

Auto - Support des Usagers de Drogues



Journal gratuit. Ne peut être vendu

AVEC LE CONCOURS
DE
L'AGENCE FRANÇAISE
DE
...lutte contre le sida...

Automne 1992

N°2

METHADONE SHOOTABLE

Décidément, les Pays-Bas auront toujours plusieurs longueurs d'avance sur le reste de l'Europe en matière de drogue et de réduction des risques. Témoin, l'expérience d'avant-garde mise en oeuvre depuis avril 1991 par l'Autorité Sanitaire Régionale d'Amsterdam. Il s'agit tout simplement de distribution de méthadone injectable, (jusqu'à 100 mg en 5 ampoules quotidiennes) à un nombre restreint d'usagers particulièrement «lourds» et réfractaires au système normal d'administration par voie orale de cette «drogue de substitution». Giel Van Brusel, responsable du département «drogue» de l'Autorité Sanitaire explique : «L'expérience reste limitée. Nous sommes très prudents pour ce qui est de distribuer de la méthadone injectable. Nous ne voulons surtout pas d'une situation où nous rendrions les gens encore plus dépendants du produit. Pas plus que nous ne voulons donner de tentations à ceux qui veulent s'arrêter ... Si nous avons mis cette expérience en route, c'est d'abord pour des raisons humanitaires - par compassion. Nous voulions faire quelque chose pour certains cas qui nécessitent un accompagnement médical plus poussé de la dépendance. En particulier les usagers de très longue date, les gens dont il est clair

qu'ils ne peuvent pas s'arrêter de shooter et qui par ailleurs ont de gros problèmes sanitaires et sociaux. Ce programme touche actuellement une dizaine de personnes, mais nous espérons arriver à une cinquantaine ...»

Cette distribution d'ampoules de méthadone injectable s'accompagne également d'une distribution de seringues stériles et de conseils de prévention ... Mais on peut évidemment se demander à quoi cela rime quand on sait qu'une des raisons d'être des programmes méthadone était, en leur distribuant sous forme buvable des doses quotidiennes de ce puissant substitut de l'héroïne, de permettre aux usagers «accros» de gérer leur dépendance et de subvenir à leur besoin de produit opiacé tout en les détournant de l'usage du shoot, avec tous les risques - en premier lieu de SIDA-qu'il comporte. Alors pourquoi la méthadone injectable ?

Là encore, ce n'est qu'une question de bon sens, de pragmatisme. Les responsables des centres de distribution de méthadone se sont en effet aperçus que quelques uns de leurs clients continuaient malgré tout à prendre de l'héroïne, bien que recevant une quantité quotidienne de méthadone suffisante à leurs besoins. Ils se sont alors demandés

éditorial

Salut ! Eh oui c'est nous, nous revoilà. Avec la sortie du second numéro de son journal, le groupe ASUD s'apprête à fêter ses cinq mois d'existence officielle. Cinq mois déjà ! Ou peut-être, cinq mois seulement, à considérer le chemin parcouru depuis notre première réunion, à l'occasion de la sortie de notre manifeste, le 9 avril dernier.

Peu importe, en fait. Ce qui compte c'est que le groupe ait réussi sa percée. Que le dialogue que nous avons appelé de nos vœux ait commencé à s'instaurer. Avec les usagers d'abord, dont beaucoup, après avoir lu le premier numéro de ce journal - qui, faut-il le rappeler, est le leur avant tout - nous ont contacté, certains décidant même de rejoindre le groupe et de travailler avec nous. Dialogue avec les professionnels, et nous ne dirons jamais assez, l'écoute et la volonté d'agir ensemble, rencontrées chez bon nombre de ceux qui hier encore-quand ils ne se mélaient pas de notre vie - ne savaient que nous parler réhabilitation, sevrage, abstinence et encore abstinence, tandis que nous nous épuisions à leur crier notre

suite page 3

suite page 2

volonté de vivre nos choix et nos désirs face à la répression et à la maladie, fût une divine surprise. Une attitude que d'ailleurs nous n'avons pas trouvée dans le seul monde des intervenants en toxicomanie, mais un peu partout chez tout ceux, médecins, juristes, magistrats, pharmaciens, travailleurs sociaux, journalistes, enseignants, parents et amis de «toxicos» - confrontés aux problèmes.

Mieux encore: à cette percée dans les esprits a répondu un début de reconnaissance officielle. Celle de l'AGENCE FRANCAISE de LUTTE CONTRE le SIDA.(AFLS). En nous accordant, comme nous l'avions demandé il y a deux mois dans ces mêmes colonnes, son soutien officiel, sans lequel ce numéro deux n'aurait jamais pu voir le jour. L'AFLS (qui est une émanation du Ministère de la Santé) nous reconnaît ainsi de facto comme partenaire pour l'élaboration d'une politique nationale de prévention du Sida chez les Usagers de Drogues. Bien sûr, cette reconnaissance par un organisme d'Etat ne nous concerne qu'en tant qu'agents de prévention du SIDA, et non en tant qu'usagers de drogues. Mais en France, dans un pays où la loi de Décembre 1970 ne nous laissait le choix qu'entre le statut de malade irresponsable ou celui de délinquant C'est déjà une première. Et pour nous, un premier pas vers la citoyenneté retrouvée.

Ainsi donc, la brèche est ouverte. A nous de prendre les choses en main et de nous y engouffrer. De redoubler aussi de prudence et de détermination, puisque la balle est désormais dans notre camp. Et que ceux qui nous ont accordé leur confiance - et, plus encore, ceux qui nous l'ont refusée ! - nous attendent au tournant: pas question de nous endormir sur nos lauriers.

Et quels lauriers, d'ailleurs ? Nous ne nous faisons pas d'illusions. Nous savons bien que ce début de reconnaissance, nous ne le devons pas à notre bonne mine, mais à la sale gueule du SIDA. A cette épidémie qui, en créant une situation d'urgence sans précédent, a ouvert les yeux d'une partie de l'opinion et des pouvoirs publics. Personne n'a été frappé par la grâce personne

n'a eu de soudain coup de foudre pour les camés. Mais Il se trouve seulement que le Sida fait plus peur que la «toxicomanie»et que tout le monde prend conscience que, pour juguler l'épidémie, il faut «faire avec ce qu'on a» - le groupe ASUD, en l'occurrence, et le faire vite.

De même, nous n'ignorons pas qu'au moment où nous écrivons ces lignes pour nous féliciter de cette volonté nouvelle de dialogue, où nous prenons la parole sous les applaudissements des spécialistes et échangeons des poignées de mains avec les officiels, il y a au même moment des camés qui perdent leur emploi, leur maison, leur famille, qui tremblent de manque sur le béton nu, qu'on enferme à l'hôpital psychiatrique, ou bien qu'on fout en taule pour un képa de poudre - des camés qui continuent chaque jour à crever du Sida ou de l'hépatite, de came trafiquée, de misère, de solitude ... Nous savons bien qu'il n'y a pas de miracle, là non plus.

Pas de triomphalisme donc. Mais nous persistons à dire que ce qui s'est passé ces dernières semaines, ce frémissement que nous avons senti au fil des rencontres et des contacts tous azimuts, a un sens. Et pas seulement parce que cela nous fait plaisir - même s'il est vrai qu'après tant de mépris, il suffise parfois d'un peu de respect, «rien qu'une pointe», pour nous flasher la tête et le coeur. Non, si nous nous réjouissons de la percée du groupe - et de son journal - c'est parce qu'elle correspond à un revirement historique, déterminé en grande partie par la catastrophe sanitaire du Sida, dans la conception même du traitement du problème des drogues. Un revirement voué, à plus ou moins long terme, à se répercuter sur la politique officielle des pouvoirs publics en la matière.

Nous voulons parler du remplacement progressif mais inéluctable de la «Guerre à la drogue» par la «Réduction des Risques» comme objectif prioritaire de toute intervention thérapeutique, sociale ou judiciaire dans le champ de la «toxicomanie».

En fait, ce qu'on appelle «la réduction des risques» n'est rien d'autre que le simple bon

sens appliqué au traitement de la question des drogues, et de leur usage dans la société actuelle. Une approche basée sur l'acceptation de la réalité : à savoir que l'usage des drogues, et particulièrement des drogues injectables, est un fait de société, une donnée dont personne n'a jamais réussi à gommer l'existence, ni par des discours et des jugements moraux, ni à l'aide d'un arsenal thérapeutique ou pénal, aussi sophistiqué soit-il. Une réalité qu'il convient une fois pour toute d'accepter en tant que telle. La seule intervention possible face à elle, consiste à réduire les risques qu'elle comporte pour les individus concernés et pour leur entourage. L'émergence du Sida au début des années 80, ainsi que son extension catastrophique ont accru ces risques de façon exponentielle. Ce qui, historiquement, explique l'approche différente d'un nombre croissant de spécialistes et le succès actuel du groupe ASUD dont l'activité se définit précisément en fonction de réduction de risques.

Du point de vue pratique, cela signifie, de donner, d'abord, une information objective sur les implications sanitaires de l'usage de tel ou tel produit, et ensuite, les moyens de rendre cet usage le moins dangereux possible - et ce de façon à justement éliminer au maximum les risques.

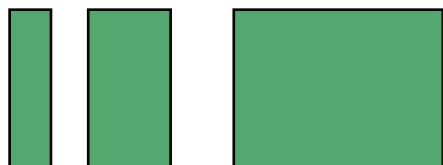
Des risques qui, malheureusement, ne se résument pas au Sida, même si celui-ci est l'un des plus graves : que dire de l'hépatite, de la siphylis, de la septicémie en règle générale - sans parler de tous les accidents, parfois mortels, causés par les divers produits de coupe qui transforment le moindre achat de came dans la rue en une partie de roulette russe ? Que dire aussi des problèmes dentaires, de la malnutrition, de toutes ces petites affections dont la convergence finit par dessiner un véritable syndrome de la marginalité ?

La marginalité : nous touchons ici du doigt l'interface des dimensions sanitaires et sociales de la réduction des risques. Tout comme il est impossible de parler de prévention du Sida chez les Usagers des drogues sans parler de la prévention des autres risques sanitaires qui les menacent, il est impossible de parler de ceux-ci sans

parler des conditions d'utilisation des drogues. Des conditions qui, sont elles-mêmes déterminées par la clandestinité liée à la répression et donc à la prohibition Ce qui nous amène à poser le problème en termes de Droits de l'Homme.

De la prévention du Sida aux Droits de l'Homme, de la lutte contre l'épidémie à la remise en question de la prohibition : c'est là que se situe le champ de ce que l'on appelle «La réduction des Risques». C'est à dire le champ d'action du Groupe ASUD.

LE GROUPE ASUD



ASUD JOURNAL
Trimestriel
Numéro 3 : fin décembre
1992

Dossier spécial hiver
Les produits de
substitution :
“Une politique de
réduction des risques de
contamination en urgence”

Méthadone shootable

suite de la page 1

ce qui poussait ces irréductibles à agir ainsi, nonobstant les risques afférents à la pratique du shoot. La réponse était simple : la méthadone buvable palliait le manque en leur procurant les effets normaux des opiacés «à vitesse de croisière», mais ne pouvait en aucun cas leur donner le «flash», cet instant de plaisir total, orgasmique qu'on obtient en se shootant.

En somme, la méthadone buvable répondait à leur besoin de produit opiacé, mais ne prenait pas en compte le désir du flash, cette soif compulsive de plaisir que seule procure l'injection intraveineuse. Et c'est pourquoi ces «irréductibles» continuaient à prendre

le risque de s'injecter de l'héroïne de la rue, malgré la distribution de méthadone. Face à cette situation, les responsables des services de santé d'Amsterdam ont une fois de plus fait appel à leur traditionnel pragmatisme ... et commencé à distribuer de la méthadone injectable.

Au delà de la simple information, au delà de l'anecdote qui illustre bien le réalisme des autorités hollandaises, cette histoire pose une question : celle des produits de substitution et en particulier de la méthadone. Nous y reviendrons longuement dans le N°3 de ce journal.

Phuong Thao CHARPY

SOMMAIRE

Dossier Prison Page 5

Rencontre Européenne Page 8

Sida - Info Page 9

Interview : Docteur Anny SERFATY Page 14

: Alain Baudoin Page 16

Culture : Lettre d'ARTAUD Page 19

METHADONE A BARCELONE

Il semble que le «tir à l'arbalète» (intraveineuse) n'ait décidément pas droit de cité aux Jeux Olympiques de Barcelone. Pas de toxicos dans les rues pendant les Jeux, ont en effet décidé les autorités de la capitale catalane.

Les pauvres faisaient déjà des cauchemars à l'idée de hordes de camés surgis des ruelles sordides du Barrio-Chino pour aller se shooter en direct devant les caméras du monde entier ou taper une crise de manque au pied des tours High-tech du Village Olympique, avant d'aller harceler pour quelques pesetas les malheureux touristes venus prendre l'air sur les ramblas. C'est vrai que ça aurait fait désordre - pas bon du tout pour l'image de la future super métropole méditerranéenne du XXIème siècle.

Mais comment s'en débarrasser ? Les emprisonner ? difficile : 40 ans de franquisme ont rendu le pays plutôt chatouilleux sur la question des Droits de l'Homme, fût-il toxico ! Les déporter en masse dans un quartier périphérique comme pour les prostituées et les travelos ? Dangereux ! pas question de créer un ghetto qui tournerait vite au

souk à la défonce.

Que faire ? C'est là que les édiles catalans ont eu une idée lumineuse : pour éviter que la vision des camés en manque ne ternisse l'image de leur belle cité sportive moderne et dynamique, il n'y avait guère que 2 solutions. Ou bien supprimer les camés - ce qui était, on l'a vu plus haut, impossible - ou bien supprimer le manque ... ce qu'ils se sont évertués à faire en faisant discrètement avertir les intéressés que des programmes méthadone d'urgence étaient mis à leur disposition dans les centres spécialisés - et voilà !

Même si l'on peut déplorer qu'il ait fallu attendre les Jeux Olympiques pour qu'on se préoccupe enfin de donner libre accès au produit à une population lourdement frappée par le Sida, il y aurait lieu de se réjouir de voir les autorités catalanes faire ce pas décisif dans la direction d'une vraie politique de réduction des risques. Mais il y a un «mais» - et de taille : c'est que les programmes méthadone en question étaient strictement limités à la durée des Jeux. Ce qui signifie que ceux-ci terminés, les toxicos ont été gentiment renvoyés, à la rue, à la marginalité et au Sida.

Décidément, même si les Jeux Olympiques ont fait, l'espace d'un été, monter les toxicos catalans au podium de la réduction des risques, la médaille était, une fois de plus, en chocolat.

Tranches de • • •

Tout bourreau est sa propre victime.

Le produit comble un manque mais pas celui du produit. Il permet d'échapper à son histoire, et peut-être au delà.

Ma mère ne voulait pas de moi. Après 5 fausses couches, le 6ème embryon, moi, était trop bien, selon ses propres termes, «accroché». Contrainte de garder ce fils adultérin, conçu dans je ne sais quel foutoir. Je devins exutoire.

Pas de sein maternel, relégué au rang d'objet, elle frappe quand ça la prend, elle s'acharne. Le fruit de cette union est là, devant elle, toujours présent, porteur. Elle enrage, me met nu, me cravache, je tiens bon, elle m'arrache un cri.

L'abandon, les coups de pieds, les coups de poings, la culpabilité, le mensonge, autant de maux devenus constitutifs de la notion que j'ai de l'amour.

À huit ans arrive le couronnement: une bonne petite circoncision la «sans-manche» (pour les connaisseurs). Cette opération est effectuée sans raison médicale ni religieuse par un chirurgien que je qualifierais (pour le moins et pour vous, lecteur) de véreux. Sur la table d'opération l'anesthésiste me demande «piqûre ou masque»? «piqûre !» Tous sont surpris par mon choix. N'aurais-je pas eu précédemment une expérience au gaz?

A 5 ans, je me souviens, j'essaye de me pendre et demande à ma mère de tirer sur la corde. Elle me gifle.

Né avec le cordon ombilical autour du cou, me présentant par le siège, je ne devais déjà pas avoir trop envie de venir au monde.

Je cherche à fuir. Drogues, sectes, «amour' suicides, psychiatres, programmes, thérapies, etc...

La mort ne veut pas de moi. La vie est trop forte.

La renaissance, tant espérée, elle non plus ne vient pas de moi.

Labyrinthe, chimère, mur. Est-ce donc cela être humain.

Comment faut-il vivre ? Comment ? VIS

Je suis là, tout de noir vêtu. Le noir, ma protection, ma chaleur.

Je lutte, à la fois contre la haine, et la souffrance qui m'habitent.

Je me noie. Heureusement, le produit est là, comme l'air, vital.

Il me soulage temporairement peut-être et après. Il ne me ment pas, je le sais, ce n'est qu'un moyen, peut-être pas une fin.

Je le tiens et j'y tiens.

Personne ne sait pour moi.

Quelques heures, comme si j'avais eu ce qui est dû.

J A C Q U E S

P R I S O N S

Dans «Agora» d'automne 1991 (N°18-19) est paru un article signé Dominique TABONE sur l'Etat des détenus séropositifs incarcérés. Il nous a paru intéressant de vous en rapporter de larges extraits :

La prison de la Santé ... est une Maison d'Arrêt pour Hommes qui se trouve dans le quatorzième arrondissement à Paris. Y séjournent toutes sortes de détenus. C'est une Prison surpeuplée - comme la plupart des prisons françaises : prévue pour 1500 détenus, elle en contient actuellement 2200. On y dénombre en moyenne 200 séropositifs dont une cinquantaine sous traitement AZT. La consultation des malades séropositifs et sidéens dépendant du CISIH de Cochin existe depuis septembre 1990. Elle a lieu deux matinées par semaine. Le travail se fait en collaboration étroite avec le médecin chef de la prison et en collaboration un peu moins étroite avec l'équipe du SMPR.

Les patients séropositifs sont dans leur grande majorité des toxicomanes. Ils sont là depuis un plus ou moins longtemps. Ils sont jeunes, certains récidivistes, d'autres pas et beaucoup d'entre eux ont appris leur séropositivité en Prison.

Le pourcentage d'étrangers a considérablement augmenté ces dernières années : début 91 on en comptait 83% contre 55% il y a une dizaine d'années. 75% des patients sous AZT sont étrangers. La plupart de ces étrangers sont originaires d'Afrique Noire ou du Maghreb, ce qui pose un certain nombre de problèmes particuliers à leur sortie, comme nous le verrons.

Le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ne se fait pas systématiquement et ce conformément aux divers arrêtés réglementant la question. Les sérologies sont faites à la demande des patients ou bien en présence d'une symptomatologie d'appel conduisant à soupçonner une infection par le VIH. Elles ne sont pas proposées systématiquement aux patients «à risque». Elle sont faites avec le consentement des intéressés et le résultat leur est transmis par le médecin.

Des sessions d'information des prisonniers et du personnel pénitentiaire sont organisées par le SMPR. Des préservatifs sont à la disposition des prisonniers s'ils le désirent il leur "suffit" pour cela de les demander au service médical. Cela dit, sauf pour la minorité d'entre eux qui se déclarent et s'assument homosexuels, ce qui n'est pas évident du tout dans le milieu carcéral, et même s'ils ont

confiance dans le médecin qui s'occupe d'eux, cette démarche est loin d'être facile. Leur en proposer franco est à peu près impensable. On en donne systématiquement aux sortants, ce qui par contre est bien accepté. Cela dit, le problème de la sexualité en prison ne me semble pas très préoccupant, en tous les cas depuis le champ de mon expérience limitée et d'après ce que me racontent mes patients. Toujours si j'en crois mes patients, il ne semble pas que la prison soit un haut lieu de contamination et on retrouve chez tous une contamination (supposée, puisqu'on ne peut jamais être sûr) antérieure à l'incarcération et liée à la toxicomanie plus vraisemblablement qu'à des pratiques sexuelles dites "à risque" ...

Le suivi médical est régulier... Les détenus aiment bien venir à cette consultation : c'est une visite du "dehors", ils ont le sentiment qu'on s'occupe d'eux, qu'on les écoute et qu'ils peuvent y parler de ce qui leur tient à coeur. Ils peuvent aussi y demander des "douches médicales", ce qui signifie une ou deux douches supplémentaires par semaine; en raison de la surpopulation, seules deux douches hebdomadaires sont normalement autorisées aux prisonniers. Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, c'est une consultation plutôt gaie.

Par contre, la confidentialité et le secret médical ne sont pas du tout assurés. Cela tient d'une part aux conditions de détention et n'est qu'un épiphénomène dans le contexte de la promiscuité et du non-respect de la personne privée en milieu carcéral. En effet, les détenus sont à quatre par cellule et le nom des médicaments distribués quotidiennement est écrit sur les sachets les contenant; S'il s'agit d'AZT par exemple, on peut être sûr que tout le monde est au courant. D'autre part le manque de personnel soignant a pour conséquence entre autres que ce sont les surveillants qui distribuent les médicaments. Bien que formés et informés, ils ne se sentent pas tenus au secret médical, et tout le quartier sait très vite si tel ou tel est séropositif ou non. Par ailleurs, certaines pratiques quoique totalement illégales sont tolérées en prison : il y a des pastilles rouges sur les dossiers médicaux des patients séropositifs, dossiers sur lesquels le regard de tel ou tel non soignant tombe très facilement. La consultation du Docteur S. et la mienne ont été repérées

depuis longtemps comme étant les consultations SIDA et jusqu'il y a peu de temps, lorsque les détenus étaient appelés pour la consultation par le haut-parleur, toute la prison bénéficiait de l'information. Sur l'initiative du Médecin-Chef, cette pratique de l'appel nominatif par haut-parleur a cessé actuellement. Enfin, et c'est plus grave, certains services dont celui des cuisines exigent une sérologie HIV avant d'autoriser les détenus qui le demandent à y travailler, ce qui est on ne peut plus illégal.

Ceci a entre autres conséquences que certains détenus séropositifs préfèrent refuser de suivre le traitement dont ils pourraient bénéficier, en particulier l'AZT pour ne pas risquer d'être exclus et montrés du doigt par leurs codétenus. Certes l'AZT et les divers traitements préventifs des infections opportunistes ne font pas de miracles, mais ils améliorent et prolongent la survie des patients. Et il est fort regrettable que les détenus ne puissent pas en bénéficier au maximum pour de telles raisons. Il est également à noter qu'il y a recrudescence de la tuberculose en prison et que si contrairement au fantasme largement répandu, le SIDA ne s'attrape pas parce qu'on partage la même cellule, le risque de contagion est réel pour la tuberculose et est majoré par la promiscuité et les mauvaises conditions d'hygiène.

Face à ce problème de surpopulation, de promiscuité, de manque de personnel, on ne peut que répéter des choses qui malheureusement ont déjà été cent fois dites et redites : que, certes, les détenus ne sont pas des anges, mais ce sont des personnes qui ont droit aux mêmes égards que n'importe quelle autre personne et que les prisons de la France-patrie-des-droits-de-l'Homme sont une honte. Que plus simplement, enfermer des gens dans des conditions humiliantes et indécentes n'est certainement pas un moyen de les réconcilier avec la société. Et que cela est particulièrement vrai pour les détenus séropositifs, plus fragiles que les autres et plus sensibles à leurs très inconfortables conditions de vie, tant sur le plan somatique que psychique.

Je tiens cependant à préciser, malgré ces critiques fondamentales, que les patients séropositifs sont bien suivis et soignés. Il n'y a pas de restriction ni sur les traitements, ni sur les examens, ni sur le nombre de consultations. Malgré toutes les ambiguïtés et les inconvénients qu'impliquent l'existence d'une consultation spéciale pour les séropositifs, cela me semble être une amélioration importante qu'il ne faut pas sous-estimer. Par ailleurs, comme on le verra plus loin, beaucoup d'entre-eux n'ont jamais été aussi bien soignés ni suivis qu'en

prison. Et que malheureusement, ils risquent de l'être paradoxalement moins bien le jour ou ils sortiront.

Pourtant, cette liberté tant attendue, si elle inaugure de toutes façons une ère difficile pour les détenus sortant de prison est, pour les patients séropositifs, encore plus difficile et paradoxalement s'annonce pour la plupart d'entre eux comme une expérience douloureuse et ambiguë.

Pour les prisonniers qui vont retrouver une femme, l'angoisse d'être mauvais, contaminés et contaminants, vient empoisonner la joie de la libération et des retrouvailles. Ils y réagissent de différentes façons : certains par la dépression, d'autres par l'agressivité ...

Par ailleurs, pour la plupart d'entre-eux, la libération va impliquer un accroissement important des difficultés d'accès aux soins. En effet, si les conditions habituelles de détention ne sont pas idéales, loin de là, la possibilité de bénéficier d'un suivi médical régulier, de médicaments coûteux, d'investigations paracliniques au moindre doute est beaucoup plus réduite à l'extérieur.

Pour ceux qui sont français, en principe, il ne devrait pas y avoir de problème puisqu'à la sortie de prison, ils ont droit à l'assurance maladie pendant un an. Cela dit, il s'agit souvent de gens très marginalisés, qui se méfient des circuits officiels ou qui ne savent tout simplement pas s'en servir. Pour ceux qui sont déjà pas mal avancés dans la maladie, on se prend même à se demander si leur solitude, leur marginalité et leur angoisse ne vont pas les reconduire en prison un peu plus vite qu'on ne l'aurait pensé. En tous les cas, les difficultés bien connues et habituelles des détenus à leur sortie pour essayer de trouver du travail et un toit ou tout simplement vivre décemment semblent décuplées s'ils sont en plus atteints d'une maladie aussi excluante que le SIDA.

Pour la plupart des étrangers enfin, les problèmes deviennent insurmontables et on patauge dans l'absurde. Deux cas de figure sont possibles. Soit ils sont reconduits aux frontières en raison du principe de la double peine, qui veut qu'à l'expiration du temps d'incarcération on pimente un peu la punition en l'assaisonnant d'une interdiction de territoire : dans ce cas, il est évident que ces patients chez qui on a diagnostiqué une infection par le VIH ne pourront être soignés chez eux. Soit les autorités ferment les yeux et ils restent en France où ils se trouvent en situation de clandestinité et dans l'impossibilité d'être soignés correctement. Pour ceux d'entre-eux

qui ont la "chance" toute relative d'être déjà sous traitement par l'AZT, le problème est "résolu" dans le cadre d'un maintien sur le territoire français pour des raisons "humanitaires" et sous certaines conditions en particulier assignation à résidence. Mais quelles sont leurs sources de revenus ? Comment vivront-ils ?

On en arrive donc à des situations inextricables et à des situations qui, pour les personnes concernées, ont toutes les chances d'être parfaitement invivables et les reconduire tout direct en prison ... on n'en aura décidément pas fini de si tôt avec la surpopulation.

En conclusion, les choses ne sont pas simples, et le SIDA est décidément une maladie qui plonge de façon répétitive en plein paradoxe ceux qui en sont atteints et ceux qui s'y intéressent. Les valeurs s'inversent, les cartes sont brouillées. Déjà la sexualité et l'amour, habituellement plutôt source de vie, de communion et de plaisir deviennent source de mort, de séparation, de souffrance. Pour les détenus séropositifs, la joie de la libération est empoisonnée, la prison, lieu de non-vie et de cauchemar, devient l'endroit où ils sont plus facilement soignés, la consultation VIH un moment plutôt agréable et la calamité qu'est la maladie leur permet, quoique de façon à la fois éphémère et tardive, de s'occuper de leur santé comme ils ne l'avaient jamais fait auparavant.

Pour les étrangers menacés d'interdiction de territoire à leur sortie, la prison française est le seul endroit où ils peuvent espérer être soignés. La libération signifie expulsion, retour dans un pays où ils n'ont plus de racines ni d'existence possible, mort-prématurée. La perspective d'une libération conditionnelle pour raisons médicales est synonyme d'un stade plutôt avancé de la maladie, voir la façon dont s'est un jour illuminé le visage de l'un de mes patients, condamné à une peine assez courte et à qui je disais qu'il n'était pas assez malade pour espérer une conditionnelle ce coup-ci... La vie est souvent paradoxale et il n'y a rien d'absolument spécifique là dedans. Il me semble cependant que certains aspects particulièrement cruels de ces paradoxes pourraient être adoucis ou supprimés par des mesures relativement simples comme la prise en charge de tous les séropositifs demeurant sur le territoire français quelque soit leur nationalité ou leur statut social. On pourrait également tenter d'agir utilement sur le chômage en embauchant du personnel dans les prisons ou, en attendant d'avoir suffisamment d'imagination, d'intelligence et d'énergie pour inventer des solutions alternatives réelles à l'incarcération, faire travailler des

architectes, maçons, entrepreneurs, à en construire d'autres plus vivables et pour les détenus et pour les gens qui y travaillent...

Bien sûr tout ça peut sembler naïf, surtout au moment où on ne parle que du trou de la Sécurité Sociale et où l'évolution du SIDA dans le monde inquiète de plus en plus, en particulier pour des raisons financières. Bien sûr ce n'est de la faute à personne si le SIDA existe et si certains concentrent sur eux toutes les calamités en même temps. Mais le problème des prisons et de celui attend les détenus à leur sortie n'est pas neuf et la situation des séropositifs ne fait que le poser dans des termes plus crus et plus pressants. Quant à celui de l'inégalité devant la maladie, que ce soit en France ou entre pays riches et pays pauvres, il n'est pas d'une grande nouveauté non plus. Quoiqu'il en soit et puisque s'occuper de SIDA est tellement à la mode actuellement, le sort de ces exclus parmi les exclus aussi bien dans les murs de la prison qu'au dehors me semble mériter quelque attention et être susceptible de susciter des réflexions plus approfondies débouchant sur des mesures plus fermes et plus radicales que celles qui ont été prise jusqu'à présent.

Docteur Dominique TABONE.

Il nous a semblé intéressant, en plein malaise des prisons, en 1992, que cet article, écrit un an plus tôt, soit «réédité» pour souligner combien les spécialistes sur le terrain sont impuissants tant qu'une volonté politique fait la sourde oreille. L'on peut faire tous les procès d'intention qu'on peut. Il n'empêche. Il n'y a plus l'excuse d'une maladie «peu connue», l'ignorance du terrain, les spécificités des personnes séropositives, toxicomanes en prisons, des galériens en puissance à qui l'on offre comme avenir la mort, voir l'incarcération dans les cas les plus optimistes, la rue pour les autres, et l'accélération d'une contamination dont la prophylaxie semble encore hors de portée pour les plus démunis.

**Philippe
Marchenay**

TEMOIGNAGE : UNE PROSTITUEE RACONTE:

J'ai trente ans, et je vis de la prostitution depuis trois ans. Je suis d'origine étrangère. Il y a dix ans, j'étais une autre femme : j'étais jeune et belle, et mon existence était sans problème, partageant mes journées entre ma petite fille, mon compagnon et quelques amis.

J'étais très heureuse; à cette époque je fumais un joint de hasch de temps en temps, à l'occasion d'une soirée. cela aurait pu durer !! Mais en 1986, je fus hospitalisée pour une opération bénigne. Marc, mon conjoint, décide pour des raisons pratiques d'emmener notre fille à la campagne chez sa mère. Un chauffard grille un stop ... Marc et Karine arrivent au mauvais moment. Le choc ! Le silence, la mort. Ma vie bascule. Au début, les larmes, les amis qui vous soutiennent, la détresse, puis, un à un, les proches qui se lassent et qui ne reviennent plus. La solitude, puis l'errance de psy en Hôpitaux psychiatriques. La colère noyée dans l'alcool. Et seule, livrée à moi-même, je rencontre un toxico. Eric est aussi perdu que moi. Alors, pour contrer la malédiction, nous partageons tout ... Commence mon initiation - d'abord le premier shoot puis, de temps en temps - et enfin tous les jours. Pendant dix-huit mois, la dépendance, la recherche d'argent pour assurer la came; les vols; les flics et un jour - encore - un nouveau drame. Une came meilleure que les autres fois, et c'est l'Overdose d'Eric. Me retrouvant seule branchée dans le circuit de la drogue depuis quelques mois, un dealer me propose de revendre pour lui, et de me brancher pour faire des passes avec des amis à lui, en faisant fifty-fifty, au début je refuse!:

Mais la réalité me fait changer d'avis Je prends de plus en plus d'héroïne, et quand j'ai pas assez d'argent pour payer le grossiste, je fais des passes : je michetonne sur les Grands-Boulevards. Ce manège dure depuis plusieurs mois. Première expérience avec la Prison pour racolage ...

Un matin, un courrier de mon ancienne assurance me demande de les contacter. Et là, j'apprends que je suis la seule bénéficiaire de l'assurance vie de mon ancien conjoint. 40 millions ! Alors là, l'éclate; je quitte Paris, je pars en voyage; l'Asie, la came, les hotels de luxe, magouilles diverses. Un jour, plus un sou : Retour à Paris. Le manque d'ur et cruel. Au hasard de mes galères, je rencontre une vieille copine; ça a l'air de bien marcher pour elle. Après avoir discuté, elle me propose de faire le tapin avec une autre fille à la Nation, elle me dit qu'à trois, je peut me faire mille cinq cent francs par soir; j'accepte. C'est vrai, je me fais deux mille francs par nuit, mais entre les flics, les agressions des loubards, les obsédés et détraqués sexuels c'est vraiment dur.

Mon histoire est banale, ! Un accident terrible. Au moment où je voulais m'en sortir la société n'a rien fait pour moi, alors, peu à peu la déchéance, l'alcool et la drogue, et voilà comment je suis devenue une prostituée

Propos recueillis par Yvon MOISAN

P-S: à la demande de l'intéressée, les prénoms et les situations ont été volontairement changés Note du rédacteur.

L - 6 2 7

Un nouveau film, L627 (article réprimant l'usage et le trafic des stups) fait actuellement beaucoup parler de lui.

Et bien que ce film trouve un ton assez juste, décrivant relativement bien le deal de rue et, paraît-il, les conditions de travail des inspecteurs des stups, le message qui s'en dégage est toujours le même : si on leur en donnait les moyens, ces flics, présentés comme une espèce de croisés des temps modernes, aurait tôt fait de terrasser l'horrible "pieuvre". Je ne doute pas de la réalité décrite par B.TAVERNIER sur les mille petites misères de l'administration, l'incompétence et la bêtise des chefs que subissent ces malheureux policiers. Mais bon, il ne faudrait pas oublier que les stups bénéficient déjà de pouvoirs exorbitants : perquisition 24 heures sur 24, garde à vue de 4 jours, etc ...

Ce qui ne les empêche pas de réclamer encore plus d'effectifs, plus de pouvoir, pour toujours plus de répression, alors que la France détient déjà le record des "toxicos" emprisonnés, et que Paris est une des villes (La Ville) d'Europe où le taux de policiers par habitant est le plus fort ! D'autre part, B. Tavernier nous ressort le cliché du dealer qui à peine serré est aussitôt libéré mais lorsque cela arrive, c'est que ce même dealer est un indicateur; et je comprends donc mal que les flics s'en étonnent. La Justice française est extrêmement sévère pour les délits de drogues. (un petit dealer usager prend facilement quatre ans ferme)

suite page 17

QU'ON SE LE DISE !!

On connaissait surtout MARMOTTAN pour ses cures de sevrage.

Pourtant, il semble depuis quelque temps que le célèbre centre du 17^{ème} arrondissement qui est depuis 20 ans la référence N°1 en matière de sevrage dans notre pays, ait lui aussi pris au sérieux l'impératif nouveau de «REDUCTION DES RISQUES» .

L'équipe de MARMOTTAN a en effet depuis peu ouvert dans ses locaux une consultation de médecine générale où les usagers de drogues peuvent désormais venir gratuitement consulter et se faire soigner, pour tous les problèmes de santé liés ou non à leur pratique des drogues, sans qu'il leur soit pour autant demandé de renoncer à celle-ci

LES CONSULTATIONS ONT LIEU AU:

17 rue d'Armaillé 75017 Paris Tel : 45 74 71 99

LE LUNDI DE 13 H à 17H

LE MARDI DE 10 H à 13 H

LE JEUDI DE 14H à 17H

LE VENDREDI DE 10H à 13H

PHUONG-THAO

GÖTTINGEN

Deux membres du groupe ASUD ont participé, du 18 au 21 juin dernier, à la rencontre européenne des Groupes d'Auto-Support des personnes séropositives et malades du SIDA à Göttingen, en Allemagne.

La rencontre avait lieu dans un petit manoir en pleine forêt, à quelques kilomètres de la ville. Après une chaleureuse fête d'accueil, au cours d'une soirée où étaient à l'honneur aussi bien la danse que les jeux de rôles destinés à permettre aux participants de faire connaissance, les travaux ont commencé dès le vendredi matin.

Une première réunion, à 10 heures, fut consacrée à la présentation des différents groupes représentés à la conférence - 48 en tout, venus de 23 pays. La séance fut ouverte par un discours préliminaire où l'un des organisateurs souligna le fait que ce que les participants avaient déjà en commun, c'était leur peur de la maladie, mais aussi leur volonté de lutter contre cette peur dans le cadre d'un groupe d'auto-support de séropositifs. Le plus ancien d'entre-eux est le groupe britannique Body-Positive, dont la création remonte à 1985. Il fut donc le premier à être présenté par un de ses membres. Puis vint le tour d'un groupe bulgare dont le représentant, Valéri, souligna la difficulté de s'assumer en tant qu'homosexuel dans son pays. Nous avons ensuite

assisté à la présentation des autres groupes, dont celui qui avait organisé la réunion, ainsi qu'un groupe de femmes séropositives, puis, entre autres, un groupe gay danois, un groupe norvégien, le groupe anglais «Mainliners», composé d'Usagers de Drogues (UD) séropositifs ... et le groupe ASUD lui-même.

Après un break suivi d'une lecture d'un message d'encouragement de la Commission des Communautés Européennes, divers autres groupes furent ainsi présentés, avec leurs activités, leurs problèmes et leurs approches spécifiques. Parmi eux, un groupe russe, slovène, maltais, hongrois et israélien.

Il serait sans doute trop long et un peu fastidieux de rapporter ici la teneur de toutes les interventions, notamment sur les problèmes particuliers du SIDA et de la séropositivité dans les ex «pays de l'Est». Mais nous pouvons pourtant résumer l'impression d'ensemble qui s'est dégagée de cette série de présentations. Elle tient en quelques mots : à savoir que dans les groupes de séropositifs, les UD sont dramatiquement sous-représentés. Et leurs problèmes spécifiques difficilement pris en compte...

Cette impression devait d'ailleurs se confirmer tout au long des trois jours de la rencontre. Et notamment au cours des ateliers de travail du vendredi après-midi, consacrés au fonctionnement interne des groupes d'auto-support. Malgré l'insistance des représentants d'ASUD, ainsi que de l'allemand Werner Hermann d'EIGDU et de l'anglais John Mordaunt de «Mainliners», il se trouva en effet impossible d'organiser un atelier réservé aux groupes d'UD et consacré à leurs problèmes particuliers, qui sont comme on s'en doute, largement différents de ceux que rencontrent les groupes d'homosexuels...

Si bien qu'en dépit de l'atmosphère décontractée de la conférence, de la gentillesse et de la tolérance des autres participants, ce n'est pas sans un léger sentiment de frustration que les représentants d'ASUD ont regagné leur chambre à l'issue de cette première journée...

Le samedi, quant à lui, fut voué aux différents réseaux qui, à l'échelon national, européen ou mondial, fédèrent les groupes d'auto-support de séropositifs. La réunion du matin, en fait, était axée sur une double question : quels sont ces réseaux ? Comment les utiliser ?

En réponse à ces questions vint d'abord la présentation d'ACT-UP, réseau autonome, indépendant et international de lutte contre le SIDA, spécialisé dans l'organisation d'actions à fort impact médiatique. Puis le réseau EATG organisé pour permettre aux malades du SIDA et aux séropositifs de reprendre le contrôle de leur traitement. Puis EIGDU, un réseau européen d'usagers de drogues, qui a son siège à Amsterdam. Puis EUROCASO, qui est un réseau d'organisations anti-SIDA européen en liaison avec ICASO, son homologue au niveau mondial, et qui s'occupe aussi bien d'échange d'informations et de techniques que de défense des Droits de l'Homme pour les séropositifs. Puis ILGA, organisation homosexuelle, puis

l'International Steering Committee, composé d'hommes et de femmes vivant avec le virus, et qui organise des conférences internationales.

La réunion s'acheva sur une communication d'un membre du Parlement Européen. Quant aux ateliers de travail de l'après-midi, ils furent consacrés aux modalités pratiques de l'organisation et de l'utilisation de ces réseaux. Là encore, les représentants d'ASUD ont regretté la sous-représentation des UD dans ces réseaux, et le manque, à part EIGDU, de réseaux spécifiques.

Quant à la journée du dimanche 21 juin, elle fut essentiellement axée sur les conclusions et les perspectives d'avenir des différents groupes, et sur la présentation de certaines de leurs réalisations. Ainsi le réseau informatique, et l'annuaire des groupes d'auto-support créé par EUROCASO. Ou l'organisation INTERACT fondée par ACT-UP pour collecter l'information recueilli par tous ses groupes - d'ailleurs ACT-UP parla de certains de ses projets, notamment celui d'intégrer les Usagers de Drogues.

Puis un intervenant parla de la nécessité de développer des traitements du SIDA compatibles avec les drogues, dont la méthadone, et pour les groupes, de se montrer plus attentifs aux besoins propres des différentes catégories de personnes touchées par la maladie.

Les ateliers de l'après-midi furent consacrés à la présentation d'un certains nombres de projets :

- Création et développement d'un réseau informatique.
- Création d'un réseau Paneuropéen des groupes AS (Auto-Support).
- Développement de relations avec le réseau mondial des UD.
- Soutien accru aux mouvements d'homosexuels et d'UD dans les pays de l'Est.
- Création d'un secrétariat permanent pour l'ISC en vue de la conférence d'Amsterdam en juillet.

Comme on le voit, les membres d'ASUD n'ont pas perdu leur temps en se rendant à la conférence de Göttingen. Ne serait-ce que pour avoir l'occasion d'y souligner l'urgence absolue d'associer plus étroitement les UD à la création et à l'action des différents groupes anti-SIDA.

Hervé MICHEL

SIDA

PREVENTION VIH INFORMATIONS PRATIQUES

COMPTE RENDU DES MEDIA - MARS 1992 -

Sur proposition du ministre de la Santé monsieur Claude Evin il y a actuellement sur l'ensemble du territoire français 136 centres de dépistage et de contrôle entièrement gratuits garantissant le droit à l'anonymat : pas de ticket modérateur à payer comme dans les dispensaires, aucune démarche de prise en charge donc pas de trace administrative, et il ne vous sera demandé aucun justificatif de votre identité. UTILISEZ donc un pseudonyme.

La multiplication des centres de dépistage gratuit est souhaitable pour les usagers de drogue sans couverture sociale. Il est indispensable qu'ils puissent avoir accès aux soins et au test de dépistage car il est évident que la priorité pour l'usager est d'assurer son shoot plutôt que de payer 400frs pour faire une recherche du VIH.

Si vous exercez une activité professionnelle ne vous permettant pas de vous rendre à une consultation pendant la journée, sachez qu'il a été mis en place une structure d'accueil pour avoir des consultations à partir de 22 heures notamment à l'Hôpital NECKER, 149 rue de Sèvres, 75015 PARIS

Pour tout renseignement, adressez-vous à ASUD ou SIDA Info-Service : 05-35-66-36

Auto-support et réduction de risques

Durant les dernières années, quelques dizaines de groupes d'auto-support d'usagers de drogues ont vu le jour partout en Europe, particulièrement dans les pays de l'Europe du Nord (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni). En effet, devant l'extension rapide de l'épidémie de VIH parmi la population des usagers de drogues, d'une part, et, d'autre part, l'extrême difficulté de faire de la prévention au sein d'un groupe social clandestin, les pouvoirs publics se sont trouvés devant une situation contradictoire : la drogue est interdite comme son usage, ce qui renvoie les usagers à la clandestinité, alors que la nécessité de stopper rapidement l'épidémie requiert au contraire la visibilité du même groupe comme condition indispensable pour que le message préventif atteigne sa cible.

Résoudre cette contradiction nécessitait l'élaboration de plusieurs modèles qui tentent de réconcilier la prohibition des drogues et les besoins impérieux de la prévention.

Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les deux pays d'Europe qui ont le plus essayé d'apporter des réponses à cette contradiction. Ils ont élaboré un ensemble de politiques cohérentes basées sur un nouveau principe : la réduction des risques («harm reduction policies»).

Les axes principaux de cette politique sont les suivants :

- Des programmes massifs de maintenance aux produits de

substitution, essentiellement la méthadone.

- La recherche de nouveaux procédés de travail social : le ciblage systématique des populations difficiles à atteindre («outreach work») et l'éducation par les pairs («peer education»).

- Soutien aux groupes d'auto-support existants («self help groups»), ou encouragement à leur formation s'ils n'existent pas encore.

Ces trois axes de travail, tout en visant des objectifs différents, se retrouvent complémentaires dans leur finalité :

- L'éducation par les pairs vise au changement du comportement individuel.

- Les programmes de méthadone visent au changement dans le style de vie, principalement à la sortie de la clandestinité.

- L'auto-support vise à changer les normes dans la sous-culture de la drogue par une action «de l'intérieur» du groupe concerné.

Le sida et la difficulté de faire un travail de prévention avec certains usagers «difficiles à atteindre», ont accéléré le rythme de formation de ces groupes avec, dans certains pays d'Europe, le soutien massif des Pouvoirs Publics qui ont bien compris tout l'intérêt et la potentialité d'une telle approche.

En France, la notion d'auto-support n'a pas encore fait son chemin, surtout pour ce qui concerne les «toxicomanes». Il y a effectivement un retard dans la prise de conscience de toute la potentialité de cette approche, surtout en matière de prévention du VIH dans une population par définition difficile à atteindre comme celle des Usagers des Drogues.

Qu'est-ce que c'est l'auto-support?

L'auto-support (self-help) est un terme générique qui couvre des réalités qui doivent être distinguées. Dans son acception générale, le terme désigne un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des "pairs", en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble.

A la base il y a un constat: les besoins de la catégorie sociale à laquelle le groupe appartient ne sont pas ou ne peuvent pas être satisfaits par ou au travers des institutions et mécanismes sociaux existants, d'où la nécessité de l'auto-organisation.

Outre l'aide matérielle et relationnelle, l'auto-support peut aussi viser à promouvoir des idéologies ou des valeurs au travers desquelles les membres forgent et acquièrent une nouvelle identité. Il offre souvent à ses membres une tribune, soit pour informer l'opinion publique sur le problème concernant le groupe ou pour corriger des idées fausses.

Selon une étude réalisée par le NIDA de San Francisco, pour chaque usager en traitement, il y en a sept autres qui sont à la rue avec peu ou pas de contact du tout avec un centre de soins. En France, puisqu'on ne dispose pas d'étude fiable en la matière, on estime la proportion des usagers en contact avec les lieux de soins entre 10 et 20 pour cent.

En matière de prévention de l'infection au VIH, il est de plus en plus urgent d'identifier ces personnes et leurs partenaires sexuels, ainsi que de trouver les moyens adéquats pour substituer les comportements à risque par des comportements sans risque.

L'auto-support et l'éducation par les "pairs" sont deux méthodes largement utilisées dans certains pays, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou les Etats-Unis, et dont l'efficacité est démontrée par de très nombreuses recherches, surtout lorsque ces méthodes sont appliquées dans le cadre d'une politique cohérente de réduction des risques.

Réduction des risques : de quoi s'agit-il?

La réduction des risques est une théorie de politique sociale en matière de santé qui se donne comme priorité la réduction des conséquences négatives de la consommation de drogues. Elle se présente comme une alternative à la politique "abstentionniste" qui se donne comme priorité de réduire l'usage de drogues, voire le supprimer. Tandis que la première trouve ses racines dans le modèle scientifique propre à la santé publique avec un volet humanitaire et libéral, la seconde trouve ses racines dans la loi pénale dans un cadre paternaliste moral et médical.

La réduction du risque comme stratégie individuelle et collective se résume dans l'idée suivante : s'il n'est pas encore possible pour l'individu d'arrêter la prise de la substance injectable, ou s'il n'en a pas envie, on doit au moins essayer de minimiser le risque qu'il fait encourir aussi bien à lui-même qu'à son environnement. La réduction des risques dans le contexte du sida est une politique contractuelle

partenariale entre les Pouvoirs Publics et les usagers, dont le but est de substituer à la "guerre à la drogue" la "paix des partenaires"; il en résulte un contrat dont le mot-clé est la responsabilité réciproque. Plus la société marginalise les toxicomanes, moins elle peut attendre d'eux qu'ils agissent de manière responsable : ne pas partager les seringues, ne pas les jeter dans les lieux publics, utiliser le préservatif, etc... A l'inverse, moins la société les marginalise, plus elle les intègre dans une politique à visée préventive, plus ils agissent comme des citoyens responsables.

Le renforcement de ces formes de responsabilité protégerait la société d'une catastrophe épidémiologique en contribuant à stopper la progression du virus dans la population toxicomane en particulier et dans la population en général, les toxicomanes ayant naturellement une vie sexuelle, hétéro ou homo, comme l'ensemble de la société.

Pratiquer une politique de réduction des risques suppose l'établissement préalable d'une hiérarchie des buts à atteindre par une telle politique. Cela suppose de savoir quels sont les comportements à changer, quels sont les comportements à acquérir pour réduire les risques et les moyens à mettre en oeuvre pour opérer un tel changement.

La décision du "Advisory Council on the Misuse of Drugs", placé auprès du gouvernement britannique, visant à introduire la politique de réduction des risques est le meilleur exemple à donner. Le Council s'est donné comme objectif de réduire la transmission du VIH parmi les usagers de drogues; la hiérarchie des objectifs fut fixée comme suit : en essayant de réduire le partage des seringues, transformer l'usage par injection en usage oral, réduire la quantité de drogue consommée et finalement promouvoir l'abstinence.

D'autres objectifs secondaires sont aussi visés; en cas de partage, nettoyer ou stériliser les matériels d'injection avant de les passer aux autres partenaires, réduire le nombre de personnes avec qui on partage les seringues, inciter à la consommation de drogues médicalement prescrites au lieu de drogues illicites. L'analogie est faite avec le système de sécurité des acrobates, où lorsqu'un filet se défait il y en a toujours un autre dessous.

Prévention de l'extérieur, prévention de l'intérieur.

La prévention de l'infection au VIH chez les usagers de drogues, pour être efficace, doit opérer et agir simultanément sur trois niveaux :

- Le comportement individuel (l'individu);
- Le style de vie (le groupe);
- La sous-culture de la drogue (mentalités et représentation sociales).

Si le premier point peut partiellement être réalisé par la prévention conventionnelle au niveau de l'individu isolé (médias, plaquettes, etc...), les deux autres ne peuvent être réalisés que si le groupe social visé est lui-même partie prenante active dans un tel changement. Dans ce sens, le lien entre la réduction du risque et l'auto-support ne peut être plus évident.

La transmission du VIH chez les usagers de drogues résulte d'un comportement social : partager les matériels d'injection ou avoir des rapports sexuels. Prévenir le sida demande donc un changement dans le comportement social (inter-personnel) des usagers. Ces changements affectent l'ensemble des rapports de la personne avec ses partenaires.

Pour cela, toute action visant au changement dans le comportement individuel des usagers sera inadéquate si elle n'est pas accompagnée de changements similaires chez les autres partenaires et acceptée comme telle par eux. Autrement dit, on est prêt à changer soi-même de comportement si l'entourage et les pairs ont déjà changé leur comportement ou sont sur le point de l'être. Le changement de comportement social du groupe produit un changement du comportement individuel.

Partager les seringues par exemple n'est pas toujours le résultat du manque de seringues stériles, ni le résultat de l'ignorance des modes de transmission du VIH. Le comportement individuel tend souvent à s'aligner aux normes dominantes dans le groupe des pairs, ou la sous-culture auxquels l'individu appartient.

Tandis que les actions de prévention de l'extérieur visent à modifier certains comportements au niveau individuel,

l'auto-organisation, agissant de l'intérieur, vise en revanche à intégrer, généraliser et enraciner des changements dans la sous-culture de la communauté. Cette dernière devient émetteur et producteur actif de son modèle préventif. La communauté se positionne comme un sujet ; elle est le but et le moyen de changement désiré. Dans le modèle extérieur, elle ne peut qu'être un objet, un récepteur, consommateur passif des informations éclatées visant à modifier certains comportements à risque. La non-prise en compte des liens organiques entre ces comportements et les autres éléments de mode de vie de la sous-culture de la drogue rend malaisée l'intégration des comportements préventifs et, de ce fait, leur application par l'utilisateur est problématique.

Une autre limitation à la portée de ce modèle extérieur résulte de la clandestinité imposée aux usagers, en ce sens que ce modèle ne peut, par sa nature même, toucher qu'une partie infime de ceux auxquels il est destiné; ce qui réduit d'autant son efficacité.

Par contre, la prévention de l'intérieur métamorphose le message préventif en comportement socialement valorisé par les groupes de pairs eux-mêmes. Il en résulte en pratique que le nouveau comportement n'est plus un objet de conflit ou de résistance. Il n'exprime plus une méfiance vis à vis de l'autre mais il devient un comportement ordinaire car il est accepté par tous.

L'auto-support, peut, par ce soutien de l'intérieur, aider à introduire de nouvelles normes de réduction de risques dans la sous-culture de la drogue, ou rendre ces pratiques acceptables et opérationnelles lorsqu'elles existent déjà au niveau individuel : généraliser, enraciner, transformer ces pratiques en normes socialement valorisées par le groupe.

Dans ce sens, l'auto-support pourra contribuer à ralentir, voire même à stopper, la progression du VIH et du sida dans la communauté des usagers de drogues en créant un climat de soutien social en faveur de la réduction des risques et en utilisant l'influence du groupe d'appartenance lui-même comme un levier de ce changement.

CUILLÈRE, COTON, ET COMPAGNIE

Utiliser une seringue neuve ou stérile, c'est bien mais ce n'est pas toujours suffisant pour éviter la contamination VIH. Les docteurs S. Koester et R. Booth de l'école de médecine de Denver (colorado, USA), nous expliquent pourquoi il faut aussi faire attention à l'eau, à la cuillère et au coton.

«Le partage des seringues est bien sûr la voie de transmission du VIH la plus évidente chez les usagers de drogues intraveineuses. Mais des informations recueillies au cours d'interviews ciblées conduites avec des usagers de Denver (Colorado) semblent indiquer que les usagers de drogue peuvent également se transmettre le virus en partageant l'eau ou d'autres instruments de la préparation du shoot. La succession des différentes opérations peut en effet mettre les usagers en danger, même lorsque ceux-ci ont leur propre seringue, soigneusement nettoyée au désinfectant».

«De fait, le travail ethnographique de terrain effectué à Denver chez les Usagers des Drogues par Voie Intraveineuse, (UDVI) ainsi que des discussions avec des spécialistes de la prévention du SIDA semblent indiquer que le message de non-partage de la seringue doit également concerner d'autres éléments du matériel des UDVI. Des informations fournies par ces derniers montrent qu'un certain nombre d'autres aspects de la préparation et de l'administration du shoot risquent de compromettre l'efficacité d'un effort de prévention qui ne mettait l'accent que sur la seringue elle-même.»

«En tant que médecins, nous insistons sur le fait qu'il est nécessaire d'informer les UDVI sur le danger de se servir d'eau, de cotons ou de cuillères usagées. En dehors d'une seringue souillée, c'est dans le partage de l'eau nécessaire à la préparation du shoot que réside le risque le plus probable de contamination. Il est en effet courant qu'un groupe d'usagers veillant pourtant à utiliser chacun sa seringue partage l'eau contenue dans un même récipient. Dans ces conditions, si un usager séropositif se shoote puis trempe sa seringue dans l'eau avant de l'avoir soigneusement désinfectée, il risque de la contaminer. En effet, chaque fois qu'un usager y trempe

**Abdalla
TOUFIK**

son aiguille, juste après le shoot, un peu de sang, même en quantité infinitésimale vient s'y mélanger. Si bien que le partage de l'eau peut constituer un mécanisme actif de transmission du virus. La probabilité de celle-ci dépend en partie de la quantité de virus présente, elle-même étant fonction de la quantité de sang contaminé déposée dans l'eau.»

«Ainsi, dans certains squats où les usagers se réunissent pour shooter, on a pu voir l'eau du récipient commun prendre une couleur rose à cause du nombre d'aiguilles qu'on y trempait. Le risque de contamination par l'eau est sans doute moins important que par le partage des seringues souillées, mais dans la mesure où nous ignorons toujours la quantité minimale de virus nécessaire à la contamination, nous suggérons fortement aux usagers de ne partager, de façon générale, aucun élément de leur attirail.»

«Pour les UDVI, l'eau sert à deux choses : à rincer la seringue et à mélanger au produit pour le faire fondre avant de l'injecter. Il est dangereux de partager cette eau parce que les usagers y rincent fréquemment leur seringue immédiatement après l'injection, pompant puis refoulant le liquide 2 ou 3 fois. Le but de cette opération n'est pas d'ordre hygiénique. Il s'agit simplement de s'assurer que la seringue n'est pas bouchée par un caillot de sang séché ou un résidu de drogue - ceci afin de pouvoir la réutiliser par la suite.»

«Dans ces conditions, tout usager qui se sert de l'eau où quelqu'un d'autre a rincé sa seringue, utilisera par le fait même une eau souillée par le sang de son prédécesseur. Un usager nous a expliqué : «les gens ne nettoient pas leur matériel avant de se shooter, mais après, et ils le lavent dans un verre ou le bol d'eau commun, dont tout le monde se servira avant et après eux. Il est fréquent qu'au même moment, quelqu'un lave sa pompe dans le verre d'eau tandis qu'un autre est en train d'y puiser de l'eau pour mettre dans la cuillère avec sa came.»

Dans ce cas, l'usager qui pompe l'eau pour préparer son shoot puise une eau souillée par ses prédécesseurs qui se sont déjà piqués et y ont rincé leur seringue. Et cette eau, il s'en servira pour diluer sa drogue avant d'injecter le tout. Il en résulte que tout le matériel peut-être ainsi contaminé, et notamment la cuillère, le coton et bien sûr la seringue.

«Ce qui est particulièrement alarmant

dans ce «scénario» est qu'il peut conduire à la contamination par le VIH même si les usagers utilisent chacun leur propre seringue -ou la désinfectent avant de se la repasser. Un autre usager nous a confié à ce propos : «il y a des fois où tout le monde doit se servir de la même eau, ou encore de la même cuillère, ... ce n'est pas tant les pompes (seringues) qu'on partage, mais ça revient au même, parce que votre pompe et votre aiguille sont en contact avec tout le reste : l'eau, la cuillère, le coton, etc ...»

«Le partage de certains autres objets nécessaires à la préparation du shoot peut également accroître le risque de contamination par le VIH. La cuillère et le filtre peuvent constituer des points de contamination. Lorsque des usagers achètent et consomment ensemble le produit, il est fréquent qu'ils se partagent en effet la cuillère et le coton.»

«Ce partage augmente grandement les risques de contamination, parce qu'il multiplie les occasions de transmission du virus. Le danger demeure même lorsque les usagers utilisent des seringues individuelles. Si celles-ci entrent en contact avec la cuillère ou le coton commun, la solution de drogue qu'elle contient peut s'en rouvrir contaminée, d'autant que le virus demeure, même après évaporation...»

« C'est pourquoi nous tenons à recommander avec insistance aux usagers de ne partager aucun élément de leur matériel. Nous leur recommandons d'avoir leur verre ou leur coupelle d'eau individuelle de même que leur cuillère ou leur coton.

SERINGUES USAGÉES

Je sais, on a l'air de râbacher, mais on ne le dira jamais assez : non, une seringue propre en apparence n'est pas une seringue stérile. Même dans quelques traces microscopiques de sang dans une seringue ou une aiguille infectée, le virus du SIDA garde toute sa virulence. Et ce, même plusieurs semaines après la dernière utilisation.

Parce qu'il ne supporte pas l'exposition à l'air, le virus du SIDA, le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) n'a que peu de chances de survivre à l'extérieur du corps humain. Sauf quand il se trouve dans les traces de sang qui subsistent à l'intérieur d'une seringue ou d'une aiguille. Dans ce cas, le sang infecté est particulièrement protégé, à l'abri de

l'air - surtout à l'intérieur d'une aiguille obstruée par un caillot. Et la température à laquelle est conservée la seringue infectée ne fait aucune différence.

Un virus n'est pas en effet un organisme «vivant», au sens classique du mot et la congélation, par exemple, ne l'affecte pas. En fait, il ne pourra être détruit que par très haute température (l'eau bouillante, par exemple). Et la propreté apparente de la seringue usagée ne fait aucune différence. Des chercheurs américains ont examiné des seringues usagées sur lesquelles il n'y avait plus de trace de sang visible. Ils ont retrouvé le VIH dans la plupart d'entre elles; ce qui montre que le virus peut parfaitement survivre à l'intérieur d'une seringue ... mais pour combien de temps, peut-on se demander?

Pour le savoir, un de ces chercheurs a laissé de côté pendant une semaine trois seringues utilisées par des Usagers des Drogues porteurs du virus. Puis, ce délai écoulé, il les a rapportées au laboratoire pour un test de dépistage. Le virus était présent dans les trois seringues. Ce qui tend à démontrer que celui-ci peut survivre pendant plus d'une semaine à l'intérieur d'une seringue. Bien qu'on n'ait pas procédé à des recherches à ce sujet, on a estimé la durée approximative de survie du virus dans une seringue à au moins trois semaines, et peut-être même plus longtemps si les traces de sang sont dans l'aiguille, à l'abri de l'air ambiant. C'est ainsi que, dans du sang conservé sous vide, le virus est pratiquement immortel.

En d'autres termes, cela signifie que, quelque soit le délai écoulé depuis la dernière utilisation, il est toujours dangereux de réutiliser une seringue non stérilisée. En effet, si vous vous shootez avec une seringue contaminée, vous vous enverrez forcément du sang infecté dans les veines. Ce qui ne veut pas dire que vous vous contaminerez à tous les coups, mais le risque est considérable.

Les risques de se retrouver contaminé en s'égratignant avec une seringue infectée sont peu élevés, mais réels. Ainsi, toujours aux Etats-Unis, on a fait des tests de dépistage à un échantillon de 17.000 personnes qui se sont piquées superficiellement par accident avec des seringues infectées. Seuls deux d'entre eux étaient devenus séropositifs. Deux, c'est peu bien sûr, mais s'il s'agissait de l'un de vos proches ? De vous même?

YVON MOISAN

■ lettre ouverte ! à tous et a toutes !!

Qui y a-t-il de plus injuste qu'un homme ou une femme à qui les autres enlèvent son droit le plus légitime à vivre sa sexualité ?...

C'est souvent l'ignorance de la propagation du SIDA qui génère le rejet. Alors pourquoi ne pas vous informer !!. Loin de moi l'idée de faire un procès d'intention à quiconque. C'est malheureusement de l'ignorance..que naît la peur, la peur de l'autre, de celui qui est différent..

Or à cause de sa maladie le séropositif se sent frustré Parfois même amputé dans son intégrité physique. Finalement seul face à l'adversité, il se retrouve rejeté à cause de son honnêteté et de sa responsabilité vis à vis d'autrui. Ne le laissons pas livré à lui-même, reclus dans son propre ghetto intellectuel où il devra faire face à son manque affectif et relationnel. En le marginalisant socialement. Or on sait que la solitude est un terrain favorable pour engendrer le syndrome de la paranoïa ou de la culpabilité. Ce n'est pas tant (bien que cela soit important) la privation charnelle qui est le vrai problème, mais tout ce qui en découle..!

Cet homme n'est pas un criminel, c'est juste un individu malade, il souffre dans sa chair et dans son âme, il a peur. A-t il raison de prévenir ses partenaires ? J'en suis persuadé ! D'ailleurs en général le (ou la) séropositif qui a la probité de vous le dire, est souvent à même de vous informer efficacement et de vous conseiller sur les moyens (préservatif masculin, et technique amoureuse) de prévention SEXUELLE.

Cet homme (ou cette femme) se pose de multiples questions sur son devenir. Et il en a assez d'entendre les discours démagogiques sur la fraternité, devant la maladie Il ne veut plus se reconnaître dans ces clichés misérabilistes. Renseignez-vous sur la prévention du SIDA.

Le séropositif ne réclame pas votre pitié ! ce qu'il désire c'est de la compréhension et un peu de chaleur humaine. Si il a des devoirs envers nous tous, accordons-lui ses droits. Si demain vous étiez atteints du VIRUS de L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE ACQUIS, de quelle façon ressentiriez-vous cet ostracisme ? et cette ségrégation face à la MALADIE ? Les séropositifs dans leurs grande majorité sont conscients de la peur et de la psychose que crée le SIDA.

En prenant toutes les protections en matière de PROPHYLAXIE sexuelle et les alliant une hygiène rigoureuse, vous pouvez vivre avec une personne séropositive. VOUS NE RISQUEZ RIEN en ayant des relations SEXUELLES avec cette personne. Si, au hasard de vos aventures sentimentales, vous en rencontrez-une ou un séropositif, (pour cela il faut changer l'approche de tout un chacun par rapport à la maladie; et cela demande du temps, et de la compréhension.) AIMEZ-LE (ou AIMEZ-LA), car comme n'importe qui, il a besoin d'affection. Sachez que pour lui, un jour de plus, c'est aussi une victoire et le seul fait d'être encore reconnu en tant qu'homme, et de savoir qu'il peut encore susciter le désir et l'amour de quelqu'un d'autre peut lui donner confiance en lui et lui faire de nouveau croire au concept de l'humanisme. N'ayons pas la mémoire courte, rappelons-nous ce que certaines ethnies ont souffert il y a cinquante ans, si nous ne prenons pas garde. Peut-être que certains pays refuseront leur visa aux SEROPOSITIFS et aux SIDEENS. A force d'être rejetés sexuellement, les SEROPOSITIFS seront-ils obligés de créer des clubs de rencontre !! Je me fais l'avocat du diable; mais pourquoi ne pas concevoir dans cette hypothèse que des pays à obédience fasciste n'obligent pas les SEROPOSITIFS à porter un signe distinctif (genre logo jaune cela ne vous rappelle rien ?) Bien sûr cela est de la fiction, heureusement mais soyons vigilants. Car le SIDA est un virus qui a comme vecteur principaux; LE SANG, LE SPERME, ET LES SECRETIONS VAGINALES!!

Y v o n MOISAN

Amis lecteurs ou lectrices :

Si vous désirez soutenir notre action et nous envoyez vos témoignages , vos inquiétudes ,écrivez-nous :

GROUPE - ASUD : 45 rue Rebeval 75019 PARIS
TEL : 42.45.24.24 FAX : 42.45.78.70

RECOMMANDATIONS

- 1) Je ne prête jamais ma seringue, même à un ami
- 2) Je refuse la seringue d'autrui, même d'un ami
- 3) Je stérilise **toujours** ma seringue avant chaque utilisation
- 4) Je rince bien ma seringue (au moins 3 fois)
- 5) Je remets **toujours** le capuchon sur ma seringue
- 6) Je casse l'aiguille et et je l'enlève avant de la jeter
- 7) Dans la rue, je la jette dans une vieille boîte de Coca que j'écrase avec le pied
- 8) Je garde chez moi une ampoule de NARCAN (en cas d'Overdose)
- 9) Je reste près de la personne en overdose pour conduire les secours
- 10) Je ne touche pas au sang ou à une plaie de quelqu'un d'autre
- 11) Je n'envoie **jamais** tout le produit d'un seul coup (j'attends 30 secondes pour tester)
- 12) Je ne prends **jamais** de tranquillisants ou de somnifères avant un shoot (mortel !)
- 13) Je fais mon dépistage du SIDA tous les 6 mois
- 14) Je ne donne **jamais** mon sang
- 15) Je mets **toujours** des préservatifs
- 16) Je ne laisse **jamais** mes outils à la portée d'un enfant
- 17) Je prend **toujours** de l'eau stérile ou courante
- 18) Je ne touche **jamais** aux artères, à la langue, au cou et aux yeux
- 19) Je n'envoie pas le produit s'il y a du sang coagulé ou un dépôt dans la seringue
- 20) J'essaye de garder un rythme veille-sommeil, de manger à des heures régulières, et autant que faire se peut, de respecter mon corps.



**INTERVIEW DE MME LE
DOCTEUR ANNIE SERFATY
DE LA DIVISION SIDA DE LA
DELEGATION GENERALE
DE LASANTE (DGS) DU
MINISTERE DE LA SANTE**

SEPTEMBRE 1992.

Nous remercions Madame le Docteur A.SERFATY d'avoir bien voulu répondre à nos questions, au nom du Groupe ASUD constitué d'Usagers de Drogue, d'Usagers sous substitution et d'ex-Usagers de Drogue, dans leur publication. Le Groupe ASUD.

ASUD : Quelle est actuellement la situation en France en matière de Sida chez les Usagers de Drogues ?

Dr A.SERFATY : Les données de surveillance des cas de SIDA en France sont répertoriées et analysées par la Division Sida. Tous les Trimestres, un rapport est publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. (La déclaration anonyme des cas de SIDA est obligatoire en France depuis le décret du 10 juin 1986).

La situation épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) liée à l'usage des drogues par voie injectable est encore préoccupante en France.

La France reste un des pays d'Europe les plus touchés par le SIDA (un taux d'accroissement de 30% est observé en 1 an) - avec 341,9 cas de SIDA (cumulés depuis 1978) par million d'habitants au 30 juin 1992 (au 31 mars 1992, ce taux est de 363,64 cas par million d'habitants en Suisse, contre 337 en France). **En France, la proportion des cas liés à l'usage de drogues par voie injectable croît plus rapidement que celle des autres groupes de transmission.** Au 30 juin 1992, le Ministère de la Santé a répertorié 20 250 cas de SIDA. Les Usagers de Drogues utilisant la voie injectable (UDVI) sont la deuxième population exposée au risque de la contamination par le VIH, après les homosexuels/bisexuels représentant 50,5 % des cas cumulés, soit 10 236/20 250. Les cas de sida chez les UDVI représentent 21,7 % des cas, soit 4 387/20 250. A ces cas, il faut ajouter, 347 homosexuels/

bisexuels usagers de drogues, 330 hétérosexuels ayant eu des partenaires usagers de drogues, 119 enfants nés de mères consommatrices de drogues et 22 enfants nés de mères ayant eu des relations avec des usagers de drogues. L'ensemble représente 5 205 cas liés directement ou indirectement à l'Usage des Drogues (UD), soit 25,7% des cas cumulés.

C'est depuis fin 1985 - début 1986, qu'une agmentation significative de la proportion des UDVI parmi les cas de SIDA diagnostiqués dans une année commence à être observée : 3,9% en 1984, 7,4% en 1985, 12% en 1986, 15,1 % en 1987, 20,8% en 1988, 23,4% en 1989, 24,6% en 1990 et 26,5% en 1991. Comparativement, un pourcentage de 65,7% d'UDVI est observé en Italie, 64,2% en Espagne, 37,1% en Suisse, 36,9% en Pologne, 21,5% en France, 8,1% aux Pays Bas et 4,5% au Royaume Uni (Centre Européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA).

Concernant la proportion des homosexuels/bisexuels utilisateurs de drogues, elle a plutôt diminué : 2,1% en 1984, 3,2% en 1985, 2,5% en 1987, 1,4% en 1988 et 1,1% en 1990 et 1991. Par contre, sur l'ensemble des cas de SIDA liés à l'usage des drogues, la proportion d'hétérosexuels ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires UDVI a augmenté : 4,1% en 1985, 8% en 1987, 16,1% en 1990 et 20,5% en 1991.

Il faut noter par ailleurs les fortes disparités géographiques de l'épidémie : d'après les données de la surveillance, la région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) est la plus touchée, avec une prévalence des cas de SIDA liés à l'usage des drogues de 330,9 cas par million d'habitants. La proportion des UDVI parmi les cas de SIDA dans la région est de 43,9% contre 34,2% homosexuels/bisexuels. Cette tendance dans la répartition des «groupes à risque» rejoint celle des cas de SIDA en Corse avec 50% d'UDVI.

Paris-Ile de France est la deuxième région à être la plus touchée, avec 190,7 cas de SIDA liés à l'usage des drogues par million d'habitants. Les UDVI représentant 17,1% contre 60,1% homosexuels/bisexuels. L'incidence des cas de SIDA chez les usagers de drogues est en nette progression depuis 1985 : elle

est de 0,034% en 1985, de 0,12% en 1986, et de 0,82% en 1990. L'incidence des cas de SIDA chez les UDVI, représentant **le risque pour un usager de drogues d'avoir un SIDA, celui-ci est 2,5 fois supérieure à celui d'un homo-bisexual en 1990.**

La surveillance des cas de SIDA nous informe sur une partie de l'épidémie chez les Usagers de Drogues. Le Rapport ANRS/DGS sur la prévalence de l'infection par le VIH en France, en 1989, a estimé que **21 000 à 42 000 usagers de drogues utilisant la voie injectable étaient séropositifs.** L'enquête du SESI (Service Statistique des Etudes et des Systèmes d'Information du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration) sur la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes trouve un taux d'usagers de drogues atteints d'infection par le VIH s'élevant à 18,1% en Novembre 1990.

ASUD : D'après votre expérience, quels sont les problèmes spécifiques liés à la prévention du Sida chez les Usagers de Drogues ?

A.SERFATY : J'aurais tendance à classer les problèmes liés à la prévention de l'infection par le VIH chez les Usagers de Drogues (UD), selon deux rubriques. 1) celle concernant l'adoption de comportement de prévention 2) celle concernant les difficultés rencontrées dans la mise en place des programmes d'accès au matériel d'injection stérile.

1) Les comportements relatifs au partage des seringues entre UD ont tendance à évoluer de plus en plus vers des comportements de prévention. L'étude menée par l'IREP (Institut de Recherche en Epidémiologie de la pharmacodépendance) en 1990-91, sur les attitudes et les pratiques des UD par rapport à la transmission de l'infection par le VIH, constate que 95,5% des UD interrogés achètent leur seringue en pharmacie, 41% déclarent avoir cessé tout partage et 67,3% ne prêtent pas leur seringue, et cela plus souvent en 1990/91 qu'en 1987/88 (Ingold). De même, une étude en Alsace-Lorraine (1991) a montré que 51% des 180 UD enquêtés déclarent ne jamais emprunter de seringue (Jacob). Par ailleurs, plusieurs études ont montré que l'achat et l'usage des préservatifs chez les UD sont plus fréquents mais l'utilisation des préservatifs n'est pas la règle.

Si les UD semblent plutôt bien informés, et concernés par le SIDA, 85% à 90% ont fait un test de dépistage, **le maintien des comportements de prévention reste une utopie en regard des conditions de vie du toxicomane.**

Comme le souligne le Dr INGOLD, la question qui se pose actuellement est de savoir si l'adoption des comportements de prévention chez les UD a atteint son maximum. Aux Pays-Bas, le Ministère du Bien-Etre, de la Santé et de la Culture fait le constat que la dissémination de l'infection chez les UD continue à s'étendre, malgré une politique de réduction des risques bien développée. Cet état de fait questionne le choix des interventions de prévention actuellement en place dans ce domaine.

2) L'accès aux moyens de prévention : le matériel d'injection stérile, les tampons alcoolisés, l'eau stérile, les préservatifs, l'eau de Javel ..., restent insuffisants. **Certaines pharmacies refusent encore trop souvent la vente de seringues ou les vendent à plus de cinq francs l'une.** La présence de pharmacies ouvertes après 20 heures ou le week-end est rare et ceci est encore plus vrai en dehors de Paris. Par ailleurs, le dispositif de prise en charge des toxicomanes s'est impliqué dans la mise en place d'actions spécifiques de prévention de l'infection par le VIH, mais les projets restent encore limités. Les conseils de prévention concernant les risques sexuels semblent peu intégrés dans la pratique des professionnels (Lert). Les réponses des pouvoirs publics face à l'épidémie du SIDA ont été fondées sur la solidarité avec les personnes vivant avec le VIH. Cependant, à ce jour aucune campagne sur la promotion de la seringue pour usage personnel, ainsi que la récupération du matériel usagé n'a été menée, et cela probablement par crainte de stigmatisation du groupe..

Les programmes de prévention qui ont intégré l'échange de seringues sont encore trop peu nombreux en France. Depuis l'année 1992, le ministère chargé de la santé a pour objectif d'étendre les programmes de prévention du VIH chez les Usagers de Drogues comportant un volet échange de seringues.

ASUD:

Quels sont, d'après-vous, les retombés de l'illégalité, et de la répression qui en découle, sur la prévention du SIDA et sur

les soins chez les usagers de drogues ?

A SERFATY :

Si on prends l'exemple des programmes d'accès à l'échange de seringues auprès des UD, il a été rapporté à plusieurs reprises par les utilisateurs des programmes, la crainte de garder sur soi des seringues de peur d'être interpellé. Ici, une des conséquences de la répression de l'usage de drogues illicites qui est observée, est la présomption de délit en cas de port de seringue. Cette situation peut, en effet, créer un climat de méfiance et rendre difficile l'accès à l'échange de seringues, ainsi que l'approvisionnement de seringues en pharmacies.

ASUD : Y- a-t-il contradiction entre «lutte contre la consommation de drogues» et « lutte contre l'infection par le V.I.H chez les usagers de drogues» ?

A SERFATY : Je suis tenté de répondre, pas forcément. Il faut commencer par préciser les niveaux de gravité des deux problèmes à traiter. Dans un cas, **il s'agit d'une maladie mortelle, une infection irréversible**, dont le moyen d'action prioritaire est de prévenir la transmission du virus, dans l'autre cas, il s'agit de **comportements toxicomaniaques dus à la consommation de produits illicites dont les conséquences sur l'individu sont plus ou moins graves** selon le (les) produits et la manière de le (les) consommer.

Le premier problème relève de l'urgence de santé publique, le deuxième est un travail thérapeutique et social pouvant s'inscrire sur du moyen ou long terme **La dimension préventive du VIH est donc à prioriser par rapport à celle de l'arrêt de la drogue:** c'est là où se situe à mon avis cette contradiction, cependant, il ne faut pas négliger non plus le fait que la réduction des risques d'infection chez les usagers passe aussi par la gestion de la consommation des produits.

Je conclurai en disant qu'à ce jour l'extension de l'épidémie liée à l'usage de drogues par voie injectable reste un problème prioritaire de santé publique et les réponses à apporter sont urgentes à mettre en place .

ASUD: Que pensez-vous de l'auto-support comme approche en matière de réduction des risques de prévention du SIDA chez les usagers de drogues? Que pensez-vous de la création du groupe ASUD. Est-ce

unpartenaire souhaitable, crédible?

Par ailleurs; Quel type de concertation pourrait être envisageable entre le Ministère de la Santé et les usagers de drogues? Par le groupe ASUD? plus concrètement, existe-t-il des possibilités de partenariat entre ASUD et le Ministère de la Santé?

A SERFATY: Je regrouperai ma réponse à toutes ces questions : **je pense tout d'abord que la création d'un groupe d'auto-support des usagers de drogues, dans le cadre de la prévention de l'infection par le V I H chez les usagers de drogues, est un événement important en France.** Plusieurs actions de prévention du SIDA chez les U-D avaient déjà intégré et fait participer des ex-usagers de drogues (A F L S)

L'organisation d'un groupe d'usagers ou d'ex-usagers de drogues est nécessaire pour servir de relais de prévention de l'infection par le VIH auprès des usagers.

Il est encore trop tôt pour définir la manière dont le ministère chargé de la santé et ASUD vont travailler ensemble, néanmoins, **un champ commun de travail pourrait être envisageable** à plusieurs niveaux: consultatif sur la faisabilité de certaines actions de prévention, d'observation sur des situations extrêmes qui échappent à toute approche de prévention, de conseil sur de nouveaux modèles d'actions. De toute façon ,l'existence d'ASUD sera pris en compte. Si en considérant qu'un des objectifs de la prévention est **d'accompagner les usagers pour qu'il deviennent promoteurs de leur propre santé:** responsabilité individuelle et envers autrui, implication des intéressés(pairs) et accès aux moyens de prévention sont des approches à prendre en compte.

Par ailleurs, il faut préciser qu'ASUD sera d'autant plus légitimé dans le domaine de la prévention, que ses membres iront se documenter sur le SIDA. S'inscriront dans un réseau de partenaires français, bénéficieront des acquis des expériences françaises et étrangères et pourront repérer les limites de leur champ d'intervention.

ASUD : Nous pensons que l'échange de seringues par les usagers de drogues serait plus efficace. La législation semble bloquer une telle expérience. Faut-il développer l'échange de seringues ? par qui? L'évolution vers l'échange de seringues par les usagers et ex-usagers

est-elle envisageable? Si oui, que pensez-vous faire dans ce domaine?

A SERPATY :

Les programmes de prévention de l'infection par le VIH avec échange de seringues apparaissent nécessaires pour accompagner les usagers de drogues à accéder à une information-conseil personnalisée autour des risques de contamination par le VIH ainsi qu'aux moyens de prévention, en particulier les seringues propres, les tampons alcoolisés, les préservatifs de plus, ces programmes intreviennent aussi à un niveau plus large sur la maîtrise des risques : ceux des accidents de piqûres accidentelles avec des aiguilles usagers abandonnées sur la voie publique.

Il n'est pas souhaitable de dire que la législation bloque de telles expériences. Actuellement en France des projets sont en cours de réalisation : un travail préalable avec les forces de police localement, avec les élus a permis le plus souvent l'obtention d'une neutralité bienveillante autour de ces programmes.

Ces programmes méritent d'être développés dans les zones les plus à risque de toxicomanie. Depuis la remise du rapport d'évaluation(6) des trois programmes expérimentaux, la division SIDA de la direction générale de la santé, en collaboration avec le bureau toxicomanie/alcoolisme/tabagisme de la DGS, la direction de l'action sociale et l'AFLS, a mis en place un groupe de travail relatif à l'extension des programmes de prévention avec échange de seringues. En avril 1992, un courrier a été adressé à toutes les directions départementales des affaires sanitaires et sociales pour développer ces actions dans les départements...

la Fédération Léo Lagrange Ile de France, et chargé de mission pour le Comité inter-associatif du Combat pour la Vie Ile de France. La plupart des projets sur lesquels je travaille, et donc indirectement mon propre salaire, sont financés par la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

N'étant ni psychologue, ni sociologue, ni médecin, ni juriste, mon point de vue ne saurait avoir la valeur de vérité d'une "Parole de Spécialiste", même si à travers mes études, une jeunesse tumultueuse, l'exercice de nombreux métiers, une vie parisienne et banlieusarde, et mes fonctions d'animateur et de formateur d'insertion j'ai eu l'occasion de capitaliser des éléments de réflexion et des expériences sur ce domaine.

Quoique non spécialiste, je suis souvent présenté et perçu comme travaillant "sur la drogue", sorte de "Mister Défoncé" à qui l'on demande souvent, pour rire, si il a souvent l'occasion de goûter ce dont il parle, voire, pour les rieurs les plus hardis, s'il n'aurait pas sur lui quelques échantillons choisis pour une dégustation conviviale; comment ne pas repenser à Prévert qui écrit sur "ceux qui sentent le poisson parce qu'ils travaillent le poisson".

Cependant, je fais partie de ceux, toujours plus nombreux, qui consacrent beaucoup de temps et d'énergie à expliquer que la prévention de la toxicomanie doit être située dans un cadre de prévention sociale et sanitaire générale et que la vraie question n'est pas de "lutter contre le fléau de la Drogue" décrit et représenté comme l'incarnation du Mal Absolu.

Il convient, en la matière, d'afficher et de défendre quelques convictions: Prévenir, c'est former, éduquer, donner aux jeunes et aux moins jeunes la possibilité de diriger leur devenir en régatant sur un fleuve large non tranquille, abondamment grossi de larmes qu'est la vie, en choisissant des ports et mouillages et en se gardant des mille périls pouvant surgir des hauts fonds, fondre du ciel, se cacher dans le clapotis de l'entre deux eaux, ou jaillir de leurs propres coeurs.

Eduquer, c'est d'abord tenter de transmettre sincèrement ce que l'on croit être juste, former, c'est avant tout instruire des libertés. Tout ce travail socio-éducatif de prévention est singulièrement entravé par la chape d'hypocrisie et d'exclusion qui recouvre en France la question de la drogue.

La France fait partie des pays engagés depuis de nombreuses années dans une "Guerre contre la Drogue" qui n'empêche pas les trafics de fructifier mais qui fait de très nombreuses victimes dans les rangs des usagers. Parler de victimes ne relève pas de la métaphore : au Pakistan, entre autre, les détenteurs de drogue sont exécutés, en France les toxico-dépendants infectés par le VIH meurent de devoir choisir entre l'abstinence et l'intégration des protocoles hospitaliers.

Notre nation, grande consommatrice d'alcool et de médicaments, s'obstine à diaboliser certains produits, cultivant la vision fantasmagorique de "produits drogue" fabriquant des "drogués", êtres voués à la désintégration sociale, à la déchéance et à la mort.

Non ! Ce n'est pas le "produit" qui fabrique le "drogué", c'est la personne qui à travers le rapport qu'elle établit avec un produit se construit une dépendance. Je ne dis pas que tous les produits sont identiques quant à leur aptitude à déclencher l'ivresse et le "voyage", je ne nie pas que certains sont infiniment plus dangereux que d'autres, tellement plus prompts à entraîner des dépendances; Je ne nie pas que les dépendances puissent avoir des conséquences dramatiques, mais je dis que c'est le Sujet qui reste le centre de l'Histoire. La consommation d'un produit, c'est un élément dans l'histoire d'une vie, le rôle que cela a, la place que cela occupe, dépendent précisément de la personne qui vit l'histoire, de qui elle est, de ce qui compte à un moment donné pour elle, de la société où elle vit, de l'image que cette société lui renvoie.

Au cours des formations organisées autour de la prévention de la toxicomanie, il est une question que les stagiaires, animateurs, formateurs, enseignants ou gardiens

Communication au groupe ASUD : Alain BAUDOIN (INSERP - Léo Lagrange -)

Je crois qu'il est indispensable de commencer par dire qui l'on est, de préciser le point de vue dont on parle : je suis chargé d'organiser des actions de Prévention pour

d'immeubles, posent de façon quasi systématique et qui illustre bien le problème: «comment reconnaître un drogué?». Expression d'un trouble, car il faut savoir lire les signes, c'est que cela peut bien ne pas être aussi apparent que cela, mais question troublante: comment reconnaître un joueur? Comment identifier un vrai passionné? Comment reconnaître un être humilié par son conjoint? Comment reconnaître une amoureux (une amoureuse) comblé(e), comment reconnaître un contribuable fortuné qui ne paye pas ses impôts? Il y a ce qu'on voit et le reste, comme disait Bertold Brecht, «tous ceux qui pensant «non» disent «oui», et tous les autres qui disent «non» alors qu'ils pensent «oui». Après tout, pour savoir ce qu'une personne fait, il suffit d'établir un dialogue de confiance assez poussé pour qu'elle puisse vous le dire. Il n'y a pas d'autre choix: sans dialogue de confiance, pas de communication, et sans communication, impossible d'éduquer les libertés. La prévention est dans cet effort constant et peu payant d'établir le dialogue là où il est le plus difficile: au point de l'aveu du manque à être, de la fêlure, de la peur, du plaisir. Je salue le Groupe ASUD de contribuer, par son existence même, ainsi que par ses activités à faire avancer un débat social qu'il est urgent de mener dans l'intérêt de tous, pour briser les fausses évidences, pour sortir de la logique d'exclusion et remédier aux désastres sociaux et sanitaires dont nous sommes quotidiennement les témoins. Longue vie à ASUD.

**Alain Beaudoin; Septembre 1992.
INSERP-Léo Lagrange- Ile de France.**

LES ANNEES RIBOMUNYL

L - 627 SUITE

Le film L 627 qui entend montrer avec le maximum de réalisme le travail quotidien des flics de base face au trafic des drogues, a soulevé un enthousiasme quasi unanime... notamment chez les policiers... fort bien: les "cowboys" ont aimé le western reste à savoir ce qu'en pense les "indiens"... Réaction à chaud (suite de la page 7)

...N aurait long à dire sur les véritables conditions d'interpellation des toxicos, qui se résument systématiquement par des brutalités (parfois très violentes), des humiliations et insultes diverses, et bien sûr le chantage! Le brave flic sympa et "tellement humain», héros de L-627 est décidément bien rare dans les rues parisiennes.

Non bien sûr, les flics adoreront votre film Mr Tavernier, sans aucun doute, contrairement aux toxicos de la Goutte d'Or qui ont déjà subi deux rafles successives (et médiatiques) avec interpellations en masse, suite à votre film.

Je crois que les conditions de vie (voire de survie) des usagers sont bien plus dramatiques (SIDA, PRISON, MARGINALISATION) que les petites tracasseries administratives que subissent nos malheureux flics.

Il existe en France un quasi-génocide des usagers drogues, dans une indifférence total alors Mr TAVERNIER! À quand un film qui dénoncerait ce scandale?

Jean René Dard

Si la vie de camé c'est, comme on dit, «la galère», alors pour nous, les rameurs enchaînés à nos bancs, ce sont les shooteuses qui tiennent lieu d'avirons pour nous propulser en cadence sur les océans du mal vivre. Et, trop souvent, hélas, les pharmaciens qui font office de gardes chiourme ...

Ayant seulement - modernité oblige! - troqué le tambour pour le tiroir-caisse et le fouet et le tablier de cuir pour le stylo bille et la blouse blanche.

Et c'est vrai qu'on a tous notre petite anecdote à raconter sur la question ... Les pharmaciens qui vous font la pompe à 10 ou 15 balles, ceux qui vous annoncent avec un grand sourire goguenard qu'ils ne les vendent que par paquet de 10 ou de 40; ceux qui vous fusillent du regard et vous la balancent sur le comptoir comme on jette un os à un chien enragé; et même ceux qui sont carrément de mêche avec les flics postés à la sortie et qui, sur un clin d'oeil complice de l'homme de l'art, se feront un plaisir de vous emballer.

Pas contents? Après tout, personne ne vous oblige à vous droguer et à risquer le Sida - ou au mieux 48 ou même 96 heures de garde-à-voir! - Car n'oubliez pas que si depuis la Loi de 1987, il est légalement autorisé - et même recommandé, pour cause de Sida - d'acheter une pompe, c'est toujours un délit (ou tout du moins la preuve d'un délit) d'en posséder, d'en transporter sur soi,

et évidemment d'en faire usage! Pourtant, malgré ces incohérences kafkaïennes, malgré ces absurdités qui ne font que mettre en lumière de façon flagrante la contradiction et l'incompatibilité entre la répression à tous crins sous la bannière de la «guerre à la drogue» (qui reste la position officielle de notre pays en la matière) et la promotion d'une politique de «réduction des risques» rendue chaque jour plus urgente par l'épidémie du sida - pourtant donc, il faut bien avouer que, quels que soient les ratés et les bavures, la situation créée par la vente libre des seringues, en 1987, n'a rien à voir avec ce qui se passait «avant». Ceux d'entre nous qui ont connu cette époque et qui ont eu la chance de survivre en savent quelque chose!

Et sans vouloir jouer les anciens combattants de la shooterie, il serait bon de rappeler à ceux dont les vies ont peut-être été sauvées par la mise en vente libre des shooteuses ce que c'était que le temps d'«avant» ...

Il faut d'abord savoir qu'à moins de se voir présenter une ordonnance médicale en bonne et due forme (insuline, par exemple, ou tel ou tel analgésique injectable), il était absolument interdit aux pharmaciens de délivrer des seringues

Certains - rarissimes - s'y risquaient cependant, soit pour complaire à un client ami, soit parce-que, conscients de leurs responsabilités, ils choisissaient à

leurs risques et périls de se faire ainsi les pionniers de ce que l'on nomme aujourd'hui la «réduction des risques».....Ou bien tout simplement par esprit de lucre. Mais dans tous les cas ils y risquaient, sinon leur boutique et leur titre, ou même parfois leur liberté, du moins une amende et un blâme sévère. Alors autant dire que tout se passait sous le comptoir.

Et les autres, alors ? tous les autres, tous ceux qu'aucune des vacheries inventées par la répression n'a jamais - et 70 ans d'échecs de la prohibition l'ont clairement démontré-empêchés de se shooter coûte que coûte? Eh bien les autres, c'est à dire la plupart d'entre nous, ils se shootaient-ou plutôt se massacraient, se charcutaient-avec tout ce qu'ils trouvaient. Et quand je dis tout, c'était vraiment TOUT...; du moment que que ça possédait une aiguille creuse plus ou moins aiguisée, un réservoir, un piston, ça faisait l'affaire.

Pour les plus chanceux, ça pouvait être une insuline (comme celles qu'achètent actuellement les U.D d'aujourd'hui) refilee par un copain diabétique. Ou encore revendue sur les lieux de deal entre 30 à 50 frs l'unité (pour une neuve car pour une shooteuse d'occase, c'était moins cher: 5à 15/20 frs selon l'état d'usure !) par des petits malins. Tandis que d'autres, si vous étiez fauchés, vous prêtaient la leur en échange d'une partie de votre dose de came. Ou même vous la louaient contre quelques cotons imbibés..... Il y en avait aussi qui louaient leurs services à ceux qui avaient des problèmes pour se shooter pour la somme de 10 frs» ou contre un peu de mélange plus le coton ayant servi à filtrer votre dope.

Je me souviens ainsi d'avoir vu, dans un squat du défunt Ilôt Chalon dans le 12eme Arr, près de la gare de Lyon, à Paris, des files de plus d'une dizaine de mecs et nanas, en rang d'oignons, manche relevée, garrot serré au bras gauche, cuillère pleine de dope dissoute à la main droite, et qu'ils présentaient, l'un après l'autre à un type au fond de la piaule qui, méthodiquement, y remplissait sa pompe (toujours la même, sauf pour quelques privilégiés qui avait leur matos personnel) et faisait le shoot au client ,empochait ses 10 balles ou son coton imbibé, rinçait très sommairement la pompe dans un verre d'une propreté douteuse,

et au suivant! Non ce n'est pas de la science-fiction, non ce n'est pas du délire: on appelait même ça «le coin des toubibs.» Je le sais : j'ai été un de ces camés qui y faisaient la queue mais tous n'ont pas eu la chance comme moi ,d'avoir survécu car avant l'apparition du V.I.H, l'hépatite, les abcès, la septicémie,et les overdoses faisaient bien des ravages parmi les usagers de drogues! Dans d'autres cas, et en l'absence de ces précieuses «insulines» on faisait avec ce qui nous tombait sous la main-souvent d'énormes seringues intraveineuses, ou intramusculaire,avec de monstrueuses aiguilles, terrifiantes, de vrais pieux, du genre à faire des prises de sang aux chevaux..... à refile des hématomes au Comte Dracula en personne!!

Mais ça, les élégantes petites insulines ou les «pics à glace»de 10 cc, c'était vraiment les deux extrêmes. Entre les deux, l'ordinaire du camé moyen, c'était bien souvent les vaccins- je veux dire évidemment les vaccins»auto-injectables» ,ou vendus avec seringue. A peu près acceptable, du moins pour qui avait le courage d'affronter le regard noir et les questions soupçonneuses du pharmacien : «Une antitétanique auto-injectable? Monsieur part sans doute en randonnée?» etc... avec un peu d'aplomb et un début de manque, l'affaire était dans le sac. Va pour une antitétanique....

Pas trop mal, l'antitétanique. Pour peu du moins qu'on ne craigne pas de s'éclater la veine avec l'aiguille mastocet qu'on sache se débrouiller avec la mini seringue en une sorte de verre plastifié qu'il fallait d'abord soigneusement vider et rincer (sauf à vouloir s'envoyer du vaccin antitétanique dans les veines), ce qui vous obligeait à retirer puis à remettre le piston. La seringue à usage unique», n'étant évidemment pas faite pour ça, le dit piston, une fois votre mélange de dope laborieusement aspiré, avait tendance à mal coulisser et même à se démancher au moment crucial, vous renversant votre shoot sur les doigts... sur le moment, le gag n'était pas vraiment désopilant....

Pas terrible donc l'antitétanique-mais faute de mieux... Et le mieux, en matière de vaccin, c'était bien sûr, le fameux, le sublime «Ribomunyl-injectable» contre la grippe. Le nec plus ultra du vaccin, à 26,80 francs

sans ordonnance (pour peu que le pharmacien ne se montre pas trop regardant). A voir les quantités de, Ribomunyl vendues dans les années 80, nous devrions tous être immunisés à vie contre la grippe ! Mais ce n'était pas, on s'en doute, le but recherché. La beauté cachée du Ribomunyl, c'était bien sûr la seringue - légère, fine, comme une insuline, et presque aussi maniable.

Insuline, Ribomunyl quand on avait la chance de posséder une de ces petites merveilles, au temps de la prohibition des seringues, on la gardait précieusement. Le slogan «Une seringue propre par shoot et par personne» aurait passé pour du pur délire. Pas de gaspillage! Et bien sûr, c'était la moindre des courtoisies que de partager avec les collègues - en toute hygiène, évidemment : on prenait soin de laver sa seringue à l'eau du robinet avant de la refile au copain...et ainsi de suite jusqu'à usure complète. Ce qui, en termes pratiques, voulait dire une moyenne de 10 shoots pour trois ou quatre usagers!

A cette époque où la réduction des risques relevait encore de la science-fiction, une pompe était quelque chose de précieux, un peu comme sa première bagnole pour un adolescent passionné de mécanique. On ne la partageait qu'avec de bons copains, et pour la conserver le plus longtemps possible, on la bichonnait, on l'entretenait avec soin - et avec les moyens du bord.

Si bien que l'UD intraveineux d'avant 87 devenait souvent par la force des choses un véritable expert en bricolages y compris les plus invraisemblables. Pour affûter l'aiguille, par exemple, souvent émoussée après une bonne dizaine de shoots, on la frottait carrément sur le grattoir d'une boîte d'allumettes. Assez doux et souple pour ne pas risquer de bousiller la pointe, il présentait cependant l'inconvénient d'y déposer des morceaux de carton - sans compter les bactéries laissées partoute une journée de maniemment de la boîte avec les doigts. Vous imaginez d'ici les poussières et les abcès ! Mais, pensait-on alors,» qui ne risque rien n'a rien».

Comme pour le piston, qui, au bout d'un certain nombre d'utilisations, finissait par se démancher et perdre son embout

en caoutchouc. Qu'à cela ne tienne : une goutte de colle forte et le tour était joué. A défaut, un petit tortillon de sparadrap pouvait faire l'affaire. Evidemment, à la longue, tout ça ne coulissait plus très bien; un piston qui coinçait en plein milieu d'un shoot, c'était plutôt gênant. Là aussi, nous avions un remède : un peu de salive en guise de lubrifiant - et tant pis pour les germes et autres bactéries ! On pouvait également utiliser une goutte d'huile (et tant pis si ça passait dans le sang) ou, mieux encore - le fin du fin ! un peu de cire d'oreille qu'on recueillait tout naturellement en se ramonant le conduit auditif avec l'embout du piston.

On croit rêver. Et c'est vrai que pour qui n'a pas connu l'époque de la prohibition des seringues, ces détails paraissent totalement surréalistes, voire fantaisistes. Et pourtant, sans parler des milliers de toxicos qui sont morts de ces pratiques imposées par la répression, tous ceux qui ont écumé les pharmacies par douzaines à la recherche d'un vaccin Ribomunyl qu'on partageait à 5 ou 6 copains, savent que je n'invente rien.

Et d'ailleurs, Partout où l'accès aux seringues reste problématique (dans les petites villes de province, par exemple), ou totalement interdit, comme en prison, on continue aujourd'hui à partager les shooteuses à 10 personnes et plus. Malgré le Sida ! Malgré l'hépatite ! Malgré les infections et les mille et une saloperies par lesquelles la répression nous décime en douce - tant il est vrai que la «Guerre à la Drogue», c'est toujours en fin de compte la guerre aux drogués.

Demandez à ceux qui, à Fresnes ou à Fleury, se massacrent avec des pompes bricolées avec une vieille aiguille fauchée à l'infirmier collée au bout d'un tube de stylo bille et un coton tige en guise de piston, demandez leur si c'est vrai ou non. Mais demandez leur vite, avant qu'ils crèvent.

Franck ALAIN

TEXTE

Lettre d' Antonin Artaud à la Sureté Générale sur la liquidation de l'opium.

J'ai l'intention non dissimulée d'épuiser la question afin qu'on nous foute la paix une fois pour toutes avec les soi-disant dangers de la drogue. Mon point de vue est nettement anti-social....Or ce danger est faux. Nous sommes nés pourris dans le corps et dans l'âme, nous sommes congénitalement inadaptés; supprimez l'opium, vous ne supprimerez pas le besoin de crime, les cancers de l'âme et du corps...

Vous n'empêcherez pas qu'il y ait des âmes destinées au poison, quel qu'il soit, poison de la morphine, poison de la lecture, poison de l'isolement, poison de l'onanisme.....poison de l'anti-sociabilité Supprimez leur le moyen de folie, elles en inventeront dix mille autres.....

Elles créeront des moyens plus subtils, plus furieux, des moyens plus désespérés. La nature, elle même est anti-sociale..... Laissons se perdre les perdus, nous avons mieux à faire qu'a occuper notre temps à une régénération impossible et de plus, inutile, odieuse et nuisible.... De plus les perdus sont par nature perdus.....Il y a un déterminisme inné, il y a une incurabilité indiscutable du suicide, du crime, de l'idiotie, de la folie, il y a un cocuage invincible de l'homme, il y a une friabilité du caractère, il y a un chatiement de l'esprit.....

L'enfer est déjà de ce mondePeu importe les moyens de la perte, cela ne regarde pas la société..... Pour ceux qui n'osent regarder la vérité en face, on sait n'est ce pas, les résultats de la suppression de l'alcool aux Etats-Unis : une super production de folie :la bière au régime de l'éther, l'alcool bardé de cocaïne que l'on vend clandestinement..... Bref la loi du fruit défendu, de même que pour l'opium. L'interdiction qui multiplie la curiosité de la drogue n'a jusqu'ici profité qu'aux souteneurs de la médecine, du journalisme, de la littérature... Ah, que le cordon ombilical de la morale est chez eux bien noué.....Ce sont des apôtres.....On peut seulement se demander où ils puisent leur indignation et surtout combien ils ont palpé pour ce faire et en tout cas ce que ça leur a rapporté.

En réalité, cette fureur contre les toxiques, et les lois sur les stupéfiants qui s'en suivent:

premièrement : est inopérante contre le besoin du toxique, qui, assouvi ou inassouvi, est inné à l'âme, et l'induirait à des gestes résolument anti-sociaux, même si le toxique n'existait pas.

deuxièmement : Exaspère le besoin social du toxique, et le change en un vice secret.

troisièmement : Nuit à la véritable maladie, car c'est la vraie question, le noeud vital, le point dangereux. Malheureusement pour la médecine, la maladie existe..... Plutôt la peste que la morphine hurle la médecine officielle,plutôt l'enfer que la vie.....

Suicidez-vous désespérés, et vous, torturés du corps et de l'âme, perdez tout espoir.... Le monde vit de vos charniers..... Vous êtes hors la vie, vous êtes au dessus de la vie, vous avez des maux que l'homme ordinaire ne connaît pas, vous dépassez le niveau normal et c'est de quoi les hommes vous tiennent rigueur.... Vous avez des douleurs répétées, des douleurs insolubles, des douleurs non pensées, des douleurs qui ne sont ni dans l'âme ni dans le corps, mais qui tiennent de tous les deux. Et moi je participe à vos maux et je vous le demande: qui oserait nous mesurer le calmant? Au nom de quelle clarté supérieure?Nous que la douleur a fait voyager dans notre âme à la recherche de la stabilité dans le mal comme dans le bien. Nous ne sommes pas fous, nous sommes de merveilleux médecins, nous connaissons les dosages de l'âme, de la

sensibilité, de la moelle de la pensée...Nous ne demandons aux hommes que le soulagement de nos maux;.Nous avons bien évalué notre vie, nous savons ce qu'elle comporte de restrictions en face des autres, et surtout en face de nous mêmes.. Nous savons à quel avachissement consenti, à quel renoncement de nous mêmes, à quelles paralysies de subtilité de notre mal qui chaque jour nous oblige.. Nous ne nous suicidons pas tout de suite. En attendant qu'on nous foute la paix.

**Antonin Artaud
le 1 er Janvier 1925**

Né en 1896 d'un père armateur à Marseille, Antonin Artaud commence à écrire à l'âge de 18 ans. Il rejoint le créateur du mouvement surréaliste, A. Breton, en 1924. Participeront à ce mouvement des gens comme Desnos, Tzara, Soupault, Vitrac, pour ne citer qu'eux;Tres vite Artaud se sépare du groupe, n'étant plus d'accord sur le sens du mouvement surréaliste.

Pour gagner sa vie il sera comédien dans de nombreux films, tels que le rôle du moine dans le «Jeanne d'Arc» de Dreyer, Gringalet dans le «Juif Errant», Marat dans le «Napoléon» d'A. Gance, un des soldats dans les «Croix de Bois», l'intellectuel dans le film «Verdun» d'après une nouvelle de Romain Rolland, il jouera également dans «l'Argent» de M. L'Herbier, «l'Opéra de Quatre Sous» de Pabst, Savanarole dans le film «Lucrece Borghia» d'A. Gance, Hornis dans «Mater Dolorosa» de Gance, le rôle de l'ange dans «Liliom» de F. Lang, et «Faits divers» de C.A. Lara;

Il créera le théâtre d'Alfred Jarry avec R. Vitrac et montera la pièce «Ubu Roi»; il écrira une pièce, «les Cenci» qui est un flop total (pièce d'avant-garde et complètement révolutionnaire à l'époque). Il rédige de nombreux écrits sur le théâtre et une nouvelle approche de la mise en scène; ses grands succès littéraires furent «l'héliogabale», «le pese nerf», «l'Ombilic des limbes», l'adaptation pour le cinéma du «Moine» de Lewis, qui ne fut jamais tourné; Il sera un des premiers écrivains à se tourner vers les cultures orientales et proposera une thèse sur les danses balinaises; Ecrivain, poète, comédien, acteur, metteur en scène Artaud peut être considéré comme un nouveau philosophe des années 1930. Malheureusement son génie prémonitoire sur le sens des réalités ne va pas lui faire découvrir un avenir heureux;

Comme le dira un médecin qui s'occupait de lui:»Artaud est entré dans la drogue, comme il est entré dans la douleur». Atteint d'une méningite très jeune, Artaud fut obligé de prendre des produits opioïdes, comme il était en usage par les médecins de ce temps pour soulager les douleurs. On lui prescrivit du Laudanum très tôt (le laudanum est une teinture d'opium);Il ne s'arrêtera jamais de prendre des produits morphiniques jusqu'à la fin de sa vie.

Au Mexique, où il était parti en mission plus ou moins officielle de la part du gouvernement français, chargé des relations culturelles, il rencontrera toute la nomenclatura mexicaine, jusqu'au président; il en reviendra porteur d'une nouvelle étude sur le peuple mexicain,»Voyage aux Pays des Taharumas» et «Messages Révolutionnaires»;Artaud avait profité de ce voyage pour décrocher des opiacés, et découvrir au travers des grands prêtres mexicains, une

nouvelle drogue à laquelle il est initié, le Peyolt;
Dés son retour en Europe il décide de partir en Irlande, il en revient en camisole de force Le Long calvaire de son internement psychiatrique commence; Il y rentre en 1937 et en ressort en 1946.

Tout le mouvement intellectuel de cette époque essaie de le réhabiliter, on crie au scandale, mais Artaud restera 7 ans à l'HP de Rodez.

En 1946, juste après sa sortie, on lui décerne le prix Ste Beuve pour son ouvrage sur «Van Gogh ou le suicidé de la société».

Ses amis les plus proches sont là, comme Gide, Breton, Barrault, Blin, comme pour se faire pardonner de l'avoir abandonné à ce triste sort; Seul, Adamov, Cuny, Desnos ont essayé de faire quelque chose pour lui quand il fut interné, ainsi que quelques femmes occultes comme la comédienne Genica Anathassiou (Artaud était assez mysogine, il

voyait dans de la femme tous les maux de la terre)
Mais c'est un homme à moitié mort, foudroyé par le système, qui s'éteint à 52 ans dans une chambre de l'hôpital d'Ivry.

Je cite quelques textes pour que le public le découvre:

Van Gogh ou le suicidé de la société
Pour en finir avec le jugement de Dieu
Les lettres de Rodez et toutes ces correspondances;

L'œuvre d'Artaud dépasse les 23 Tomes qui sont tous édités chez Gallimard le successeur de la nouvelle revue française.(à lire ou à relire impérativement).

Georges Antoine Sintes

Directeur de Publication:
Abdalla TOUFIK

Rédacteur en chef:
Gilles CHARPY

Responsable ASUD:
Philippe MARCHENAY

Secrétaire de Rédaction:
Yvon MOISAN

Rédaction:
Franck ALAIN
Patrick CARRE
Puong-Thao CHARPY
Jean-René DARD
Sylvain DIGOUX
Pierre JOUFFROY
Valérie LEBRUN
Rodolphe MAS
Hervé MICHEL
Xavier MICHEL
Nathalie NOGENT
Louis PALACIO
Georges SINTES

Illustrations:
Pierre MANOEL
Dominique RONGERES

Micro-édition:
Emmanuel MORVAN

Dépôt Légal : en cours
N° commission Paritaire : en cours

Imprimerie:
Recto-Verso 94400 Vitry sur Seine

Médecins du Monde

mission SIDA-toxicomanie
Echanges de seringues

1 Rue du Jura
75013 Paris
(M° Campo-formio
ou Gobelins)

Bus Medecins du Monde

Chateau-rouge: lundi&mercredi
Nation: lundi&jeudi soir

Pour échanger ses seringues,
simplement en avoir une stérile,
avec des médecins bénévoles,
«sans prise de tête».Consultez-
les pour plus d'informations.

R E M E R C I E M E N T S

A l'occasion du deuxième numéro de notre journal, c'est tout le groupe ASUD qui se joint à notre équipe pour remercier de leur aimable soutien l'Association AIDES et son service «toxicomanie», Maître Charles-Henri De Choiseul-Praslin, notre conseiller juridique, l'hôpital Marmottan, le Docteur Annie Serfaty de la Division Sida de la Délégation Générale de la Santé (DGS), Médecins du Monde, l'Association La Terrasse, Associations 93, l'association EGO, ainsi que tous ceux qui nous ont aidé à constituer le Groupe et à sortir le journal ASUD. Nous tenons aussi à remercier Radio Paris, France-Culture ainsi que Fréquence Gaie (98.2) pour nous avoir accueilli dans leurs émissions.

Parmi eux, nous tenons à remercier tout particulièrement l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) pour leur aide financière sans laquelle ce deuxième numéro n'aurait jamais vu le jour. Nous remercions également les laboratoires Delagrangé (SYNTHELABO) pour leur aide financière sans laquelle le N°1 n'aurait pu être sorti. Remerciement aux médecins et aux pharmaciens qui mettent à disposition gratuitement notre journal aux personnes concernées, merci également à toute l'équipe de l'association APARTS. C'est en effet grâce à leur confiance et à leur généreuse hospitalité que le groupe ASUD peut aujourd'hui sortir ce numéro 2 du journal.

45 Rue Rebeval 75019 Paris

Tel : 42.45.24.24

Fax : 42.45.78.70