ils sont trois. Avec ou sans diplômes, on s'en fout, car leur « formation » est plus vraie, plus réelle, elle

ne se fait pas dans les livres, ils viennent du terrain. Le travailleur pair peut être ou avoir été usager de drogues, il sait de quoi il parle et a suffisamment de recul pour pouvoir travailler avec des usagers en difficulté. Il est au fait des produits, des modes de consommation, des pratiques, du terrain, et son travail complète celui du reste de l'équipe. Tous trois s'impliquent grandement dans le travail de rue, où leurs compétences sont plus qu'essentielles.

Et la rue, nous la connaissons bien désormais, c'est là que nous passons nos journées. Afin d'aller à la rencontre des personnes, leur donner du matos, des usagers moins visibles, plus excentrés, ayant justement moins accès aux services d'un Caarud avec accueil, nous avons mis en place des tournées de rue, aux côtés de rendez-vous programmés. Nous tournons dans le centre-ville, mais aussi dans les

quartiers proches des lieux de *deal*. Nous découvrons de réelles scènes de conso dans des endroits désaffectés, ramassons du matériel usagé, en déposons du stérile à usage unique. Nous essayons aussi de faire du lien avec le quartier, car ce n'est pas rien d'arriver au milieu d'une cité, on ne s'y promène pas comme ça. Alors, on se présente, on explique ce qu'on fait, faudrait pas qu'on nous prenne pour des flics en civil !!! Depuis peu, nous commençons à nous rapprocher des dealers car nous pensons que la RdR pourrait passer par eux. Ce travail de rue est ainsi très important pour ajuster et élargir nos activités.

Accompagner vers le soin et la réinsertion

Autre mission importante qu'il a fallu adapter : la coordination de soins. Sans local, nous ne voyons plus les usagers





pour prodiguer des soins mais pour les mettre en place, et faire ainsi le lien entre les structures médicales et l'association. Accompagner une personne dans son parcours de soins, qui peut s'avérer très difficile, voire décourageant. Car le jugement est encore bien trop présent dans les services de soins. Il n'est, en effet, pas rare d'entendre un de nos usagers nous dire « *ici, je ne suis qu'un tox* ». Certains services hospitaliers commencent à être plus ouverts d'esprit et s'ils ont encore du mal à accepter les consos au sein de leur établissement, certains ferment les yeux. Certains donnent du matériel, et nous tenons à saluer un service en particulier, qui a su respecter un de ces patients, ses choix et sa fin de vie. Un travail de médiation très important à faire avec les structures qui, au final, ont surtout besoin d'être rassurées. Notre présence, nos visites à l'hôpital

pour soutenir nos usagers, permettent de temporiser.

Toujours dans le domaine du soin, l'hépatite C se guérit aujourd'hui en trois mois. Mais apprendre qu'on a l'hépatite C n'en reste pas moins difficile. Nous sommes donc là pour rassurer, expliquer le traitement... Mais qui de mieux qu'une personne étant elle-même passée par là pour en parler ? Notre projet parrainage a ainsi pour but de mettre en lien une personne ayant contracté l'hépatite C avec une personne guérie, un soutien qui lui permet aussi de relativiser le traitement et la maladie.

Deux membres de l'équipe ont par ailleurs été formés à la réinsertion par le travail et proposent, chaque semaine, deux heures sur la question à deux usagers. Il s'agit de les remotiver, de les aider dans leurs

démarches de recherche car pour certains, la question du travail vient avant celle du logement, c'est une manière de garder la tête hors de l'eau et de se projeter.

RdR en prison et lutte contre les discriminations

Enfin, depuis le début de l'année, nous intervenons également au sein de la prison des Baumettes. Un grand pas de franchi : la RdR commence à mettre les pieds en prison. Nous pouvons rentrer avec un peu de matos (Roule ta paille et préservatifs), ce qui est déjà énorme car n'oublions pas que « *ce qui se passe en prison reste en prison* », et on ferme les yeux sur l'interdit qui passe les portes comme la consommation. Mais l'idée de notre présence à la Structure d'accompagnement vers la sortie (SAS), c'est aussi de préparer les personnes à leur sortie, de les accompagner, faire des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), etc. Un projet important, dans la mesure où nos usagers sont régulièrement incarcérés. Nous sommes là pendant et après. Il nous arrive parfois d'être en lien avec les conseillers pénitentiaires d'insertion et d'accompagner des usagers à leur procès.

Notre Observatoire et défense des droits des usagers (ODDU)¹ est par ailleurs là pour dénoncer le flot de discriminations dont sont sans cesse victimes les usagers. Dans certaines institutions (hôpital, commissariat, mais pas que), leur vulnérabilité entraîne en effet de réelles situations d'injustice, voire de maltraitance : une personne à qui on refuse de prendre la plainte, un soignant qui laisse l'utilisateur sans soins de confort, un gardé à vue sans traitement de substitution, ou celui qui attend en vain son traitement à l'hôpital. Notre équipe s'occupe ainsi activement de faire remonter les témoignages pour faire avancer les choses car si ça nous met en colère, nos usagers baissent les bras, et les institutions continuent de faire mal : mal leur travail et mal à ces personnes. Il faut que cela change.

Aujourd'hui, Asud Mars Say Yeah s'implique ainsi avec conviction dans toutes ces missions afin de promouvoir et défendre la RdR et lutter contre la stigmatisation des consommateurs. Un bout de chemin a été parcouru depuis 1995, mais beaucoup reste encore à faire.

Charlotte Cornu & Lucas Muller

1. Déclinaison régionale de l'Observatoire des droits des usagers (ODU) lancé quelques années plus tôt au niveau national.

1994-2019 ASUD NIMES FÊTE SES 25 ANS

Réduction des risques et des dommages,
quand transformation sociale rime avec
mobilisation des usagers.



Asud Nîmes a 25 ans. Asud Nîmes est un survivant. Avec Asud Mars Say Yeah, l'association est le dernier exemple de l'action d'un authentique groupe d'autosupport au niveau régional, rescapé d'un réseau qui comptait 23 structures déclarées en préfecture en 1996. Que s'est-il passé ? Quel est le secret de l'ADN résistant des Nimois quand tant d'autres ont jeté l'éponge ou se sont crashés en plein vol ? C'est ce que nous raconte Jef, directeur d'Asud Nîmes et militant historique d'Asud, une victoire aux points où le KO a été évité de justesse.



Aujourd'hui, la réduction des risques (RdR) et des dommages fait partie du quotidien d'un grand nombre d'usager[è]s qui fréquentent les Caarud et les Csapa, quand d'autres ont accès à la RdR plus sporadiquement dans l'espace festif ou dans la rue auprès des équipes mobiles. Mais fut un temps où tout cela n'existait pas. Le sevrage était la règle, l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique ordonnées par la justice ou les médecins s'imposaient à tous. L'incarcération pour simple détention de quelques seringues n'était pas rare. Les drogués

étaient considérés comme des personnes irresponsables et administrativement privés de droits. Durement touchés par le sida, la répression et l'exclusion sociale, les usagers vont toutefois se mobiliser au début des années 1990 pour faire changer les choses.

Une mobilisation inattendue

Asud, première association d'autosupport en France, voit le jour en 1992 à Paris. L'association milite en faveur de la réduction des risques, de la citoyenneté et contre la prohibition des drogues. Avec *Asud-Journal*, elle fait connaître ses principes fondateurs et ses revendications, les usagers se retrouvent dans le discours et se mobilisent dans leur région. Entre 1992 et 1995, Asud labélise une vingtaine d'associations, dont Asud Nîmes au mois d'août 1994. D'une ampleur sans précédent, ce mouvement s'organise pour répondre aux besoins les plus urgents, l'accès au matériel stérile et à la réduction des risques, et pour obtenir les droits fondamentaux qui nous étaient jusqu'ici déniés. Les usagers se réapproprient une parole jusqu'ici confisquée et nous devenons un interlocuteur de la Direction générale de la santé (DGS), qui peine à mobiliser les professionnels encore opposés à la RdR. Avec la création du collectif Limiter La Casse qui regroupe différentes associations et personnalités, Asud trouve des alliés qui soutiennent ses revendications et ses « 10 mesures d'urgence ». À partir de 1994, la politique de réduction des risques s'affirme peu à peu. Agissant par décrets ministériels, Simone Veil, alors ministre de la Santé, autorise les programmes d'échange de seringues (PES) associatifs jusqu'ici illégaux, le développement des trousse de prévention (Steribox®), puis le déploiement des programmes méthadone dans la foulée.

La mise en œuvre

Hormis Médecins du monde, Aides et quelques associations militantes, le déploiement des dispositifs peine. C'est dans ce contexte que le réseau Asud s'implique dans des actions de proximité et qu'Asud Nîmes ouvre, en septembre 1995, son premier lieu d'accueil/programme d'échange de seringues dans un appartement, grâce au financement d'Ensemble contre le sida (qui deviendra Sidaction) et avec le soutien de la municipalité de l'époque. La chose n'est pas simple, les préjugés sont nombreux et nous devons faire nos preuves face à une administration locale poussée à soutenir cette expérimentation par le ministère. Pour des raisons stratégiques, les deux premières

salariées de l'association ne sont pas usagères de drogues, nous nous contentons d'emplois aidés que nous consolidons par la suite. Au mois d'octobre 1996, un premier CDI à $\frac{1}{4}$ temps est signé par un ancien consommateur. Il fallait convaincre le scepticisme de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et son pendant régional, la Drass, et obtenir des résultats. En fédérant dès 1995 un réseau de prescripteurs et avec le soutien de quelques médecins militants et pharmaciens, nous avons d'une part favorisé l'accès rapide au Subutex® en médecine de ville de près de 400 usagers en un an et d'autre part, démontré notre capacité à œuvrer dans l'intérêt des personnes concernées.

Les épreuves

Le 20 décembre 1996, Véronique Cerf, présidente fondatrice de l'association, meurt du sida, comme de nombreux pionniers et pionnières d'Asud. Le coup est rude mais nous faisons face collectivement. Assurer la continuité des actions en sa mémoire devient notre priorité. Véronique fut la première d'une funeste liste parmi les dirigeants de l'association disparus au cours de leur mandat. Olivier Heyer, qui lui succéda, meurt en 2012 ainsi que Yan Villars, en 2015, également ancien président de l'association. Ma pensée va vers toutes celles et ceux qui ont fait un bout de chemin avec nous, qui ont aujourd'hui disparu et que nous n'oublions pas. Cette situation, tous les groupes Asud l'ont connue. C'est certainement une des raisons des premières dissolutions de certains Asud, les « successions » entraînant des crises de leadership et des ruptures. Ne nous voilons pas la face, le rapport aux produits fut également au cœur de crises nombreuses et cause de scissions ou d'abandons. Il n'en demeure pas moins que d'autres Asud en régions n'ont jamais pu obtenir un soutien affirmé des pouvoirs publics locaux et se sont épuisés par manque de moyens financiers. À Nîmes, nous avons traversé ces épreuves, le navire a parfois tangué dans la tempête, mais d'autres épreuves nous attendaient.

Le temps de la professionnalisation

Au début des années 2000, nous obtenons le statut de « Boutique » et l'équipe est désormais composée de 5 salariés, dont un temps d'éducateur spécialisé et un temps d'infirmière (12 heures/semaine). Nos missions évoluent, les financements se consolident et nous théorisons une méthodologie d'intervention de façon à défendre la

participation et l'expertise des pairs dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et de financements publics. Même si la professionnalisation est en marche, nous sommes toujours dans un contexte expérimental. La DGS financera 16 formations destinées au réseau Asud national, et nous poursuivrons localement cette dynamique avec nos principaux partenaires. Puis vint le temps de l'agrément Caarud, la RdR va perdre son caractère expérimental. Nous l'obtenons au mois de novembre 2006 et découvrons avec ce passage au médico-social les exigences réglementaires et un cadre normatif renforcé. Le décret du 17 février 2007 rend les diplômes obligatoires, et les assurances qui nous avaient été données par le ministère de la Santé de conserver les personnes non diplômées ne seront jamais suivies d'effet.

Une normalisation douloureuse

En janvier 2009, l'Agence régionale de santé (ARS) cible comme par hasard les deux postes occupés par des salariés sans diplôme et financés par l'Assurance maladie : le mien et celui de l'intervenant de terrain (douze ans d'ancienneté), jusque-là rémunéré sur une base d'éducateur spécialisé. Ma rémunération de directeur est réduite de 3 échelons et celui de mon collègue est aligné sur la plus basse rémunération de la convention collective (AMP). Rendez-vous est pris à l'ARS, les échanges sont tendus et nous n'obtenons aucun aménagement de la mesure. Face à cette inflexibilité, je me résigne à une diminution de salaire et n'ai pas d'autre choix que de trouver un financement complémentaire pour maintenir l'autre poste. Me voilà donc dans l'obligation de rechercher des fonds supplémentaires, que nous trouverons finalement auprès du conseil régional, une subvention pour cinq ans qui ne fait qu'équilibrer le fonctionnement du Caarud. Les projets sont réalisés pour ainsi dire bénévolement et nous avons l'obligation de nous engager dans une formation diplômante. Cette perspective met en difficulté mon collègue, à qui l'école n'évoque que de douloureux souvenirs. Il opte pour une Validation des acquis de l'expérience (VAE) de trois ans, qui deviendront trois ans de descente aux enfers. Il dégringole lentement mais sûrement, au point qu'après une suspension temporaire imposée par la médecine du travail, il sera définitivement arrêté et spécifiquement interdit d'emploi dans la RdR ou l'addictologie. Il ne se relèvera pas de cet échec. Devenu membre du conseil d'administration d'Asud, il semblait aller

mieux... mais meurt brutalement d'une overdose de cocaïne en 2015...

Pour ma part, j'ai opté pour le Cafdes¹, que j'ai validé cette année. Alors que la Haute autorité de santé (HAS) préconise actuellement la participation des pairs comme facteur d'amélioration des pratiques professionnelles dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles en Caarud, nous n'avons bénéficié d'aucun aménagement.

La participation des pairs

L'autosupport et la participation des pairs est un des fondements de la réussite de la RdR. Comment aller vers les usagers dans des espaces par définition clandestins si l'on n'est pas introduit auprès des personnes qui y vivent ? Comment créer de la proximité et obtenir l'adhésion des usagers si les actions et les pratiques ne sont pas suffisamment adaptées à leurs besoins et leurs attentes ? L'autosupport est à même de connaître bien avant les pouvoirs publics les nouvelles tendances de consommation et l'évolution des pratiques, c'est une expertise de terrain, valeur nouvelle dans un contexte marqué par la fameuse « *distance professionnelle* » des travailleurs sociaux. Si l'institutionnalisation des Caarud a pu un temps laisser penser que l'autosupport n'était plus indispensable pour favoriser l'aller-vers et la proximité, il est aujourd'hui reconnu que l'éducation par les pairs est une notion fondamentale de l'empowerment. On peut facilement en évaluer tout l'intérêt dans l'espace festif. Reconnaître à l'usager une capacité d'expertise et promouvoir l'éducation par les pairs sont des principes essentiels pour les associations de santé communautaire comme le Tipi, Techno + ou Asud. Aujourd'hui, l'HAS, rappelle aux Caarud toute la pertinence de la participation des pairs et des principes qu'elle sous-tend. Asud ne peut que s'en réjouir, même si cela nous laisse un petit goût amer. Nous avons toujours soutenu les évolutions en la matière dans les établissements et les dispositifs. Toutefois, nous souhaiterions que les expérimentations et les enseignements que nous tirons du passé soient évalués et capitalisés. Asud dispose de vingt-cinq ans d'expérience en matière de participation des pairs dans le champ de l'usage de drogues. Nous avons rencontré à peu près tous les scénarii possibles et nous savons qu'en général, ce sont les usagers qui paient la note du manque d'efficacité des dispositifs. J'espère donc que c'est bien une vision humaniste qui prévaudra dans la mise en œuvre de la participation des pairs en Caarud et ce,



au-delà des objectifs d'action, des aspects réglementaires et des enjeux stratégiques.

Prendre en considération l'intérêt des personnes avant tout, évaluer les facteurs de risques inhérents à chacun, ne pas les exposer, reconnaître leurs compétences en les associant aux prises de décisions stratégiques et organisationnelles, définir des procédures d'accompagnement, de gestion des conflits, valoriser leur participation, penser l'après, autant de défis aussi complexes, voire plus, que le management d'une équipe salariée de professionnels diplômés.

Jef Favatier, directeur d'Asud Nîmes

1. Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

CRACK ET SALLE DE CONSOMMATION À PARIS



Depuis 2009 et l'ouverture d'une vraie-fausse salle de consommation dans nos locaux, Asud et Gaïa sont partenaires pour promouvoir et défendre l'existence de la salle de consommation à moindres risques à Paris. L'actualité aujourd'hui, c'est l'ouverture d'un second lieu, un défi qui mêle échéances électorales, consommation de crack et riverains en colère.

L Île-de-France est la région la plus peuplée de France, avec environ 12 millions d'habitants. Elle dispose d'un réseau de transports dense et de plusieurs « *nœuds de circulation* » comme la gare du Nord, ce qui entraîne une grande mobilité des usagers qui se regroupent dans Paris intra-muros autour de certains points de vente de drogues, crack et médicaments détournés de leur usage (sulfate de morphine, prégabaline, benzodiazépines) essentiellement. On estime à environ 5 000 le nombre d'usagers en errance sur le territoire francilien, le crack étant de plus en plus rapporté comme drogue de prédilection chez la plupart des usagers en errance du nord-est parisien. Les services de police parlent d'une véritable épidémie, les usagers les plus précaires ne représentant que la partie émergée de l'iceberg. Ces points de vente sont aussi souvent des lieux de consommation pour les plus précaires, entraînant des troubles dans le voisinage et des plaintes des riverains.

Paradoxe et injonction contradictoire

L'usage de drogues illicites est un sujet très politisé en France, il n'y a pas de consensus reconnaissant l'efficacité des mesures de réduction des risques dans leur ensemble, c'est-à-dire des salles de consommation aux programmes d'héroïne médicalisée (qui n'existent pas en France), en passant par les programmes d'échanges de seringues et la santé communautaire. Depuis le début des années 1990, la France développe une réduction des

regroupements des usagers sur des scènes de consommation et de vente, comme celle de la Porte de La Chapelle.

Une première réponse a été donnée, en octobre 2016, avec l'ouverture de la première salle de consommation à moindres risques (SCMR) dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière, dans le quartier de la gare du Nord, seule structure d'accueil des usagers de drogues précaires ouverte 7 jours sur 7 (voir p. 42). Cette salle et toutes celles qui ouvriront éventuellement sont expérimentales jusqu'en 2022. Une évaluation scientifique et

medico-économique est en cours pour celles de Paris et Strasbourg, ses résultats détermineront la poursuite ou non des dispositifs et leur sortie du statut expérimental. À Paris, la crainte des pouvoirs publics de voir affluer trop d'usagers dans ce quartier les a poussés à restreindre l'accès de la salle aux seuls injecteurs. Elle vient récemment d'étendre ses horaires d'ouverture (9 h 30 à 20 h 30) et répond essentiellement à la scène de consommation d'opioïdes (sulfate de morphine) autour de la gare. Si les usagers peuvent également fumer du crack, ils doivent avoir une pratique d'injection pour bénéficier des services. Cette obligation du cadre légal des salles en France amène les intervenants à discriminer des personnes qui le sont déjà. La première consommation doit être une injection, et si au bout de trois mois l'usager n'a injecté qu'une fois et n'a fait que fumer, nous sommes dans l'obligation de lui demander de partir. Paradoxe total et injonction contradictoire sont les fruits d'une politique mal menée par des décideurs qui ne connaissent pas la réalité de l'usage problématique de drogues dans leur pays.

Objectifs atteints

Avec plus de 300 passages par jour, la salle de gare du Nord répond aux objectifs qu'elle s'était fixée : amélioration de la santé des usagers les plus précaires, meilleur accès aux services sociaux et aux soins, meilleur suivi de leurs démarches sociales et judiciaires, et diminution de leurs pratiques à risques. Sur le plan environnemental, les services de la ville constatent une quasi-disparition du matériel d'injection usagé sur la voie publique, les services de police font état d'une absence de dégradation du quartier en termes de délinquance et d'une certaine pacification des rues adjacentes. Chaque mois, un comité de suivi de la salle réunissant les différents acteurs associatifs de l'arrondissement, les services de la ville

(espaces verts, services sociaux, services de prévention...), l'Agence régionale de santé, l'hôpital, l'Assurance maladie, la police et la SNCF se tient en mairie du X^e arrondissement. Ce comité a permis de suivre le projet au plus près et de prendre certaines décisions, notamment en termes de renforcement des postes de personnel pour effectuer des maraudes quotidiennes autour de la salle. Il permet également de se mettre d'accord sur la communication grand public, de répondre aux

risques médicalisée très centrée sur les traitements de substitution aux opiacés et beaucoup moins sur l'auto-habilitation (empowerment) des personnes concernées. Le défi est d'obtenir un consensus politique, car le focus est souvent mis sur ce qui se voit (scènes de drogues dans Paris) et beaucoup moins sur les besoins importants dans des banlieues proches moins favorisées. L'autre défi est de répondre de façon pragmatique aux



différents acteurs du quartier. En complément de ce comité, nous menons un comité de voisinage tous les trois mois avec ces mêmes acteurs, mais aussi les associations de riverains et depuis peu, quelques usagers volontaires de la salle. Les riverains y ont l'occasion de présenter leurs difficultés, leurs plaintes et leurs propositions d'amélioration. Au démarrage du projet, il y avait deux associations présentes, dont une clairement opposée au projet. Trois ans plus tard, quatre associations siègent, une seule étant opposée au projet.

La salle de consommation a permis de rendre plus visible les difficultés liées à la présence de nombreux usagers de drogues en errance et extrêmement précaires sur un territoire donné et le manque de stratégie globale de la région les concernant. Les usagers non injecteurs étant exclus de fait de la salle et de ses services sont relégués dans différents quartiers du nord-est parisien où ils sont perçus par les riverains comme des nuisances et des sources d'insécurité. Les pouvoirs publics, notamment la police et la justice, ont pu se rendre compte de l'intérêt d'un dispositif comme la salle en termes de prise en charge effective, de remontées des données du terrain en temps réel, et de travail concerté entre les différents services et protagonistes en présence.

En quelques années, les différents services de l'État et de la municipalité, en concertation avec les associations, ont collectivement pris la mesure des besoins et plusieurs décisions ont été prises avec l'allocation de moyens en regard. Une autre structure de réduction des risques a, dès 2017, bénéficié d'une extension de ses horaires le week-end pour avoir une deuxième offre de distribution de matériel d'injection et d'inhalation, les automates distributeurs ont également été renforcés en matériel.

Une deuxième salle de consommation ?

Depuis avril 2018, un plan régional a été travaillé collectivement par les associations et les institutions étatiques et municipales afin de répondre à ces défis. Ce plan a été signé par la ministre de la Santé en juin 2019. Les associations porteuses ont proposé :

- ⊗ La création d'espaces de repos de jour et de nuit pour les populations usagères de drogues en errance, notamment les consommateurs de crack ;
- ⊗ La création de salles/espaces de consommation réparties sur le territoire régional et ouverts à tous les consommateurs de drogues, qu'ils soient injecteurs ou inhaleurs ;
- ⊗ La création d'unités d'hébergements spécifiques ;
- ⊗ Une attention particulière aux cas complexes cumulant les problèmes médicaux psychiatriques et sociaux.

Une des questions centrales reste l'usage de psychostimulants : comment expérimenter un type de prise en pouvant répondre aux besoins de ces consommateurs pour qui le modèle « *opiacé* » n'est pas adapté ?

Une circulaire ministérielle modifiant le cahier des charges national des salles de consommation a été signée par la ministre de la Santé en juillet 2019. Forts de ces changements législatifs, les associations Aurore et Gaïa Paris travaillent depuis l'été dernier à l'ouverture d'un espace de repos et de consommation pour les usagers de crack en errance qui vivent et consomment sur et autour du lieu-dit « *la colline du crack* », situé Porte de La Chapelle. Depuis 2001, des usagers de crack essentiellement se rassemblent dans ce quartier, dont une centaine vivent en permanence sur le site. Environ 200 autres usagers fréquentent également le lieu mais de façon intermittente. Après 19 évacuations policières, les usagers sont toujours là et la situation ne

Le crack à Paris

Et si la toxicité du crack était avant tout sociale ? Le crack est vendu sous forme de « galettes » ou de « caillou » à 10 ou 15 €, accessible à toutes les heures du jour et de la nuit dans une « scène ouverte », c'est-à-dire un lieu où l'on consomme sur place. De plus, le crack est un produit qui a la particularité « d'accrocher » très vite, qui concentre son effet euphorisant sur quelques minutes, voire quelques secondes, avant de laisser place à « la descente », une sensation dépressive vertigineuse. La même substance, appelée cocaïne-base lorsqu'elle est obtenue artisanalement par des usagers relativement bien insérés socialement, devient un produit quasi festif comparable à la cocaïne sniffée. La toxicité du crack réside moins dans son fort potentiel addictif que parce qu'il cible une population en grande précarité.

Le « crack cocaïn », très répandu dans la communauté afro-américaine, est apparu en France dans le quartier Strasbourg-Saint-Denis, amené dans les bagages de la communauté antillaise au milieu des années 1980. Phénomène contemporain des grands squats parisiens spécialisés dans la vente de cocaïne et d'héroïne, la vente de crack est devenue dans les années 1990 le monopole des « modous », des dealers d'origine ouest-africaine se déplaçant dans le triangle Stalingrad-Barbès-Les Maréchaux. Depuis les années 2000, la consommation et la vente perdurent dans le nord-est parisien avec quelques incursions du côté de Saint-Denis, pour fuir la pression policière. Aujourd'hui, il existe quatre « scènes du crack » en France : à Paris, en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe.

cesse de se détériorer, pour eux et pour les habitants du quartier. Insalubrité, violences, décès, travail du sexe, atteintes aux personnes forment le tableau déplorable que l'on peut constater chaque jour.

Cet espace de repos contigu à la scène de consommation proposant un lieu d'accueil et de consommation, de repos et d'hygiène aux usagers, un accompagnement social et des soins infirmiers devait ouvrir en novembre 2019. L'ouverture d'un espace de consommation a été refusée par la municipalité en raison des élections prochaines de mars 2020.

Une deuxième salle de consommation à Paris semble donc possible après les élections municipales, promettent les politiques. Un travail préalable de concertation est à mener rapidement auprès des riverains, certes éloignés du site mais très préoccupés par la situation de leur quartier. Tout en respectant le calendrier politique, les associations ne peuvent que regretter cette ouverture en deux temps qui va leur compliquer la tâche auprès des usagers.

Élisabeth Avril, directrice de Gaïa

Règlement de compte à Bupréland'

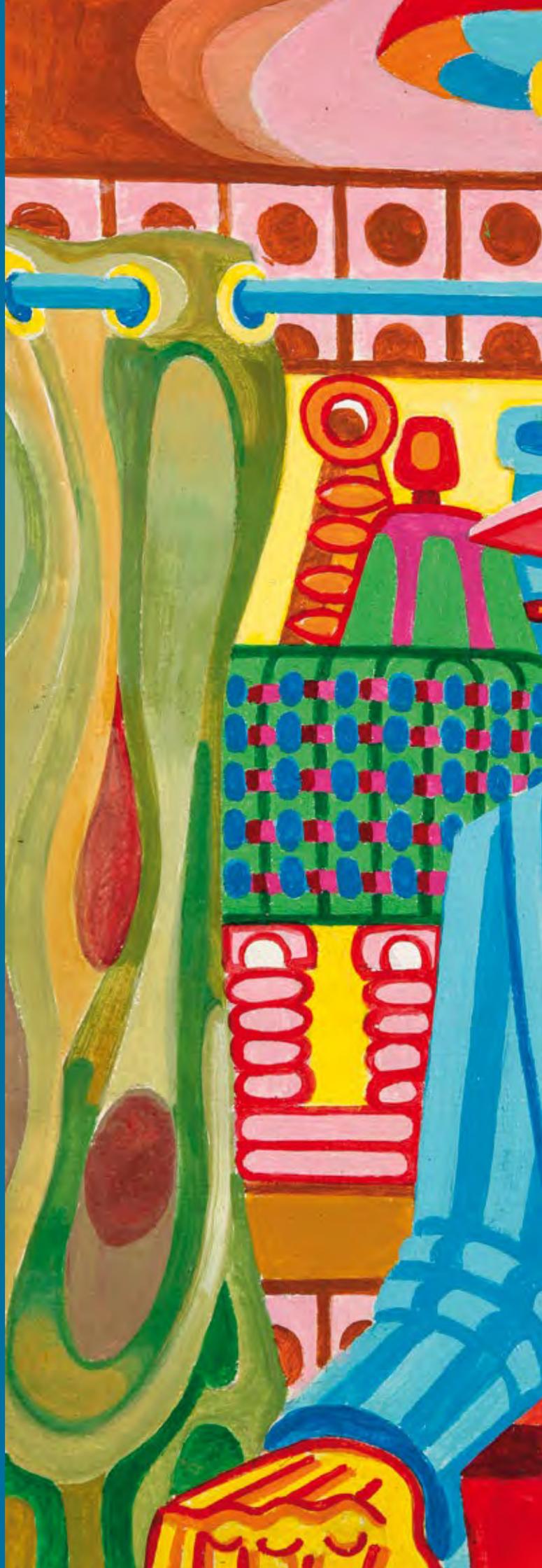
LA SUBSTITUTION À LA FRANÇAISE EST UNE BONNE AFFAIRE

La buprénorphine haut dosage (BHD), c'est le Gold standard français des traitements de substitution aux opiacés, un enjeu de santé publique devenu poule aux œufs d'or grâce au succès commercial inattendu du Subutex®. En 2019, plusieurs propositions de nouvelles galéniques sont formulées par l'industrie. Peut-être l'occasion de sortir des caricatures qui voient les méchants dealers d'un côté, les gentils médecins de l'autre, et les pauvres addicts-toxicos au milieu...

La plupart de nos compatriotes ignorent le fait que depuis trente-trois ans, notre pays fournit gratuitement à des dizaines de milliers de personnes une dose quotidienne de substance opioïde censée remplacer l'héroïne par effet de « substitution », les fameux traitements de substitution aux opiacés (TSO). Dans tous les autres pays, c'est la méthadone qui sert de référence en la matière. Mais la France, fidèle à ses traditions de particularisme gaulois, s'est prise de passion pour une autre molécule, la buprénorphine, un antidouleur rebaptisé buprénorphine haut dosage (BHD) et commercialisé en février 1996 sous le nom de Subutex®.

Le plaisir et l'argent

Le succès initial de la BHD est principalement dû à un argument négationniste laissant entendre que le « Subutex® est un médicament qui combat le manque sans donner de plaisir aux toxicomanes ». La presse de l'époque se fait l'écho de cette mystification sans insister sur un autre argument autrement plus convaincant, celui de l'impossibilité pharmacologique de faire une overdose avec de la BHD seule. Mais non ! Le plaisir, voilà l'ennemi. Et pour cela, tous les moyens sont bons, même de mentir sur la supposée absence d'effets euphoriques de la molécule. La substitution, comme son nom l'indique, substitue non pas seulement un produit mais surtout un effet. Double mensonge, du reste, car la buprénorphine, loin de combattre le manque, rend les usagers beaucoup plus dépendants que ne le feraient des prises fluctuantes d'héroïne coupée du marché noir.





L'autre non-dit, c'est le côté lucratif du « *Sub* », un succès commercial intégralement remboursé par la Sécu. Pour information, la très officielle Autorité de la concurrence nous donne quelques renseignements chiffrés² sur les bénéfices nets engrangés par l'industrie pharmaceutique en vingt-trois ans de bons et loyaux services. En 2005, Schering-Plough, le laboratoire américain détenteur du brevet jusqu'en 2012, dégage 90,8 millions d'euros de chiffre d'affaires par an avec le seul Subutex^{®3}. Avec 120 000 à 150 000 utilisateurs depuis le début du siècle, on peut multiplier ce chiffre par dix pour avoir une idée des profits engrangés par la firme quand elle cède le brevet à Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, un autre laboratoire américain. Cette manne aiguise tant d'appétits que l'on voit se constituer un véritable « *lobby* » de médecins addictologues relayant, encore et encore, un discours laudatif sur la supériorité de la BHD en matière de « *traitement de la dépendance* ». C'est à ce même lobby que l'on doit les théories biomédicales sur le caractère permanent de la pathologie cérébrale appelée « *addiction aux opioïdes* » et la nécessaire prescription à vie des TSO, seule garantie pour échapper au « *relaps* », la rechute. Un lobby qui s'appuie sur une particularité, celle d'être absolument fermé aux attentes des usagers.

La BHD a rendu d'immenses services à la communauté en ouvrant grand la porte d'un système qui est partout ailleurs à l'étranger parfaitement verrouillé. Il n'y a qu'en France (et en Belgique pour la méthadone) qu'un usager de drogues peut aller dans la même journée se faire prescrire 28 jours de traitement et se le faire délivrer (en théorie⁴) à la pharmacie du coin. Mais plus on s'éloigne de l'évènement fondateur que fut de l'épidémie de sida, plus la tentation est grande de réduire le libéralisme du système français dans un souci de contrôle, le mot clé quand on parle de drogues.

Le fiasco du Suboxone[®]

En théorie, chaque médicament nouvellement mis sur le marché, dit « *princeps* », profite temporairement d'une situation de monopole destinée à le rembourser de ses investissements. Ce monopole disparaît pour laisser la place à des copies, les médicaments génériques, beaucoup moins chers à produire, donc moins onéreux pour la collectivité. Le succès inattendu du Subutex[®] génère une multitude de « *génériques* », chez Arrow, Mylan, Merck... Devant la menace, Schering-Plough use d'abord de tous les artifices pour intimider la concurrence au point d'être condamné en justice⁵. Dans un second temps, c'est le lancement d'un nouveau princeps, le Suboxone[®].

Le Suboxone[®] est censé combattre le détournement du Subutex[®] en injection en rendant cette pratique désagréable pour l'injecteur⁶. Ces détournements constituent une pratique minoritaire très mauvaise pour l'image du médicament. On parle de 10 à 15 % d'usagers concernés, ce qui est loin d'être négligeable mais laisse les 85 à 90 % restants en dehors du coup. Depuis 2001, Asud est lié avec la firme par l'octroi d'un don de 40 000 € annuels alloués pour « *soutenir les actions de communication de l'association* », comprenez en faveur du médicament. En tant que militants historiques de la substitution et soutiens d'un système qui, rappelons-le, est le plus libéral du monde en matière de prescription, ce lien d'intérêt ne nous posait pas de problème, mais avec l'avènement du Suboxone[®], il y a rupture tacite du contrat. La firme se lance dans un gigantesque round de propagande en faveur de Suboxone[®], négligeant que contrairement au Subutex[®], ce nouveau médicament ne correspond à aucune demande des usagers. Au principe d'autonomie des utilisateurs

vient se « substituer » une logique purement pharmacologique. Destinée à regonfler des bénéfices mis à mal par l'arrivée des médicaments génériques, l'opération Suboxone[®] se solde donc par un fiasco commercial retentissant : le Suboxone[®] est boudé par les usagers.

La demande des usagers

En principe, un patient qui souffre d'une maladie va chez le médecin exposer ses symptômes, physiques ou psychiques, et attend de son interlocuteur un éclairage scientifique qui se traduit ensuite en actes médicaux, une prescription dans la plupart des cas. En mettant en relation des patients surinformés sur la nature du médicament et pas nécessairement affligés de symptômes (si ce n'est celui de la dépendance aux opiacés), les TSO ont inversé la donne. Cette surinformation des patients face à ce qu'il faut bien appeler l'ignorance de beaucoup de praticiens conduit le marché à être influencé par la demande directe des usagers, à la différence du marché des antibiotiques par exemple. Les habituelles métaphores qui assimilent l'addiction aux opioïdes aux maladies chroniques ne fonctionnent pas car les malades souffrant de ces pathologies souhaitent avant tout guérir de leurs symptômes et font pour cela confiance à la science médicale qui leur propose telle ou telle molécule. En matière de TSO, c'est une molécule précise qui est ciblée par le patient : méthadone, BHD, morphine retard éventuellement. Si le médecin refuse, il y a généralement conflit ou changement de prescripteur.

Police, justice et TSO

En théorie, les usagers n'ont strictement rien à dire en matière de prescription puisque la loi interdit aux laboratoires de communiquer directement avec les patients considérés comme d'éternels mineurs, soumis au bon vouloir des médecins, seuls habilités à décider qui doit prendre quoi. Le modèle « *addictologique* » dominant crée un espace qui contourne habilement le défi politique permanent représenté par la pénalisation de certaines substances et l'industrialisation de certaines autres. En matière d'addiction à l'alcool (17 000 morts par an) et au tabac (43 000 morts par an), les industriels et les représentants des grands groupes financiers liés à la production de vin et d'alcool sont des interlocuteurs incontournables qui représentent avec une grande efficacité la demande des consommateurs, qu'ils soient récréatifs ou pas. En matière d'opioïdes, le consommateur est évacué du débat. L'autre interlocuteur, le vrai, celui qu'on écoute avec respect, ce sont les représentants de l'ordre (police, justice, pénitentiaire). Or pour le ministère de l'Intérieur, le grand défaut du Subutex[®] reste le détournement vers la rue. C'est précisément pour répondre à cet objectif d'ordre policier que Big Pharma propose de répondre avec les nouvelles galéniques retard de la BHD.

Big Pharma et les galéniques retard

Depuis le fiasco du Suboxone[®], Big Pharma, faisant contre mauvais cœur bonne fortune, s'est replié sans bruit sur le marché du Subutex[®], toujours florissant. Après une période de stagnation, l'industrie nous propose ainsi aujourd'hui toute une gamme de nouvelles spécialités, les « *galéniques retard de BHD* »⁷. De quoi s'agit-il ? L'idée est simple, toujours la même : rendre le pouvoir aux prescripteurs en éliminant la concurrence du dealer. L'exemple vient des psychoses. Dans les années 1980, une révolution technique a permis de remplacer les prises quotidiennes de neuroleptiques ou de régulateurs de l'humeur par

une injection mensuelle, voire bisannuelle, selon un procédé qui diffuse la substance très graduellement dans l'organisme. Pourquoi ne pas reproduire ce procédé dans les MSO⁸, ce qui aurait l'avantage d'interdire toute manipulation du produit au patient en faisant de l'injection des doses un acte strictement médical ? Les propositions fusent. Deux laboratoires ont fait une proposition d'injection hebdomadaire de BHD opérée uniquement en cabinet, suivie d'une seconde proposition du même procédé mais pour un mois de traitement. L'Autorisation de mise sur le marché (AMM) est à l'étude à l'Agence de sécurité du médicament (ANSM). Le top, proposé par Titan Pharmaceuticals (sic) : un acte chirurgical pratiqué sous anesthésie afin de placer dans l'avant-bras du patient un implant de BHD diffusant six mois de traitement retard. Cherchez l'erreur.

Reprendre le contrôle de sa vie

Les grains de sable de ces raisonnements pharmacologiques vertigineux s'appellent libre arbitre, autonomie, liberté de choix, autant de mots tabous quand on parle de drogues. Et pourtant, le succès de la substitution à la française, c'est bien la démonstration faite par les patients que l'effet de substitution existe autant dans le médicament que dans le fait d'organiser eux-mêmes leur addiction. Quiconque connaît un peu le sujet sait que le succès des TSO passe par le fait que chacun aménage sa propre « *cuisine* » à base de rituels et de ressentis. Untel optera pour deux prises par jour, l'autre pour une dose supérieure de temps en temps, le troisième diminuera subrepticement sa posologie sans nécessairement en informer son médecin, de peur d'être contraint à revenir à un dosage plus important pour ne pas « *rechuter* ». Toutes ces petites entorses à la règle ont un sens. Le grand succès de la substitution est d'avoir redonné confiance aux personnes dans leur capacité à organiser leur propre existence. La substitution s'est appuyée sur cette aspiration à l'autonomie antagoniste de la culture médicale dominante. La victoire d'un usager de TSO, c'est de reprendre le contrôle de sa vie après avoir été, consciemment ou non, l'esclave d'un produit. Toute l'ambiguïté de la substitution est là : sortir de la dépendance en l'organisant soi-même pour qu'elle soit le moins envahissante possible. Cette autonomie accordée aux usagers de TSO a un coût social, la distraction au marché noir d'une partie des médicaments et leur détournement par injection, un coût qui est pointé par la police et la justice. Mais ce qui n'est jamais dit, c'est la remarquable révolution opérée par notre système unique de TSO, qui a fait de l'héroïne un produit marginal, très loin du fléau qu'elle fut dans les années 1980.





aux surdoses d'opioïdes est probablement celle des usagers substitués. Les victimes d'OD, y compris de méthadone, sont le plus souvent des usagers qui se sont procuré la substance en dehors de notre système de prescription. Enfin, l'acteur masqué, toujours discret et pourtant nommément désigné par l'accusation dans l'hécatombe américaine, est l'industrie du médicament. Un coupable reconnu dans le scandale du Mediator®, mais qui reste protégé dans le domaine des addictions. En dehors du petit microcosme de l'addictologie, et notamment grâce aux articles du *Flyer*, jamais une enquête n'a été consacrée aux soubassements industriels des TSO. À l'inverse, on ne compte plus les centaines d'articles dénonçant les trafics, vouant aux gémonies tel pharmacien, tel médecin ou tel « *gros dealer de Subutex®* », coupable d'avoir vendu trois cents boîtes. À l'âge des « *addictions* » où nous prétendons ne plus être aveuglés par le statut légal des produits consommés, les industriels du tabac, de l'alcool et demain du cannabis peuvent ouvertement défendre les intérêts de leurs consommateurs considérés avant tout comme des clients. En matière d'opioïdes, c'est encore trop souvent la police et la justice qui donnent le ton, efficacement secondées par une industrie pharmaceutique qui recommande toujours plus de soumission de la part des usagers. C'est l'enjeu du mouvement général de représentation des patients dans le domaine si particulier des addictions. Soit nous aurons des moutons suivistes englués dans l'hypocrisie du soin et refusant d'entrer dans l'énorme dossier éthique du droit de consommer, soit nous opterons pour une représentation indépendante, à l'image des grandes associations de lutte contre le sida qui acceptent le lien d'intérêt tout en proscrivant le conflit d'intérêt. C'est sur cette différence que se fera le choix entre une représentation au service des personnes qui consomment des drogues et une agence d'influence du pouvoir médical et des laboratoires pharmaceutiques.

Fabrice Olivet

Pour un grand débat de la question opioïdes en France

Aujourd'hui, il est pratiquement impossible d'évoquer les opioïdes sans avoir une pensée pour la situation nord-américaine. En France, la grande presse se garde bien de mélanger le dossier de la prescription d'opioïdes antidouleur et celui de la prescription des mêmes molécules en substitution. Dans notre pays, la méthadone est pourtant largement en tête dans les décès par surdose d'opioïdes. La peur du populisme cloue les langues, ouvrant largement la voie à la désinformation et à la manipulation que des esprits mal intentionnés pourraient opérer. Ce que les statistiques ne disent pas, c'est que la catégorie la plus résistante

1. Le titre est emprunté au *Flyer*, « Buprénorphine, les nouvelles formes arrivent à la conquête de Bupréland », Robinet, Benslimane, Lançon, Lopez, Bernadis, *Le Flyer* n° 70, <https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/bupreland.pdf>
2. Autorité de la concurrence, décision n° 13-D-21 du 18 décembre 2013 relative à des pratiques mises en œuvre sur le marché français de la buprénorphine haut dosage commercialisée en ville : « les sociétés Schering-Plough, Financière MSD et Merck et Co. ont enfreint les dispositions des articles L. 420-2 du code de commerce et 102 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), en mettant en œuvre une pratique de dénigrement du médicament générique de la société Arrow. » <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/avis13-D-21>.
3. Autorité de la concurrence, op. cit.
4. En théorie seulement, en pratique, c'est plus compliqué voir M. Dufaud *Asud-Journal* n° 60 et dans ce numéro p. 49.
5. Autorité de la concurrence, ibid.
6. Sur la communication du laboratoire sur le Suboxone®, voir *Asud-Journal* n° 49 <http://www.asud.org/2012/04/11/suboxone-subi-ou-subutex-choisi>
7. En dehors des galéniques retard, l'innovation en matière de BHD, c'est également Orobupré® du laboratoire Ethypharm, voir p. 38.
8. Lorsque l'on désigne le médicament lui-même, et le médicament seulement, on parle de MSO, médicament de substitution aux opiacés.



Décrocher de la méthadone, l'autre drame des opioïdes

Depuis quelques années, deux pages explosent littéralement les chiffres de fréquentation du site d'Asud : « **Décrocher de la méthadone** »¹ et « **Y a-t-il une vie après la méthadone ?** »². Le succès grandissant de ces deux pages Internet écrites il y a vingt ans et mises en ligne il y a plus de dix ans nous interpelle au regard du manque criant de visibilité du sujet évoqué. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) représentent un progrès historique indéniable, mais peuvent aussi représenter une prison construite par les laboratoires pharmaceutiques si la parole des usagers est ignorée. Florilège des commentaires d'internautes.

Six mois de manque pour rien (2015)

Bonjour, je suis sous méthadone dosée à 30 mg, suite à un problème d'addiction à la morphine et à la codéine. J'ai tenté une cure de désintox qui s'est très mal passée. Je suis ce qu'on appelle un « *métaboliseur lent* ». Le protocole de ma cure consistait à remplacer la méthadone par du Suboxone®. Il me fallait donc attendre 24 heures pour pouvoir prendre le Suboxone®, à cause des effets antagonistes³ que cette substance induit. Dès que tu es en manque, c'est toi qui dois aller demander ta dose de Suboxone® au bureau infirmier. Chaque prise, c'est 2 mg avec un maximum autorisé de 16 mg par jour. Cette procédure dure une semaine et à la fin, la psychiatre évalue la moyenne de doses prises par jour et établit un plan de sevrage qui s'étend sur quinze jours. Par exemple, on commence avec 4 fois 2 comprimés de 2 mg par jour et le lendemain, on retire un comprimé le matin, le surlendemain un comprimé le midi, etc. Ensuite, on supprime le comprimé du matin, puis du midi et puis du coucher, pour finir, on laisse celui du soir encore deux jours et puis fini. Quand le patient a fini son sevrage, il reste une semaine de plus en observation et retourne à la vie active. Le souci, c'est qu'étant « *métaboliseur lent* », au bout de 30 heures, je ne ressentais toujours pas d'effet de manque et mon infirmière référente commençait à me soupçonner de consommer des substances. Pour faire taire ses soupçons,

j'ai donc simulé un début de manque et j'ai pris mon premier comprimé de 2 mg de Suboxone®. Erreur : 10 minutes plus tard, j'étais aux toilettes en train de me vider et j'ai commencé à vomir et me sentir vraiment très mal. J'ai commencé à devenir très agité et dans un état vraiment bizarre, tremblements, douleurs, je gigotais dans tous les sens. J'allais réclamer mes comprimés, mais sans aucun effet. J'ai passé une nuit horrible sans dormir une seule minute. Cet état a duré trois jours avant de s'estomper petit à petit. Pour mon cas, la procédure a été rallongée d'une semaine avant que je puisse avoir mon plan de sevrage. Étant stabilisé, la cure s'est déroulée normalement jusqu'à l'arrêt du Suboxone®. Je ne ressentais aucun effet de manque, rien, je me suis même dit que c'était vraiment facile un sevrage. Je suis resté deux semaines en observation car les médecins voulaient être sûrs que tout irait bien. Pendant une semaine, nickel, pas de manque, état normal, sommeil normal. Une semaine après, j'ai commencé à avoir mal dans les jambes et à avoir des nuits difficiles, pas moyen de dormir, je me retournais tout le temps. Ensuite, j'ai commencé à ressentir des frissons dans tout le corps, j'avais toujours froid, même quand je me mettais contre le radiateur. Le médecin traitant a diagnostiqué une grippe. Ils m'ont donc laissé rentrer chez moi au bout de la semaine même si je me sentais toujours aussi mal. Chez moi, les journées étaient terribles, mes jambes allaient dans tous les sens dès que j'étais assis, mon moral était à zéro, j'avais plus du tout d'énergie, tout me paraissait difficile. Même me faire un café était pour moi comme une montagne à franchir. Niveau sexuel, j'éjaculais direct, impossible de me retenir, ma femme était au début compréhensive mais ça n'a pas duré. Je suis resté dans cet état pendant deux mois et ça n'évoluait pas. Alors, j'ai commencé à acheter du sirop pour la toux avec de la codéine et je me suis senti directement mieux, c'était donc bien le manque qui me mettait dans cet état. Je devais partir en Tunisie une semaine plus tard et comme je ne voulais pas gâcher mes vacances, je suis retourné voir mon médecin pour remettre un traitement méthadone en place. Mais il faut être positif à l'héroïne, à la morphine ou à la méthadone, ce qui n'était pas mon cas. À contrecœur, j'ai donc fumé un peu d'héro avec un gars qui fréquentait le centre. Je me suis senti bien direct et j'ai pu avoir mon ordonnance 10 minutes après. Voilà, j'avais envie de partager mon expérience en espérant que ça aidera. **David**

Un jour, je retournerai en Serbie (2019)

J'ai pris de la méthadone pendant sept ans, jusqu'en juin 2016. Je prenais toutes sortes de drogues mais je pensais que c'était mon addiction à la méthadone qui pourrissait ma vie. Je suis alors parti en Serbie, à la clinique Vorobiev de Belgrade⁴. J'ai choisi cette clinique car ce pays est le seul en Europe à autoriser l'ibogaïne. Et ce sont des médecins suisses compétents (sic). Je prenais donc 200 mg par jour (100 mg matin et soir), et je suis un métaboliseur rapide, ce qui veut dire que mon corps assimile tout plus vite. D'où les deux doses. Avant le traitement, je m'injectais 4 à 7 grammes de rabla (héroïne marron) par jour.

Ils m'ont fait baisser de 30 mg par jour pendant six jours (je faisais de grosses crises de manque qui étaient instantanément soulagées par des injections de je ne sais quoi) puis arrivé à 20 mg, ils m'ont endormi douze heures pour éliminer toute trace d'opioïdes dans le corps. C'est très violent, lorsque l'on se réveille, on porte une couche, on se fait dessus, on ne tient plus debout. L'opération est répétée deux jours plus tard. Puis une semaine plus tard, on vous propose la fameuse séance d'ibogaïne (un psychotrope naturel qui soigne les addictions). Ça fonctionne réellement, et je me suis régala, le trip est excellent. Après, je rigolais, j'avais l'impression d'être en teuf.

Je suis rentré en France avec des médocs à prendre pendant deux mois. J'ai été très faible pendant trois mois, je dormais 18 h/jour. J'avais très mal aux genoux et je me sentais dépressif.

Mais j'étais guéri !!! J'ai repris le travail au bout de quatre mois. Tout allait bien, sauf que c'est à ce moment-là que j'ai repris les soirées, le son, les amphétamines, LSD, kétamine, cocaïne en intraveineuse en fin de week-end. Et forcément, en juillet 2018,



j'ai rencontré une fille qui tapait de l'héroïne des fois. J'ai réessayé (une fois, ça peut pas faire de mal...), un mois plus tard, j'étais en manque. J'ai repris la méthadone en septembre, cela fait un an et demi. Je suis à 340 mg par jour, malheureusement, mais j'ai compris que ce n'était pas grave car un jour, je retournerai en Serbie... **Kif**

Les 12 étapes (2018)

Je voudrais vous faire part de mon expérience car je vois que beaucoup de personnes posent la question du sevrage de méthadone. Je vais faire très attention aux mots que je vais employer car ils peuvent faire très peur et créer de nombreuses inquiétudes qui peuvent mettre en panique, voire des symptômes avant même que le processus de sevrage soit engagé... J'ai été (je suis...) dépendant aux opiacés pendant vingt ans. À la naissance de ma fille, ayant touché le fond, j'ai frappé à la porte d'un centre de soins pour toxicomanes dans le 95. Un vrai centre avec psychiatres, psychothérapeutes, assistants sociaux, infirmières, etc. C'était en 2004. Après avoir essayé différentes méthodes, genre

PEUT-ON DIRE QUE C'EST EN ACCÉDANT AU MARCHÉ NOIR QU'UN MSO ACQUIERT SES « TITRES DE NOBLESSE » ?

T.K. : Euh... oui !! Les bons produits sont au marché noir, à plus ou moins longue échéance...

EN FAIT, C'EST LA QUESTION DE LA DEMANDE QUI NOUS INTÉRESSE...

T.K. : Oui, bien sûr. Pour la gélule de méthadone, par exemple, on sait que le succès est venu de la demande des usagers qui sont venus voir leur médecin en disant « *J'ai entendu parler d'un truc* », et ainsi de suite... Même processus pour le baclofène, qui part de la diffusion d'un livre grand public qui parle d'un médicament, le baclofène, et des services qu'il a rendus à son auteur⁶. C'est tout à fait le cas de figure où la demande des patients précède l'offre d'un laboratoire pharmaceutique (voir le témoignage de Fred Fauchman, voir p. 44).

ENVISAGEZ-VOUS DE DÉVELOPPER D'AUTRES SPÉCIALITÉS QUI RÉPONDRAIENT AUX ATTENTES DES USAGERS, PLUTÔT QUE D'ATTENDRE UNE DEMANDE DES POUVOIRS PUBLICS OU UNE DEMANDE MÉDICALE ?

I.A. : Il faudrait nous aider à l'identifier...

AU HASARD, SULFATES DE MORPHINE, HÉROÏNE MÉDICALISÉE.

I.A. : L'héroïne médicalisée, c'est mon rêve ! Après cela, je pourrai prendre ma retraite tranquillement (rires). Il y a une demande qui vient autant des professionnels que des usagers, des études internationales probantes, mais aucun signe d'intérêt de la part des autorités et des sociétés savantes. L'attention se porte sur la buprénorphine injectable, aussi parce qu'en France, c'est Buprélend.

Pour les sulfates de morphine, le fait que les usagers demandent du Skenan[®] révèle également une absence de TSO injectable. Il y a déjà eu des discussions dans les différentes commissions. À un moment, on a même parlé de Recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Par ailleurs, je crois qu'il y a un Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) qui devrait démarrer bientôt en Île-de-France, avec des ampoules de morphine (chlorhydrate et non sulfate) déjà sur le marché. Il serait intéressant de savoir ce que les usagers qui en ont l'expérience pensent du chlorhydrate de morphine par rapport au sulfate...

T.K. : Une firme seule ne peut pas développer un projet de MSO, si cela ne répond pas à une demande des autorités santé ! En plus, dans le cas des sulfates de morphine, comme le médicament existe déjà (Skenan[®]), on pourrait, à juste titre, nous suspecter de promouvoir un médicament pour une autre indication que son AMM.

LE CATALOGUE D'ETHYPHARM PROPOSE-T-IL DÉJÀ DES OPIOÏDES, DU FENTANYL PAR EXEMPLE ?

I.A. : Nous fabriquons du Skenan[®] que nous commercialisons nous-même en France et dans d'autres pays. Mais nous sommes aussi des fabricants, pour d'autres firmes, de médicaments à base de fentanyl ou d'oxycodone. Ethypharm a une tradition industrielle ancienne, avec deux usines en France qui fabriquent des médicaments pour des dizaines de partenaires.

VOUS VOUS POSITIONNEZ CLAIEMENT SUR LA GESTION DES ADDICTIONS ?

T.K. : Oui, très clairement. Le groupe Ethypharm a marqué son entrée dans le champ de l'addiction en développant les génériques de buprénorphine et le baclofène (nom de marque Baclocur[®]). Aujourd'hui, avec Orobupré[®] et Prenoxad[®], nous sommes un acteur important dans le domaine des addictions. Par ailleurs, depuis 2015, nous commercialisons directement Skenan[®] et Actiskenan[®], dont la commercialisation avait été précédemment

confiée à un partenaire, avec une communication très axée sur le bon usage et le risque addictif. Nos deux axes de développement sont donc bien la prise en charge de la douleur et des addictions. Ce qui est intéressant ! Les mêmes molécules sont utilisées dans les deux domaines et les passerelles sont nombreuses.

C'EST ASSEZ NOUVEAU QUE DES LABORATOIRES SE SPÉCIALISENT DANS L'ADDICTO ?

T.K. : Oui. Ce qui m'a incité à rejoindre Ethypharm, c'est cette volonté d'être un acteur majeur en addictologie. Car, hormis la méthadone, Bouchara n'avait pas d'ambition particulière en addictologie.

Quand on m'a parlé d'une firme qui s'intéresse à la douleur et aux addictions, cela m'a interpellé car, comme je l'ai dit, ce sont plus ou moins les mêmes molécules, utilisées tantôt dans un champ, tantôt dans l'autre. En Autriche, par exemple, c'est la morphine qui est le médicament de référence pour la substitution. Mais elle reste dans le monde la référence parmi les opioïdes antalgiques forts.

CETTE PROXIMITÉ ENTRE LES MOLÉCULES AUTORISE-T-ELLE UNE PLUS GRANDE FACILITÉ POUR PASSER D'UN MÉDICAMENT À L'AUTRE ET D'UNE INDICATION À UNE AUTRE ?

T.K. : Oui ! Aujourd'hui, s'il y a une demande sur le Skenan[®] en TSO, c'est plus simple pour nous. On a vécu ça avec le baclofène. Quand Ethypharm a développé le Baclocur[®], il était déjà utilisé par des patients alcoolodépendants en dehors de son indication historique. Pour ce dossier, on est satisfait qu'il y ait eu un CSST⁷. Des spécialistes et des patients sont venus dire qu'il y avait un besoin. Il y avait une RTU mais l'AMM concrétise enfin cette demande des patients, avec un plan de gestion des risques, un cadre institutionnel et des moyens d'évaluation.

IL Y A UNE POLÉMIQUE SUR LA POSOLOGIE MAXIMALE DE 80 MG IMPOSÉE PAR L'AMM !

I.A. : La posologie est variable pour chaque patient. S'il existe des données cliniques solides, l'ANSM pourrait s'en saisir et nous serons en mesure de proposer une modification de la posologie maximale de 80 mg. C'est assez proche de ce qui s'est passé dans le domaine de la substitution, ce sont les mêmes mécanismes. Rappelle-toi la posologie de méthadone plafonnée à 100 mg...

CERTAINS DISENT QUE CELA N'A RIEN À VOIR, QUE LE BACLO N'A AUCUN EFFET EUPHORISANT.

T.K. : J'ai déjà entendu Olivier Ameisen exprimer cette idée qu'il s'agit de stopper le craving et surtout pas de « *substituer* » l'alcool, comme on le fait avec les MSO. Mais, même si les cultures « *alcoologie* » et « *addiction aux drogues illicites* » peinent à se mélanger, les molécules méthadone et baclofène sont des agonistes et, dans les deux cas, les posologies doivent être strictement individualisées. Dans les deux cas, elles agissent sur des récepteurs qui étaient activés par les substances de l'addiction. Et un médicament de substitution bien dosé agit sur le craving, si c'est ce que l'utilisateur souhaite, en recherchant avec le médecin la posologie qui lui permet...

UN AUTRE CSST RÉFLÉCHIT ACTUELLEMENT À L'INTRODUCTION DU CANNABIS SUR LE MARCHÉ DU MÉDICAMENT, VOUS N'ÊTES PAS TENTÉS ?

T.K. : Oui et non. Le cannabis ne développe pas, je crois, une addiction aussi souvent et aussi sévèrement que l'alcool, l'héroïne ou encore la nicotine. Donc, non pour l'addiction au cannabis, mais clairement oui pour le soulagement de certains types de douleur.

ETHYPHARM EST AUSSI SUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR...

T.K. : Oui, il y a un précédent avec le Sativex® : une recommandation d'indication trop restreinte et une mésentente entre le Comité économique (qui fixe les prix des médicaments) et le laboratoire sur le prix de vente. Résultat : le médicament existe mais n'est pas disponible dans les pharmacies françaises. Tout cela ne plaide pas en faveur d'un développement pharmaceutique du cannabis médical. Par ailleurs, si un laboratoire développait un médicament à base de molécules extraites du cannabis, il subirait la concurrence de l'autoproduction par les usagers, des ventes sur Internet et de grosses entreprises non pharmaceutiques intéressées par le « *cannabusiness* ». Sans compter l'espoir de la légalisation, caressé par une majorité de Français.

ET L'EXEMPLE DES USA ?

T.K. : Aux États-Unis, même l'offre n'est pas développée par des laboratoires mais par des firmes qui produisent du cannabis. Mais il y aura probablement toujours de la place pour un cannabis médical sur prescription pour certaines indications...

N'EST-CE N'EST PAS DOMMAGE QUE CE SOIT COCA COLA OU PERNOD RICARD QUI DOIVENT NÉCESSAIREMENT S'EMPARER DE CETTE OFFRE DE CANNABIS MÉDICAL ?

T.K. : Il y a maintenant un gros business avec des plantations de plusieurs centaines d'hectares. Aux États-Unis comme au Canada, le cannabis thérapeutique est tenu par des entreprises non pharmaceutiques. Le médecin prescrit du cannabis qui est ensuite acheté dans des boutiques spécialisées, pas forcément des pharmacies.

ET BEDROCAN, L'ENTREPRISE QUI FOURNIT DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE AUX PAYS-BAS, EN SUISSE, ET EN GÉNÉRAL EN EUROPE, CE N'EST PAS UN LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE ?

T.K. : Non, je ne crois pas. Ou pas vraiment. C'est compliqué le cannabis. On se pose la question, mais c'est compliqué. Un laboratoire met normalement sur le marché un médicament protégé par un brevet qui a coûté beaucoup d'argent en investissement de fond⁸. Donc pas des masses de concurrence. Alors que là, on aura un produit avec immédiatement 200 concurrents non pharmaceutiques, qui n'auront pas les mêmes contraintes réglementaires : les jardins privés, des Coffee Shops ou autres boutiques dédiées. Et il y aura toujours des mecs qui diront : « *Ah ouais, mais les labos ils vont se gaver avec ça, moi je préfère fumer la beuh de mon jardin pour me soigner* ».

PEUT-ÊTRE N'ONT-ILS PAS TORT...

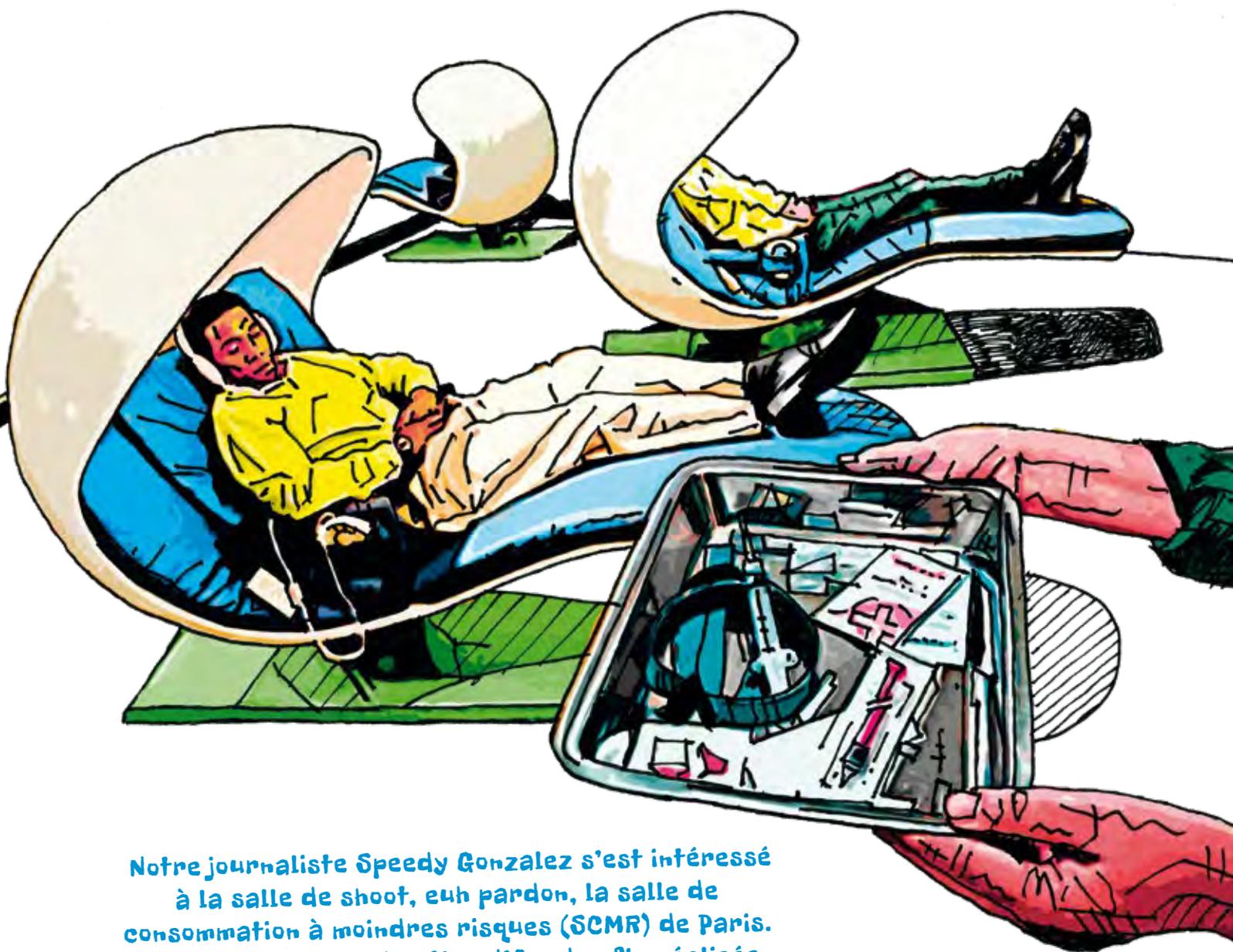
T.K. : L'autoproduction est probablement une des bonnes solutions, mais tout le monde n'a pas la main verte, ni de lopin de terre pour cultiver...

Recueilli par Florian Bureau et Fabrice Olivet



1. Combinaison entre le principe actif de la molécule et l'enrobage du médicament appelé excipient.
2. TSO est l'abréviation de Traitement de substitution aux opiacés ou aux opioïdes, c'est-à-dire l'ensemble du traitement qui inclut une consultation médicale, une prescription puis une délivrance de médicament. Lorsque l'on désigne le médicament lui-même, et le médicament seulement, on parle de MSO, Médicament de substitution aux opiacés
3. Voir « Règlement de compte à Buprélrand » p. 30.
4. Cette étude est toujours en cours.
5. Voir compte rendu de la séance du 19 juin 2014
6. *Le dernier verre*, Olivier Ameisen, Paris, Denoël 2008.
7. Comité scientifique spécialisé temporaire, conçu par l'ANSM pour organiser la réflexion sur un sujet précis. Un CSST sur l'utilisation du baclofène à de fins thérapeutique dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolodépendance à été organisé en 2018. Voir sur le site d'Asud <http://www.asud.org/reglementation/commission-devaluation-de-lutilisation-du-baclofene-dans-le-traitement-de-lalcoolo-dependance/>
8. C'est tout le problème du prix du médicament princeps, quelquefois dix fois plus cher que son générique, il faut rembourser le laboratoire de son « investissement », Ndlr.

Vamos a la sala !



Notre journaliste Speedy Gonzalez s'est intéressé à la salle de shoot, euh pardon, la salle de consommation à moindres risques (SCMR) de Paris. Une ancienne revendication d'Asud enfin réalisée. Que se passe-t-il quand le rêve devient réalité ?

Après les visites officielles lors de l'ouverture en octobre 2016 de cette salle parisienne pour laquelle nous avons consacré tant d'efforts à Asud et qui a depuis reçu le nom de Jean-Pierre Lhomme, en hommage à ce vieux compagnon de la RdR décédé subitement en août 2017 et président de Gaïa, je voulais la connaître enfin en fonctionnement normal, et confronter mon expérience d'usager de drogues (UD) de la salle de Madrid au début des années 2000¹ avec celle-ci.

12 postes d'injection et 4 d'inhalation

Mais tout d'abord, une brève présentation de cette structure : installée dans le X^e arrondissement, dans des locaux de 400 m² de l'hôpital Lariboisière, elle est gérée à titre expérimental pour six ans par l'association Gaïa sous la direction d'Élisabeth Avril.

Ouverte 7 jours/7 de 9 h 30 à 20 h 30, elle offre 12 postes d'injection et 4 d'inhalation, avec pour seules conditions d'accès d'être majeur et injecteur de drogues. En août 2017, à peine un an après son ouverture, elle avait déjà une file active de 799 personnes, de 37,8 ans d'âge médian (13 % de femmes et 87 % d'hommes), avec 200 passages par jour en moyenne pour 140 UD. En neuf mois d'existence, elle avait déjà enregistré 53 582 consommations, dont 38 058 injections² (53 % des UD de la salle injectaient dans l'espace public avant son ouverture).

N'étant plus injecteur depuis longtemps, je n'y ai théoriquement pas accès. Le « simple » UD non injecteur ne peut y entrer. Bien sûr, il pourra néanmoins prendre du matériel de RdR à l'accueil. Pourquoi ? La réponse est simple : si tous les crackeurs de Paris y avaient accès, les 4 places réservées à cet effet seraient prises d'assaut, et les UD injecteurs qui voudraient prolonger avec du

crack se heurteraient à une liste d'attente interminable. Instauration de cette condition était donc nécessaire pour cette salle dont l'un des objectifs, ne l'oublions pas, était de canaliser la forte consommation par voie intraveineuse dans ce quartier³ ! Gaïa, Asud et d'autres assos demandent ainsi l'ouverture d'au moins d'une autre salle dans la région, mais pour qu'elle soit davantage tournée vers l'inhalation, il faudrait d'abord modifier l'actuel cahier des charges qui ne le permet pas.



Skenan[®], crack et métha

L'équipe m'ayant exceptionnellement ouvert ses portes ce jour-là, j'y rentre donc, par un accès distinct de celui de l'hôpital, en passant par une grande porte sur la rue qui donne ensuite sur une cour et un préau où les UD propriétaires d'un chien peuvent l'y accrocher à l'abri. En poussant la porte vitrée, je vois qu'une des fenêtres sur le côté sert aussi de guichet pour passer du matériel de RdR pour les usagers pressés ou ne pouvant pas entrer dans la salle. Au comptoir d'accueil, une sympathique jeune fille me demande d'abord mon n° de carte (avec photo) que l'on obtient après un entretien obligatoire où vous répondez sous couvert de l'anonymat à un questionnaire sur votre âge, votre santé, vos traitements (TSO ou autre), vos consommations de drogues licites ou illicites, votre situation sociale, etc., des infos qui pourront surtout servir en cas d'OD. On vous présentera aussi le règlement intérieur de la salle qui a été fait avec les UD (pas de violence verbale ou physique, de deal, d'échange de produits...) et vous signerez un contrat dans lequel vous vous engagez à respecter ces règles. On vous informera aussi sur les prestations que vous pourrez trouver concernant la santé (TROD VIH/VHC, Fibroscan[®], visite médicale, traitements VHC...), l'aide sociale (logement, RSA...) et juridique, et les diverses activités. Après avoir reçu un numéro de passage, je montre la drogue que je vais consommer et toujours dans le même espace, je m'installe dans la partie salle d'attente sur un des bancs pour attendre mon tour. Ce jour-là, l'attente est brève, un vigile au look décontracté, mais dont le physique ne permet pas de contester le slogan « Respect » qu'il arbore, demande poliment mais fermement à une usagère qui veut s'étendre pour dormir de rester assise sur son banc (elle pourra le faire ensuite dans la salle de repos).

C'est enfin mon tour, je passe la porte séparant ces deux espaces. Devant moi, sur la droite, les 12 postes d'injection s'alignent les uns à côté des autres, la plupart occupés. Au centre, un comptoir où deux personnes veillent au bon déroulement des opérations et distribuent du matériel d'injection ou d'inhalation, tout est très clean. Cela manque de chaleur mais la décoration vient peu à peu changer ce constat. Sur la gauche, la petite salle d'inhalation entièrement vitrée, un vrai aquarium vers lequel je me dirige avec, au centre, une table et 4 chaises et des extracteurs de fumée au plafond. Je sors mon alu et une dose d'héroïne qui éveille la curiosité de mon voisin, un UD chevronné : « Waouh, de l'héro ! » On comprend mieux sa réaction quand on sait que le produit le plus consommé ici est le Skenan[®] (42,6 %), suivi par le crack (43 % dont 20 % en injection), puis la métha et la buprénorphine qui tournent autour des 6 % chacune, et enfin l'héro (1,2 %) et la coke (0,8 %)⁴.

Ne pas donner d'arguments aux opposants

Lorsque je commence à chasser le dragon, l'intérêt grandit et les langues se délient. Un jeune crackeur s'intéresse à cette technique mais doit se rendre à l'évidence : pour l'héro, c'est bien, mais il faut aller en banlieue pour en trouver car à la gare du Nord, c'est impossible. J'en profite pour leur demander :

« Alors, vous êtes contents de la salle ? »

– *Oui c'est cool, l'endroit est sûr, propre, rien à voir avec la rue !* », dit le plus jeune.

« Et le personnel ? »

– *Tranquille.*

– *Peut-être trop parfois* », dit le plus vieux, « *ils laissent passer des réactions que je trouve pas normales, et puis les chiens, c'est relou car certains, comme ils aboient trop dehors, on les laisse entrer aussi...* »

On discute encore un moment, mais l'alu est fini, il faut partir, le temps normal pour une conso étant de 20 à 30 minutes selon l'attente. Je dépose le matos pris sur le comptoir dans une poubelle sécurisée et me dirige obligatoirement vers la salle de repos qui va conclure le parcours dans lequel tout retour en arrière est impossible. Si l'on veut reconsommer mais pas dans la foulée, il faut repasser par toutes les étapes afin de faire une bonne pause... L'espace est grand avec de grands poufs colorés pour s'écrouler sans limite de temps, mais les UD ne s'y attardent pas trop souvent quand même. C'est aussi l'endroit où deux professionnels essaient de parler avec les usagers afin de cerner leurs besoins (logement, TSO...). Des dessins d'UD y sont affichés au mur, un ordi est aussi à disposition, et on peut contacter l'intervenant de Labofabrik, un espace de redynamisation/réinsertion...

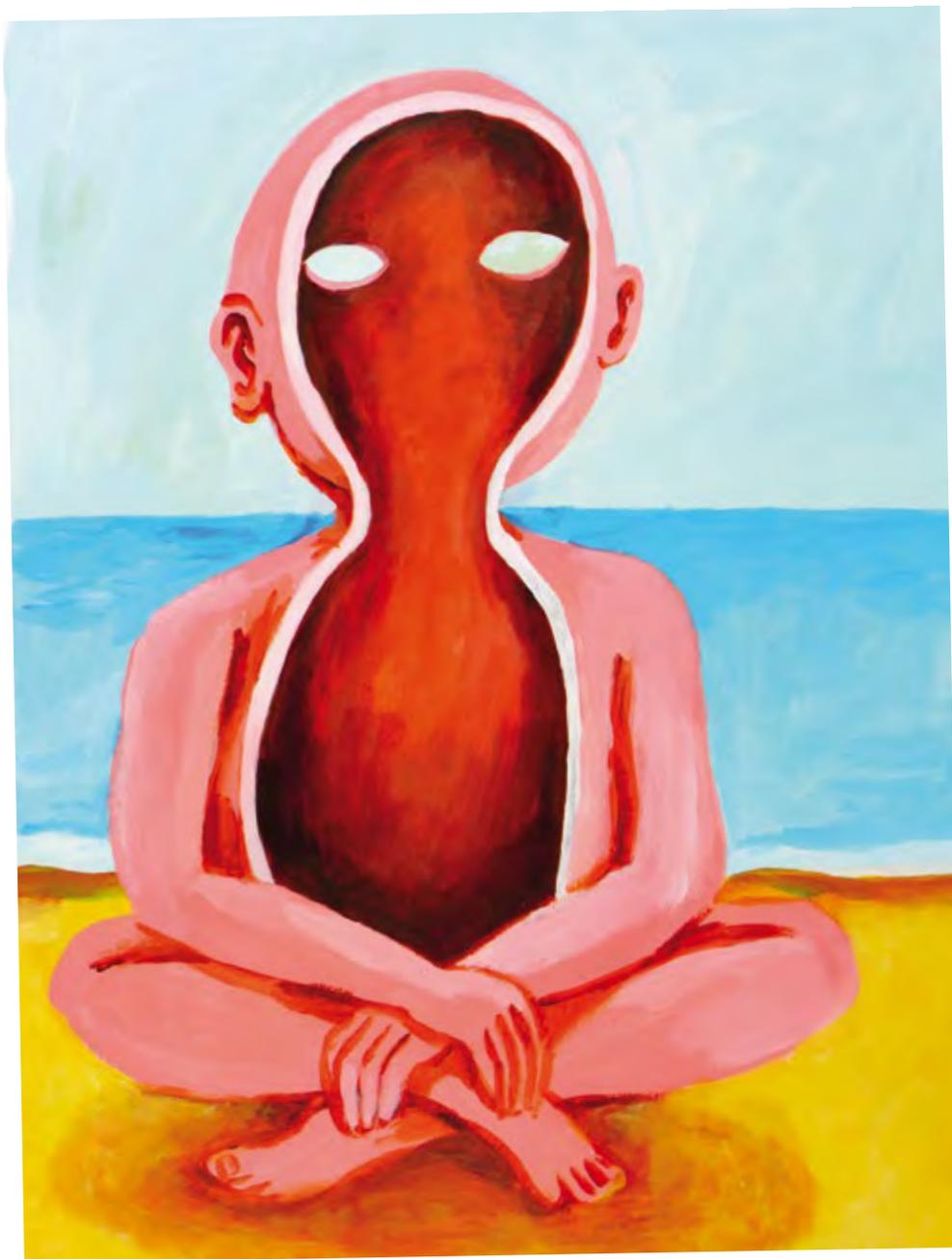
Je ressorts par un grand couloir qui mène directement dehors. C'est sûr, ce n'est pas super cosy mais pour de nombreux UD, souvent SDF, c'est un endroit qu'ils doivent apprendre à préserver, pour ne pas donner d'arguments aux opposants. Car n'oublions pas que cette expérimentation peut tourner court dans quatre ans si les résultats attendus ne sont pas au rendez-vous !

Speedy Gonzalez

1. Voir à ce sujet l'article « L'injection dans le boudoir », paru en 2010 dans *Asud-Journal* n° 43, ainsi que « Salles de consommation à l'espagnole », paru en 2008 dans le n° 37.
2. Ces données ainsi que toutes celles présentées dans cet article proviennent du *Rapport d'activité intermédiaire à 9 mois (octobre 2016-août 2017) de la S.C.M.R. de Paris*, réalisé par Gaïa.
3. Le fait d'inclure des postes d'inhalation n'avait d'ailleurs pas été pris en compte au départ par les autorités de santé et ce fut Gaïa qui insista pour en avoir au moins quelques-uns...
4. Voir note n° 2.

BAELOFAN

Fred est un amoureux des drogues. Il en a pris, il en prendra, il n'en fait ni une gloire ni une honte, mais il accepte de partager avec nous les incertitudes de sa vie de consommateur excessif. Après avoir raconté son expérience du programme UROD dans *Asud-Journal* n° 39, il nous nous emmène aujourd'hui en plongée dans l'alcool profond et sa lente remontée grâce au baclofène, qualifié de produit miracle. Nouvel opus de journaliste gonzo totalement subjectif, alors que ce médicament a enfin d'obtenu une autorisation de mise sur le marché.



En 2008, je confiais à ce journal le récit de ma décro d'héroïne dans la clinique de l'urgentiste d'un hôpital public israélien près de Gaza : *L'Ultra Rapid Detox* sous anesthésie générale du professeur Waissman¹. Dix ans sans dépendance à l'héro. Jusqu'à aujourd'hui, ce fut bien ma dernière décro, à peine quelques rares petits coups de canif au contrat pour vérifier de loin en loin l'intérêt de ce produit qui avait constitué l'alpha et l'oméga de mon existence pendant de si nombreuses années.

Plates excuses, stratégies variées

À l'époque, j'avais terminé l'histoire de cette décro historique en remarquant que ma consommation d'alcool déjà très lourde s'était aggravée d'effets paradoxaux avec le traitement à la naltrexone prescrit en sortie de cure qui bloquait mes récepteurs opiacés. Depuis, l'alcool s'est installé avec profondeur et chronicité. Longtemps, il m'avait plutôt réussi : faiseur de convive enjoué, accompagnateur de délires partagés, tissant dans la nuit des épopées absurdes, sans parler de l'effet antidépresseur. Dans la vie, depuis que j'avais laissé l'héro derrière moi, ce qu'au monde je préfère, c'est boire des coups en terrasse avec une poignée de copains triés sur le volet de leurs mauvais esprits, soutenus de la verve de quelques spécimens féminins rassemblant les restes épars de nos testostérones de quinquas confirmés pour exalter nos joutes verbales.

Mais bientôt, le récit de mes frasques nocturnes au matin par mon entourage

qui s'en souvenait me consterna, me couvrit de honte, partageant mes lendemains entre la recherche de ma voiture, du téléphone, de ma dignité perdus la veille. Je me répandais le jour en excuses aussi plates que vaines, une bière greffée à la main. Stratégies variées, boisson de substitution (sic !), alcoologues... toutes les rémissions se fracassaient en rechutes consciencieuses.

Romain Gary disait « *Arrêter de fumer, c'est très facile, je l'ai fait 150 fois* ». J'ai essayé 150 fois d'arrêter de boire, parfois réussi, mais cela n'a jamais été facile.

NA avait fonctionné en son temps... AA me tira des hurlements mais j'étais à deux pas de mordre à l'implacable théorème selon lequel certains sont tricarads de la modération et par là même condamnés à l'abstinence. Admettre que j'en faisais partie constitua une de mes pilules les plus amères à bouloter et Dieu sait qu'en matière de pilules amères, j'ai un doctorat en validation d'acquis. Me résigner à ne plus jamais boire un verre d'alcool me plongeait dans un abîme de perplexité proche de la sidération. Ainsi donc, le verre de trop serait le premier, face à ce constat tragique, lutter ou pas ? Vieil alcoolo ou vieil opio-dépendant ? Choix difficile, mon quartier préférerait de loin mes pupilles rétrécies à mes esclandres de comptoir et mes chutes sur les trottoirs qui effraient les enfants. Je me sens plutôt du genre à assumer le statut d'un vieil opiomane que l'haleine hépatique du poivrot à fond de barrique. Même si insulter la terre entière à 15 heures au milieu du boulevard me semble d'une lucidité étincelante et d'une indépassable pureté stylistique.

Au-delà de la dose prescrite

Interminables monologues délibératifs sous gueule de bois que viendra interrompre le livre du docteur Olivier Ameisen, *Le dernier verre...* Sincère, son témoignage m'a touché et interpellé illico. Les lâchetés de la communauté médicale ajoutées aux perfidies des labos apportaient un sérieux gage d'efficacité au traitement qu'elles cherchent à décrédibiliser. Un médicament qui pondère et même supprime l'envie de boire, vous m'en direz tant !

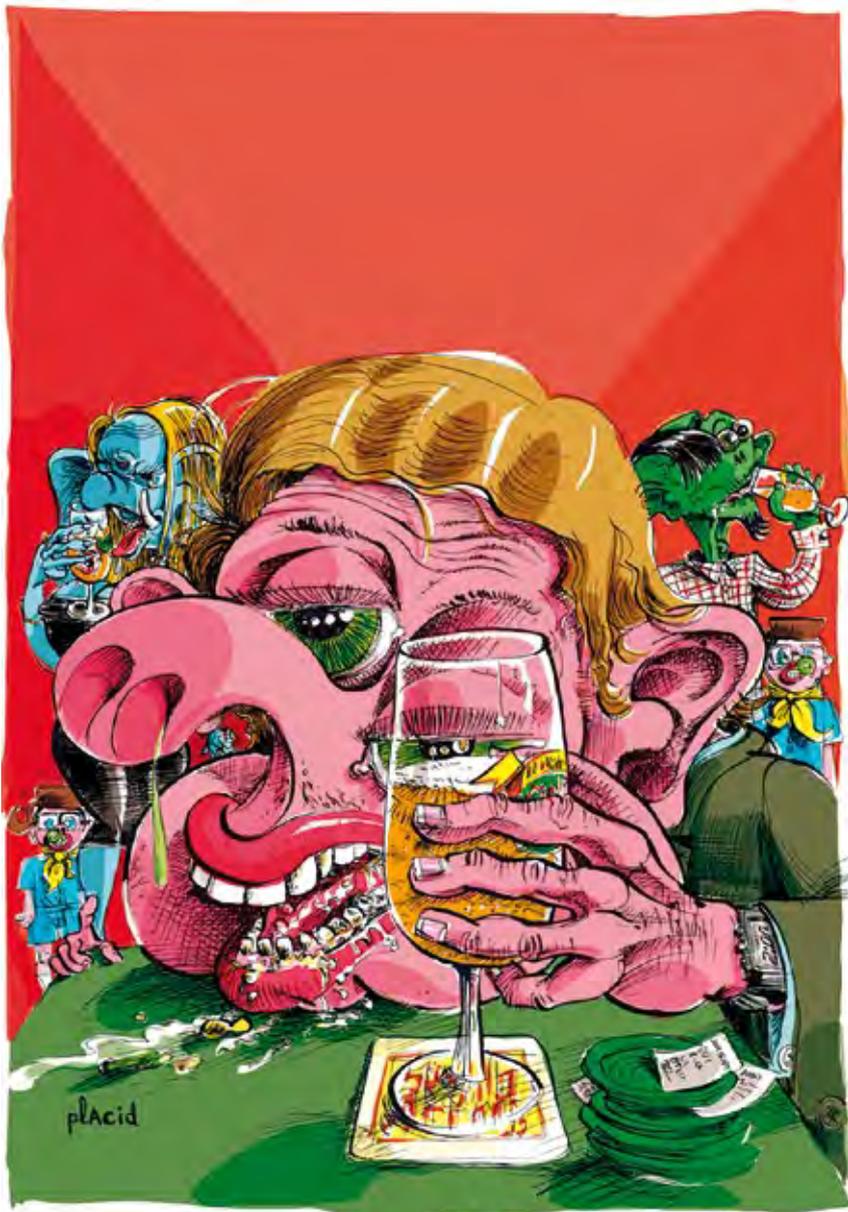
En vieux routier, je me méfie des raccourcis miraculeux, gaffe aux effets secondaires et aux dommages collatéraux. En plus, je suis souvent un paradoxe aux produits : la cocaïne m'endort et l'héro me speede... Donc, quand je descends dans mon rad habituel lesté depuis une heure d'une poignée de baclo bien au-delà de la dose prescrite, je suis heureux comme un gars qui va enfin débiter l'apéro avec les potes mais je ne fonde pas d'espoir démesuré dans des cachetons pour crispés du mollet. Comme d'hab, je suis le premier arrivé. Salutations au serveur familial, mon tabouret préféré, et le verre de rouge idéal posé en face de moi sans avoir eu à ouvrir la bouche pour commander. Une heure plus tard, les premiers fidèles ont pris place dans l'arène quotidienne, les vannes fusent, le rituel est lancé. Soudain, instinctivement, mon bras se lève en direction de celui qui dirige l'office et ne sait déjà plus où donner de la tête, mais alors que ma main s'abaisse en direction de mon godet pour lui mimer le signal du refill, j'ai le choc de constater que mon verre est encore à moitié plein. Que se passe-t-il ? Les lois de la gravitation universelle seraient-elles en train de s'inverser ? Normalement, scientifiquement, mon verre se vide sans que je m'en rende compte. Quelle sorte de catastrophe quantique est en train de s'abattre sur la terre ? Après avoir vérifié aux environs qu'aucune force bienfaisante ne soit venue remplir mon verre à mon insu, la lumière s'allume dans mon living : NON ! Le baclo serait au rendez-vous de sa promesse ?!! Bon sang ! Et je vais bien passer le reste de la soirée à confirmer l'hypothèse, buvant

Des patients dénoncent l'AMM

Dès la parution du témoignage d'Olivier Ameisen en 2008, des patients s'organisent en forum sur Internet pour s'entraider, trouver des prescripteurs de baclofène ou, à défaut, se procurer les traitements à l'étranger ou sur la toile. En 2010, ils créent l'association Aubes avec le docteur Bernard Joussaume, quelques médecins prescripteurs et surtout, des patients militants. Il s'agit d'orienter les usagers, de former des prescripteurs et d'allumer des contre-feux face aux critiques émanant des professionnels de l'addictologie. Deux sujets font polémique : le « baclo » est un myorelaxant prescrit hors AMM et le sacro-saint principe de l'abstinence est battu en brèche. Le combat est mené sur tous les fronts ; information du grand public, reconnaissance de la communauté scientifique, et sensibilisation des pouvoirs publics. Cette détermination aboutit en 2014 à une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU), transformée contre toute attente en Autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette victoire reste cependant inachevée pour les animateurs de l'association, qui considèrent le périmètre de cette ouverture insuffisant au regard des demandes émanant du terrain :

« Nous sommes inquiets de cette décision qui va à l'encontre de l'avis du comité mixte ad hoc qui nous a auditionnés en juillet dernier. Celui-ci était favorable à la prescription à hautes doses avec un encadrement spécifique mais défavorable à la demande d'AMM du laboratoire Ethypharm, dont le dossier incomplet ne pouvait conduire qu'à une AMM à doses trop restreintes pour être efficaces pour plus de la moitié des patients. En juillet 2017, nous avons protesté contre la RTU réduite à 80 mg/jour. L'AMM est une officialisation de ce que nous dénoncions alors. Cela constitue un immense recul. Nous nous attendions à une prolongation de la RTU, à hautes doses, dans un cadre sécurisé. Nous avons déjà fait appel au Conseil d'État, avec le collectif Baclohelp, pour que le Comité scientifique spécialisé temporaire revvoie sa copie et inclue toutes les données existantes à son étude du bénéfice/risque et nous prévoyons de demander l'annulation de l'AMM à 80 mg : nous préférons une RTU ouverte et bénéfique pour tous à une AMM fermée qui ne fera pas la preuve de l'efficacité du baclofène à cette dose maximale et risquera, du coup, d'être purement et simplement retirée et de signer l'arrêt de mort du traitement. »

Contact Aubes : <http://www.baclofene.fr/portal.php>



comme un de ces bâtards de mutants dont j'envie secrètement la nature : de manière modérée. Le deuxième verre me fait lui aussi plus d'une heure... attentif à l'expérience, je massacre une autre tablette sur le comptoir et me gobe la seconde salve de baclo sous les assauts de mes fidèles droogies qui veulent savoir à quel genre de détournement de Vidal je filoute. En pleine phase expérimentale d'autorisation de mise sur mon marché personnel, je ne lâche rien, j'essuie les plâtres. En mon for intérieur, je lève solennellement mon verre en l'honneur d'Olivier Ameisen et le repose sans boire une gorgée de ce toast muet aux grands précurseurs et martyrs de l'humanité. Il s'agit d'assurer la suite de l'expérience avec rigueur méthodologique.

On redécouvre les petits matins

Une heure plus tard, pour fêter un tardif troisième verre, je passe de l'excellent Pinot noir de base de la maison à son exceptionnel Pessac Léognan Château Haut Smith qui n'a que l'inconvénient habituel de transformer la note d'un apéro prolongé en mensualité de remboursement de prêt immobilier. Le reste de la longue soirée déroule, je n'aurais été que peu au-delà de la demi-bouteille, je m'épargnerai surtout l'ouverture systématique de la trappe savonneuse des distillés et sa descente parfois joyeuse, toujours absurde vers des heures d'inconscience où le tragique des hurlements le dispute au pathétique des chutes et des fluides répandus.

Les jours suivants confirment, avec la joie intense d'un sentiment de maîtrise... naturelle. En prime, la découverte de tranches de

nuit habituellement passées dans un état très avancé d'ivresse désormais traversées dans une inédite lucidité, l'impression que c'est un autre que soi ou un autre soi qui traverse un terrain vaguement familier. Et la tranche 3 h 30-6 h 00, qui ne me laissait en souvenirs que de rares flashes et de multiples bleus et accros ! Je vais en visiter quelques-unes du haut de ma lucidité comme on traverse un territoire inconnu.

Les matins aussi reviennent de loin, le soulagement est là dès le réveil, moins tardif, sans tête torturée ni jambes lourdes, citrate de bêta et ibuprofène quittent la carte du p'tit dej continental. Adieu le bras de fer pour repousser encore la première bière, et ne pas vider la bouteille au déjeuner.

Un dosage s'établit très vite à 250 mg par jour, les effets s'installant avec un mode d'emploi détaillé par mon généraliste toujours aux avant-postes (qu'il soit ici remercié pour l'ensemble de son œuvre !) Camarade lecteur, prends conscience de l'ampleur du miracle.

Le miracle baclo

Le miracle baclo est total. Dans le syndrome de sevrage, toutes les cases sont cochées : d'abord, un effet antidépresseur – pour moi, en tout cas. Un effet myorelaxant qui annihile la pesanteur musculaire stratosphérique du sevrage, l'effet narcotique assomme aussi sûrement que 3 g dans le sang et se contrecarre dans la journée d'un simple café, même à haut dosage. Enfin, sinon surtout, la possibilité de continuer à s'alimenter du brouhaha des cafés en dégustant les culottes de velours du petit Jésus des grands et petits crus de notre bon pays. En bref, l'exacte définition du miracle, sans parler de l'ironie primesautière de cette molécule qui, à hautes doses même à jeun, donne par son effet myorelaxant, une démarche gentiment titubante. Gare au sens de la latéralité sérieusement émoussé au volant, slalom et remontée à deux roues entre deux files à déconseiller

fortement. C'est là pour moi le seul effet secondaire dangereux du baclo !

Le *craving*, pour moi, c'était un truc de sevrage, sinon juste l'appel de la bouteille et la mise en mouvement robotique vers le frigo. Le baclo met entre 40 minutes sur un estomac vide à plus d'une heure trente pour produire son effet, d'où la nécessité d'être attentif à cet appel du muscle en fonction de son rythme d'alcoolisation dans la journée, et ajuster ainsi moments et dosages de prises.

Après les premiers mois à plus de 200 mg, j'ai buté sur la discipline dans la prise de la dose de confort (entre 110 et 80 mg) qui a pour but, le sevrage effectué, de prévenir la rechute. J'ai commis plusieurs fois l'erreur d'arrêter de la prendre suite à rupture de stock et de procrastiner à faire renouveler l'ordo. Dans tous les cas, lentement mais sûrement, en glissement, la conso est repartie comme en 40. Jusqu'au moment où cette phrase apparaît sur le plafond de la piaule à l'ouverture des paupières « *Gros con ! Va chercher ton baclo* ». Pour tout dire, je dois aussi admettre que l'absence de la perte abyssale de l'alcool après l'absence du soulagement infini des opiacés a re-provoqué chez moi par intermittence des appels au gouffre, d'immanquables invitations à la cérémonie des *waisted*, alors ces fois-là, j'ai lentement débaclé, et recédé à l'appel du vide sans parachute. **Fred Fauchman**

1. « Château-Rouge/Gaza », Fred Fauchman, *Asud-Journal* n° 39.

TSO et détox en Thaïlande



Il y a trois ans, Asud reçut au cœur de l'été une requête inattendue : une touriste française en vadrouille en Thaïlande nous appelait en catastrophe car elle s'était fait voler son traitement méthadone dans le train lors d'un périple au cœur du pays. Le sauvetage in extremis de cette « *Farang en galère* »¹ a inauguré une longue suite de dépannages du même ordre, orchestrée de main de maître par Pascal Tanguay. Pascal est Canadien francophone, installé à Bangkok depuis de longues années et engagé dans la lutte contre le sida. Il nous expose ici les différents services de prise en charge dont vous pouvez bénéficier si vous êtes un voyageur amateur de substances toujours illicites au Royaume de Siam. Si vous êtes sous substitution ou en processus de sevrage et que vous pensez venir en Thaïlande pour vos prochaines vacances, voici quelques conseils pratiques à considérer. Ces conseils et suggestions ont été développés après plus de trois ans de support apporté, grâce à Asud, aux francophones voyageant en Thaïlande avec le soutien de la Fondation Ozone, une ONG locale basée à Bangkok et le plus important pourvoyeur de services de réduction des risques du pays.

J'ai personnellement quinze ans d'expérience de travail avec les utilisateurs de drogues en Thaïlande, dont cinq en tant que directeur des services nationaux de prévention du VIH auprès des injecteurs de drogues.

Métha très limitée et très contrôlée

La méthadone est disponible pour le traitement de substitution aux opiacés (TSO) en Thaïlande depuis plus de cinquante ans. Par contre, la plupart des services de TSO disponibles visent l'abstinence totale, et rares sont ceux qui préconisent la maintenance à long terme avec des dosages soutenus. Les dosages sont généralement très bas – 60 mg en moyenne – car les médecins pourvoyeurs sont inquiets quant aux risques d'overdose si les patients continuent de consommer des opiacés. C'est bien évidemment une logique faussée, car les patients qui n'obtiennent pas une dose suffisante auront envie de consommer pour éviter les symptômes de sevrage. Or, la plupart des médecins créent les conditions qui les poussent à réduire les dosages à des niveaux inférieurs aux niveaux recommandés par les instances internationales.

La méthadone en Thaïlande est par ailleurs très contrôlée. Dans le système de santé publique, le principal pourvoyeur est l'hôpital Thanyarak à Bangkok, situé tout près du vieil aéroport². Malheureusement, leur site web (<http://www.thanyarak.or.th>) n'est seulement accessible qu'en thaï, ce qui démontre l'absence totale de préoccupation concernant l'aide à fournir aux étrangers

Voyager avec des stupéfiants

Outre la Thaïlande, de nombreux pays restent opaques en matière de législation sur les stupe. Asud a développé sur son site Internet une rubrique « Partir à l'étranger » (<http://www.asud.org/substitution/part-etranger/>).

La législation étant fortement évolutive, nous vous conseillons de bien suivre les conseils donnés par le site, y compris ceux consultables via les liens vers l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) ou vers les Agences régionales de santé (ARS).

Une incertitude concerne la législation liée à la consommation de cannabis dans certaines parties de l'Amérique du Nord et au Paraguay. Dans quelques zones libérées du continent américain, il va être possible de consommer de la beuh, mais il est toujours illicite d'en importer et surtout d'en exporter.

Finalement, la drogue la plus facilement accessible en voyage reste la plus mortelle, celle qui tue des millions de personnes par an : le tabac, vendu en cartouches détaxées dans tous les aéroports internationaux.

et aux touristes. Il est tout de même possible d'obtenir de la méthadone via l'hôpital Thanyarak, mais c'est toujours une aventure particulièrement difficile : il faut arriver tôt le matin à l'heure d'ouverture, compter une journée complète d'attente et payer environ 30 à 50 \$ pour une bouteille de 300 ml. Notez bien que la possession de plus de 300 ml de méthadone est un délit, peu importe le fait d'être enregistré dans un programme officiel ou non.

Il est aussi possible d'avoir accès à la méthadone à travers le système de santé privé, mais les prix sont prohibitifs. Ces médecins sont souvent encore moins à l'aise avec la prescription d'opiacés que ceux du secteur public. En Thaïlande, il existe tout un réseau d'hôpitaux privés – le Bangkok Hospital Network, par exemple – qui couvre pratiquement tout le pays (du moins, les grands centres urbains). Ces hôpitaux privés peuvent prescrire de la méthadone et d'autres médicaments pour gérer les symptômes de sevrage, mais il faut tout d'abord convaincre ledit médecin.

Pour ce faire, il est fortement conseillé de venir en Thaïlande avec une ordonnance officielle. Idéalement, votre ordonnance sera traduite en anglais car ici les médecins n'ont pas nécessairement la capacité de comprendre le français³. De plus, si vous voyagez avec de la méthadone ou un autre TSO, il est important de toujours avoir votre ordonnance sur vous. Il est également utile d'informer votre médecin soignant de vos plans de voyage, de solliciter sa permission de le/la mettre en contact avec les médecins thaïlandais qui pourraient avoir des questions. Finalement, avant votre départ, procurez-vous le volume de méthadone maximum autorisé par les lois locales (vérifiez si les quantités

permisses sont plus élevées dans les autres pays que vous comptez visiter et planifiez votre itinéraire en conséquence).

La méthadone en gélule n'est pas disponible en Thaïlande (seulement sous forme liquide en sirop), quant à la buprénorphine, elle n'est pas disponible du tout.

Détox enfer ou paradis

En ce qui concerne les services de détox, il existe des centres de traitement privés comme The Cabin (<https://www.thecabinchiagnmai.com>) à Chiang Mai et à Bangkok. Les coûts y sont exorbitants, les succès sont douteux, mais c'est un environnement paradisiaque pour faire un sevrage guidé. Les centres de détox publics sont essentiellement des prisons : en 2012, plus d'un demi-million d'individus se sont retrouvés privés de liberté suite à leur enregistrement dans ces soi-disant centres de traitement, souvent après un dépistage d'urine positif administré par la police, sans avoir accès à un avocat ou à quelque autre service de soutien légal. En 2012, plusieurs organisations onusiennes ont d'ailleurs émis un appel public pour la fermeture immédiate de ces centres de détention où de graves abus de droits humains sont régulièrement perpétrés envers les patients. Difficile donc de trouver un juste milieu entre les centres comme The Cabin et les centres gouvernementaux. Mieux vaut en fait éviter de faire une cure en Thaïlande car le soutien apporté aux clients est déficient et les services ne sont pas orientés vers l'épanouissement des clients/patients. La quête du profit et l'intention de punir sont malheureusement les motivations cachées derrière ces traitements.

Malgré les efforts des organisations locales comme la Fondation Ozone, la situation tarde à s'améliorer et les autorités continuent de favoriser la répression policière aux dépens des soins et des droits humains. Malheureusement, la situation concernant les services TSO, de détox et de réduction des risques est effroyable, comme à peu près partout à travers l'Asie.

J'espère que ces informations vous seront utiles et n'hésitez pas à me contacter par Asud si vous avez besoin de plus amples détails ou conseils.

Pascal Tanguay

1. Voir « Farangs en galère », Fabrice Olivet, *Asud-Journal* n° 56 (<http://www.asud.org/2015/03/30/une-fareng-en-galere-panne-de-tso-en-thaïlande>).
2. Adresse : 60 Don Muang Tollway, Thanyaburi, Pathum Thani, 1230 ; téléphone : +66 (0) 24115657/8/9 ; heures d'ouverture de 8 h 30 à 16 h 30.
3. Voir rubrique « Partir à l'étranger » sur le site d'Asud : <http://www.asud.org/substitution/partir-etranger/>



IN GIRUM IMUS NOCTE ET CONSUMIMUR IGNI...

Au moment de m'atteler à cette Kronik, il s'est produit un incident qui m'a, comme on dit, interpellé. C'était dans... une pharmacie ! Oui, une fois de plus... Le comportement, l'attitude éminemment discriminative d'une pelletée de membres de cette corporation médicale me sidère.

Qu'en 2019 en plein Paris on en soit là... D'une part, c'est ultra pénible en soi, mais ça en dit long aussi sur ce glissement singulier vers un monde désincarné où le mot d'ordre de se mettre « dans le sens de la marche » ressemble à s'y méprendre à se mettre au pas afin « d'être en marche ». Au-delà de celui qui s'est fait un devoir de nous y contraindre avec un mépris peu commun pour ceux qui le contestent, stigmatisés comme « populistes » en opposition aux « progressistes » (ben voyons !), au-delà, donc, il y a cette angoisse face au suicide planétaire auquel sont conviés les peuples du monde, impuissants face aux logiques de profits de quelques intérêts très particuliers et gouvernements complices, eux-mêmes secondés efficacement par des forces de coercition ou/et des médias serviles...

Toujours est-il qu'à défaut d'être *en marche* ou *au pas*, il nous a bien fallu accepter d'être *en marge* et ça n'a rien d'une sinécure, c'est pas toujours glorieux et c'est hautement inflammable.

« Oime au pays des pharmaciens »

Encore une fois, le genre d'incident « anecdotique » que je m'apprête à vous narrer n'est pas que symbolique ; en le replaçant dans son contexte et en élargissant le cadre, c'est

toute une chaîne de coercition qu'on remonte. Alors quitte à enfoncer le clou autant y aller à fond. Qu'on ne s'y trompe pas, derrière le récit un peu décalé, amusé, qui suit se cache une vraie révolte, couve une noire colère (et justifiée encore !), antidote à une tristesse accablante. Alors voilà, soyons factuel, c'est parti, « Oime au pays des pharmaciens », épisode 126 :

C'est un mardi de la fin octobre, il est 15 heures, j'entre dans l'officine, ma prescription de Subutex® en poche établie par une médecin de la rue de Charonne quelques minutes plus tôt. Conformément à la procédure en vigueur, elle a indiqué le nom de la pharmacie de délivrance (une aberration ce truc, mais passons). Dans la mesure où on ne compte pas moins de 8 ou 9 pharmacies dans un périmètre aussi restreint que les alentours du métro Charonne, je fais jouer la concurrence. À ma demande, la médecin a donc bien précisé par écrit le nom d'une nouvelle pharmacie, sur le boulevard Voltaire qui, d'extérieur, m'apparaissait fort sympathique : je ne suis pas certain d'avoir été extrêmement bien inspiré sur ce coup !

Toujours est-il que j'y suis. Derrière leur comptoir, deux pharmaciennes impassibles : la plus âgée, petite quinquagénaire ronde au teint méridional, visage outrageusement fardé accentuant la lourdeur des traits et les cheveux frisottants teints en noir, a des allures de poissonnière, pour ne pas dire plus. Elle est aussi voyante que sa collègue en blouse est transparente, archétype de la trentenaire parisienne revêche, visage vide petits yeux, petites lèvres, petite âme (?).

Je tends mon ordonnance et ma carte très Vitale à la plus âgée. Moment fatidique que celui de la découverte



de la nature de la prescription. C'est indicible, mais il se produit toujours une sorte de mouvement de recul et de condamnation immédiate, mécanique. Ici, le corps se raidit, les yeux ne décollent plus de la feuille, mélange détonant d'embarras et de condamnation. Je sens que ça jette un froid.

« *Mais, ce n'est pas si simple, monsieur, me fait mon interlocutrice, on ne peut pas délivrer ça comme ça, il va falloir monter un dossier.* » Je pratique depuis assez longtemps ce corps de métier pour piger que ça va être assez pénible. J'interloque : « *Un dossier ?* »

La collègue qui s'était éloignée radine et, affectant de ne pas me calculer, consulte à son tour d'un œil expert l'ordonnance « *C'est le docteur X... ?, glisse-t-elle, elle fait n'importe quoi, elle, là. En plus, elle ne nous a même pas téléphoné.* »

« Le problème, c'est vous monsieur »

Cette façon de mettre en boîte et en cause le professionnalisme ou les compétences de médecin bac + 10 par son parent pauvre bac + 6 qui ne le digère toujours pas et se venge en jouant les cadors, est assez commune. On n'est pas membre d'Asud sans avoir quelques notions sur le sujet même si, dans le genre, je suis loin d'être le plus armé : agacé, j'envoie ma science, je récapitule. Évidemment, ça me vaut une petite passe d'armes sur le sujet, dont je vous épargne les détails.

« *Bref, fais-je pour avancer, comment ça un dossier ? Vous avez une ordo, je ne vois pas le problème.* » La réponse de mon interlocutrice a bien failli me laisser sans voix. « *Le problème, c'est vous monsieur, on ne vous connaît pas.* » En français dans le texte – C.Q.F.D., sic ! (ou plutôt *It makes me sick* !). Il y a deux minutes, il était question d'une impossibilité liée à une contrainte administrative et soudain, c'est mon « *étrangerie* » (étrangeté ?) qui pose problème.

D'humeur badine donc, je rétorque : « *Alors que vous faut-il, un CV détaillé ? Comment faire connaissance ?* » Elle ne répond rien, occupée par l'examen scrupuleux d'un papier, pianote sur son ordi, examine ma carte Vitale. Je romps ce silence, « *Dans la mesure où on a une ordonnance...* », « *Ah, détrompez-vous, me coupe-t-elle, nous pouvons refuser* », à l'unisson parce que la trentenaire curieusement en retrait fait son *comeback*. Dieu, que c'est lourd ! Pénible aussi ce regard plein de sous-entendus entre dédain et pitié – on évolue dans une zone floue et silencieuse, au sein de laquelle, on me fait bien mariner.

« *En revanche, nous n'en avons pas, il faudra revenir demain après 10 heures* », lance la poissonnière – je n'ose pas croire que c'est faux. J'acquiesce.

Le lendemain, me revoici donc, gling gling j'entre : la méridionale est au téléphone, l'autre, plongeant les yeux vers le bas, ouvre de petits cartons et des emballages plastiques derrière le comptoir avec une soudaine concentration. Pas le moindre bonjour/j'attends/la trentenaire parle seule pour se donner de la contenance, énumère des chiffres compte les sachets de ci, les références de ça.

Fatigant leur petit jeu social ! La parade consiste à commencer à fureter un peu partout dans l'officine. Ça, ça marche à

fond. Alors, je fais mine de m'intéresser aux produits derrière moi, j'attrape une boîte de bonbons à la menthe bien médicaux justifiant sans doute leur prix prohibitif, je lis les notices sur les lotions, je tripatouille les brosses à dents, je les repose. Inquiètes, l'une et l'autre sont aux aguets, d'autant qu'un type dans mon genre, c'est pas voleur par nature, ça ? La bonne mère abrège sa conversation téléphonique, s'éclipse dans la réserve un court instant, et revient avec mes boîtes. Mutique, je dépose ma carte Vitale sur le comptoir.

Ce nouveau face-à-face silencieux se déroule dans une nouvelle zone grise sous le sceau d'un pacte de non-agression tacite qu'on doit à la vigueur de nos échanges de la veille. Faudrait pas briser un tel moment de grâce ! Claquemurée dans son monde parallèle, la blondasse, elle, poursuit avec une assiduité peu commune sa tâche et son énumération à voix basse mais audible. Ça fait une espèce de bourdonnement sonore.

Primum non nocere

Alors que j'attends la finalisation de ma commande, un petit vieux entre dans la boutique, prend en rayon un savon et, avec une éducation parfaite (ou une servilité sans nom), se place sur la ligne marquée au sol définissant la zone d'attente non collée au comptoir derrière laquelle la clientèle est priée de se tenir. La trentenaire relève la tête : « *Monsieur ?* », qui signifie « *Approchez !* ». Il s'avance, pose son produit qu'elle récupère et scanne et là, métamorphose ! Le bourdonnement antérieur qu'elle émettait mute en une voix claire et bien mercantile, une voix haut perchée et « *chantante* » sur une mélodie d'épicière : « *Monsieur, bonjour... oui, ça fait donc 5,90... c'est parfait... une bonne journée à vous aussi !* »

« *Je photocopie votre ordonnance et je vous la rends* », me fait l'autre en repartant vers la réserve. Au passage, elle fait viser le papier à sa collègue. « *Il y a un souci, lui signale cette dernière, qui n'a en réalité pas perdu une miette de ce qui se passe avec moi, il faut noter le numéro de chaque boîte, et le reporter sur le carnet et...* », blah blah blah. Leur cuisine interne de bonne ou mauvais de foi ne me concerne pas. Je m'astreins à ne rien montrer de mon impatience mais elles commencent à me courir un peu.

– « *Voulez-vous un sac pour vos boîtes ?*, finit par demander la vieille.

– « *Ça ira merci, au revoir !* »

Sur le mur, au-dessus de l'arche conduisant à leur réserve, elles ont placé cette citation : « *Primum non nocere* », c'est-à-dire « *En premier ne pas nuire* ». C.Q.F.D. !

Je tiens la mienne à leur disposition : « *Nous tournons en rond dans la nuit et nous sommes décorés par le feu* », comme les papillons de nuit de Virgile. En plus, c'est un palindrome parfait !

In girum imus nocte et consumimur igni...

Marc Dufaud



Choiseul, un militant du changement de la politique des drogues

Nous, on l'appelait Choiseul. Mais, de naissance, il s'appelait Charles-Henri de Choiseul-Praslin avec un double héritage, de serviteur de l'État français du côté Choiseul¹, de la sidérurgie lorraine de l'autre. À Saint-Nazaire, où il vivait depuis 1974, c'était Robert, le camarade des luttes syndicales dans les chantiers navals où il s'était fait recruter comme ouvrier. Dans les hommages de sa famille d'adoption à Saint-Nazaire et sa famille de naissance, la question des drogues a été peu abordée. La lutte contre la prohibition a pourtant été un engagement constant qui a commencé lorsqu'il est devenu avocat et qu'il a défendu des enfants de ses camarades, inculpés pour usage ou trafic. Il a alors mené une enquête approfondie sur la question, enquête publiée en 1991 sous le titre « *La drogue : une économie dynamisée par la répression* ».

L'année suivante, il a créé avec le journaliste Alain Labrousse l'Observatoire géopolitique des drogues, l'OGD, un travail remarquable avec quelques 200 correspondants un peu partout dans le monde. L'OGD a en particulier publié un rapport annuel sur la situation mondiale, des ouvrages qui font référence. Ce travail remarquable s'est interrompu en 2001, avec le refus de l'administration française de contribuer aux subventions européennes : les enquêtes de terrain allaient manifestement à l'encontre des versions officielles de la lutte contre la drogue. Après l'OGD, Choiseul a créé l'OGC, Observatoire des criminalités, pour rendre compte de l'entrecroisement des trafics, une entreprise ambitieuse, trop sans doute, la criminalité en col blanc s'associant toujours davantage aux criminalités mafieuses traditionnelles.

Choiseul a été un allié précieux dans la lutte contre la prohibition, la RdR et la légalisation du cannabis. Modeste, rigoureux, c'était un homme sur lequel on pouvait compter.

Anne Coppel

1. Les Choiseul sont une vieille famille française, très attachée au service des Bourbon, plusieurs fois ministres. Le plus célèbre, celui de l'avenue, était le ministre de la Guerre et de la Marine sous Louis XV, signataire du Traité de Paris qui fixe la perte du Canada.



SOMBRERO & CO PRÉSENTE

DANIEL

PIECES OF MY LIFE

DARC



UN FILM DE MARC DUFAUD ET THIERRY VILLENEUVE



BON DE COMMANDE

à envoyer à ASUD – 32, rue de Vitruve 75020 Paris – accompagné d'un chèque à l'ordre de ASUD

Brochures et extras

- Buprénorphine haut dosage - 0,30 € l'unité
- Manuel des droits des usagers de substitution - 0,30 € l'unité
- Manuel du shoot à moindres risques - 0,30 € l'unité
- VHC (prises de risques, dépistage, traitement) - 0,30 € l'unité
- Overdoses Tome 1 (opiacés, alcool, somnifères, tranquillisants)
0.80 € de 1 à 100 - 0.60 € de 100 à 200 - 0.50 € à partir de 200
- Overdoses Tome 2 (stimulants, coke, speed, mdma, cathinones...)
0.80 € de 1 à 100 - 0.60 € de 100 à 200 - 0.50 € à partir de 200
- Roule ta paille ASUD - 0,20 € le bloc de 15 pailles

0,30 € x = €
 € x = €
 € x = €
 0,20 € x = €

Total de la commande: €

Frais de port brochure:

- + 10€ jusqu'à 50 brochures
- + 15€ de 50 à 100 brochures
- + 25€ de 100 à 500 brochures
- + 35€ pour plus de 500 brochures

Total port: €

Total à payer: €

par chèque à l'ordre d'ASUD

Pour tout renseignement, vous pouvez appeler au **01 43 15 04 00** ou envoyer un mail à **contact@asud.org**



Passez vos commandes sur notre e-boutique: <https://boutique.asud.org/>

ASUD Journal – Abonnement annuel

Particuliers

1 exemplaire de chaque numéro, abonnement pour 2 numéros : 16 € (France) / 20 € (hors France)

Professionnels, associations et collectivités locales

- 1 exemplaire de chaque numéro : 30 €;
- 10 exemplaire de chaque numéro : 77 €
- 20 exemplaires de chaque numéro : 97 € ;
- 25 exemplaires de chaque numéro : 106 €
- 50 exemplaires de chaque numéro : 152 € ;
- 100 exemplaires de chaque numéro : 200 €

..... € x = €

= €

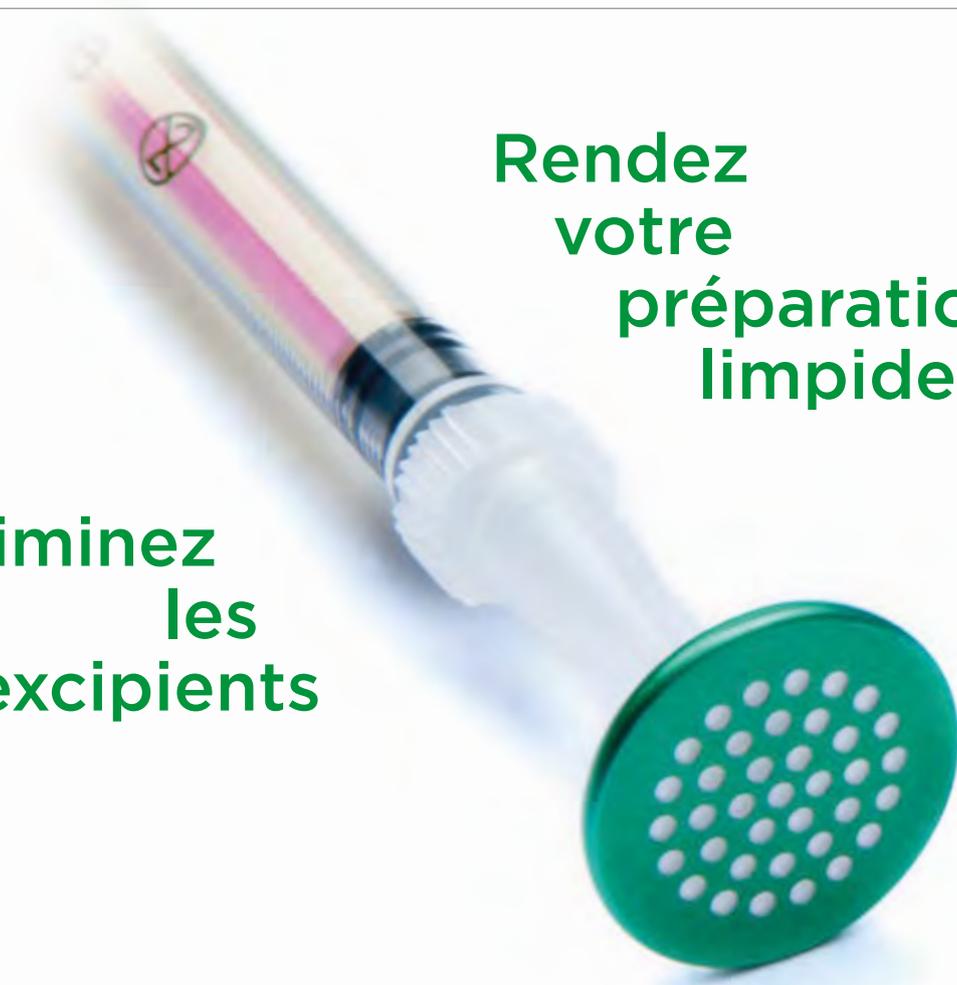
Nom (ou structure): Prénom:

Adresse: Tél.:

Code postal: Ville: Pays:

Rendez
votre
préparation
limpide

Éliminez
les
excipients



Sterifilt

LE NOUVEAU STERIFILT EST DISPONIBLE

Informations et Formation :
06 82 96 08 25
nouveausterifilt@apothicom.org



Apothicom

Des outils pour la réduction des risques

www.apothicom.org