



Asud-Journal N°32

1,50€

# DÉPUTÉS LÂCHEZ-NOUS LES BASKETS !



**Banlieues** : «Aux larmes citoyens»

**Dossier** : Sevrages et abstinences de drogues

**Produits** : Drogues de l'été.

Auto-support et réduction des risques parmi les usagers de drogues

## EDITO

Clémenceau aurait dit « la guerre est une chose trop sérieuse pour être confiée aux militaires ». Élargissons le propos : « la politique est une chose trop sérieuse pour être confiée aux politiciens ».

135 parlementaires de droite et d'extrême droite (UMP et RPF) reprochent au gouvernement de faire une politique de gauche qui s'appelle la réduction des risques liés à l'usage des drogues.

Une partie de la droite reproche à l'autre de ne pas être assez à droite. On ne s'étendra ni sur la politique étrangère, jugée mollement atlantiste, ni sur la politique sociale jugée mollement libérale, c'est pour son « laxisme » en matière de répression que 135 parlementaires veulent faire auditionner Didier Jayle le président de la MILDT. Pour illustrer la complaisance du Dr Jayle, l'Association Parent contre la drogue ne cesse de brandir la subvention accordée à ASUD et Techno +. Le fait d'avoir été financé successivement par la droite et la gauche devient même un argument supplémentaire dans la bouche des tenants de la rupture. Le journal des drogués n'est pas une cible politique, c'est un gibier politicien. Notre handicap est d'être pris en écharpe dans une querelle politicienne. Donc, tout débat faisant de la santé publique un enjeu Politique, au sens, j'ose à peine l'écrire, ...Noble du terme est obsolète. Or, quand on dit politique de réduction des risques liées aux usages de drogues, c'est de la politique avec un grand P, pas une péripétie d'écurie de champ de course. Casaque bleue, toque blanche, les perspectives présidentielles ont tendance à ramener les débats dans un espace purement concurrentiel.

Plus que jamais, nous nous retrouvons au cœur des débats qui animent la société dès que l'on prononce le mot drogues. Chacun de vous remarquera la disparition ponctuelle de notre sous-titre, journal des drogué-zeureu. Cette autocensure est un appel à débattre avec vous lectrices et lecteurs. Trop souvent ces drogués-là ont semblé faire le bonheur, non pas des humoristes, mais des spécialistes de la désinformation. Nous établissons donc un moratoire sur quatre parutions, délai durant lequel nous serions très honorés de publier vos réactions, quelles qu'elles soient. Que vous soyez drogués, heureux ou malheureux, spécialistes ou profanes, ou même Parent contre la drogue, n'hésitez pas, la seule censure que vous ayez à craindre est celle de votre conscience.

Dernière chose, ASUD fait peau neuve. Nouvelle maquette, nouveau site, la seule chose qui n'a pas changé c'est notre retard de parution, les abonnés(es) reconnaîtrons ASUD à la poussière accumulée dans leur boîte aux lettres...Il faut dire que tous les chiens qui aboient au passage de notre caravane nous empêchent de prendre les raccourcis. Alors continuer de nous envoyer vos chèques de soutien, vos courriers d'encouragement, vos e-mails indignés par guerre à la Drogue telle qu'elle est menée et nous vous promettons en échange de continuer à être nous-mêmes.

**Fabrice Olivet**

## SOMMAIRE

<b>Réduction des risques</b> Egus 3	<b>P.4</b>
<b>Politique et citoyenneté</b> Christine Boutin rencontre Asud courrier des lecteurs association et personnes signataires la police boit et les fumeurs trinquent	<b>P.6</b>
<b>Droit et usagers</b> vos droits en cas d'arrestation	<b>P.10</b>
<b>Substitution</b> du mésusage ça te générique ?	<b>P.11</b>
<b>Dossier Sevrages &amp; abstinences</b> communauté thérapeutique - 30 ans après le retour Buprénorphine - c'est comment qu'on freine ? substitution méthadone, maintenance à vie ?	<b>P.14</b>
<b>Hépatites</b> hépatites et usages de drogues	<b>P.22</b>
<b>Produits</b> les drogues de l'été l'héroïne ça va, le cannabis bonjour les dégâts égus III	<b>P.29</b>
<b>Internationnal</b> c'est comme quand on rêve et qu'on s'éveille	<b>P.31</b>
<b>L'histoire de LA drogue</b> l'héroïne, le sida, les banlieues liberté, égalité, pas dans les cités	<b>P.33</b>
<b>Notre culture</b> interview avec Patrick Eudeline	<b>P.37</b>
<b>Courrier des lecteurs</b> <b>Adresse</b>	<b>P.40</b> <b>P.42</b>

Directeur de la publication : Eric Schneider

Rédacteur en chef : Fabrice Olivet

Rédactrice en chef adjointe : Isabelle Céliarier

Secrétaire de rédaction : Isabelle Céliarier

Assistant de rédaction : Sébastien Couvelard

Maquette : Alain Thomas

Couverture : Maï Le Flochmoën

Ont participé à ce numéro :

Laurent Appel - Sébastien Couvelard - Eric Schneider - Eric Birambo - Jeff Favatier - Jimmy Kempfer - Gerald Sanchez - Patrick Beauverie - Alain Termolle - Patricia Bussy

Asud Journal est tiré à 20 000 exemplaires

Ce numéro d'Asud Journal a pu paraître grâce aux soutiens de Sidaction, de la Direction Générale de la Santé et de la MILDT

## Après les Égus I & II, les EGUS III Les États Généraux des Usagers de drogueS

Depuis deux ans, les usagers, les consommateurs, les toxicomanes... et tous ceux que ça intéresse, ont la possibilité de se rencontrer et d'échanger des idées concernant les drogues, la manière d'en prendre, de ne plus en prendre ou d'en reprendre encore, tout cela en réduisant les risques. Ça s'appelait les États généraux des usagers de substitution (Égus) I et II ça va s'appeler les États généraux des usagers de substances licites ou illicites (Égus) III.

Ces Égus III, qui se tiendront le 11 octobre, se dérouleront dans le cadre des premières Rencontres nationales de la réduction des risques organisées à Bobigny par l'Association Française de réduction des Risques (AFR) les 12 et 13 octobre 2006. L'Autosupport des usagers de drogues (Asud) propose cette année de travailler autour de 4 thèmes de réflexion :

### 1) Cannabis et RdR, un mariage impossible?

Un débat qui doit faire émerger la spécificité du cannabis, et poser la question de son statut de drogue. Si certains milieux antiprohibitionnistes soutiennent l'idée que les principaux problèmes sanitaires posés par le cannabis sont quasi exclusivement dus à son caractère illicite, depuis quelques mois, un effort important est fourni par les pouvoirs publics pour favoriser l'ouverture de consultations cannabis dans les centres d'accueil.

ASUD présente les  
**EGUS III**  
États Généraux  
des Usagers  
de drogueS

- Cannabis et réduction des risques
- Pharmaciens et usagers
- Drogues au féminin

Les droguétois  
se mobilisent

11 octobre 2006  
**CANAL 93**  
63, av. Jean Jaures,  
93000 Bobigny

avec le soutien de  
La Mairie de Bobigny,  
In MILD, Shering-plough,  
Arrow, Bouchara-Recordati

[www.asud.org](http://www.asud.org)

ette offre de soins est-elle en accord avec la demande des usagers ? Un ou plusieurs usagers de cannabis seront invités à dialoguer avec un représentant de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), un professionnel de santé ou un travailleur social exerçant dans une consultation cannabis. Des exemples concrets seront évoqués. Nous souhaitons que les usagers, les associations de RdR et les professionnels de santé s'associent pour définir enfin les principes d'une réduction des risques pragmatique et efficace du produit illicite le plus consommé en France et dans le monde.

### **2) Les usagères de drogues sont-elles discriminées en tant que femmes ou en tant que « droguées » ?**

La société regarde l'es usagers de drogues de travers, on le sait. Mais lorsque les drogués sont des mères ou des compa-

gnés, le regard social n'est-il pas plus implacable encore ? Pire la discrimination qui frappe les « toxico » hommes ne les rend-elle pas encore plus machistes que les autres hommes ?

### **3) Les conseils de la vie sociale, un espace de revendication possible**

Les premières expériences de conseils de la vie sociale vont pouvoir profiter de la tribune des Égus. Il s'agit de mettre en exergue certains aspects de la confrontation usagers/soignants, et les solutions mises en pratique qui nous paraissent originales, innovantes et significatives.

### **4) Pharmaciens et usagers : quels droits et quels devoirs réciproques ?**

Générique ou princeps, quels sont les droits des usagers ? Le refus de délivrer un médicament de substitution est-il un délit ? Le dialogue pharmaciens/ usagers passe par la reconnaissance et la délimi-

tation du rôle de chacun, d'un point de vue thérapeutique, mais aussi sur le terrain réglementaire. Une professionnelle, responsable d'officine dans l'Hérault, viendra nous parler des expériences très enrichissantes qu'elle a faites en 10 ans d'échanges avec les usagers de drogues. A l'inverse, une typologie de tous les conflits potentiels sera faite à l'appui de plusieurs témoignages d'usagers. Si vous êtes concernés par l'une ou l'autre de ces situations, rendez-vous le 11 octobre à Bobigny.

**Comme lors des précédents Égus, la langue de bois est strictement prohibée !**



## 1ères Rencontres Nationales de la Réduction des Risques

Partenaires :

AIDES,  
ANIT,  
ANPREF,  
ASUD,  
CIRDD,  
FFA,  
Médecins du  
Monde,  
SAFE,  
SOS DI

Afin de renouveler l'alliance entre tous les acteurs, qu'ils soient issus de l'auto-support, de la lutte contre le sida, du soin aux usagers de drogues, de mutualiser toutes nos expériences acquises cette dernière décennie, et de réfléchir ensemble sur les futurs politiques, l'AFR organise les 1ères rencontres nationales de la réduction des risques. Elles seront précédées par les Etats Généraux des Usagers de Drogues (EGUS III) organisés par Asud.

EGUS III : 11 octobre 2006 à Bobigny (Seine-Saint Denis)

Rencontres Nationales : 12 & 13 octobre 2006 à Bobigny

Renseignements/Inscriptions : 01 41 83 46 87 / [www.rencontres-rdr.info](http://www.rencontres-rdr.info)

Drogues, légalisez le débat!



## Christine Boutin rencontre Asud

### Honni soit qui mal y pense

**Au XIV<sup>e</sup> siècle, l'Angleterre choisit la jarrettière comme emblème de son nouvel ordre de chevalerie avec la devise suivante « honni soit qui mal y pense ». En recevant Asud à l'Assemblée Nationale, Madame la députés des Yvelines a-t-elle comme projet de ranger les drogéziseurs au rayon des symboles de la Républiques ?**

À la différence des cosignataires de la lettre du 30 janvier 2005 demandant une enquête sur les activités de la Mildt\* en général et d'Asud en particulier, la Reine Christine a pris le risque de rencontrer d'abord les accusés avant de prononcer son verdict.

Honni soit qui mal y pense, de notre côté, il nous a également fallu vaincre pas mal de préjugés pour choisir cette interlocutrice parmi les 83 parlementaires signataires de la lettre. À gauche et à l'extrême gauche, une sensibilité largement répandue dans le monde associatif et militant de la RdR, Madame Boutin fait figure de loup-garou. On lui reproche généralement ses positions pro-famille, ainsi qu'un affichage philosophique et religieux marqué par le catholicisme militant.

À Asud, nous nous sommes plutôt penchés sur ses engagements passionnels : dans les prisons, auprès des déshérités, Madame Boutin a publiquement défendu des idées souvent aux antipodes de celles habituellement soutenues par son camp politique. En gros, elle se refuse à opposer cyniquement droit des victimes et droit des détenus. Or, c'est précisément notre objectif, transposé sur le terrain des drogues.

Asud a donc écrit à Madame Boutin (voir texte sur <http://www.asud.org/>), et Madame Boutin nous a répondu. Mieux, elle nous a reçus à son bureau du Palais Bourbon pendant 50 minutes. Autre surprise, elle nous a écoutés, puis elle a posé deux séries de questions que je qualifierais d'intelligentes.

**Premièrement, y a-t-il une différence entre dépénalisation et légalisation, et si oui laquelle ?**

Voici la réponse : Asud ne revendique pas la légalisation des drogues », mais

milite pour la dépénalisation de l'usage simple, ce qui revient à s'opposer à ce que des consommateurs soient emprisonnés au seul motif de l'usage, une position finalement assez consensuelle.

**La seconde interrogation de la députée portait sur notre rôle en d'association de patients.** Asud est elle une association d'usagers de drogues ou une association de malades de la drogue ? La réponse est cruciale pour comprendre le débat qui oppose partisans et adversaires de la réduction des risques. Asud fut avant tout une association de survivants ayant échappé à l'épidémie de sida. Cette catastrophe nous a fait comprendre à quel point le fantasme d'éradication de la drogue peut se transformer en outil d'éradication des faibles et des non-conformes. Cette argumentation n'était visiblement pas familière à Madame Boutin, qui a concédé avoir signé une pétition de principe « contre la drogue » sans avoir été informée de tous ses tenants, et surtout des aboutissants.

Honni soit qui mal y pense, cette maxime devrait servir à éclairer plus souvent les jugements à l'emporte-pièce que nous portons sur ceux qui ne partagent pas nos convictions.

À l'heure où nous mettons sous presse, j'ignore si notre conversation a modifié en quoi que ce soit le regard que Madame Boutin porte sur l'action entreprise par Parents contre la drogue. Cependant, je peux dire que Madame la députés des Yvelines a emporté mon adhésion sur deux points : le premier est ce que l'on nomme habituellement la bonne foi, un socle préalable à la construction du second étage baptisé respect mutuel. Au-delà des calculs politiques et des haines

idéologiques recuites, cette bonne foi, ou cette sincérité, et ce respect mutuel sont des contrepoisons nécessaires à la poursuite du dialogue démocratique. Des antidotes qui nous imposent de ne pas soutenir des aberrations uniquement parce qu'elles servent nos convictions, et qui permettent de considérer nos adversaires autrement que comme des obstacles à éliminer.

Je m'avance peut-être beaucoup, mais il me semble que l'administration de ces deux contrepoisons en doses massives pourraient encore sauver le débat entre partisans et adversaires de la RdR, si Madame Boutin, par exemple, continue de jouer à contre-pied. Nous sommes bien placés pour savoir que ce jeu est toujours le plus exposé.

Honni soit qui mal y pense.

**Fabrice Olivet**

\* Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.



Messieurs les Ministres

C'est avec satisfaction, et surtout avec une surprise, que je prendais et continue mes appréciations concernant la mise en place d'une commission d'enquête dont les principales idées sont André et Michel Plus.

Une fois de plus, on constate que vos valeurs morales ont plutôt tendance à défendre le détournement de fonds publics (pour prouver le nombre de doigts celui qui a été drogué ou qui se drogue ??) et cette même morale vous permettrait de montrer du doigt celui qui a été drogué et non celui qui se drogue ??

Tout cela n'est que masochisme, et le but suprême est bien de supprimer petit à petit tout ce qui fait la santé PUBLIQUE. Le refus de la Sécurité sociale n'est qu'un des prétextes d'une loi morale que les Américains commencent depuis toujours, à savoir la santé de ceux qui ont de l'argent, la drogue à ceux qui peuvent se payer l'immortalité, et fin passe. Pas moyen pour tous les Français, jeunes ou moins jeunes, soient drogués, et l'erreur que vous faites à sous-estimer votre peuple vous coûtera cher un jour, l'histoire l'a toujours prouvé. Grâce à André - que j'ai très bien connu à une époque de ma vie - et à d'autres comme Ego ou Silas, des centaines de jeunes en détresse ont pu éviter le sida.

Je m'informe sur les possibilités de s'en sortir, s'inscrire dans des programmes médicaux, prendre part à des actions volontaires comme faire de la prévention. Ce sont ces gens-là que vous voulez mettre au pilori ?? Dans quel but ? Supprimer la réduction des risques ? Elle a fait un travail, et les parents de jeunes toxicomanes ne vont pas perdre à plus pour avoir leurs enfants drogués jusqu'à la mort ?

Vous qui vous targuez d'aimer la littérature française et qui vous énervez devant un poème de Rimbaud ou Claudel, sachez que s'ils étaient encore vivants aujourd'hui, ce que si vous aviez été de leur vivant, vous auriez été leurs bourreaux d'après vos valeurs morales (de la poudre aux yeux car de la morale vous n'en avez guère). En tant que citoyen français, je proteste contre cette commission d'enquête, et j'exige la suite immédiate de celle-ci.

Parlez plutôt de vos objectifs, soyez directs et non vagues comme des serpents. Porté par le peuple que vous avez à la tête, André survivra à vos attaques. Un citoyen indigné.

# Mathieu Fournier

« Attaque totalement injustifiée »

Salut André

Je vous félicite suite aux récentes attaques que vous avez subies de la part de 28 parlementaires concernant vos certains « erreurs de la lutte contre la toxicomanie » à propos de votre association.

Il est particulièrement facile de montrer du doigt une association de réduction des risques dont les objectifs sont tout à fait louables. Le gouvernement actuel préfère voir les problèmes de drogues plutôt que de les regarder en face, ce fait plus « clean » d'intervenir ce type de problèmes plutôt que d'envisager de les régler. Le travail de votre association est tout à fait remarquable, aussi bien sur le plan du militantisme concernant le sujet propre, que de l'information que vous apportez aux usagers pour éviter qu'ils décident suite à la construction d'un verre ou à une OC, ou de la citoyenneté des usagers que vous mettez en avant. Le problème des stupéfiants existant bel et bien, ce ne sert à rien de le continuer en niant son existence, c'est totalement démagogique. La lutte contre la toxicomanie passe aussi par le soin et la diffusion d'information concernant les substances et les manières de les consommer en réduisant les risques liés à leur utilisation.

Michel Plus assure également cette mission de réduction des risques, qui a sérieusement permis à des milliers de personnes d'éviter de faire des conclusions et de décider suite à l'ingestion de produits pas très « clean », grâce au testing et à la diffusion de plaquettes d'information sur les produits.

J'ai été assez choqué par cette attaque qui me semble totalement injustifiée, mais qui est tout à fait en corrélation avec la politique actuelle qui voudrait bien résoudre le problème des stupéfiants de manière radicale et extrémiste. Les usagers de drogues en France ont bien le droit d'être une priorité de santé publique, de sont le rebas de cette société qui voudrait bien se débarrasser d'eux par tous les moyens possibles, y compris l'attaque d'associations d'usagers.

Je tenais à vous soutenir dans votre action qui, du point de vue d'un ex-usager sous substitution, est d'une importance capitale, loin de toute hypocrisie, qui insiste à la tolérance, au respect, et qui défend des valeurs morales auxquelles je crois.

Bonne nuit et bonne nuit à vos collègues.

# Mathieu Fournier

# Associations et personnes signataires

Des partenaires associatifs, des professionnels du secteur sanitaire et social, et des particuliers ont apporté spontanément un soutien immédiat à notre communiqué diffusé dans un premier temps par Internet, puis affiché sur notre site. Asud les remercie du fond du cœur.

Grâce à cette parution, nous espérons que de nombreux amis, fidèles lecteurs, ou citoyens indignés par les termes de la lettre adressée à M. de Villepin, vont nous rejoindre dans la liste publiée ci dessous. Nous vous rappelons que cette liste est ouverte aux associations (personnes morales) comme aux individus (personnes physiques).

Plus elle sera longue, plus forte sera la voix d'Asud dans le débat qui nous oppose nommément aux adversaires de la RdR. Jusqu'à présent, leur arme principale a été le mépris, et leur meilleur allié, le silence.

**IL NE TIENT QU'À VOUS D'OBLIGER CES NOSTALGIQUES DE LA RÉPRESSION À CROISER PUBLIQUEMENT LE FER AVEC NOUS.**

## Sidaction

### Aides

Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) – Paris

Grisélidis – Toulouse

Ruptures – Lyon

Médecins du monde – Paris

Association française de réduction des risques (AFR) – Paris

Autre regard – Marseille

Ludic – Mulhouse

I Care – Strasbourg

Aides – Paris

Act Up – Paris

FFA - Paris

Christian Saout, président de Aides (Pantin)

Jean Marc Priez, coordinateur de l'AFR (Paris)

Jean Michel Delile, directeur du CEID (Bordeaux)

Jean Pierre Couteron, président de l'Anit et directeur du Cedat (Mantes-la-Jolie)

Alain Morel, directeur du Trait d'union (Boulogne) et Sg de la FFA (Paris)

Catherine Péquart, psychiatre, association Charonne (Paris)

Jean Luc Romero, conseiller régional d'Île-de-France, président d'Aujourd'hui, autrement et d'Élus contre le sida (ELCS)

Gérard Pradelle, directeur du SDIT-Sauvegarde 71 (Châlons-sur-Saône)

Robert Molimard, coordinateur du DIU de tabacologie Paris XI-Paris XII (CHU Paul Guiraud)

Katinka Sutter, Site internet : <http://groups.msn.com/entreheroinomanes> (Treffort Cuisiat)

Nicole Adoua, Act up (Toulouse)

Thomas Boulenger, musicien (Aouste/Sye)

Bernard Bertrand, éducateur spécialisé (Mulhouse)

Pascal Dufeutrelle, travailleur social - La Plage (Le puy en Velay)

François Brossard, directeur de Ruptures (Lyon)

Jean Louis Bara, Safe (Paris)

Jean Christophe Memery, président de Mille et un Jardins (Fontainebrux)

Bruno Herail, Ruptures (St Jean Reysouze)

Jean Dominique Fabre, président de la FFA (Paris)

Estelle Sarrazin, éducatrice Ellipse (Lille)

Alpian Michaud (Lancanau)

Eric Kerimel de Kerveno, militant associatif (Marseille)

Pierre Ouin, dessinateur (Paris)

Caroline Mairet (Givry)

Laurence Dorey, As (Marseille)

Elsa Schoelinck (Saint Nazaire)

Béatrice Stambul (Paris)

Anne Coppel, sociologue (Paris)

Céline Fandos (Paris)

Eric Labbé (Paris)

Sabine Leclerc (Domartin)

Jérôme Revel (Lery)

Michelle Hermenjat (Massy)

Lucien Robert (Saint Nazaire)

Jessica Gable (Colombes)

Pascal Raiset (Mulhouse)

Vincent Feireisen, psychologue clinicien (Strasbourg)

Thierry Prud'homme (Châlons-sur-Saône)

Valérie Milsant, coordinatrice régionale Sida info service

Mathias Fizame (Faycelles)

Marion Perrin, étudiante, militante Réseaux féministes et lesbiens

François Guyomard, Aides (Rennes)

André Prevost, chef de service - Charonne (Paris)

Jacques Mallet, infirmier – Charonne (Paris)

Michel Dheur, directeur d'Ascode (Perpignan)

Eric Schneider, président d'Asud (Paris)

Jérôme Latrode, Autres regards (Marseille)

Monique Michaelis, Chef de projet Grisélidis (Toulouse)

Pierre Filonoff, Aides (Angers)

Jacques Temmeguim, Aides (Angers)

Émilie Savre, Aides (Angers)

Sylvain Girard, Aides (Angers)

Sophie Giraudeau, Aides (Angers)

Patrick Doive, Aides (Angers)

Julie Albert, Aides (Angers)

Filipe Bica, Aides (Angers)

Élisabeth Terrien, Aides (Angers)

Anne Joulain, Aides (Angers)

Marie-Christine Cointe, Aides (Angers)

Said Saladine, Ludic (Mulhouse)

Jérôme Meyer, Ludic (Mulhouse)

Lucien Novak, Ludic (Mulhouse)

Raphael Muller, Ludic (Mulhouse)

Daniel Lander, Ludic (Mulhouse)

Nathalie Vidal (Mulhouse)

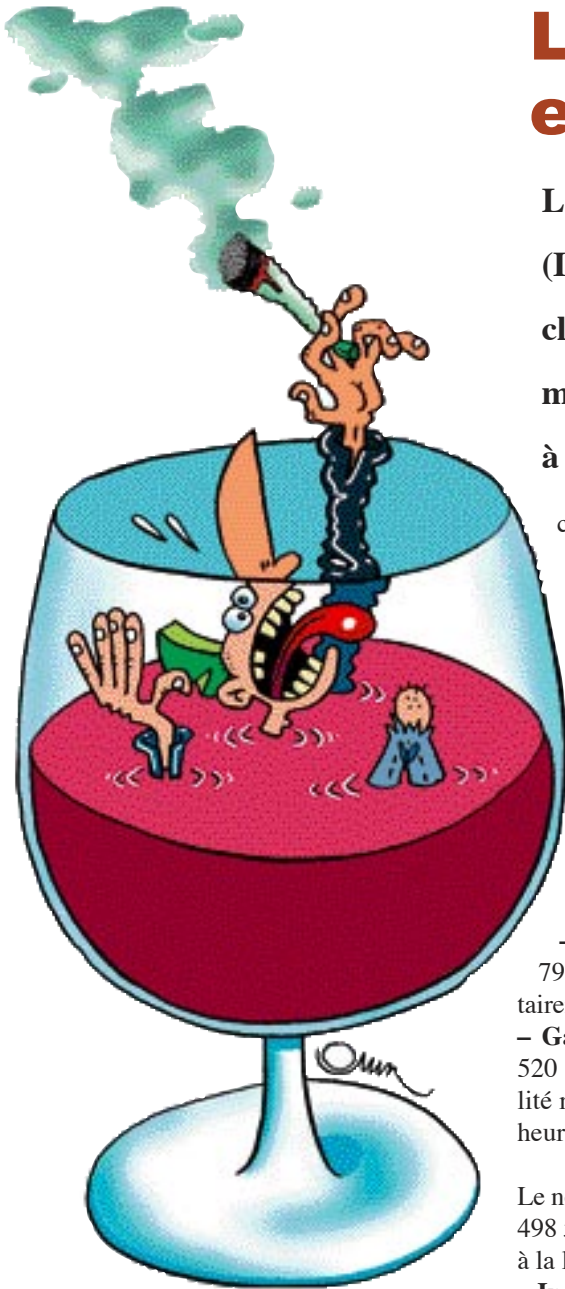
Lesly Poirier (Fontainebleau)

Laure Soullie (Toul)

Stéphane Tota (Moselle)

Isabelle Defaque (Paris)

## Répression 2005



# La police boit et les fumeurs trinquent

**Les chiffres des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) pour l'année 2005 sont désormais disponibles. Une conclusion s'impose : la police traque la boulette et ses consommateurs, qui totalisent plus de 90 % des ILS, 80 % des gardes à vue et 50 % des incarcérations.**

chiffrées à 146 424, contre 141 557 en 2004, soit + 3,3%. Une augmentation plus faible que les années précédentes.

Les infractions sont les suivantes :

- **Usage seul** : 106 610 contre 102 078 en 2004, soit 4,4 % d'augmentation ;
- **Usage revente** : 16 046 contre 15 124 en 2004 (6,1% d'augmentation) ;
- **Trafic seul** : 10 982 contre 11 227 en 2004 (moins 2,2%).

Les gardes à vue et les incarcérations augmentent, elles, beaucoup plus :

- **Gardes à vue pour usage simple** : 41 795 en 2005 contre 39 080 en 2004, majoritairement pour moins de 24 heures ! ;
- **Gardes à vue pour usage revente** : 12 520 contre 11 758 en 2004, avec une égalité relative entre les moins et les plus de 24 heures.

Le nombre total des gardes à vue s'est élevé à 498 555 en 2005, dont 69 294 pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

- **Incarcérations pour usage simple** : 2 086 en 2005, 1 760 en 2004 (18,5% d'augmentation) ;
- **Incarcérations pour usage revente** : 2 938 en 2005, 2 773 en 2004 ( 5,95% d'augmentation) ;
- **Incarcérations pour trafic sans usage** : 5 452 en 2005, 5 299 en 2004 (2,9% d'augmentation).

En 2005, le total des incarcérations a ainsi atteint 67 433 (66 898 en 2004...), dont 10 476 pour les drogues, qui occupent une bonne place avec 1 taulard sur 6 (dont 50% d'usagers et d'usagers revendeurs). Inutile de préciser que les prisons débordent et que les centaines de milliers de Français en sursis ou en probation pour ILS rasent les murs.

Avec 1 affaire de drogue sur 7 traitées, la police payée au mérite ne peut donc pas se passer des usagers. En cas de dépenalisation, les policiers devront s'attaquer aux vrais criminels pour faire du chiffre et avancer dans leur carrière, une activité bien plus dangereuse et ardue que la chasse au shiteux ou au tox. On comprend mieux l'opposition intransigeante du syndicat des commissaires, grand pourvoyeur de concepts sécuritaires, à tout aménagement dans le statut du cannabis.

### Indispensable chasse à la boulette

Le ministère de l'Intérieur ne peut pas s'en passer non plus. Les ILS permettent d'améliorer sans trop d'efforts le taux d'élucidation des enquêtes, dont le nombre a doublé depuis l'arrivée Place Beauvau de Nicolas Sarkozy . Dans sa conférence de presse bilan du 8 juin 2006, il affichait une progression de 9% des affaires élucidées, mais en omettant de préciser que cette dernière s'opérait sur le dos des usagers, pour des crimes sans victimes ni trouble à l'ordre public. Puisque 91% des sanctions tombent sur les usagers de cannabis, la chasse à la boulette est indispensable pour crédibiliser sa politique sécuritaire. C'est le modèle américain, champion du monde de l'incarcération, mais aussi de la consommation, une ronde serpentine où la cause et l'effet se mordent réciproquement la queue.

Dans le numéro spécial « 18 joint 2006 » de Libération, publié après une semaine d'intense présence médiatique du cannabis, un proche du ministre expliquait que le débat sur les drogues douces est le comble du ridicule. Beaucoup d'autres personnalités, y compris parmi les signataires de l'Appel de 1976, n'ont pas voulu réagir.

Les partisans de la prohibition des drogues la jouent souvent père sévère mais compréhensif. Dans les débats, ils affirment que les usagers ne vont plus en prison, et que seuls les méchants dealers sont pourchassés impitoyablement. Les enrégés de la répression hurlent partout que la loi n'est pas appliquée et qu'il faut plus de sévérité. Ces chiffres prouvent le contraire.

### La police ne peut se passer des usagers

En 2005, les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) se sont globalement



D'autres auraient mieux fait de s'abstenir, tant leurs arguments sont décalés de la réalité. Bien trop de décideurs traitent les millions d'usagers de drogues, en particulier de cannabis, par le mépris et la démagogie. Pour effrayer les parents et se poser en sauveurs de la jeunesse, ils dramatisent excessivement les conséquences des consommations, avec des termes très stigmatisant comme le « cancer » ou le « crime contre l'humanité », et augmentent encore la répression et la violation des libertés individuelles.

Sans parvenir à stopper l'augmentation de la demande, cette politique n'a jamais fait baisser durablement l'offre. Elle bloque la prévention, la RdR et l'accès aux soins, génère criminalité et insécurité, et coûte fort cher aux contribuables. D'après l'économiste Pierre Kopp, le coût de mise en œuvre de la loi par consommateur quotidien et/ou problématique serait de 1 368,70 €, le coût d'une d'interpellation de 3 366,11 €, le coût moyen d'un procès

ILS de 1 831,58 €, et le coût moyen d'une incarcération ILS de 16 967,67 €. Soit un coût total des ILS pour usage simple de 702 466 764 € pour les deux dernières années, dont 9 dixièmes (plus de 632 millions d'euros) pour le seul cannabis.

### Les nouveaux boucs émissaires

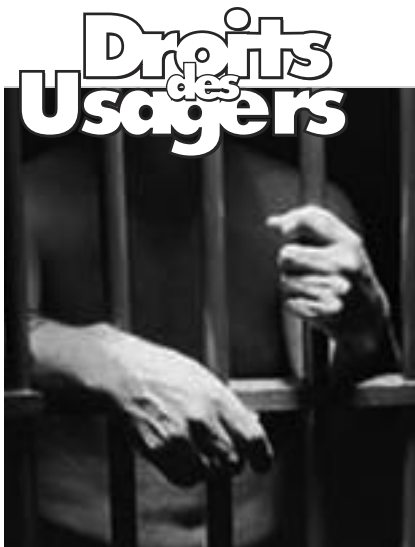
En comparant aux 12 millions d'euros annuellement consacré à la RdR, une politique qui fait pourtant preuve de bien plus d'efficacité, on constate que l'indispensable équilibre entre prévention, RdR, soin et répression est loin d'être recherché. Sous la férule de Nicolas Sarkozy, l'État français investit 52 fois plus dans le business sécuritaire que dans le sanitaire et social. Pourtant, dans le Libé du 18 joint, Anne Coppel affirme de concert avec les experts internationaux les plus crédibles que « si les gens ne consomment pas, ce n'est pas à cause de la répression, mais à cause de la réalité des risques ».

Après les hippies et la jeunesse libertaire

des années 70, les junkies des années 80-90, les teufeurs de l'an 2000, les usagers de cannabis, surtout jeunes et bronzés, sont aujourd'hui les nouveaux boucs émissaires sacrifiés sur l'hôtel des ambitions de politiciens peu scrupuleux. Même considérablement exagérés, les risques liés à l'usage du cannabis ne justifient en aucun cas les discriminations, les brimades et l'exclusion dont sont victimes des millions d'usagers.

C'est sans doute pour cela que le candidat Nicolas Sarkozy multiplie les déclarations fracassantes (comme celle sur les profs fumeurs de joints), mais évite un vrai débat statistique où il aurait à défendre ce bilan très contestable. Espérons que les autres candidats sauront, pour une fois, mettre l'accent sur ce qui est le véritable succès français en matière de drogues : la politique de réduction des risques qu'il conviendrait aussi de décliner avec le cannabis.

Laurent Appel



**En cas d'arrestation, vous pouvez vous trouver dans 2 situations, le contrôle d'identité ou la garde à vue.**

**Le contrôle d'identité dure au maximum 4 heures. S'il se prolonge au-delà, vous êtes nécessairement placé (e) en garde à vue.**

**La garde à vue dure en principe 24 heures, renouvelables jusqu'à 96 heures en cas de détention de stupéfiants**

## Vos droits en cas d'arrestation

### Vos droits

Dans tous les cas, la garde à vue doit vous être notifiée ainsi que les faits qui vous sont reprochés.

Vous avez, par ailleurs, un certain nombre de droits que les policiers doivent vous énoncer et respecter :

- Faire prévenir un avocat désigné par vous ou commis d'office ;
- Faire prévenir une personne de votre famille ou celle avec qui vous vivez ;
- Vous faire examiner par un médecin.

### Quelques conseils

- À part votre identité et votre domicile, vous avez le droit de ne rien dire et de ne rien signer. De toutes façons, avant de faire quoi que ce soit, parlez-en avec votre avocat.
- Attention aux conséquences de vos paroles : vous pourriez compromettre involontairement d'autres personnes.
- Refusez la comparution immédiate :

les peines sont toujours plus lourdes, et vous ne pouvez pas y présenter de défense sérieuse.

- N'ayez jamais de drogue illégale sur vous quand vous sortez (du moins quand c'est possible...).

- Ayez toujours vos papiers sur vous, surtout si vous êtes étranger. Sans papiers, évitez les situations où vous pourriez être interpellé(e), vous risquez l'expulsion.

- Restez poli(e) même, c'est terrible, si la situation est injuste : un malheureux geste ou remarque peuvent être retenus comme outrage ou rébellion.

- Enfin, si cela vous est possible, prenez la peine, en terme de solidarité, de prendre le nom des personnes arrêtées autour de vous ou avec vous, les coordonnées du commissariat où elles sont emmenées et le nom d'une association ou d'un centre de soin où elles sont suivies afin de les informer.

Vous pouvez aussi écrire votre témoignage, que nous ferons paraître dans le « Courrier des lecteurs » d'Asud Journal.

Sébastien Couvelard

# du MIS US E de S UB S T I T U T I O N

**Replaçons un peu les choses, le mésusage n'a rien de nouveau. Ce qui est nouveau, c'est l'utilisation de ce mot dans le cadre des traitements de substitution. C'est presque magique : d'un coup d'un seul, le mésusage devient le mésusage de Subutex®.**

Disparues les différentes formes d'automédication, qui ne sont d'ailleurs pas le monopole des usagers, oubliées les dispensations sauvages (et, certes, majoritairement ponctuelles) de médicaments divers par des proches, voire des parents croyant connaître et les molécules, et le remède. Et, bien sûr, nous ne parlerons pas du tabou des tabous, les pratiques d'automédication, d'autoprescription, et autres négociations entre collègues dans les secteurs professionnels sanitaires et sociosanitaires. C'est contre le mésusage du Subutex® qu'il faut s'unir et lutter. Mais que je ne m'égare pas, ou du moins, pas encore. Ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est le mot en lui-même et son usage (devrais je dire mésusage ?).

## Le mot et son usage

Petit rappel : c'est en Angleterre à la fin des années 80 que le mot « drugs misuse » (mésusage de drogues) est intégré dans le jargon professionnel. Et c'est dans un rapport concernant l'épidémie de VIH parmi les usagers de substances (« Drug misuse and HIV ») qu'on le verra apparaître officiellement en 1987. Les choses évoluant, au début des années 90, on commence à parler de « substance misuse », autrement dit de mésusage de substances. Certes, me direz-vous, mais quel intérêt ? Dans la démarche. Nos voisins Britanniques introduisent le mot mésusage en lieu et place du mot abus. La raison en est simple : dédramatiser et dédramatiser l'usage de produits qui n'était jusqu'alors visualisé qu'à travers la notion d'abus, c'est-à-dire de quelque chose qui est nécessairement mal. Dédramatiser et positiver un sujet qui n'avait jusque-là que des connotations négatives d'un point de vue sociétal, enlever à ce qui se rapporte à l'usage la notion de jugement de valeurs. À l'heure de l'épidémie VIH, la notion de non jugement est, en effet, un des éléments clés pour la réussite de la Réduction des risques (RdR).

MOSCONTIN



Qui dit mésusage, sous-entend usage approprié. Comme il est plutôt difficile de parler d'un usage approprié des drogues, ces dernières deviennent substances, ce qui est stratégiquement et politiquement plus digeste. Cela permet aussi d'ouvrir un vrai débat sur l'usage ainsi que sur les prescriptions diverses, pratiquées ou envisageables (méthadone, orale ou injectable, sulfate ou chlorhydrate de morphine, héroïne pharmaceutique, voire cocaïne). Ce simple changement de mots, permet, non pas un progrès, mais un véritable bond en avant dans l'approche de l'usage et des soins.

## Tout bascule avec le Subutex®

Mais revenons-en à notre chère terre de France. Nous aussi avons fait des progrès en terminologie : le toxicomane (tox, toxico, drogué) est devenu usager de drogues, voire même personne faisant usage (mais c'est beaucoup plus rare). Par contre avec la substitution, nous entendons d'abord parler de détournement. C'est

d'ailleurs pour s'assurer que ce détournement ne se fera pas que les premières conditions de prescription sont draconiennes : primo-prescription par les seuls CSST (en 1995, le Subutex® n'est pas encore là), recherche de méthadone dans les urines pour les demandeurs, prise quotidienne dans les centres en présence d'un(e) professionnel(le). Tout cela pour éviter l'abus et le détournement. Mais le jeu est faussé : pas ou peu écoutés, les usagers qui veulent diminuer leur dosage commencent à amasser ce qu'ils ne prennent pas, et ceux qui veulent biaiser le système (usager ou pas) y arrivent, bien évidemment. Mais le mésusage ne deviendra pourtant pas un enjeu pour la méthadone. Avec le Subutex® (AMM 1996), tout bascule très vite, mais pourquoi ? Deux éléments immédiats de réponse :

- il s'agit d'un cachet qui s'avère facilement injectable ;
- et son accès est beaucoup plus simple que pour la méthadone puisqu'il peut être prescrit par les médecins généralistes dès la première prescription.

Le Subutex® est, en effet, une version haut dosage et à plus longue durée du Temgesic® (dont la molécule active est aussi la buprénorphine), utilisé dans le cadre de la « substitution » avant que celle-ci ne devienne légale. Il était alors connu que ce médicament était, comme bien d'autres, souvent injecté. Il n'y a donc pas de surprise : les injecteurs ont utilisé le produit en fonction de leurs besoins, c'est-à-dire, pour beaucoup, par voie intraveineuse.

## Mésusage et mésusage

Il est aussi important de comprendre que dans notre culture, il y a drogué et drogué, à savoir ceux qui s'injectent et les autres. Les politiques de lutte contre la toxicomanie n'ont longtemps ciblé que les usagers d'héroïne par voie intraveineuse. Et les propositions de programmes d'héroïne médicalisée ont tout autant permis d'éviter le débat sur la substitution injectable, pourtant disponible si la volonté était au rendez-vous. Point supplémentaire : le fait que le Subutex® soit pris par voie nasale (sniff) n'est pas particulièrement évoqué comme un élément alarmant de mésusage.



Lors d'une enquête sur le dispositif « Automates », il est, de plus, apparu assez clairement que beaucoup d'utilisateurs de ce dispositif injectaient le Subutex®, et que, paradoxalement, ces mêmes personnes apparaissaient réintégrées dans la société (travail, prescription stable et unique, etc.).

Restent les prescriptions itinérantes et la vente. Pour la dernière, nous savons déjà que le trafic de Subutex® dans un but d'enrichissement n'est pas le fait des usagers. Quant aux prescriptions itinérantes et à l'injection, aucune recherche ne s'est attachée à comprendre ces phénomènes qui ont simplement été comptabilisés. Nous en revenons donc à des basiques tels que comprendre et travailler la relation à l'injection.

Pour ce qui est de la répression d'un trafic qui mettrait en danger un dispositif clairement utile aux usagers, nous ne pouvons qu'abonder, avec cette réserve que ce n'est pas le rôle de l'autosupport. Par contre, évitons l'amalgame trafic et mésusage qui sont deux choses différentes. Les usagers n'ont pas à faire les frais de toutes les défaillances du système.

Enfin, pour ce qui est du mésusage, questionnons-nous. Les propositions de substitution en France répondent-elles réellement aux besoins des usagers ? Ne serait-il pas utile d'explorer d'autres façons de faire ? La concertation avec les usagers pourrait-elle faire avancer la situation ? J'en passe. En conclusion, voilà un mot qui a été bien malheureusement utilisé alors qu'il aurait pu contribuer au débat.

Éric Schneider



# Ça te Générique ?

Depuis quelques semaines, les patients auxquels on prescrit du Subutex® se voient, en principe, proposer par leur pharmacien sa nouvelle forme générique. Après dix années d'exploitation commerciale, un laboratoire pharmaceutique perd, en effet, l'exclusivité de la molécule qu'il a mise au point. Le dixième anniversaire de la substitution (en médecine de ville) rime donc avec l'arrivée du premier générique de la buprénorphine

Comme le princeps\*, il se présente sous forme de comprimés sublinguaux de 0,4 mg, 2 mg et 8 mg. Quelques distinctions pourraient cependant influencer les patients à accepter ou non cette nouvelle présentation. Rappelons au passage que les génériques sont moins chers, tant pour le patient (hors mutuelle ou prise en charge à 100%) que pour la Sécu. Le prix des boîtes de 7 comprimés varie ainsi de 2,73 à 18,73 € (6,51 € pour celles de 2 mg), soit environ 20% de moins que celles de Subutex®.

Mais outre le prix, c'est aussi la forme du comprimé qui est bien inférieure. Environ 3 fois plus petit, il est rond et non sécable

(on ne peut pas le casser). Comme l'original, en principe, mais une disposition malencontreuse du logo de Schering-Plough (le fabricant du Subutex®) entretient la confusion sur la possibilité de séparer le comprimé en deux. Dans un entretien au Nouvel Observateur, la chef de projet buprénorphine chez Arrow Génériques, qui commercialise ce générique, indiquait qu'il y aurait « moins d'additifs (excipients) néfastes en cas d'injection (...) », mais qu'il n'était « malheureusement pas possible de changer la formule pour empêcher qu'il ne soit dilué et injecté ».\*\*

Alors « cachet blanc » et « blanc cachet » ? Pas certain. C'est du moins l'impression donnée par les premières réactions de celles et ceux qui ont accepté cette nouvelle présentation. Bien qu'une étude plus large soit nécessaire, il semblerait, en effet, que la dissolution plus rapide (environ de moitié) sous la langue et le manque d'amertume donnent une impression de sous-dosage. Si bien que les patients concernés ont parfois tendance à augmenter leur posologie habituelle. La difficulté de prendre un demi comprimé est, de même, parfois critiquée, car si la prise des médicaments de substitution doit normalement se faire en une seule fois, beaucoup préféreraient la séparer en deux (le matin et avant le coucher).

Or si on ne peut écarter la subjectivité de ces premières impressions, rappelons que le confort du patient devrait rester le critère essentiel de choix entre princeps et générique. À l'instar de certaines mamies toujours prudentes à l'égard des nouveautés, bon nombre d'utilisateurs préfèrent con-

server leur marque d'origine. Et quelles que soient les explications psy du phénomène, ce choix leur appartient.

Éric Birambo et Fabrice Olivet

\* Nom donné à la forme originelle d'un médicament.

\*\* Schering-Plough devrait annoncer dans quelques semaines la mise au point d'une buprénorphine à dissolution rapide, et du Suboxone®, associant buprénorphine et naloxone.



**Les patients qui souhaitent absolument conserver le Subutex® doivent le signaler à leur médecin prescripteur qui doit ensuite expressément indiquer sur l'ordonnance de Subutex® la mention « non substituable » en toutes lettres. Faute de quoi, la délivrance du générique en place du princeps est un devoir pour le pharmacien. En pratique, n'hésitez pas à aborder franchement la question avec les praticiens.**

## Communautés Thérapeutiques :

En 2005, sous la responsabilité de la Mildt, le dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie a connu plusieurs remaniements afin de fixer les priorités d'action gouvernementale pour la période 2005-2008. Parmi les multiples évolutions programmées, 2 points intéressent particulièrement Asud : la reconnaissance législative et juridique de la politique de réduction des risques avec la parution du décret du 14 avril 2005 au Journal officiel (voir Asud-Journal n°29), et la création de 10 communautés de vie thérapeutique destinées à renforcer le dispositif de sevrage.

## Être ou ne pas être... abstinent

Décroche, manque, sevrage et pour finir...abstinence. Autant de perspective pas forcément réjouissantes pour un drogués, qu'il soit heureux ou non... Que signifient ces mots pour un toxicomane endurci par dix, quinze ou vingt années d'héroïne, cocaïne ?... Dans bien des cas, il s'agit d'un jorizon lointain, entrevu l'espace de quelques rares décroches, souvent carcérales, et rarement sollicitées. Alors pourquoi diable parler de décroche ? Ce qui a changé depuis quinze ans c'est le recours aux produits de substitution. POur la première fois, des tenants e la morale publique, des membres patentés des forces du bien nous disent que quelquefois, sous certaines conditions, il serait permis de recourir aux stupéfiants sans déchoir. Comme toujours, une révolution éthique est porteuse de contrastes, voir de paradoxes. C'set justement parce que le recours à certains stupéfiants comme la méthadone, peut apparaître comme un choix éthique que du même coup le sevrage et la volonté de mettre à distance la consommation d'opiacés renaissent sous les couleurs d'une tentation, parfois expérimentales mas toujours possible.

De plus en plus d'usagers doivent se battre contre leur médecin prescripteur pour obtenir un sevrage et c'est bien, c'est normal, c'est la situation antérieure qui clochait. La quête longue, difficile, exigeante de l'abstinence de drogues est souvent progressive, soumise à de nombreux alles et retours et surtout elle se doit d'être totalement intériorisée, à l'abri de toute contrainte extérieure. POur cela rien de tel que d'avoir le choix de ne pas être abstinent. Être ou ne pas être abstinent, l'un conditionne absolument l'existence de l'autre, c'est exactement le sens de la phrase de Shakespeare.

## 30 ans après, le retour

L'articulation entre réduction des risques et prise en charge thérapeutique des addictions est-elle assurée par ces deux mesures ? Rien n'est moins sûr. Historiquement, la cohabitation entre les deux dispositifs a toujours été difficile, et l'adhésion du corps médical plutôt laborieuse. Plus de dix ans après laes premières autorisations, seuls 20% des médecins généralistes acceptent de prescrire un traitement de substitution qui, pour un grand nombre de praticiens formés au dogme de l'abstinence, équivaut à « donner de la drogue aux drogués ». Pour d'autres, l'équilibre entre substitution et abstinence étant rompu, il était temps de renouer avec des programmes thérapeutiques qui privilégient le sevrage.

### Mission impossible

La France s'est-elle engagée dans le tout substitution comme le prétendent les adversaires de la RdR ? À la lecture des statistiques du ministère de la Santé, on pourrait le penser puisque la création et le financement des programmes méthadone en CSST s'accompagne de réductions de budgets, voire de fermeture, de postcures. La réforme hospitalière de ces dernières années a fait le reste avec les suppressions en cascade des lits de sevrage. Une situation qui, dans les 2 cas, découle d'un cruel manque de moyens financiers, et non pas d'une réelle volonté politique. En résumé, les parlementaires n'ayant pas voté d'augmentation significative des budgets consacrés à la toxicomanie, la Direction générale de la santé (DGS) n'a eu d'autre choix que de déshabiller Pierre pour habiller Paul.

On ne peut pas ignorer non plus que certains projets thérapeutiques à visée d'abstinence, postcure ou autres, n'étaient plus adaptés à

la réalité du terrain ni aux besoins des usagers. Quels sont-ils justement ? Plus uniquement de sevrage d'opiacés comme dans les décennies 70-80-90, mais d'accompagnements : sortie de traitements de substitution, polyconsommation (alcool, cachetons, injections...), craving lié à la consommation de cocaïne ou de crack, le tout sur fond de difficultés sociales.

Un dispositif unique peut-il répondre à l'ensemble de ces situations ? Cela semble difficile. Faire adhérer ces différents profils à un même projet thérapeutique en un même lieu est une vraie gageure, pour ne pas dire une mission impossible. Pourtant, c'est ce qu'on nous propose aujourd'hui : un modèle thérapeutique unique, conçu aux États-Unis dans les années 50, et repris en Europe dans les années 70. Mais s'il est clair qu'un certain nombre d'usagers peuvent trouver dans les communautés thérapeutiques un soutien adapté à leur situation, pourquoi en faire la voie unique pour tous ? On aurait préféré un dispositif de sevrage basé sur une offre variée.

Asud s'est toujours clairement positionné auprès de la DGS pour qu'un dispositif adapté de sevrage puisse compléter les programmes de substitution et les mesures de réduction des risques, comme c'est le cas dans la plupart des pays européens. Mais – exception française oblige –, pas chez nous. Tout en apportant de l'eau au moulin de certains de nos députés militants d'une France sans drogues, cette difficulté de cohabitation a, de surcroît, induit une rivalité entre tenants de l'abstinence et opérateurs de la réduction des risques.

## Les objectifs de la Mildt

Le choix des communautés thérapeutiques serait-il une contrepartie à la reconnaissance législative de la politique de réduction des risques à laquelle certains parlementaires sont farouchement opposés pour des raisons idéologiques et ce, malgré les dégâts sanitaires de la prohibition et les excellents résultats obtenus depuis les premières mesures de réduction des risques (autorisation de vente libre des seringues en 1987, généralisation des programmes méthadone en 1994, et autorisation de mise sur le marché du Subutex® prescrit en ville en 1996) ?

La Mildt définit une communauté thérapeutique « comme un lieu protégé où les conditions de vie communautaires créent une dynamique puissante à travers laquelle chacun est mené à se découvrir dans ses limites et capacités, à prendre conscience de ses besoins relationnels, et à communiquer avec ses semblables afin d'assurer, jour après jour, son propre équilibre ».

Cette définition s'inspire de 2 modèles sensiblement différents : Synanon, première structure résidentielle inventée en 1958 aux États-Unis, dont l'objectif était de créer une société idéale très repliée sur elle-même, et donc de vivre le plus possible en autarcie ; et Daytop, un modèle canadien plus ouvert sur l'extérieur créé en 1963, qui n'admet que les gens motivés et insiste sur la réinsertion sociale. Si d'autres communautés se sont développées au cours des années 70 en Europe, Synanon et Daytop restent les références. Leur point commun réside dans l'implication des usagers, l'organisation, la direction, et l'animation du centre.

Dans une communauté thérapeutique, le groupe est primordial, y adhérer est une obligation. Il est considéré comme l'élément thérapeutique principal, l'encadrement pouvant être assuré par des professionnels en lien avec des usagers, résidents depuis une période plus ou moins longue.

La notion de mérite détermine la place hiérarchique de l'usager qui doit être un modèle pour les autres. À la différence des postcures, qui privilégient plutôt l'autonomie et le développement individuel. La durée de séjour y est également plus longue qu'en postcure : 12 à 24 mois. Les traitements médicamenteux des troubles psychiatriques, pathologies somatiques ou chroniques, peuvent être poursuivis ou adaptés en lien avec les services médicaux locaux ou départementaux. Mais en général, la substitution n'est pas admise dans le centre. La Mildt a malgré tout laissé la possibilité aux opérateurs de développer des projets thérapeutiques spécifiques de sortie de substitution, ce qui ne garantit pas que de tels projets soient proposés. Dans ce cadre précis, la substitution serait admise pour une durée limitée.

## Éviter les dérives

La notion d'éducation par les pairs ne doit cependant pas nous faire oublier que ce modèle thérapeutique a conduit, par le passé, à des dérives inacceptables : brimades, punitions, violences physiques, viols, le tout dans une ambiance de secte. L'exemple le plus caricatural à cet égard fut celui du Patriarce, une organisation qualifiée de secte dans un rapport parlementaire.

Tout cela n'est, a priori, guère engageant. Mais la Mildt a procédé au toilettage des projets en imaginant des établissements plus conformes aux réalités d'aujourd'hui. Elle a, tout d'abord, constitué un comité de suivi des communautés thérapeutiques (auquel Asud a été convié) pour déterminer les enjeux éthiques et s'assurer des bonnes pratiques de fonctionnement des dites communautés. Ce comité a une fonction de pilotage, de suivi, et de validation des demandes d'agrément pour ouverture.

Ensuite, la Mildt, et plus particulièrement le Dr Ruth Gozlan chargée du dossier, a proposé un cahier des charges qui devra être appliqué par toutes les communautés. Ce document, qui reprend largement les dispositions de la loi dite « de 2002 » sur la représentation et la participation des usagers au projet d'établissement,

prévoit notamment la création d'un conseil de la vie sociale ouvert aux usagers, pour qu'ils puissent faire valoir en interne leurs demandes et doléances afin d'améliorer les conditions d'accueil. Les situations qui ne trouveront pas d'issue pourront être portées à la connaissance d'un médiateur n'appartenant pas au centre, dont les coordonnées devront être clairement communiquées aux résidents dans le livret d'accueil ou par voie d'affichage.

Jef Favatier

## Les communautés thérapeutiques, pour qui ?

Les fermetures médiatisées de squats de « crakeurs » sous la pression des riverains et des élus, dans le XVIIIe à Paris, ont certainement pesé sur la décision de la Mildt. Souvent cité en exemple, l'usager de crack (ou de cocaïne-base) est un être désocialisé, suspecté de tous les maux, qui symbolise toutes les peurs contemporaines en matière de drogues. Les demandes de certains intervenants du XVIIIe et des usagers eux-mêmes ont été peu entendues. Deux programmes de RdR seront bien créés dans le quartier, l'un par Ego, l'autre par SOS Drogues international, mais toujours pas de salle de consommation.

## Les surprises du comité de suivi

Le travail d'Asud au sein du comité de suivi a eu comme conséquence inattendue de nous rapprocher d'une autre catégorie de « pairs » investis dans la défense des usagers et ex-usagers de drogues : les anciens toxicomanes ayant décroché grâce à des groupes d'entraide. Malgré une histoire différente de celle des groupes d'autosupport, ces usagers – ils détestent ce mot – sont avant tout des militants du droit à ne pas être méprisés pour cause de drogues. Eux aussi se méfient de la toute puissance médicale, et pensent que chacun doit devenir son propre expert. Et même si le rôle joué par les drogues est analysé différemment selon que l'on adhère ou pas au principe de la RdR, nous partageons finalement beaucoup de choses avec nos amis des Narcotiques anonymes, par exemple.

## Les 3 communautés françaises

La France compte actuellement 3 établissements se présentant comme des communautés thérapeutiques. Chacune a son histoire, mais toutes ont en commun d'avoir été créées au début des années 90, une époque où l'on privilégiait plutôt la substitution et l'intervention de « première ligne ».

Toutes trois siègent à la commission de suivi et ont participé à l'élaboration du nouveau projet destiné à servir de référence.

– **Apte (Aide et prévention aux toxico-dépendants par l'entraide)** : modèle thérapeutique inspiré de la méthode dite « des 12 étapes » proposée par les Narcotiques anonymes. Le personnel est pour partie constituée de « pairs » ayant un rôle d'encadrement.

2, rue du Général Dutour de Noirfosse, 02880 Bucy-le-Long (tél. : 03 23 72 22 80, ass.apte@wanadoo.fr)

– **Sato (Service d'aide aux toxicomanes de l'Oise)**-Picardie : modèle Daytop, mais avec encadrement professionnel, y compris personnel médical, et une particularité : les personnes sous substitution peuvent y être accueillies dans certains cas.

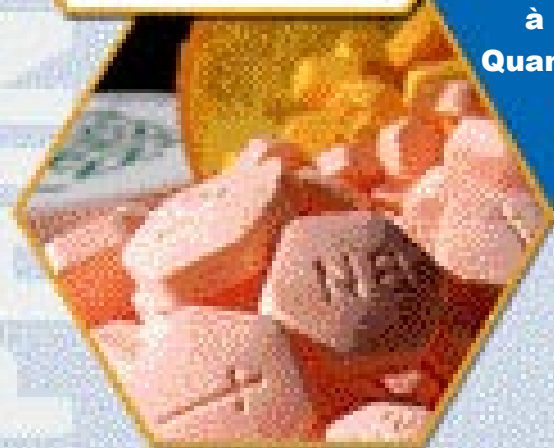
2 rue des Malades, 60000 Saint-Martin-le-Nœud (tél. : 03 44 02 88 65, sato.t3e@wanadoo.fr)

– **Mas Saint-Gilles (SOS drogue international)**  
Étang d'Estagel, BP 36, 30800 Saint-Gilles

## BUPRENORPHINE :

**c'est comment qu'on freine ?**

**La question taraude bon nombre de celles et ceux qui suivent un traitement de substitution à la buprénorphine. Quand peut-on envisager de l'arrêter ?**



Pour de nombreux patients, les dix ans de la substitution en France (l'AMM du Subutex® – la buprénorphine – date de 1996) rime également avec « leurs » dix ans de traitement. Et l'occasion de se poser à nouveau la question : quand y mettre un terme ? Une question qui en appelle une autre : comment s'y prendre ? Car si la buprénorphine a stabilisé socialement, familialement et/ou professionnellement, bon nombre d'usagers de drogues, elle n'en demeure pas moins un produit addictif. Et quel que soit le moment où l'on a commencé ce traitement de substitution, ces questions taraudent une majorité d'usagers substitués.

Se les poser est déjà, en soi, un début de réponse. Dès lors, il convient évidemment d'aborder le sujet avec le médecin qui vous prescrit ce produit. C'est avec lui, et parfois la famille ou les proches, que l'on décide de la manière dont on va s'y prendre.

### 3 options

Attention, cette décision doit être mûrement réfléchie. On peut finalement décider de reporter son sevrage. Est-ce bien utile de se lancer si l'on est pas totalement abstinent à l'héro ? Et même si vous êtes clean depuis quelques temps, il ne faut pas brusquer les choses, au risque de replonger dans la came. Il est donc important de ne pas « s'obliger » au sevrage. À la limite, on ne doit pas exclure un traitement à vie – ou du moins au long cours. Au même titre que d'autres patients qui n'envisagent pas de vivre sans leur anxiolytique ou leur antidépresseur. Bref, on ne doit pas s'imposer un sevrage si l'on ne s'y sent pas vraiment prêt.

Dès lors que vous vous l'avez sereinement décidé, 3 options s'of-

rent principalement à vous :

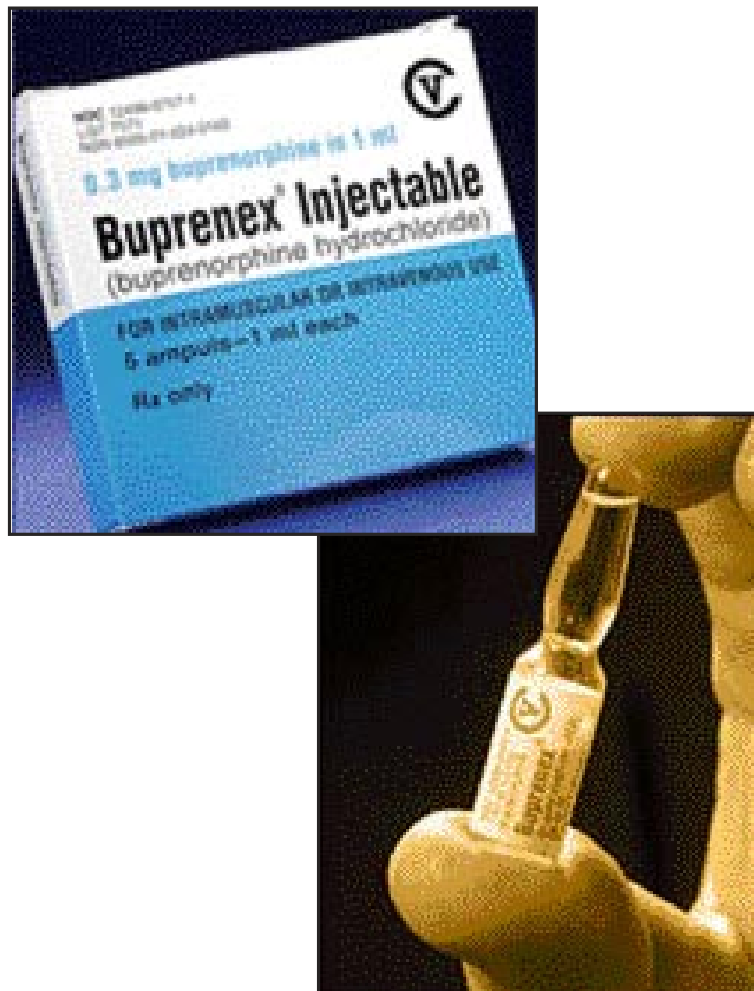
– La « décro à la dure ». On ne saurait vous la conseiller, tant les risques de rechute (notamment vers la dope) sont importants. Les symptômes du manque seront particulièrement pénibles, et l'absence de suivi médical peut s'avérer dangereux, surtout si vous utilisez d'autres produits (somnifères, alcool, etc.) pour atténuer les souffrances. A envisager, à la limite, si vous quittez définitivement votre région et vos pots de galère. Bref, si vous changez de vie.

– La cure dans un centre médical spécialisé. C'est le choix que font, chaque année, de plus en plus de patients. Ainsi, plus d'un quart des personnes qui, en 2005, sont venues en consultation à Marmottan déclarent la buprénorphine comme produit principalement consommé\*. Un taux que l'on retrouvera parmi ceux qui se font hospitaliser. Mais malgré l'encadrement thérapeutique, il convient d'envisager préalablement « l'après cure ». Comme pour la « décro à la dure », le risque est de replonger dans ses « premières amours », et donc, au final, de se retrouver à la case départ. À ne conseiller, là encore, que si l'on est dans une logique de changement radical de vie.

– La posologie dégressive. Certainement, si l'on est réellement motivé, le plus sûr moyen d'y arriver sereinement. C'est donc avec son médecin que l'on va réfléchir à la manière de gérer un calendrier de dégressivité de la posologie. Tout d'abord, s'accorder avec lui sur le fait que, dès que la décision est prise, on restera le premier mois sur la prescription habituelle. Il s'agit, s'il s'avère que la nouvelle posologie ne vous convient pas, de ne pas se retrouver à court de comprimés. Si tout se passe bien, on les mettra de côté, de façon à avoir en permanence une « ration de survie ». Attention, inutile d'accumuler : la seconde ordonnance devra prendre en compte le nouveau dosage. Un nouveau dosage que vous conserverez autant que nécessaire : 1 mois, 6 mois, 1 an, voire plus. Les étapes vers l'abstinence ne doivent pas être franchies trop vite, au risque de tout foutre en l'air.



D'autant plus si vous partez d'une posologie élevée – voir l'encadré ci contre (ou page XX). Il faut donc envisager autant de paliers que nécessaire, en évitant les baisses de posologie trop conséquentes entre 2 prescriptions. Il semble judicieux de passer au fur et à mesure de votre « diminution » vers les comprimés aux plus faibles dosages. Pour mémoire, qu'il s'agisse du Subutex® ou de son générique (voir p. ? ?), la buprenorphine se présente sous 3 dosage différents : 8 mg, 2 m et 0,4 mg.



## LA dernière prescription

Reste ensuite à envisager LA dernière prescription. Encore une fois : ne l'anticipez pas. Attendez de vous sentir prêt(e). Si des vacances peuvent sembler propices, gare au blues du retour qui pourrait, lui, être propice à une rechute. Une période « enjoy » en période « normale » est peut-être plus judicieuse. Doit-on garder quelques comprimés de la dernière prescription ? Cela dépend certainement du contexte. Si la came est en vente au pied de l'immeuble, c'est peut-être préférable : plutôt un Sub qu'un rail ou un shoot. Mais quel que soit le moment choisi, il est important de jeter les ultimes comprimés dès que l'on est certain de ne plus en avoir l'utilité. Geste tant sécuritaire que symbolique !

Eric Birambo

\*Le quotidien du médecin du 10/06/2006

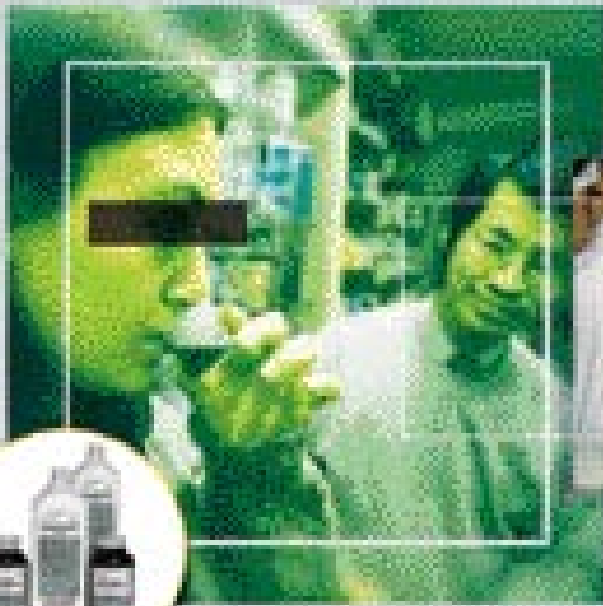
Une enquête réalisée récemment par Harris Médical nous éclaire sur l'« usage » de Subutex. Les informations recueillies auprès de médecins et de patients nous informent notamment sur la posologie moyenne A TERMINER

# Substitution, Méthadone,

En mars 2000, à la tribune de la conférence annuelle de l'Association internationale de réduction des risques<sup>1</sup>, Asud dénonçait le danger de voir des psychiatres remplacer la matraque du policier par la camisole chimique. À l'époque, il s'agissait d'une provocation, à la limite de la boutade. Hélas, six ans plus tard, la transformation des vilains toxicos en gentils zombies somnolents est devenue une éventualité envisagée sereinement par toute une frange du secteur médical. Les « chimiocrates » sont les agents de la révolution en gélules bleues, du paradis en comprimés rouges. Ils sont pharmaciens ou toxicos, psychiatres ou médecins du sport, et ils pensent que toute discussion commence par l'augmentation de votre dosage de psychotropes.

# Méthadone,

## maintenance...



## à vie ?

### Diego veut décrocher à l'aide de méthadone

Diego prend de l'héroïne depuis dix ans. Il fait les marchés et travaille 7 jours sur 7, 12 à 15 heures par jour, pour nourrir sa famille et se payer sa poudre. Il s'est fait choper plusieurs fois et s'est retrouvé avec des injonctions thérapeutiques qui l'obligeaient à passer sous les fourches caudines du « soin ». Depuis des années, chaque fois qu'il veut décrocher, il achète un peu de métha au marché noir, part une semaine à la campagne, et revient clean. Avec l'héroïne brune parisienne à faible teneur, « ça passe comme une lettre à la poste ». Mais quelques semaines après, il se refait une petite ligne, et un peu plus tard il est de nouveau un peu accro... jusqu'à sa prochaine décroche. N'appréciant pas du tout le Subutex®, il s'est donc rendu dans un centre où il a tenté de jouer le brave petit toxico qui demande au docteur de lui prescrire la fameuse méthadone en doses dégressives sur quelques jours avec le certificat de prise en charge réclamé par le juge et les éducateurs.

« Comment, lui a dit le médecin, mais vous n'y pensez pas ! Vous devrez venir tous les matins et, au départ, envisager de rester plusieurs heures, voire la journée, pour qu'on ajuste votre dosage et vous soumettre à des analyses d'urine. »

- Mais je travaille et ne peux pas venir tous les jours.
- Vous devez choisir entre votre travail et un traitement.
- Mais j'ai juste besoin de 20 mg puis 15 mg, et de baisser un peu chaque jour pendant une semaine jusqu'à zéro. C'est comme ça que je fais.
- C'EST NOUS, répondit le médecin, qui décidons du dosage et des modalités. Vous prenez de l'héroïne depuis dix ans. Des gens comme vous ont généralement besoin d'un « traitement » de plusieurs années... La méthadone n'est pas faite pour décrocher. C'est un traitement. »

Dans la salle d'attente, quelques vieilles connaissances attendaient leur tour pour prendre leur dose après avoir fait pipi dans un récipient pour contrôler s'ils ne prenaient pas de drogues illé-

gales. Des années qu'ils étaient là...

Diego est parti, « stupéfait ». Un pote lui a passé un peu de métha, un généraliste lui a fait un certificat de suivi bien argumenté, son juge est content. Diego a décroché en une semaine.

### « Bénéfice » de la méthadone

Généralement, les usagers arrivant dans les centres spécialisés sont « stabilisés », c'est-à-dire qu'on leur dispense progressivement le maximum de la dose qu'ils « peuvent supporter ». L'objectif étant de saturer l'organisme avec un produit plus puissant et d'une durée d'action plus longue que l'héroïne, de manière à les dissuader de consommer. Comparativement, on pourrait dire qu'« on leur prescrit une bouteille de whisky alors qu'un verre de bière suffirait ». Il y a dix ans, lorsque les programmes se sont mis en place et que l'héroïne était meilleure, les usagers devaient insister pour avoir de la métha. Aujourd'hui, c'est l'inverse en de très nombreux endroits. Comme dit le « pape de la méthadone », le suisse Jean-Jacques Deglon, « on les a tellement gavés de méthadone, qu'il fallait bien s'attendre à ce qu'un certain nombre se jette sur la cocaïne pour retrouver des sensations. »<sup>2</sup>

Les protocoles élaborés et validés par la Conférence de consensus sur les TSO3 ont surtout été inspirés des pratiques américaines où l'on ne fait pas mystère de la volonté de contrôle social. L'usager est alors dépendant d'un produit bien plus « toxicomane » que l'héroïne qui lui est dispensée gratuitement. S'il a expérimenté une fois le terrible et lancinant manque de la méthadone, la seule peur d'en manquer le rendra doux comme un agneau. Il peut se « poser », rencontrer des travailleurs sociaux, infirmiers, docteurs, qui le cadrent, l'orientent, parfois l'instrumentalisent, pour rabattre ses congénères (de plus en plus rares) vers le dispositif.

Un RMI, ou mieux une petite AAH4, un hébergement social, et il devient responsable, lave ses chaussettes lui-même avant de piquer du nez, seul, devant la télé. Trouvant qu'il fume trop de bédou, le médecin lui augmentera parfois encore le dosage. Et à 100 mg/jour, il ne bande plus, ne baise plus, il est « neutralisé ».

## Les souvenirs de Pierrot

Jusqu'au milieu des années 90, jamais les usagers de drogues français n'auraient un jour imaginé que dix ans plus tard, ils seraient si nombreux à être « traités » et « soignés » durant des années, voire à vie, avec des médicaments plus toxicomanogènes que l'héroïne. Depuis le début des années 70, les plus hardis allaient en Hollande, en Suisse ou en Angleterre faire une petite provision de méthadone et s'en servaient pour décrocher. En ces temps où l'héroïne était marseillaise puis thaïlandaise, libanaise... et généralement « bonne », il était alors évident que le seul usage de la méthadone était un sevrage progressif (et sans douleur) sur quelques jours ou semaines. Pierrot, fameux junkie parisien des années 80 raconte : « *Plein de gens ramenaient de la thaïlandaise à l'époque. On prenait 1 à 2 grammes par jour d'une poudre pure de 60 à 90%. On allait chercher des pills de 5 mg métha à Amsterdam. 15 pills le premier jour, puis 1 de moins chaque jour. Au bout de 15 jours, c'était fini. On avait décroché. Certains prenaient un léger calmant à la fin pour bien dormir. Sûr que si l'on voulait tenir, valait mieux rester loin de Paris et des tentations. Mais ça se passait très bien. Si on reprenait occasionnellement un peu de dope, on se réaccrochait un peu. Alors on reprenait 3 pilules de métha, puis 2 puis 1. Le truc c'était de ne jamais reprendre d'héro plusieurs jours de suite. Ensuite en Belgique, il y a eu le Burgodin® (bézitramide), puis le Temgésic®. Des « prods » utilisés exclusivement pour décrocher... Ceux qui se*

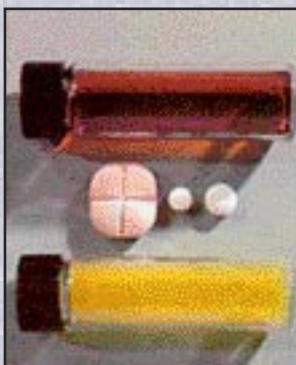
## Les autres alternatives.

Les réunions des NA6 sont assez méconnues des « méthadonisés ». Pourtant, la méthode est l'incarnation même de l'autosupport, et l'on y trouve toujours du soutien pour passer le cap difficile du sevrage « à la dure ». Ensuite, divers réseaux d'entraide peuvent très efficacement aider à vivre sans drogues, à se réinsérer socialement et professionnellement. Pour que ça marche, il faut néanmoins pouvoir adhérer au concept, accepter la dépendance comme une maladie, et intégrer une dimension spirituelle<sup>7</sup> dans sa vie, ce qui n'est pas évident pour tout le monde.

Les communautés thérapeutiques (voir p. 15) et autres post-cures sont le parent pauvre de l'offre de soins spécialisés. Le nombre de places est ridicule, et les délais d'attente très longs. Il faut également être prêt à quitter famille et environnement pour de longs mois. Ça convient à ceux qui ont vraiment besoin de se reconstruire, ne travaillent pas, et n'ont pas de famille à charge.

## Arrêter tout seul.

Des millions de gens à travers le monde décrochent tout seuls sans médecin, souvent en bricolant un peu avec ces « prods » que d'autres appellent médicaments, et en diminuant progressivement. Il y a dix ans, on trouvait peu d'usagers de plus de 40 ans. La plupart avaient arrêté... tout seuls. Certains sont morts du sida, ce qui aurait pu être évité par la mise en vente libre des seringues à temps.



*démérdaient mal n'avaient que le Néocodion® qui soulageait un peu les moins accro et pouvait aussi être utilisé pour décrocher, notamment quand on partait en vacances. Des toubibs filaient parfois des suppos à la morphine, c'était pas mal non plus. La came, comme la décroche, c'était un truc personnel qui ne regardait pas les toubibs. De toutes façons à l'époque, ceux qui comprenaient quelque chose à la came très étaient rares. Mais c'étaient les seuls à pouvoir prescrire les « prods », fallait bien leur servir un peu de soupe. Je te parle même pas des centres. J'ai jamais compris à quoi ça pouvait servir. On te disait : « faut décrocher » (à la dure de préférence) ou revenez me voir quand vous aurez arrêté de vous droguer... » !*

Il reste aujourd'hui peu d'usagers comme Pierrot.. La substitution ad vitam est devenue LE traitement de la dépendance. Le sevrage est parfois considéré comme un pis-aller parce que le patient peut rechuter et que ce serait un « échec ». Combien de méthadoniens parlant de baisser les dosages au bout de quelques années se sont fait convaincre par leurs soignants d'y renoncer ? Certains se virent même augmenter les dosages, sans doute pour « traiter » cette subversion : diminuer eux-mêmes leur dosage.

Le processus d'arrêt est long, comporte généralement des rechutes, et de nombreuses aventures. Celui qui veut décrocher tout seul en s'aidant d'un peu de méthadone ou de Subutex® en doses dégradées est considéré par les « spécialistes » comme un imprudent. Pourtant, ça et là, on rencontre encore de ces « héros », des jeunes des quartiers qui sont fiers de dire qu'ils « décrochent sans médicaments » en allant passer quelques jours « au bled ». À Asud, nous savons tous qu'on peut décrocher sans passer par un centre spécialisé, en se faisant aider un peu par la famille, les amis, et de préférence en s'éloignant des tentations. C'était la configuration classique d'avant la mise en place des traitements de sustentation, mais gare à la rechute.

## Injustes vis-à-vis des médecins ?

On pourra trouver ces propos durs, caricaturaux et injustes vis-à-vis des médecins. Mais si nous critiquons un système, nous avons toutefois gardé un profond respect pour ces médecins qui se sont

battus pour faire accepter la substitution dans un contexte idéologique très hostile. Certains ont compris très tôt que c'était une alternative et une réponse évidente face à l'hécatombe du sida et à la propagation des hépatites au début des années 90. Refusant la tyrannie du manque (imposé et non choisi), Asud a toujours réclamé l'accès aux produits de substitution et s'est toujours opposé au contrôle social et au « tout médical ». Si les médecins peuvent être parfois des alliés, le monde médical (et ses enjeux) peut-il être partenaire ? Notre propos n'est pas de critiquer les médecins, mais des pratiques et un dispositif dont la raison d'être principale est de se perpétuer. Ce qui est d'ailleurs tout à fait cohérent, car cela représente des emplois, des carrières, des intérêts à préserver, des financements, des enjeux politiques... du pouvoir... où la place de l'usager devient parfois secondaire.

Ceux qui se sont battus au sein de « Limiter la casse » connaissent la valeur des acquis de la réduction des risques.

## Prescrire ce qu'un usager peut supporter plutôt que ce dont il a besoin

Les hauts dosages de méthadone peuvent être totalement justifiés dans certains cas, par exemple chez des usagers souffrant de troubles psy, parfois lourds. Un « dosage de confort » permet pareillement à certains de « se poser ». Ceux qui ont fortement abusé des sulfates

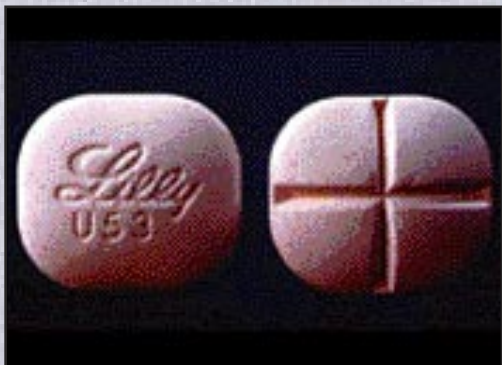
». Par ailleurs, vu la très basse « qualité » habituelle de l'héroïne actuellement, on peut recourir à d'autres médicaments comme le Dicodin® (dihydrocodeine), le Tramadol®, voire le Laudanum10, facile à utiliser en sevrage car on peut diminuer d'1 ou 2 gouttes chaque jour.

Faites donc un petit calcul : actuellement, 30 000 personnes sont sous méthadone, 90 000 bénéficient d'une prescription de Subutex® ou de son générique, et sans doute quelques dizaines de milliers recourent au marché noir. Asud est aussi un état d'esprit, une somme d'expériences et de sensibilités variées et complémentaires, ainsi qu'une grille de lecture qui a sa propre vision du monde des drogues, ses enjeux, conséquences, traitements... Et nous affirmons haut et fort que l'usager éclairé est le mieux placé pour savoir ce qui lui convient : sevrage, substitution, dosage, durée...

Asud a le devoir d'éclairer et d'interpeller ses membres, lecteurs et sympathisants, afin qu'ils soient des acteurs responsables et conscients des conséquences et de la durée de certaines prises en charge pas nécessairement justifiées.

J.K

Asud-Journal vous racontera dans un prochain numéro l'histoire des sevrages, l'énorme et juteux business que cela représente parfois (notamment dans certains



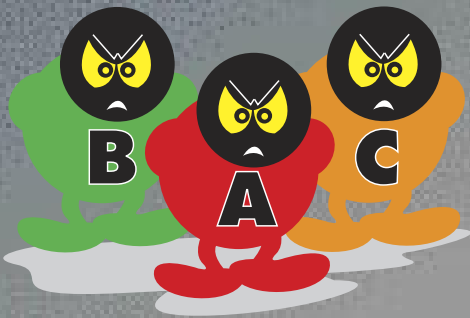
de morphine peuvent également avoir besoin de doses entraînant la sédation<sup>8</sup> pendant quelques temps. Dernier cas de figure, les patients VIH traités aux antirétroviraux : certaines molécules entrant dans la composition de ces cocktails peuvent fortement entamer le capital méthadone présent dans l'organisme. Dans ce dernier cas, le haut dosage est donc une nécessité pharmacologique.

Mais en dehors de ces cas identifiés d'un point de vue pharmacologique, il est inquiétant que les dosages élevés (80 mg et plus) deviennent une pratique courante. Cela revient, en effet, à prescrire ce qu'un usager peut supporter plutôt que ce dont il a besoin pour se sentir « normal »<sup>9</sup>. Ceux qui n'ont quasi jamais pris d'héroïne mais directement et uniquement du Subutex® sont souvent très « confortables » avec 20 à 30 mg de méthadone par jour.

Mais attention, la méthadone reste un médicament qui a permis la restauration d'une réelle qualité de vie à bon nombre d'usagers. Nous appelons donc les soignants à reconsidérer leurs pratiques, et à utiliser la méthadone pour aider ceux qui le demandent à décrocher. Nous les invitons aussi à expliquer à leurs patients la dépendance lourde induite par la méthadone, et à leur proposer d'autres alternatives que la maintenance, comme par exemple un sevrage dégressif plus ou moins rapide avec la « méthode chinoise

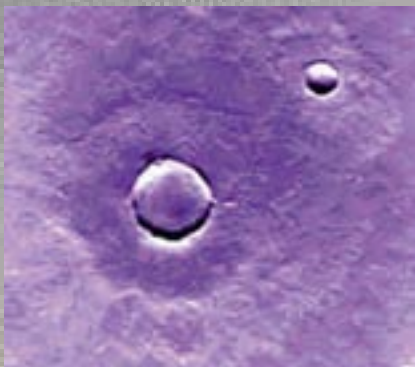
(pays), et vous donnera de nombreux trucs et astuces expérimentées par des millions d'usagers pour arrêter tout seul les opiacés ainsi que d'autres drogues. Nous cherchons des témoignages sur sevrages payants, des cures onéreuses et autres arnaques concernant la décroche. Si vous avez des trucs à dire, écrivez au journal ou maillez à :asudjournal@club-internet.fr.

- 1) Voir « Chimiocratie contre droits de l'homme », F.Olivet, SWAPS n° 17
- 2) « Recherche clinique et cocaïne », conférence organisée par la Mildt, les 7 et 8 avril 2006
- 3) Traitement de substitution opiacée
- 4) Allocation adulte handicapé
- 5) désigne un joint ou parfois le cannabis
- 6) Narcotiques anonymes : 01 48 58 38 46 24h/24
- 7) les NA demandent d'accepter « dieu tel qu'on le conçoit » pour aider dans al voie de l'abstinence.
- 8) Effet de défonce, accompagné parfois d'un « piquage de nez. »
- 9) se sentir « normal » : est très subjectif. Nous pensons à un état de confort et d'éveil satisfaisant où ni l'usager ni un interlocuteur n'aurait l'impression qu'il est sous l'effet d'un produit.
- 10) Laudanum : sirop opiacé prescrit par un médecin et préparé par un pharmacien. La fabrication est fastidieuse, les pharmaciens qui acceptent sont toutefois assez rares.



# Hépatites

**Premières analyses des résultats de l'enquête Aud/SOS Hépatites réalisée avec la collaboration de Harris Médical, qui révèle notamment de réelles difficultés d'accès**



L'organisation, la diffusion, et donc l'exploitation, de cette enquête n'a, bien évidemment, pas été sans difficultés. Certainement à cause de son format (8 pages), mais aussi d'un manque de motivation des malades, et surtout parce que bon nombre d'acteurs associatifs ou professionnels n'ont toujours pas pris conscience de la gravité de cette épidémie silencieuse.

## Un virus qui ne rend pas malade ?

Ce manque de mobilisation est aussi dû à l'évolution lente et totalement silencieuse des hépatites virales. Comme beaucoup de maladies chroniques, les hépatites virales sont des maladies asymptomatiques, et même au stade cirrhose, à part une fatigue accrue, on ne se sent souvent pas malade. Il faut donc arriver à comprendre que c'est « quand on va bien » qu'il faut se traiter, même si le traitement est lourd. Bon nombre de malades traités ayant admis à tort être devenus malades « à cause du traitement », ceci explique aussi la mauvaise réputation de l'interféron. Seule la moitié d'entre eux ont guéri, et un autre quart ont pu calmer l'évolution de la fibrose. D'accord, l'interféron ça secoue, mais si c'est pour éviter de gros problèmes aux trois quarts des gens traités, le jeu en vaut peut-être la chandelle, non ? Il faut vraiment comprendre que ça n'est qu'en se formant et en s'organisant à l'avance, avec son entourage, qu'on arrive à tenir 1 an de traitement, plus les 6 mois difficiles d'attente des résultats.

Reste que ces résultats sont équivalents à ceux enregistrés pour d'autres maladies asymptomatiques et chroniques et ce, quels que soient les malades.

## Savoir où en sont les lésions du foie

Si on est usager de drogue actif et que l'on n'a

jamais rencontré d'hépatologue, il ne faut plus attendre pour évaluer réellement les lésions du foie, de façon à mettre en place une stratégie et une prise en charge adaptée à chaque situation. Si vous ne l'avez pas encore fait, sachez que c'est l'étape vraiment indispensable qui vous permettra de savoir si vous devez rapidement être formé et bénéficier d'un premier traitement interféron, pour guérir (dans le meilleur des cas), ou au moins pour calmer le jeu avant que n'arrivent de sérieuses complications morbides. Aujourd'hui comme hier, il ne sert à rien de faire la taupe face à la peur de la biopsie car d'autres moyens existent : par prise de sang (Fibro-Test®) ou par échographie spécialisée (Fibro-Scan®). Même s'ils ne sont pas encore faciles d'accès partout en France, ça vaut vraiment le coup de faire quelques kilomètres pour cet examen, surtout quand on sait qu'au moins 45 % des usagers ayant répondu à l'enquête sont déjà en pré-cirrhose (score Métavir F3).

## Un traitement plus efficace, mais...

Grâce à cette enquête, nous avons constaté que la situation a évolué depuis 2001 : le traitement de référence actuel – la bithérapie Peg-inteféron+ribavirine – a permis de passer au-dessus de la barre des 50.% de guérisons possibles. De plus, pour la moitié des malades n'ayant pas guéri, ce traitement permet quand même de réduire les lésions du foie, voire de bloquer ou ralentir sur 3 ans la progression de ces lésions. La moitié des répondants ont eu accès à un traitement, qui a également été proposé au tiers de ceux qui n'ont pas été traités. Aujourd'hui, la difficulté concerne surtout les usagers de drogues actifs et malades (au moins en hépatite modérée – score Métavir F2 –) pour lesquels il n'est plus raisonnable d'attendre

# et usages des drogues

en misant sur l'arrivée de nouvelles molécules. La mise à disposition des antiprotéases et autres n'aura pas lieu avant 3 à 5 ans. De plus, il est désormais possible de prendre un traitement allégé seulement destiné à bloquer l'évolution de la fibrose. Plusieurs essais thérapeutiques sont en cours.

## Médecins et usagers : des relations difficiles

Un cinquième des répondants déclarent ne pas avoir de suivi médical satisfaisant (20 %), une mauvaise expérience du monde médical en général (24 %), une mauvaise expérience avec l'hôpital (21 %), ou encore le refus de tout traitement (11 %) comme raisons rendant difficiles le suivi médical.

Parmi ceux qui n'ont pas fait d'examen du foie (33 %), une minorité seulement refusent de se faire suivre (9 %), ne veulent pas savoir (8 %), refusent d'aller à l'hôpital (8 %), ou pensent qu'il n'y a plus rien à faire et que c'est trop tard (6 %).

Parmi les usagers non-suivis, 12 % expliquent cette absence de suivi par une mauvaise expérience avec des médecins dans le passé, 10 % refusent de se faire suivre, ou d'aller à l'hôpital (9 %).

Les médecins n'ont pas proposé d'examen du foie à un cinquième (22 %) de ceux qui n'en ont pas eu, et n'ont pas proposé de traitement à la moitié (42 %) de ceux qui n'ont pas été traités.

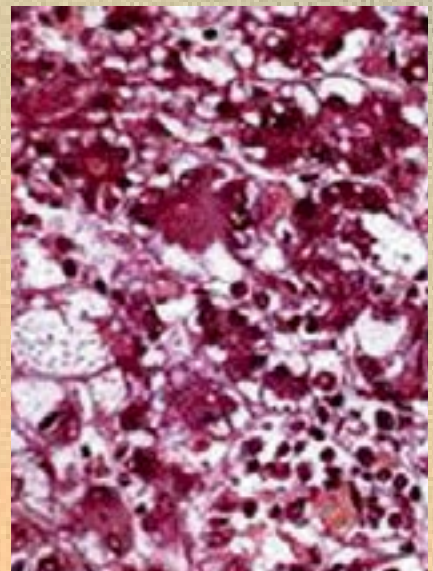
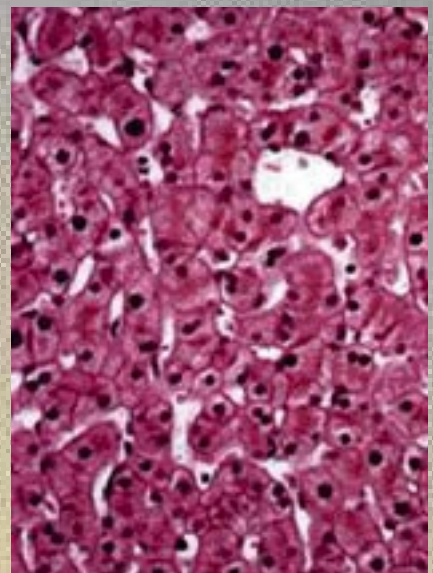
Malgré ces difficultés de relation entre médecins et usagers, les trois quarts des répondants parlent de leur hépatite avec leur médecin généraliste (75 %). La mobilisation de l'équipe médicale est une motivation pour un suivi médical (42 %). Heureusement, les deux tiers des usagers répondants parlent de suivi efficace (67 %), voire très efficace (19 %), et

la moitié pense même que c'est une maladie assez facile à prendre en charge (44 %).

## Un nécessaire accompagnement

Du point de vue social, les répondants déclarent à la fois des critères d'insertion et des facteurs aggravants, reflétant leur fragilité : s'ils ont une couverture sociale (90 %), un logement stable (80 %) et un enfant à charge (23 %), ils n'ont, par contre, aucune activité (50 %), que le RMI (56 %), sont seuls (54 %), et ne fréquentent aucun lieu festif (34 %). La moitié d'entre eux doit donc faire face à un isolement qui peut aggraver la survenue de problèmes, notamment en cas d'usage de drogues ou de mise sous traitement par interféron. Un accent particulier doit donc être mis sur les problèmes sociaux, les besoins de soutien, et l'importance de développer l'autosupport, dans la prévention ou l'accès aux soins des hépatites chez les usagers de drogues.

Car tout comme pour le VIH à partir de 1996, cette enquête démontre magistralement que quand les usagers de drogues actifs bénéficient d'un accompagnement spécifique, ils peuvent obtenir les mêmes résultats que les autres malades. Ils sont tout aussi capables de suivre correctement les contraintes liées au traitement, à condition d'avoir une réelle écoute de la part du médecin traitant, et que la décision soit partagée. C'est peut-être sur ce point, en effet, que bon nombre d'hépatologues ont arrêté d'avoir peur et essayé de traiter des usagers, y compris actifs. Ils se sont rendu compte que, si on s'entend bien, ils peuvent nous faire confiance. Le but premier d'une prise en charge médicale adaptée, c'est de nous aider à rester motivé tout au long de la prise en charge (du traitement jusqu'aux résultats). C'est pour cela que les acteurs



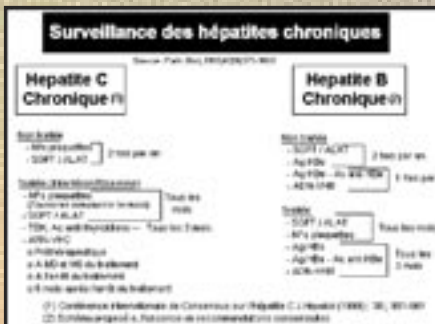


doivent se former et être activement mobilisés contre les hépatites virales.

### Le foie est résistant jusqu'à ce qu'il...

Les répondants sont ou ont été dépendants des opiacés (53 %), des médicaments pour se défoncer (43 %), des stimulants comme la cocaïne ou les amphétamines (33 %), et de l'alcool (30 %). Ils ont injecté au moins 1 fois (91 %). Quand on est déjà à mi-course de la cirrhose, donc en hépatite modérée (score Métavir F2), et que l'on consomme régulièrement des produits hépatotoxiques (alcool, certains médicaments psychotropes, cocaïne, amphétamines, etc.), la cirrhose peut survenir dans les 3 à 5 ans, surtout si on est coinfecté par une autre hépatite virale ou par le VIH. Tous les usagers substitués ont déjà des consultations régulières avec un médecin qui devrait faciliter leur prise en charge.

Malgré tout, la moitié des répondants (46 %) n'ont rien consommé depuis un an et ne semblent plus concernés (30 %) par un besoin d'aide pour réduire ou renoncer à certaines drogues. Ils correspondent au profil d'ex-usager, chez qui l'hépatite n'a pourtant pas arrêté sa course. Grâce à la prise en charge de leur hépatite, les trois quart des répondants ont spontanément réduit leur consommation, d'alcool tout d'abord (72 %), mais aussi de drogues (67 %), et même renoncé à certaines drogues ou alcools forts (55 %).



### Épidémie de cirrhoses

Dans les centres spécialisés, environ 15 % des usagers sont porteurs du VIH, même si, grâce à la RdR, les nouvelles contaminations sont devenues exceptionnellement rares par injection. La priorité reste encore trop souvent donnée au VIH, oubliant que ce sont les usagers cirrhotiques d'aujourd'hui qui risquent de mourir dans les 3 à 5 ans s'ils ne sont pas activement pris en charge et traités. Les centres devraient tous avoir une équipe spécialisée dans la prise en charge des hépatites en lien avec un service hospitalier de référence. Car si les hépatites sont largement dépistées chez les usagers des centres, la cirrhose est très souvent considérée comme banale puisque nous sommes dans un « État d'alcooliques ». 1 600 000 Français ont une cirrhose (dont 90 % dues à l'alcool), et les problèmes visibles et symptomatiques n'arrivent qu'au stade terminal des maladies du foie. Il aura ainsi fallu plus de 20 ans avant d'admettre qu'il s'agissait réellement d'une épidémie, car seule une minorité de malades arrivait à l'hôpital... mais beaucoup trop tard, c'est-à-dire avec des décompensations sévères de cirrhoses (hémorragies digestives, état neuropsychique délirant, cancers, etc.).

Nous, les usagers de drogues, ne devons pas

rester les bras croisés face à cette banalisation des cirrhoses « made in France », qui risque de réduire à néant nos efforts pour traiter notre hépatite. Aller prendre conseil auprès d'un autre médecin plus motivé et consommant moins d'alcool peut aussi être une solution efficace.

### Mortelle dès aujourd'hui

Lors des prises de contact autour de cette enquête, de nombreux responsables de structures d'accueil pour usagers de drogues ont reconnu que, parmi les usagers qu'ils suivent, le nombre de décès lié aux hépatites a au moins doublé en 2004-2005, comparé à 2000-2003. Tout comme face à l'hécatombe du VIH au début des années 90, avec l'épidémie d'hépatite C, les courbes de mortalité liée au foie risquent de décupler dans les 3 à 5 ans à venir, si rien n'est fait rapidement en termes d'amélioration d'accès au traitement des hépatites, spécifiquement pour les usagers de drogues actifs.

### Convaincre les autruches de se bouger

Évidemment, les responsables et les médecins de CSST se plaignent souvent que les hépatologues hospitalo-universitaires ont encore des difficultés de prise en compte des usagers dans leur file active. Seulement, c'est aussi au centre d'arriver à informer et motiver les chefs de service. Les expériences les plus concluantes sont celles où un hépatologue hospitalier a pu ouvrir une consultation avancée dans un CSST puisqu'il peut à la fois former tout le personnel de soin et prendre en charge directement les malades les plus avancés.

### À nous d'aller les réveiller

À partir de l'expérience du VIH, nous savons bien que c'est aussi à nous, usagers, de militer et convaincre les acteurs de soins, un à un. Face aux hépatites, l'autosupport doit devenir plus actif. Un rôle dans lequel les usagers déjà traités et pris en charge par un hôpital peuvent arriver à faire connaître les blocages et donc avancer la situation, avec le relais d'associations comme Asud ou SOS Hépatites.

La moitié des répondants de cette enquête sont des usagers qui se sont largement investis dans la prise en charge de leur hépatite. Aujourd'hui, c'est à ces usagers expérimentés de monter au créneau pour tous les autres usagers qui ne sont pas encore admis dans les filières de soin. Les résultats de cette enquête nous donnent des arguments permettant de convaincre les acteurs du soin encore réticents. Alors préparons-nous à une rentrée active et militante pour notre foie et celui des autres.

Gérald Sanchez

## Les Dopes de l'été

Voilà revenu le temps des vacances, des festivals, des Goas, des pique-niques, des campings et des feux de camps...

Le temps des petits plaisirs et des gros abus.

Chaque été réapparaissent les tentations de s'accorder un voyage psychédélique à l'acide, sous mescaline ou aux champis, une boîte sous X

et une soirée coke, les petits joints à la plage et le rosé glacé, la pétanque au pastaga ou le lézardage sous rachacha.

Beaucoup d'usagers ont besoin de cette récréation estivale pour mieux s'imposer une consommation raisonnable – et souvent même l'abstinence – le reste de l'année. D'autres profitent trop de multiples opportunités et (re)plongent dans une polyconsommation abusive, difficile à gérer à la rentrée. La meilleure chose serait de vous doper au soleil, à l'huile d'olive et à la sieste, une formule qui garantit la longévité et la bonne humeur des Méditerranéens. Les vacances sont aussi une bonne période pour arrêter une consommation problématique comme le tabac. Si après ces bons conseils vous persistez à vouloir consommer, réduisez les risques et évitez les classiques arnaques de l'été.



JE VEUX  
DESCEN-EN-EN-EN



## Toujours l'alcool

Lors des événements festifs et dans la vie quotidienne des vacances, la consommation d'alcool augmente considérablement. Répétons encore une fois qu'il est dangereux de mélanger les autres drogues avec de l'alcool. La plupart des usagers en ont déjà fait l'expérience, mais les pratiques à risques sont encore bien trop nombreuses. La majorité des interventions des services de secours et de sécurité en milieu festif ont ainsi l'alcool pour origine, comme de nombreux maux gérés par les chill out. Pourtant, l'ancrage sociologique de l'alcoolisation festive reste plus fort que les messages de prévention. En usage festif, l'alcool est souvent plus dangereux que certains produits illicites. Pourquoi s'acharner à vouloir comparer les 2 ?

## Herbe coupée

Autre tradition estivale, la pénurie de cannabis et le retour du Tchernobyl, aujourd'hui étendu à l'herbe. De toute la France m'arrivent des alertes aux fleurs de cannabis coupées à une poudre blanche non identifiée. Cette poudre ne doit pas être confondue avec la résine de cannabis. La résine mûre a une couleur ambrée (pas blanche), elle colle facilement à température du corps, et ne se décroche pas facilement de la plante à température ambiante. Réclamant une grande enquête sur le coupage du cannabis en France, le Circ Nord-Est en a fait parvenir 4 échantillons à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) pour analyses. Réponse à suivre. Les pays voisins sont aussi touchés : on y parle de sable, de maïzena, d'eau sucrée parfois additionnée de substances psychotropes, et aussi de laine de roche. Déjà suspecte d'engraissement et de traitement chimique, l'herbe est maintenant coupée comme une barrette de shit ou un képa de drepou.

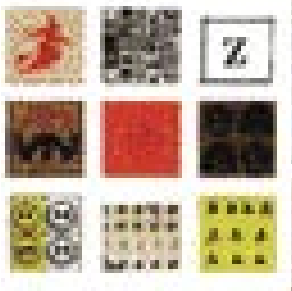
## Le hasch aussi

On trouve de tout dans le hasch. Le projet CRISP (Cannabis Resin Impurities Survey Project) analyse depuis 2001 les « barrettes » d'origine marocaine saisies par les douanes britanniques. Les mêmes genres de produits sont consommés en France. On y apprend que certains échantillons contiennent à peine 10 à 20% de résine de chanvre. Les principales impuretés identifiées sont : réglisse, cirage, cire d'abeille, résine de pin, henné, café, huile de moteur, déjections animales, lait en poudre, mais aussi aspirine, kétamine, colle, toluène et benzène en quantités démesurées... Une liste noire dont il faut se souvenir lorsqu'on s'apprête à acheter un morceau de tambouille non identifiée parce que « c'est toujours mieux que rien ».

## Coke à la caféine

L'augmentation sensible de la consommation de cocaïne en Europe (+ 400% en 5 ans pour l'Espagne) ou les concentrations records dans les eaux usées de Saint-Moritz rajeunissent les vieux mythes de la coke synthétique ou végétale, du coupage au speed ou à la blanche, et du free base moins toxique que le crack. En dehors d'une alerte récurrente sur de la coke coupée à l'atropine, (quelques rares cas constatés), la coupe la plus classique comprend de la caféine concentrée, de la novocaïne et du lactose. Quand cette base est trop présente, les usagers parlent de synthétique. La vraie coke synthétique coûte 10 fois plus cher à produire qu'à partir d'une base végétale. Elle ne présente donc aucun intérêt pour les dealers. Les analyses effectuées en France ne font pas mention de speed dans la coke. La différence d'odeur et de goût serait facilement détectable, et le mélange difficile à homogénéiser. La caféine concentrée est donc responsable de l'excitation parfois angoissante et de l'insomnie.

Le sulfate de cocaïne (à fumer) n'a pas de propriétés différentes en fonction de la méthode utilisée pour l'obtenir ou de ses différentes appellations : caillou, crack, free base... La matière première de départ et le nettoyage font toute la différence en ce qui concerne la toxicité ajoutée à celle du produit. La méthode au bicarbonate est ainsi moins dangereuse et plus facile à rincer, alors que, parfois fabriqué à partir des déchets de production de coke, le caillou des DOM-TOM contient des restes de solvants et autres produits toxiques. De nombreux usagers transforment eux-mêmes le chlorhydrate pour éviter le coupage du caillou ou les mauvaises préparations.



## MDMA ou speed ?

En 2004, le dosage médian en MDMA s'élevait à 60 mg par comprimé. Comme chaque année, les produits les plus souvent associés à la MDMA sont la caféine, l'amphétamine, la MDEA, la méthamphétamine et la MDA. Le pourcentage de comprimés contenant d'autres substances que de la MDMA diminue (16 %). La présence d'amphétamine dans les pilules, les gélules et les poudres vendues pour de la MDMA est rarement désirée. Elle accentue l'anxiété, et augmente encore la température du corps et la déshydratation. De plus, le mélange est neurotoxique, donc à éviter. Même s'il est douloureux pour les muqueuses, le sniff d'ecstasy est en augmentation. Les effets se manifestent plus rapidement (environ 5 minutes contre 20 à 40 en gobant), mais durent moins longtemps. Un moyen de moduler sa consommation et d'éviter de partir dans des effets trop puissants et trop long à gérer, surtout en cas de mélange au speed.

Aux côtés d'associations plus marginales (impliquant opiacés, hallucinogènes, voire benzodiazépines), le triptyque alcool/ecstasy/cannabis semble largement répandu.

Ces polyconsommations ont pour but de réguler les effets stimulants de cette substance, soit pour les modérer (cannabis), soit pour les adapter aux besoins recherchés (alcool). Mais attention au potentiel anxiogène du cannabis et délirigène de l'alcool.

De plus en plus d'usagers recherchent du speed pur, amphétamine ou méthamphétamine. Ces substances sont à nouveau assez disponibles sur le marché, surtout l'amphétamine. Le Yaba (nom thaï de la métha) est peu connu en France, mais assez présent en Suisse et dans les grands rassemblements internationaux. Il est fumé, alors que la poudre de speed est sniffée, et la pâte ingérée. Avec la chaleur de l'été, il faut boire beaucoup d'eau, et pas d'alcool dont les effets paraissent amoindris jusqu'au coma éthylique. À juste titre, le speed a l'image d'un produit fort. C'est aussi la coke du pauvre, son prix étant attractif par rapport à la durée de l'effet. La décompression nerveuse de la descente est encore plus forte qu'avec la MDMA ou la coke. Après un excès de speed, l'usage de benzodiazépines et une longue récupération sont nécessaires, car si le up est puissant, le down est fracassant. Les usagers chroniques s'exposent à une sévère dépression et à des troubles cardiaques.



Destiné à faciliter la descente des psychédéliques et des psychostimulants, le rachacha est principalement utilisé par des néo-ruraux qui l'autoproduisent, et dans les milieux underground type hardcore. Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte de couleur marron rouge à la consistance molle. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale de pavot. Il convient de sous-doser la première prise pour évaluer la force du produit et sa propre tolérance à l'opium. Chez certains consommateurs, une dose infime peut, en effet, provoquer de violents vomissements, beaucoup d'angoisse, puis un sommeil profond.

La production confidentielle de rachacha ne couvre pas les besoins de produits pour la descente, notamment dans les grands rassemblements festifs. L'héroïne brune de faible qualité fait donc son retour sous le nom de rabla. Certains usagers ignorent ce qu'ils consomment, et peuvent rapidement se retrouver dépendants de la rabla en poursuivant la consommation hors du cadre récréatif. La faible qualité de cette héroïne pousse à l'injection, une pratique encore peu répandue en milieu festif mais en constante augmentation. La prévention est plutôt axée sur le sniff et la fumée, mais on peut aussi trouver des kits d'injection sur les stands de RdR. Ne partagez pas votre paille, votre miroir, votre petit matériel, votre seringue ou votre pipe.

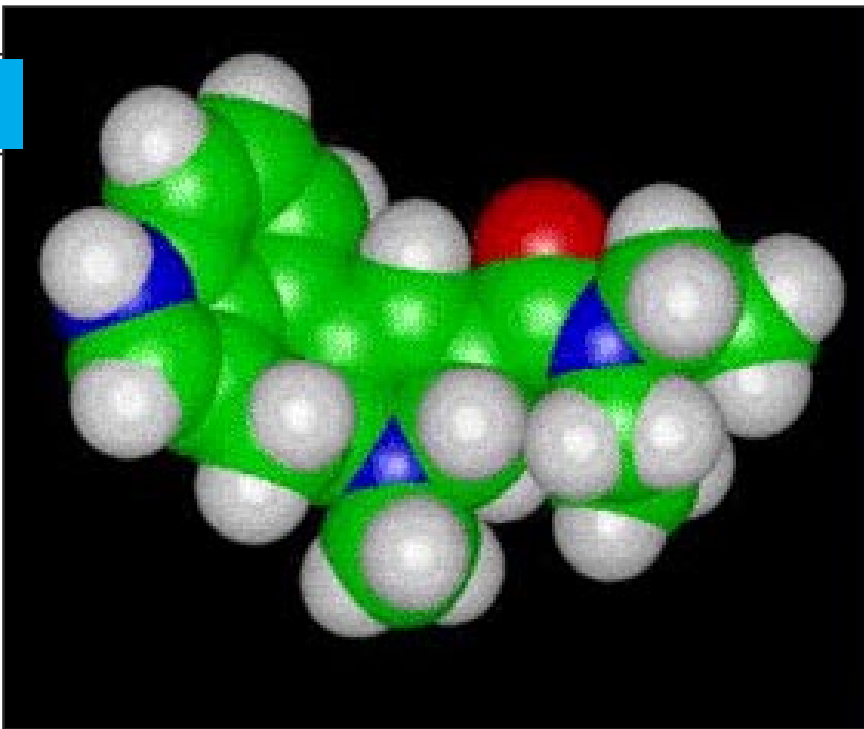
## Halluciner au naturel

Les champignons hallucinogènes sont consommés par des multitudes de personnes provenant d'horizons sociaux et culturels différents. Les usagers considèrent que les variétés étrangères ou exotiques sont mieux dosées que les variétés françaises. Ils ont tendance à en consommer moins. Lorsque les champignons sont ingérés, des difficultés à établir un dosage adéquat sont souvent rapportées. Soyez patient, les effets peuvent être assez longs à venir, et un surdosage, même minime, peut conduire à un trip désagréable. Pour éviter les douleurs stomacales et les désagréments gastriques, il est préférable de faire une infusion plutôt que manger les champignons. Une forte dose de vitamine C permet de modérer une montée trop puissante.

La *Salvia divinorum* aurait entamé une seconde phase de diffusion dans des groupes plus larges, essentiellement constitués de personnes bien insérées socialement. Elle attire surtout par son côté trip court et légal. Beaucoup d'usagers font des expériences décevantes ou agréables. Il est difficile d'absorber correctement le principe actif sauf en mastiquant les feuilles, mais l'effet de décorporation est plus violent en fumant. Pour contrôler un éventuel épisode de panique ou une chute, il convient de consommer la *Salvia* en groupe avec une personne qui reste sobre.

## Le retour du LSD

Après des années de relative rareté, le LSD fait un retour en force dans l'espace festif, des raves aux festivals plus généralistes. Il se présente sous forme de buvard, de goutte liquide ou de microspointe noire. Il est généralement dosé à 100 microgrammes, loin des légendaires Hoffmann 500. Le LSD peut provoquer des bad trips, manifestations délirantes, angoisses, hallucinations désagréables, troubles d'identité. Comme pour tous les hallucinogènes, la vitamine C, associée à une faible dose de benzodiazépine, peut calmer les montées trop violentes. N'hésitez pas à demander de l'aide aux structures de RdR ou de soins si vous ne maîtrisez plus votre trip. Contrairement à la légende, l'usage occasionnel de LSD ne provoque pas de troubles irréversibles. On ne reste pas croché, les effets se dissipent. Soyez patient et calme. Ne prenez pas de LSD si vous avez des problèmes psychologiques : cette substance peut avoir un potentiel psychanalytique, mais seulement sous la conduite d'un thérapeute compétent. L'usage chronique ou très répété de LSD peut entraîner de graves troubles psychiques.



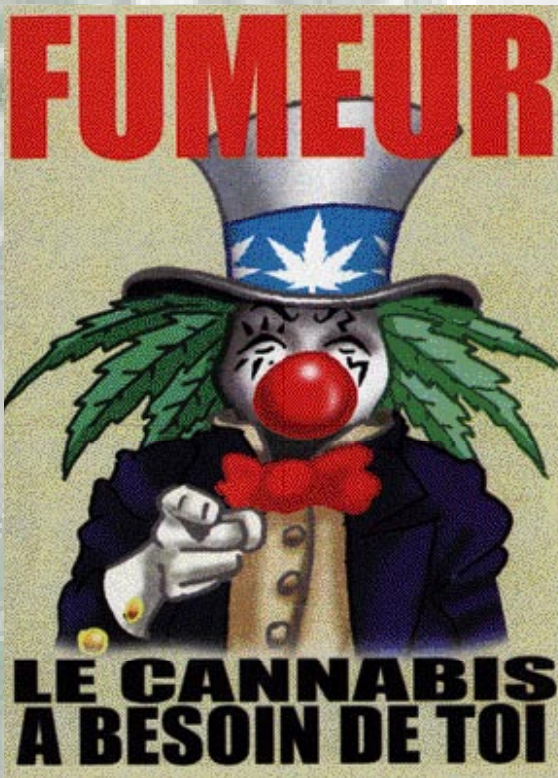
## DOB, DAB, TMA2, pervitine

De nombreuses substances, souvent découvertes par Alexander Shulgin ou Albert Hofmann, apparaissent irrégulièrement sur les teknivals, les Goas et les festivals. Ce sont d'autres dérivés moins connus que la MDMA ou le Yaba de l'amphétamine, de la méthamphétamine, ou de la mescaline. Ils sont parfois vendus pour de l'ecstasy, de la mescaline, ou des gélules de champignons en poudre. L'intensité et la durée des effets de ces produits sont souvent bien plus forts qu'avec les produits plus courants. Le DOB et le DAB sont, par exemple, actifs dès 3 mg, et les effets hallucinogènes de type mescaline durent jusqu'à 36 heures. Mieux vaut avoir prévu ce long trip et sa récupération lente plutôt que le subir à l'improviste. Le TMA2 est une triptamine synthétique de type champignons mélangés à du LSD et de la MDMA, à la montée très violente. Âmes sensibles s'abstenir. La pervitine, ou speed tchèque, est une méthamphétamine très puissante dont les effets psychostimulants durent au moins 48 heures, de quoi finir totalement épuisé physiquement et mentalement. Il faut donc s'assurer autant que possible de la molécule que l'on va consommer, et s'abstenir en cas de doute ou d'absence d'information. En règle générale, on ne consomme pas un produit dont on ne connaît pas les effets indésirables ou non, le dosage et les associations dangereuses. Les stands de RdR peuvent vous informer. N'hésitez pas à les consulter pour ne pas vous gâcher l'été.

Laurent Appel

## Effets secondaires

En France, certaines drogues sont interdites à la consommation. On les appelle « stupéfiants » (la liste doit être disponible sur Internet). D'autres sont légales, mais tout aussi dangereuses. Néanmoins, si on établit un coefficient de dangerosité affecté à chaque drogue, il convient d'ajouter systématiquement 4 points de malus à toutes les drogues illicites. Leurs effets secondaires sont connus : ils se nomment gardes à vue, casiers judiciaires, et dans les formes les plus malignes, pertes des droits civiques. Il n'existe aucun vaccin connu à l'heure actuelle. Alors méfiez-vous des petits malins qui vous disent le contraire....



## L'héroïne ça va, *le Cannabis* bonjour les dégâts !

Aucun conseil technique aux consommateurs pour les aider à réduire eux-mêmes les risques, aucune information sur le fumer propre, l'équivalent chanvrier du shooter propre. Bref, alors que la politique menée en direction des héroïnomanes s'appuie sur des données scientifiques, le combat contre le cannabis est plus que jamais d'ordre moral

### Tant qu'il s'agit des autres...

La fameuse tolérance sociale en faveur du cannabis en fait un objet bizarre, symbole de tous les renoncements de notre pays. Pas facile de changer de discours sur les stupéfiants ! Pour l'héroïne, c'est en général le problème des autres, de quelqu'un qui a dit qu'il connaissait quelqu'un qui, etc. En plus de sa dangerosité, l'héroïne reste la drogue des autres. Moins de 0,5% de nos concitoyens confessent en consommer ou en avoir consommé. Et tant qu'il s'agit des autres, on a toutes les audaces. En passant par l'épidémie de sida, on a, par exemple, réussi à faire parler les morts en faveur de programmes dits de substitution. Mais cette approche innovante a aussi bénéficié de l'étroitesse de la population concernée.

Dès lors que l'on s'attaque aux consommations de monsieur et madame tout le monde, l'enjeu paraît beaucoup plus délicat. Comment parler clair de... soi-même ? Comment évoquer les faiblesses de son voisin, de son patron, de ses enfants, sans finir par scruter son propre reflet ?

Le statut du cannabis souffrirait paradoxalement de son succès en ville. Illégitime, la ganja ne peut bénéficier de la mobilisation d'un lobby comme son grand rival, le pinard. Banalisée, sa consommation pèse comme un scrupule sur bien des consciences. Si je m'oppose de façon trop véhémement aux âneries proférées par les croisés antidrogue, ne va-t-on pas me soupçonner ?

Notre incapacité à envisager sereinement nos propres consommations se transforme donc en culpabilité à propos du pétard du samedi soir. Le cannabis est une drogue, certes, mais l'expérience de l'héroïne nous a prouvé que toute drogue, fut-elle douce, n'est dangereuse qu'au prorata de l'ignorance et de l'aveuglement dans lesquels sont maintenus les consommateurs.

**Fabrice Olivet**

L'héroïne bénéficie-t-elle d'une meilleure tolérance que le cannabis de la part des pouvoirs publics ? La question paraît légitime quand on décortique les campagnes audiovisuelles de ces derniers mois consacrées au chanvre et à ses dérivés.

En matière de traitement des addictions aux opiacés, l'État s'est tourné depuis quinze ans vers ce que l'on appelle la réduction des risques (RdR). Objectif : éviter la condamnation morale des consommateurs, tout en leur délivrant des conseils pratiques sur les risques et sur les moyens de réduire ces risques. Moins de désinformation outrancière concernant la dangerosité des drogues, et mise à disposition de substituts, parfois classés dans la catégorie « stupéfiants ». Bref, même si notre ralliement tardif à cette politique réaliste nous a coûté plusieurs dizaines de milliers de contaminations par les virus du sida et des hépatites, en ce qui concerne l'héroïne, on a changé de cap.

### Croisade morale et bâton de pèlerin

Mais force est de constater que la RdR est restée à la porte de la maison cannabis. Pour les adeptes de la fumette, l'accent est mis sur les études les plus alarmistes – et les plus controversées – qui font du chanvre la probable huitième plaie d'Égypte.

### Pourquoi ?

La réponse est à la fois simple et tragique. Quand on mène une croisade morale contre l'héroïne, on récolte une catastrophe sanitaire de grande ampleur. Quand on répète les mêmes erreurs contre le cannabis, la sanction se chiffre en milliers d'heures de gardes à vue plutôt qu'en nombre de cadavres. Même coincé entre les mains avides des dealers d'un côté et le bâton des gendarmes de l'autre, le cannabis a du mal à tuer, sauf s'il est mélangé à du tabac, de l'alcool ou des véhicules automobiles. On ne pardonne pas à plus à une drogue d'être douce qu'à des drogués d'être heureux !

Nous allons donc reprendre notre bâton de pèlerin en faveur de la RdR, y compris dans le dossier soi-disant récréatif du cannabis. En argumentant sur le cannabis qui rend stérile, aveugle ou que sais-je, la nouvelle croisade anti-fumette a soulevé un lièvre inattendu : l'inquiétude des fumeurs. Contrairement au discours militant un peu neu neu des années 70, les fumeurs de joints ne sont pas tous partisans de la légalisation. Ils sont souvent eux-mêmes mères ou pères de famille, et une carrière de fumeur confirmé est rarement exempte de pétales de plombs, de consommations excessives ou de mélanges regrettables. Seulement comme le dit le spot anti-alcoolique de la télé : « Les excès moi ? Jamais. Pierre, Rachid, eux, oui. Mais moi, j'arrête quand je veux. »

## Égus III :

# La réduction des risques liés à l'usage de cannabis est-elle possible ?

La réduction des risques liés à l'usage du cannabis fut longtemps ignorée, minorée ou traitée sous un aspect largement social et peu médical. Depuis presque quinze ans, le Circ et Asud militent pour protéger les droits des personnes qui consomment des substances dont l'usage est réprimé par la célèbre Loi du 31 décembre 1970.

Parmi celles-ci, la séduisante sativa, communément appelée cannabis, est de loin la plus populaire en France. Un succès croissant qui vaut à ses adeptes un surcroît d'attention de la part des forces de police, avec 106 000 interpellations en 2005, contre quelques centaines à l'époque du vote de la loi (voir p. ? ?). Parallèlement, en 2005, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MiIdt) a fortement appuyé la création de nombreuses consultations cannabis dont l'objet est d'accueillir les usagers par une parole médicale avec, s'il y a lieu, prise en charge sociale.

### Nous adressons donc plusieurs questions aux autorités sanitaires :

- Ces consultations sont-elles compatibles avec la réduction des risques ?
- Le cadre légal est-il adapté à cette forme de prise en charge ?
- Y a-t-il nécessité de séparer le dossier cannabis de celui des autres drogues ?

### Pour répondre à ces 3 questions, nous avons divisé le travail en 2 séances :

La première s'est déroulée en juin dernier dans le cadre du trentième anniversaire de « l'Appel du 18 Joint », avec un atelier de réflexion portant sur les aspects politiques du dossier.

Dans un deuxième temps, nous organiserons le 12 octobre 2006 un atelier plus technique dans le cadre des États généraux des usagers de substances licites ou illicites (Égus III, voir p.4).

### Voici en avant-première quelques pistes de réflexion :

– Reconnaissance des produits : Donner des informations pour détecter le coupage de la résine et maintenant des fleurs. Évaluer la puissance du produit pour éviter le surdosage et le type d'effets pour qu'ils correspondent à l'envie et aux contraintes du consommateur.

– Mode de consommation : De l'importance de faire des pauses dans une consommation quotidienne pour éviter l'accoutumance, la désocialisation et la fixation sur le produit. L'ingestion comporte moins de risques sanitaires à moyen et long terme, mais le dosage est délicat. La consommation d'herbe pure réduit les nombreux risques associés au tabac, même pour les tumeurs cancéreuses liées aux carbonés et à la combustion.

– Dispositifs de réduction des risques : La vaporisation permet d'absorber plus de principes actifs sans combustion, donc sans carbonés ni brûlure des tissus entraînée par une chaleur excessive. Il existe maintenant des filtres à ajouter au carton ou à utiliser directement pour diminuer les poussières et les goudrons dans la fumée. Quelles sont les performances d'autres dispositifs comme la pipe à eau, le sebsee ou le shilom ?

– Information sur les conduites à risques : Associations alcool et cannabis, cannabis et autres produits, cannabis et conduite, can-

nabis et femmes enceintes, cannabis et apprentissage...

Nous souhaitons que les usagers, les associations de RdR et les professionnels de santé s'associent pour définir enfin les principes d'une réduction des risques pragmatique et efficace du produit illicite le plus consommé en France et dans le monde.

Fabrice Olivet





**Souvenirs glanés par Patrick Beauverie, pharmacien et poète, envoyé en mission en Iran par Médecins du monde. Principale zone de production d'opium après le Triangle d'or, le Croissant d'or est une zone de 3 000 km aux confins de l'Afghanistan, du Pakistan, et de l'Iran. Portraits croisés qui nous rappellent que, même sous les mollahs, l'ancienne Perse continue de tenir sa place de pays producteur mais aussi consommateur.**



### **Muslem**

Rencontré sur l'autoroute entre Kashan et Qom, Muslem « l'innocent » est chauffeur poids lourd international. Il remonte sa cargaison de fleurs en plastique du Golfe persique et se rend à Qom – ville sainte chiite. Il s'arrête pour nous aider à changer un pneu de notre voiture, puis nous offre de l'eau glacée et un melon frais. Autour de nous, le désert, quelques collines, le lac salé. Il est 16h00. Nous discutons.

Muslem vient des montagnes de l'Azerbaïdjan iranien (capitale : Tabriz), mais se considère comme un « pan Azerbaïdjanais ». En vue de se marier, et à la demande son probable futur beau-père, il a arrêté l'opium depuis deux semaines. Âgé de 32 ans, il a commencé à 23. Il fume selon la technique « brochette » ou « épingle » et, en 2 temps 3 mouvements, il nous montre, dans le fossé en contrebas, un carton de paquet de cigarettes Winston roulé en paille et contenant des traces d'opium brûlé. « Il y en a partout ici, tout le long de l'autoroute. C'est ce qu'il nous faut pour conduire aussi longtemps. Tout le pays en consomme. ».

Quand il passe la frontière afghano-iranienne pour diverses affaires, il lui suffit de dire qu'il est d'Azerbaïdjan et qu'il s'y rend pour ne pas subir de contrôles douaniers. En effet, l'export via l'Azerbaïdjan traverse la Turquie pour se rendre vers les ports ou villes européennes, ce qui ne l'empêche pas de distribuer sa marchandise en route...

Il connaît les zones de passage de l'UE non contrôlées (en particulier entre la Turquie et la Grèce), et fréquente assidûment les prostituées de Qom (l'une d'entre elles l'attend sûrement ce soir au bord de la route), celles du bateau entre la Turquie et Bari en Italie, et pour 500 € en Italie, il accepte une passe avec des hommes ou des couples. Il dit tout savoir du sida et des IST, et voyage avec sa vingtaine de capotes. Il accepte avec amusement une capote française qu'il échange contre un bouquet de fleurs en plastique qu'il destinait à la prostituée de Qom. On échange nos coordonnées afghanes, photos, adieux.





## Maryam

Rencontrée au cours de plusieurs soirées privées. Elle vit avec sa mère au nord-ouest de Téhéran dans une résidence construite autrefois pour les expatriés américains – tours de 20 à 30 étages avec superbe vue sur la jeune mégapole iranienne.

Elle est belle, souriante, pleine d'énergie, et rêve de vivre dans une ferme en Argentine. Elle n'a pas de diplôme, tente d'apprendre le français ou l'espagnol... et produit/consomme du cannabis qu'elle offre ou partage avec plaisir. Elle a tout essayé, le LSD, le datura, la métamphétamine, l'opium... et vécu les bad trips, flashbacks ou nausées. Entre ses mains, tout se consume, les drogues et les hommes. Elles, comme eux, sont interdits, mais tout reste possible, tout est banalisé, quadrillé, préparé et accepté. Espaces extérieurs contrôlés, espaces intérieurs libérés et... surveillés. Les habitants du quartier sont d'anciens hauts fonctionnaires du régime du shah, leurs enfants se disent sacrifiés et vivent de leurs rentes. Pour oublier, ils consomment de l'alcool et tout ce qui passe sous leurs mains, sans aucune culture sur les drogues, leurs effets et éventuelles complications à court ou long terme. Le contrôle politique actuel, le souvenir du sang de la révolution islamique, de la guerre irako-iranienne imposée, et la nouvelle politique internationale iranienne, les freinent dans leur désir ou volonté de changer leur pays : « Plus de sang ! ». Il faut partir, oublier ou rêver.

Tarlan se consume en improbables voyages, improbables relations sentimentales et sexuelles. Elle raconte ses probables attaques de panique, ses fluctuations d'humeur qu'elle colmate par les drogues, le tout sur une personnalité hystérique. Dix ans de psychothérapie psychanalytique... Elle passera son week-end avec son nouvel amant au bord de la mer Caspienne. Un amant rencontré la veille, et croisé à plusieurs reprises car faisant partir du même cercle d'amis.

## Hamed

Rencontré dans un taxi, c'est un jeune chauffeur qui investit ses revenus dans l'équipement sono de son véhicule : la dance techno iranienne nous assomme. Comme il nous prend en charge au quartier dit « de la poudre blanche », il s'étonne de la présence d'un étranger. On dialogue. Il prend régulièrement de la métamphétamine, et sa conduite s'en ressent (queue de poisson, coups de klaxon intempestifs à l'intention de ses amis dans la rue ou des véhicules qui traînent sur la route, démarrages sur les chapeaux de roue, à-coups...). Le week-end, avec des amis, en cortège d'une vingtaine de véhicules, il se rend dans les parcs, bois, vallées au cœur des montagnes, pour faire la fête. Il assure le son, et chacun gobe, fume ou boit. Parfois, de jeunes femmes les accompagnent, mais ils ne feront pas l'amour car sous l'effet des produits « ce ne serait pas moral, comme un viol ».

Comme d'autres rencontrés au cours de notre périple, il pense que toutes ces drogues de synthèse sont fabriquées en Iran. Comme d'autres, il déclare ne pas être dépendant car il change de produit ou arrête quand il veut. Toutefois, au 3e jour après la fête, il déclare faire des cauchemars, et cela fait bien longtemps qu'il n'a rien consommé.

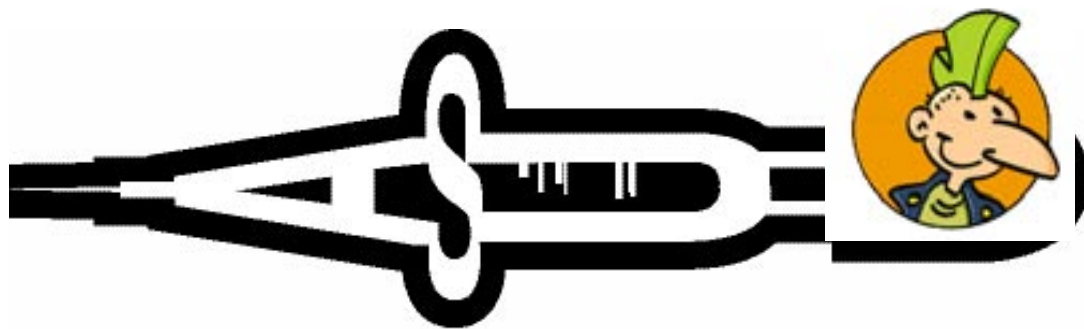
## Godrat

La maison de campagne de Godrat est à 2 heures de Téhéran. Elle s'adosse à un verger et ouvre sur un jardin persan. Godrat a la cinquantaine passée. Il s'est remarié, et ses enfants travaillent en France. Il fume de l'opium quotidiennement, et explique comment les gens de sa génération imaginent et mettent en œuvre de subtils stratagèmes (défriseur Babyllis remplaçant le brasero, partir avec du linge de rechange pour ne pas sentir trop fort l'opium, préparer son équipe à ne pas déranger après le repas...) pour pouvoir consommer sur leur lieu de travail, ou sans que leur femme le sache.

À l'étage, après un tchelo kebab arrosé de Dour, il allume un brasero aux pieds de dragon, et sort un cylindre d'opium beige et gras ainsi qu'une pipe noire sculptée de têtes des poètes persans qui se prolonge d'une boule de porcelaine blanche en forme de tête de pavot. Une lamelle d'opium est déposée sur le plat de la tête à proximité d'un orifice de la taille d'une tête d'épingle. Il faut souffler fort à travers la pipe pour attiser la braise portée par une pince. La braise rougeoie, puis on l'approche au dessus de l'opium. L'opium noircit, crépite, et se consume. La fumée est aspirée par l'orifice de la tête en porcelaine à de petites et rapides inspirations. Déboucher le trou à l'aide d'une épingle appelée « le sexe de l'homme », et rapprocher le reste d'opium de l'orifice pour la prochaine prise. De couleur noire, l'opium brûlé qui calotte l'intérieur de la tête en porcelaine sera curé, amalgamé, puis revendu ou utilisé dans d'autres conditions car il présente des propriétés trop puissantes.

Rituel sexuel pour une expérience sensuelle. Boire du thé sucré, manger des nougats à volonté comme un enfant, se rafraîchir à l'ombre des ifs et platanes centenaires, écouter le bruit des vols de libellule et le chant des grenouilles autour du réservoir d'eau, cueillir les fruits du jardin au bruit perlé des rigoles d'irrigation... Le danger de l'opium est peut-être là : pas de modification prononcée de la conscience, pas d'amélioration des performances, juste un émoussement des sens, un jeu de résonance, un rêve !

Patrick Beauverie avec Guive Rafatian



# Histoire de *LA Drogue*

Voici deux articles qui racontent deux parties de la même histoire. Leurs deux auteurs ont un profil similaire : tous deux appartiennent à la « génération sacrifiée », née dans les années 60, qui a pris la sida en pleine jeunesse sans avoir les moyens de se défendre ; tous deux ont été héroïnomanes dans les années 70-80 ; tous deux sont issus de l'immigration africaine du côté paternel et « Français de souche » de l'autre. Des éléments biographiques qui ne constituent rien d'autre qu'une indiscretion, mais qui appartiennent intégralement au débat.

Il aura fallu l'ébranlement des émeutes de novembre 2005 pour nous ouvrir les yeux sur un point invisible de la réalité de l'épidémie : le sida a aussi suivi une courbe déterministe sur le terrain des origines ethniques, et nous, autosupport des usagers de drogues, nous le savions sans le savoir, nous le vivions par la douleur de voir notre copain Mansour rejoindre son pote Momo, sans véritablement prendre conscience du phénomène. Attention, il ne s'agit pas d'une énième revendication communautariste. Comme vous le constaterez en lisant ces articles, notre projet est au contraire de déceler toutes les douleurs et lésions cachées qui empêchent la France métisse de célébrer une perpétuelle coupe du monde. Dernière chose ce dossier est aussi une offre d'emploi : si vous êtes chercheuse ou chercheur en sciences sociales et que ce thème vous semble une piste intéressante à creuser, contactez-nous au journal.  
F.O



## L'héroïne, le sida, les banlieues : le 3 en 1 des années 80

**Plus que d'autres, les Français « issus de l'immigration » – les Arabes et les Noirs – ont souffert du silence qui a entouré l'épidémie de sida parmi les toxicos dans les années 1980-90. Un silence, ou plutôt un non-dit, doublé d'un déni de justice.**

La figure diabolique du « dealer maghrébin » est là pour signifier que tout approfondissement du sujet devra répondre de l'accusation – rédhibitoire – de stigmatisation d'un groupe ethnique. Pour faire simple, disons que les immigrés ont suffisamment de casseroles pour ne pas leur rajouter celle de toxicos. À cet argument, je réponds que :

– S'ils ont été toxicos, c'est qu'ils avaient de bonnes raisons, probablement meilleures que celles des bons petits Français ;

– Leur image de marque étant celle du méchant dealer, ils ont donc tout à gagner à se voir attribuer le statut de victime.



## Catastrophe identitaire

Pour raconter cette histoire correctement, il nous faut remonter aux années 70 : le concept de « La Drogue » est inventé, inséparable des communautés, de la contre-culture et des cheveux longs. Fin 70-début 80, ce qui était une petite névrose de jeunes désœuvrés mute en désespoir social mâtiné de catastrophe identitaire. La came n'est pas une maladie contagieuse, c'est une défense immunitaire produite par le malheur. Quand une population voit s'accumuler trop de raisons de déprimer, le recours aux opiacés peut devenir une « défonce naturelle ». De quels ressorts secrets s'est donc nourrie la conjonction entre la consommation d'héroïne par voie intraveineuse et les gosses de banlieue, Noirs, Blancs ou Arabes nés dans les années 60 ?

Première vague d'immigration africaine, les Arabes ont été touchés de plein fouet par la poudre, comme les Noirs africains et toutes les strates du multiculturalisme à la française (les Antillais et les enfants métis de couples mixtes). Vis-à-vis de la seconde génération, l'héroïne va se comporter comme un combustible en présence de la flamme. Pourquoi ?

« Être d'ici et de là-bas » : cette phrase, devenue la rengaine du rap français, est, au milieu des années 70, une plaie béante, et le blessé se tait. Cher au Dr Olievenstein, le miroir brisé du toxicomane est ici un miroir identitaire. Cette génération est la première à réaliser la profondeur du gouffre sur lequel elle tente de faire le grand écart, et la came est un remarquable antidépresseur, le plus solide en regard de ce qu'on trouve sur le marché.

Le drame social des banlieues prend aussi racine dans les 70's : les grands ensembles ont été construits dix ans plus tôt, et on commence à découvrir qu'ils vieillissent mal.

Enfin, avec la came, la figure du petit délinquant toxico est née. Dans les années 80, il a fourni 80% des effectifs pénitentiaires. En 1985-86-87, des bâtiments comme le D2 ou le D3 à Fleury-Mérogis étaient entièrement peuplés de jeunes des cités, accros à l'héroïne et ayant commis de petits délits pour se procurer de l'argent.

Qui a ne serait-ce que tenté d'évoquer ce phénomène ou d'en avoir une lecture politique, à l'exception, comme toujours, du Front National ?

## Des réseaux familiaux



Ces années de cristallisation du phénomène banlieue ressemblent à la préhistoire de la mafia italo-américaine pendant la Prohibition. Dans ces années 1975-85, la came commence à se superposer à l'immigration, et on peut même dire que la « mafiaisation » en grand des cités date de là. C'est par la came que toutes sortes de trafics parallèles ont envahi l'espace social comme un recours normal, un genre d'entraide pour des produits réputés inaccessibles (télés, magnétoscopes, etc.). Non pas que cela n'existait pas avant, les milieux populaires ont toujours eu une certaine proximité avec le milieu tout court. Mais avec la came, c'est

toute une cité sur 3 générations qui basculait : les grands-parents cachent la poudre, les parents dealent, les enfants rabattent. À Bagneux, il y a, par exemple, une cité où on a dealé de la blanche pendant trente ans sans interruption.

L'épilogue, c'est la reconversion dans le biz de shit en gros. Après la génération sacrifiée – celle des « Born in the 60's » –, les suivantes ont compris que le business, c'est de vendre, pas de consommer. Et de nombreux « antitox » se révèlent être des dealers de shit inquiets de voir les keufs traîner autour des toxicos trop voyants.

**Abonnez-vous - Abonnez-vous - Abonnez-vous**



**204-206, rue de Belleville**  
**Tél : 01 43 15 00 66**  
**asud@club-internet.fr**

[www.asud.org](http://www.asud.org)

# Fausse chasse aux dealers, vraie casse « antitox »



Il n'est pas inintéressant de faire le lien avec les émeutes de novembre 2005 (voir plus loin). Les petits frères sont aussi en colère d'avoir vu mourir leurs aînés. Il faut retrouver la trace de tous les enterrements au « bled », dans le secret familial absolu. Il faut évoquer la culpabilité des parents, des frères des sœurs, des voisins, de la famille : il s'est shooté, il en est mort (sida ou overdose, même combat), on n'a rien à dire, de toutes façons, on est les vilains de l'histoire. Tout le monde nous l'a dit, les profs, les éducateurs, la police, et finalement, même le sida s'acharne sur nous. Une maladie de chbeb\* ! Car le combat mené par l'autre communauté frappée par le sida, les homosexuels masculins, est loin d'être compris par les familles d'immigrés. Dans ces années terribles où l'on est beaucoup mort, le syndrome du bouc émissaire est tentant. Les « pédés » d'un côté, la « racaille » de l'autre, racisme contre homophobie. Les familles arabes touchées par le sida à travers l'héroïne – et elles furent très nombreuses – ont le sentiment que ce châtement tombé du ciel est la réponse aux turpitudes de l'Occident, à leurs propres manques en tant que parents, frères, sœurs, cousins... Une terrible culpabilité, qui explique l'acharnement des « antitox » quelques années plus tard : le toxico

de service qui traîne dans la cité, comme celui du film *Wesh Wesh*\*\* , est forcément une balance. Ce que le film ne dit pas, c'est que sa silhouette efflanquée rappelle trop souvent un frère aîné disparu trop tôt, emporté par le sida. Cogner dessus, le faire disparaître du paysage, c'est balayer ce cauchemar. Dans un autre registre, il y a la réponse islamique. L'arrachement à LA drogue est la première excuse avancée pour justifier la dérive terroriste. Cette drogue étant l'incarnation du mal occidental, comment évoquer le sida, sinon comme une malédiction supplémentaire ? Parler d'un déni de justice reviendrait à envisager le recours à la drogue comme un choix délibéré fait pour se consoler de la misère. Or, il importe que La Drogue reste un cancer venu d'Occident, le masque de Shaïtan\*\*\*. Peur de stigmatiser une communauté, culpabilité des usagers, des parents et des proches, place acquise par le trafic dans les réseaux familiaux... : autant de raisons d'étouffer le scandale de l'épidémie de sida en banlieue. Mettre un coup de projecteur sur cette réalité n'est dans l'agenda présidentiel d'aucun parti.



\* Mot arabe traduisible par « beau », et servant à désigner les homosexuels masculins de manière péjorative.

\*\* *Wesh Wesh* qu'est-ce qui se passe ?, de Rabah Ameur-Zaïmeche (2005), raconte la vie de la cité des Bosquets à Montfermeil (Seine-Saint-Denis).

\*\*\* dénomination arabe du diable (Satan).

# Aux larmes citoyens !

**La population des quartiers est la France d'aujourd'hui, mais aussi et surtout, son futur. Oui, les jeunes y fument, plutôt beaucoup. Ils y boivent aussi beaucoup moins que leurs aînés ce qui, en termes de santé publique, est plutôt une avancée. Moins de jeunes enroulés autour des platanes, c'est, en principe, une bonne nouvelle, mais c'est compter sans les différents lobbies pour qui le pinard ou la bière ne sont pas des drogues.**



Les quartiers sont majoritairement habités par des cultures ou des confessions qui s'accommodent mieux du haschich que des boissons fermentées généralement proscrites par les lois ancestrales, et il est facile de comprendre la percée significative qu'ont pu faire ces vingt dernières années, l'herbe, le shit et beaucoup plus rarement la cocaïne dans des endroits où les loisirs ne sont pas légion. Qu'il soit récréatif ou quotidien, leur usage, toutes catégories sociales confondues, y est devenu une constante. Contrairement aux idées reçues et autres discours officiels, il n'a pour autant transformé nos jeunes ni en légumes ni en hordes de barbares assoiffés de sang...

## Rejet générationnel

Sur le terrain, la consommation de drogues dites « dures » est très mal vue par la quasi totalité de tous ces jeunes fumeurs, qui connaissent bien mieux que leurs parents les risques inhérents à l'utilisation de ces produits. Les opiacés sont particulièrement bannis et ce, pour la simple raison que, dans les quartiers, tout le monde a un voisin, un pote, un frère, un cousin qui a payé de sa santé, voire de sa vie, d'avoir dépassé les limites que la répression forcenée et des virus majeurs ont imposés. Paradoxalement, le message de prévention est mieux perçu dans les cités, où il est maintenant acquis que l'héroïne et son injection sont des pratiques

à risques. Les campagnes de sensibilisation en ZEP donnent d'excellents retours, et la maturité des plus jeunes sur le sujet est souvent confondante. Contrairement aux idées reçues et à quelques exceptions près, il n'y a donc, dans la très grande majorité de nos banlieues, que très peu d'opiacés et encore moins d'injecteurs. La relation des cités à la pedo est souvent si tendue, qu'en dépit de la légalité de leur situation, les usagers de substitution préfèrent garder l'anonymat et éviter d'être repérés par les voisins !

La baisse significative de la consommation d'alcool chez les ados peut aussi s'expliquer par un rejet générationnel du comportement « éthylophile » de parents, dont nombre de gamins des cités ont à souffrir... Quant à la cocaïne, qui perd peu à peu son statut de drogue de riche, elle reste encore le fait d'une catégorie plus aisée. Sans doute plus pour très longtemps. La chute de son prix se tra-

duit par une accessibilité dans laquelle toute une jeunesse avide de sensations est prête à s'engouffrer, tout en sachant, on peut l'espérer, faire l'économie de comportements et d'épidémies dont leurs caïds de grands frères furent victimes durant ces vingt-cinq dernières années.

Même si les modes de consommation actuels tiennent compte des connaissances acquises au cours des vingt dernières années, le risque de transmission des hépatites par le partage des pailles semble encore minoré et, même s'il est en légère amélioration, le dépistage VHC est loin d'être entré dans les mœurs. Il est d'ailleurs étonnant de constater la différence du regard jeté sur la cécé\* – considérée comme un produit peu dangereux dans le cadre d'un usage récréatif – et la rabla\*\* qui, à la défaveur d'un contexte historique plus « lourd », conserve une image récurrente de « produit de toxicomane ».

## Situation ingérable

Bien que reflétant une situation globale-ment maîtrisée, ce constat se doit tout de même d'être nuancé.

Il y a cité et cité. Et si, dans la plupart des grandes villes de province, les politiques d'habitat social réussissent tant bien que mal à maintenir un semblant de mixité et de paix civile (généralement à l'aide du tissu associatif), il reste, en Île-de-France, dans certaines banlieues lilloises, lyonnaises et d'ailleurs, des quartiers sensibles particulièrement abandonnés à leur sort, et pour qui la situation est devenue avec le temps problématique et réellement ingérable. Pour des raisons d'enclavement et de position géographique difficile, associées à des taux de chômage records, des habitats innommables, et des stratégies politiques douteuses, les statistiques issues de ces concentrés de misère sont terriblement moins idylliques. Plus le climat est tendu et l'environnement pourri, plus la situation se dégrade. Ainsi, les banlieues lilloises ou du Nord-Pas-de-Calais (pour ne citer qu'elles) sont-elles, par exemple, particulièrement touchées. Réunissant tous les paramètres des véritables ghettos, elles ont le « privilège » supplémentaire d'être placées sur

le trajet et non loin de Dam, la route de la soie du drogué européen. Ces quartiers sont évidemment surexposés, et les files actives d'UD et d'UDVI y sont sans commune mesure avec les moyennes nationales. Il en est inévitablement de même pour les taux de contaminations VIH-VHC...

Les élections à venir devront sans doute tenir compte de l'émergence d'un nouveau civisme, né des événements de novembre 2005, qui n'attendait peut-être que de voir le jour. Pour peu qu'il s'exprime massivement – ce que de nombreuses campagnes citoyennes tentent d'initier –, la donne pourrait et devrait probablement changer dans les mois à venir. If the kids are united...

**Alain Termolle**

\* La C, CC, Cé, Cécé, Cèce : appellations multiples dérivées de la première lettre du mot Cocaïne.

\*\* Mot arabe signifiant « poudre », qui désigne l'héroïne brune dans certains milieux.

## DISQUES



### **Your place & time will be mine Laudanum (Monopsone Differ-Ant)**

Avec un nom pareil, caché derrière le projet Laudanum, Matthieu Malon laissait présager quelques plages lancinantes, baignant dans cette préparation ancienne, teinture d'apothicaire, obtenue par macération d'opium. Pourtant, Your place & time will be mine, qui comporte de nombreuses collaborations (l'Anglais Cakil, T. Angil, Christian Quermalet de Married Monk, Laëtitia Shériff, Elsa, Olivier Lebreton), alterne les voix féminines et masculines sur des morceaux ouvertement électropop, flirte avec la new wave minimale, développe un sens mélodique aiguisé, un penchant mélancolique et une langueur monotone même (sic), mais pas une once de prosélytisme pour la substance opiacée. Pas de problème donc.

Patricia Bussy

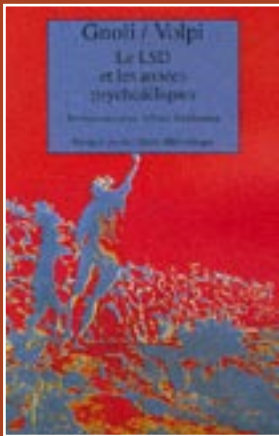


### **Made Under Authority Turzi (Records Makers/Discograph)**

Attention, expérience limite ! Turzi aussi pratique le home studio comme une catharsis. Quand il est tout seul dans sa maison, il se passe des choses secrètes. On imagine un vieil hôtel privé où le Parisien enregistre les bruits que font des esprits planqués dans les rideaux. Séquences musicales dilatées, bruits énigmatiques qui doivent autant aux hallucinations qu'aux recherches électro-acoustiques induites par la prise de produits psychoactifs (c'est lui qui le dit dans sa bio). Selon le degré de mélancolie de chacun, la partition peut filer le frisson ou la chair de poule. Les amateurs de Pink Floyd ou de Steve Reich apprécieront cette symphonie hypnotique, d'où s'échappent des sons indus, répétitifs et ambient, à l'orchestration post rock bien plombante. Pour info, c'est Turzi qui a conçu la bande son de l'exposition interlope Le Voyage intérieur Paris-London (EDF Electra, Paris VIIe), c'est lui encore que l'on retrouve sur la BOF du nouveau film de Sofia Coppola (Marie Antoinette). Si vous aimez Air – d'ailleurs, le duo produit Turzi – mais en plus sulfureux.

P. B.

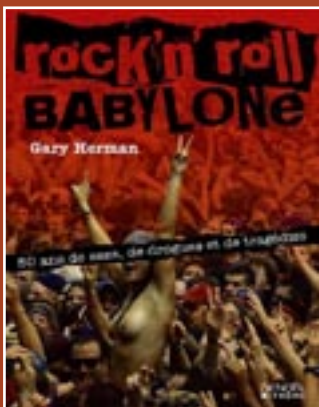
## LIVRES



### **Le LSD et les années psychédéliques Entretiens avec Albert Hofmann, Antonio Gnoli et Franco Volpi (Rivages Poche, 2006)**

Nouvelles explorations psyché pour les éditions Rivages, qui retracent ici l'histoire du LSD ou plutôt celle de son inventeur Albert Hofmann. Mais ceux qui attendent un nouveau portrait des années Jefferson Airplane en seront pour leur compte car les entretiens avec le scientifique célèbre sont sages. Ils révèlent la personnalité profondément humaniste du chercheur. L'homme, qui inventa le LSD à des fins psychothérapeutiques, n'était pas un savant fou ayant pour but ultime une la déconnexion complète de la jeunesse américaine. L'horreur Charles Manson scellant toute l'innocence de la période flower power dénote d'un mésusage total... Premier cobaye lui-même, Hofmann parle de ses recherches transcendantales comme d'une expérience spiritualiste unique. Le mystique prône l'usage sacré du produit toxique et rejoint en cela les chamans occidentaux Aldous Huxley ou Ernst Jünger. Pour les descriptions plus hédonistes, lire les récits délirants de Timothy Leary, ou replonger dans le livre illustré LSD, Mon enfant terrible (éditions du Léopard).

P. B.



### **Rock'n roll Babylone : 50 ans de sexe, de drogues et de tragédie Gary Herman (Denoël X-Trême, 2005)**

En rédigeant son bouquin, accumulant anecdotes et faits divers sur le rock anglo-saxon depuis les années 70, le chroniqueur anglais ne s'est pas fait que des amis. En France aussi, où le livre enfin traduit s'est fait descendre et carrément traité de « dégueulasse » par le rédacteur des Inrocks ! Mais pourquoi tant de haine dans le landerneau de la presse parisienne ? Est-ce le fait de montrer les rock stars à l'égal des hommes ? Parler de certains comme des êtres cupides, violents, manipulateurs ? Des toxicomanes aux chairs tristes et marquées ? C'est sûr, avec Herman, ça balance ! Fini le rêve idolâtre, les icônes tombent et deviennent musicalement incorrectes, socialement perverses, paraissant régulièrement dans la rubrique fait divers. Ce qui choque, c'est que notre compilateur, vilain reporter et casseur de mythe, un rien fouille m... (soit), est franchement bien renseigné. Il révèle des faits rien que des faits (d'aucuns diront des méchancetés) sur le milieu où les seigneurs, vassaux et presse spécialisée s'agitent dans le même beau tableau. Bon ok, ça se lit comme un tabloïd, avec des photos de paparazzi à l'appui. Mais avouez que, dans le contexte de promo ambiante où l'on vit, l'idée de pénétrer ainsi dans les backstages peu reluisantes est assez réjouissante. Non ?



## Double Vie, les drogues et le travail - Astrid Fontaine

(Les Empêcheurs de penser en rond, 2006)

Dans la pléthore d'écrits consacrés aux drogués, les diverses disciplines, qu'elles soient socio, anthropo, ethno ou psy, cherchent encore à approcher au plus près cette espèce répandue que le vulgaire nomme toxicomane. Sujet d'intérêt statistique, il est étudié sous tous les angles. On lui soumet des questionnaires standardisés, comme ceux dirigés par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Et l'usager qui y consent répond à des dizaines de questions, sous couvert d'anonymat. Cette étude, si originale qu'elle en devient un livre, est basée sur une quarantaine d'entretiens. Elle analyse les discours d'une cohorte d'usagers trop peu représentés, ceux qui gèrent leur consommation de produits illicites et licites en menant de front une activité professionnelle. Faisant tout pour ne pas se faire remarquer, cet usager travaille, paye ses impôts, achète sa baguette et son journal, vote et même dirige les hautes sphères. Fonctionnaires, aristos, ingénieurs, informaticiens, OS, prof, barman... tous veulent rester clean, invisibles, pour préserver les apparences. « À propos de la drogue, on évoque régulièrement des junkies, des populations très marginalisées, en grande souffrance, des gens repérés par les institutions sanitaires ou répressives. La population qui a fait l'objet de mon étude ne figure pas dans les statistiques disponibles. Or, il m'a semblé que c'était fausser le débat que de ne montrer que les usagers de drogues victimes de la déchéance. De plus, on n'écoute jamais les usagers capables de gérer leur consommation et de s'en sortir », constate Astrid Fontaine dans un entretien avec Claudine Castelnaud. L'ethnologue critique aussi le projet de loi visant à détecter la présence d'usagers de drogues dans le cadre de l'entreprise. « L'intérêt du gouvernement pour cette population active est lié à une réalité économique du lobby pharmaceutique qui cherche à implanter en Europe des tests de dépistage. Ce projet vient des États Unis où le dépistage est pratiqué depuis 1972 : un salarié américain sur deux est testé à l'embauche et lors de sa visite médicale annuelle. Le marché du dépistage y est donc saturé, ainsi que le marché de la falsification des tests qui lui est évidemment associé. Les laboratoires pharmaceutiques cherchent donc à ouvrir un marché européen. » Pour le coup, la médecine du travail servira à quelque chose.

P. B.



**Comment autorise-t-on la commercialisation d'un médicament ? Un laboratoire pharmaceutique peut-il exercer des pressions ? Qui veille au contrôle des médicaments après sa mise sur le marché ? Quelle est la place donnée aux patients et aux professionnels de santé ?... Autant de questions que s'est posé le sociologue Philippe Urfalino, avant d'y répondre dans son dernier ouvrage «Le grand méchant loup pharmaceutique».**

Parce qu'il n'est guère possible de rester sans opinion lorsque la discussion porte sur les firmes pharmaceutiques et les médicaments commercialisés, Philippe Urfalino a choisi de se pencher sur les préjugés les plus répandus, dont le plus ancré reste la théorie du complot qui associerait les laboratoires pharmaceutiques aux agences devant évaluer un médicament avant son Autorisation de mise sur le marché (AMM)<sup>1</sup>.

### Un parcours de plusieurs années

Contrairement aux idées reçues, la commercialisation d'un médicament n'est possible qu'après une succession d'étapes obligatoires qui s'étalent sur plusieurs années. Les premières servent à évaluer le besoin médical, puis à déterminer la molécule la plus appropriée. Une fois retenu un principe actif, un brevet est déposé, et la molécule testée pendant plusieurs mois sur l'animal, puis sur l'homme. Si ces essais

précliniques sont passés avec succès, une demande est formulée auprès de la Commission d'autorisation de mise sur le marché de l'AFSSAPS<sup>2</sup>, qui statue sur la qualité, l'efficacité et la sécurité du médicament. Cette évaluation dure également plusieurs mois (voire années), et aboutit à l'obtention de l'AMM.

La molécule devient alors un médicament commercialisable<sup>3</sup>, suivi en permanence par les Centres régionaux de pharmacovigilance (CRP) qui estiment ses effets indésirables. En cas de problèmes majeurs, l'AFSSAPS peut limiter l'usage du médicament, voire le retirer du marché, comme ce fut, par exemple, le cas du Vioxx<sup>®4</sup> longuement détaillé par l'auteur.

### Où le patient est trop souvent ignoré

La complexité du milieu pharmaceutique et sa méconnaissance rendent donc difficilement compte de la rigueur des contrôles qui jalonnent le parcours d'une molécule avant son AMM. Mais selon Philippe Urfalino, le véritable problème réside en fait dans les limites du contrôle après commercialisation.

Pour y pallier, la parole des patients se révèle être incontournable. Or, si la mobilisation autour de la lutte contre le sida a permis la collaboration de 8 associations (dont Aides et Act Up) avec l'AFSSAPS pour mieux connaître les besoins des malades, mais aussi pour faciliter la communication d'informations, la problématique de l'usage de drogues ne bénéficie toujours pas, à ce jour, d'un partenariat avec les associations d'usagers/patients.

Depuis décembre 2004, l'AFSSAPS commence malgré tout à réfléchir à la place et au rôle que pourraient tenir les associations. Une démarche déjà bien engagée au niveau européen, et qui porte, entre autres, sur l'évaluation et la gestion des risques relatifs à l'usage des médicaments.

Séverine Martin

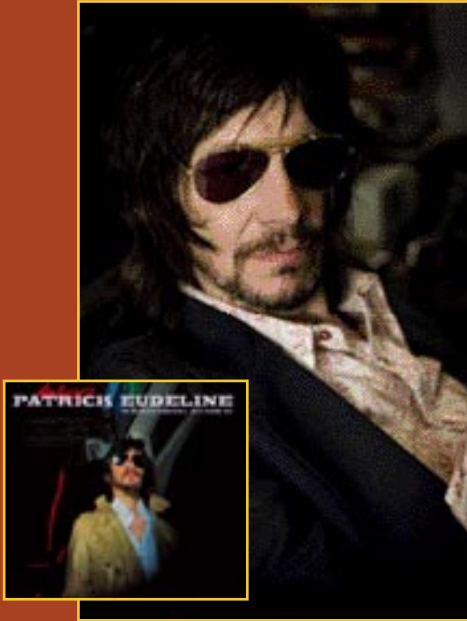
1) L'AMM détermine les populations concernées, les indications, les posologies, la durée du traitement, les précautions et les contre-indications, les risques d'interactions, les effets secondaires.

2) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, qui dépend du ministère de la Santé.

3) À ce stade, le médicament ne rentre pas dans la catégorie des produits remboursables. Pour le devenir, la Commission de la transparence doit évaluer son Service médical rendu (SMR) et son apport face aux médicaments existants dans le traitement de la pathologie ciblée. Le prix peut alors être fixé par le Comité économique des produits de santé, après négociation avec le laboratoire a. Un processus qui peut encore prendre de nombreux mois.

4) Retiré du marché en 2004, le Vioxx<sup>®</sup> était utilisé pour soulager la douleur et l'inflammation de maladies rhumatismales. Le non respect des consignes de prescription sont à l'origine des accidents connus et médiatisés.

**Le grand méchant loup pharmaceutique, Philippe Urfalino, Éditions Textuel (diffusion Le Seuil), 119 pages (septembre 2005).**



## Patrick Eudeline, l'art est-il une catharsis ?

Alors que ton album est dans les bacs depuis quelques mois, comment ça va Patrick Eudeline ? J'ai connu pire. Il y a de jolies réactions de gens que je respecte... C'est important pour moi. Tu tenais à préciser sur le livret « aucune boucle utilisée ». Donc tout est joué, sans rythme samplé, comment as-tu construit cet album\* ?

Oui, tout est joué et écrit sur partition pour les cordes. Celles-ci sont jouées sur des synthés vintage, à la rigueur échantillonnées, parce qu'on ne trouve plus de melotron\*\* en état de fonctionnement... Mais à la base, j'ai tout joué chez moi dans mon studio. D'autres parties ont été refaites au gré des rencontres... Deux morceaux ont été joués en live avec AS Dragon.

Le retour du rock a signé ton retour légitime. Comment as-tu vécu cette période ?

C'étaient de jolies rencontres. Des personnages comme les Violetts ou Nikky qui débarquent dans ma vie. Mais un an après l'excitation du début, je trouve que les rivalités et les problèmes commencent à apparaître. Bon, j'ai déjà vécu ça à l'époque du punk !

La scène rock actuelle en France, t'en penses quoi ?

Quelques gens talentueux. Mais pas tant que ça finalement...

Romans, nouvelles, songwriting, articles... quel est le format dans lequel tu te sens le plus à l'aise ?

Romans et songwriting. En fait, je ne fais pas tant de différence que ça. Le fond reste le même, seule la forme change.

Tu fais partie des rares artistes français à parler sans faux-fuyants de ton usage de drogue. Mais aujourd'hui, le sexe-drogue-rock'n'roll vendu comme argument marketing, c'est pas un peu gerbant ?

Pour moi, c'est pas un argument marketing ! Ça fait partie de la vie. Et pas que de la mienne, d'ailleurs. Ce qui est gerbant, c'est l'hypocrisie !

Tes chansons sont noires, parfois d'une tristesse palpable. Est-ce que la musique est une thérapie pour toi ?

Je me pose cette question depuis toujours ! Sérieusement ! C'est un débat philosophique amorcé par Rousseau et d'Alembert. L'art est-il une catharsis ? En tout cas, c'est ce qui me vient naturellement... le blues !

Tu parles de Montévidéo, as-tu fait un passage là-bas ?

Moi non, mais beaucoup d'amis, oui !

Dans le débat actuel sur la substitution, que penses-tu du classement du Subutex® comme stupéfiant ?

Ridicule, hypocrite, dangereux. Comme toutes les lois qui refusent de voir la réalité en face. Depuis 1966, la drogue, les drogues plutôt font massivement partie du paysage. Et on durcit la loi de 1970, au lieu mettre en place, comme pour le Pacs, une initiative qui adapte la loi aux nouvelles manières de vivre des gens. À mon sens, c'est cela la démocratie. Dans l'idéal.

C'est quoi une bonne journée pour Patrick Eudeline ?

Une bonne chanson d'écrite !

Ta playlist du moment ?

Je redécouvre le rock italien, leurs ballades hantées. Il y a tellement de points communs avec ce que j'essaye de faire, l'orgue Hammond... Les Rokes, Lucio Battisti, Dik Dik... c'est mon trip du moment, et le folk façon Tim Hardin !

Propos recueillis par Patricia Bussy

\* Mauvaise étoile - Patrick Eudeline - Suave / Rue Stendhal - mars 2006

\*\* Instrument électronique de la préhistoire, utilisé dans les années 70 pour imiter le son des instruments à cordes.

« Jamais l'aube ne se lève pour moi c'est déjà la fin et mes yeux brûlent et j'en crève de fixer celle qui me poursuit. » (1er couplet de Mauvaise Étoile)

« Me sens gros comme Elton et vide comme un Clapton depuis que je suis narco anonyme, ah ça, c'est sûr je suis clean, je sers plus à rien mais paraît que c'est pour mon bien. Docteur, j'ai pas besoin de vos belles paroles mais rendez-moi mon rock and roll. »

(2e couplet de Montevideo Blues)

Dans la vraie vie underground, Patrick Eudeline était à l'origine d'Asphalte Jungle, premier groupe « punk » français digne de ce mot un peu galvaudé. Comme Daniel Darc, Patrick Eudeline est une icône, un rescapé des eighties, qui navigue aujourd'hui parmi de jeunes musicos en totale credibility. D'ailleurs, les 2 acolytes chantent ensemble un blues séminal (Comme Disait Johnny Rotten). Auteur, compositeur, chanteur, romancier, chroniqueur gonzo, fashion victim... Eudeline aura tout fait. Du cinéma aussi avec une apparition sidérante dans le film cul... te de Virginie Despentes (Baise-moi). Bien plus que le personnage hype, maudit et revendiqué comme tel, c'est le songwriter intimiste, le pessimiste actif qui nous parle aujourd'hui de sa Mauvaise Étoile, un nouvel album qui devrait nourrir la légende. Sexe-drogue-et... grosse fatigue. Travelling avant en blues rock vibratoire. Tempo lent, voix sinueuse, guitares vintage et claviers fumants. Patrick, l'instrumentiste, et Eudeline, l'auteur nous livre quelques vérités bien à lui. Certains thèmes devraient parler à nos lecteurs.



## Rêves thaïs

Je tenais à signaler à vos lecteurs sous méthadone qu'ils peuvent désormais envisager de partir en Thaïlande sans se rabattre sur un autre opiacé car elle est légalisée et distribuée à raison de 250 bahts la bouteille de 120 mg (soit 5 € environ). Ce sont de petites cliniques spécialisées qui s'en occupent et on comprend très vite que seul l'argent les intéresse puisqu'il n'y a aucun contrôle et que la délivrance se fait pour 4 jours maximum (en fait, vous pouvez revenir tous les jours si vous avez les sous car rien n'est noté). Ce n'est pas la même métha qu'en France, et elle doit se prendre en 3 fois car la diffusion est plus rapide mais tient moins longtemps (si vous êtes à 60 mg, prenez 3x20 mg pour 24h et tout ira bien). Elle est liquide et les bouteilles sont graduées de 5 en 5, donc c'est hyper pratique à gérer.

Par contre, la dope et l'opium sont devenus très chers car depuis 1996, c'est totalement prohibé, la culture du pavot est interdite et les peines sont lourdes, même si ce n'est plus du tout comme du temps de « Bangkok Hilton » (6 mois pour usage, 10 ou 15 ans pour trafic). Une nouvelle économie a été mise en place, et ça marche super bien : les tribus environnantes cultivent des fruits, des légumes, des fleurs, des épices, des herbes médicinales, et tout le monde en tire parti... Personnellement, je suis pensionnée pour invalidité catégorie 2, et je pars vivre là-bas avec mon ami tout en gardant mon appart ici la première année. Rien ne manque : l'adsl est disponible pour les mordus d'informatique, c'est aussi un super plan pour se refaire les dents, les locations de maisons avec terrain sont très bon marché (200 € par mois), et le minimum vital (boire, manger, dormir) vaut 3 fois rien (100 €, et je suis large, pour se nourrir pour le mois). Si vous avez des questions à me poser surtout n'hésitez pas à écrire au journal qui transmettra

**Michelle et Patrick**

## Rien ne vaut l'expérience

Salut Asud,

Mille mercis pour l'information toujours aussi qualitative que vous apportez aux gens qui sont dans le flou le plus complet, y compris par rapport à l'utilisation de certains médicaments dont le Subutex®. J'ai appris beaucoup de choses grâce à votre plaquette d'info, des choses qui m'ont sauvé la mise. Je suis persuadé que ce sont les gens qui sont passés par là qui, par expérience, connaissent beaucoup mieux le sujet que des gens extérieurs, en tout point de vue (j'ai eu dans la semaine 2 plaquettes d'info écrites par des médecins et par vous, et je vous laisse deviner quelle est la source la plus valable...!!) Ceci dit, j'espère que vous continuerez votre mission de santé publique, malgré l'actuelle politique de l'autruche (sans rentrer dans les détails).

À très bientôt, sincères salutations, tchuss.

**Mathias**

PS : J'ai fait un lien de mon site vers le vôtre. C'est un site musical, et j'ai beaucoup hésité avant de mettre des liens, sous peine de se faire catégoriser et ranger dans une catégorie définie, mais je pense que c'est intéressant que les gens s'informent sur certains sujets.

## Consommation et grossesse

Cher Asudien,

cela fait environ cinq ans que j'ai découvert votre journal que je trouve excellent. En effet, les thèmes abordés me semblent très pertinents, et il me semble qu'ils soient conçus sur mesure pour notre grande communauté d'UD !

J'aurais voulu savoir si vous avez eu l'occasion de traiter d'un sujet concernant les éventuels risques inhérents à la consommation de drogue durant la grossesse. Enfin, je suis très intéressé par le courrier toxique reflétant de manière subjective par des témoignages des acteurs de notre société.

Dans l'attente de votre réponse, je vous remercie par avance et vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

## Réponse d'Asud

Cher Tristan,

un dossier « Spécial femmes » est prévu pour un prochain numéro d'Asud Journal, suite à l'atelier consacré à ce sujet lors des Egus III

## Keep Movin'

Salut à vous les Asudiens,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre asso, et surtout pour votre journal.

On est parti au tekos du 1er mai de cette année, et je me pose des questions. Ça peut paraître futile et dérisoire, mais j'ai besoin de le dire, et je sais que vous m'écoutez ! J'en ai marre de voir la teuf se transformer et se faire rattraper par le système de consommation (de masse) que l'on veut déjà nous imposer dans la vie de tous les jours !

(...) J'ai été super touchée et concernée par les lettres de Michel en provenance de la zonz', ayant moi aussi fait 8 mois de préventive l'année dernière. J'espère bénéficier de la même indulgence que lui par rapport au fait que je suis JUSTE une consommatrice et que j'ai revendu pour me payer ma conso !

(...) J'ai commencé mon parcours dans la drogue bien avant d'avoir la moindre idée quant à un éventuel futur métier. D'abord les jogs et les tazz, puis le speed, la coke, les trips, la came (ma chérie), la kétamine (mon amour), la MDMA, le crack, le DMT, le 3TC, l'airsec, etc. Le tout dans les formes possibles, gobage, sniffage, fumage, shootage... Bref, j'aimais la drogue et je l'aime encore, c'est un peu de prison qui a changé l'état des choses.

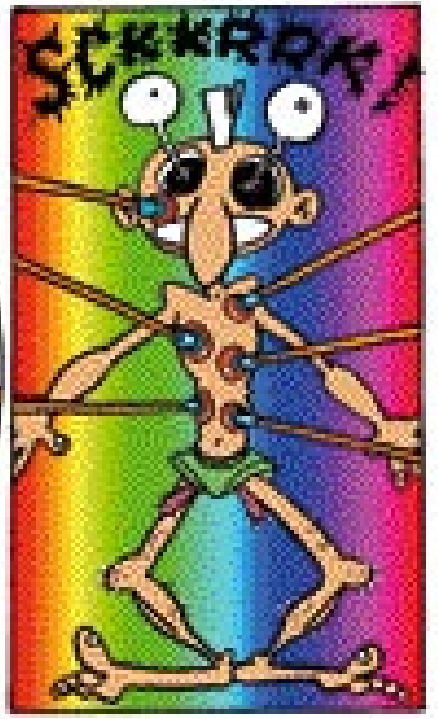
Pour votre objectivité, votre compréhension, votre temps, votre investissement personnel, et surtout pour le simple fait de savoir qu'on n'est pas seuls, je vous dis un méga MERCI !!!!

(...) Je termine sur une citation, je les collectionne : « On construit des maisons de fous pour faire croire à ceux qui n'y sont pas enfermés qu'ils ont encore la raison ! » Ce brave Montesquieu avait bien raison...

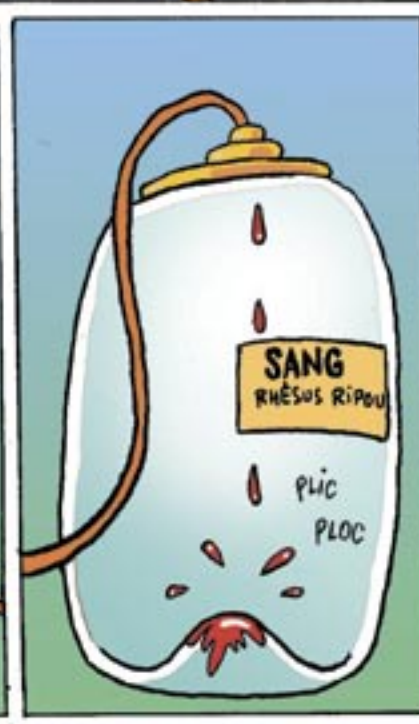
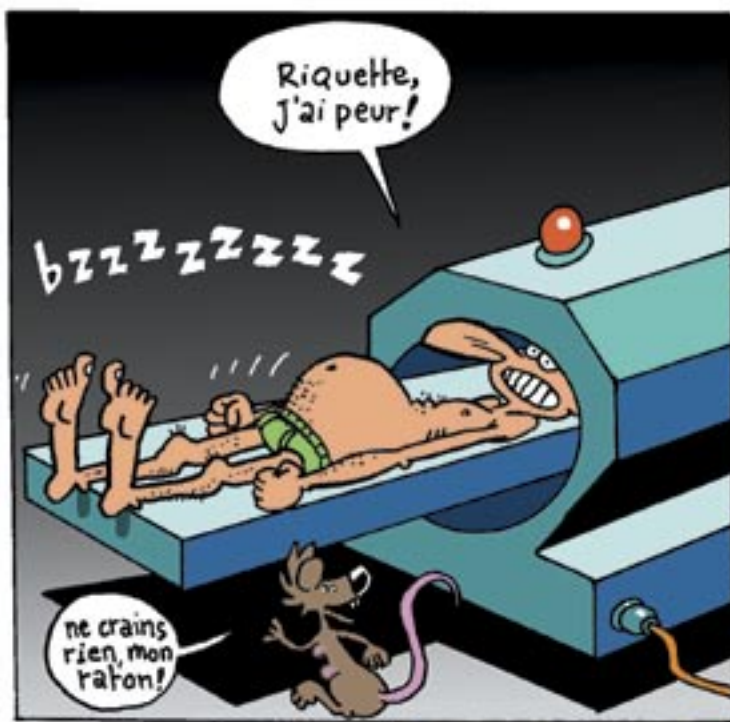
Keep Movin' and never give up !

**AnnEspla**

PS : Actuellement je suis au Sub, et j'ai de la chance d'avoir un médecin plus que génial et actif en RdR. Il a le bon goût d'expliquer comment shooter le sub « propre » au lieu de faire la morale. Je vais essayer d'instaurer un traitement métha, je préférerais le Skenan®, mais vu que je suis accro à la pompe (c'est juste occasionnel), j'y ai pas droit... hum, hum !







**BEUÂRG!**



ASUD présente les

# EGUS 03

États Généraux  
des Usagers  
de drogues

- Cannabis et réduction des risques
- Pharmaciens et usagers
- Drogues au féminin

Les drogué(e)s  
se mobilisent

11 octobre 2006

**CANAL 93**  
BOBIGNY > Musiques

63, av. Jean Jaures,  
93000 Bobigny

avec le soutien de  
La Mairie de Bobigny,  
la MILDT, Shering-plough,  
Arrow, Bouchara-Recordati

[www.asud.org](http://www.asud.org)