

ASUD
Journal

HIVER 2009-2010

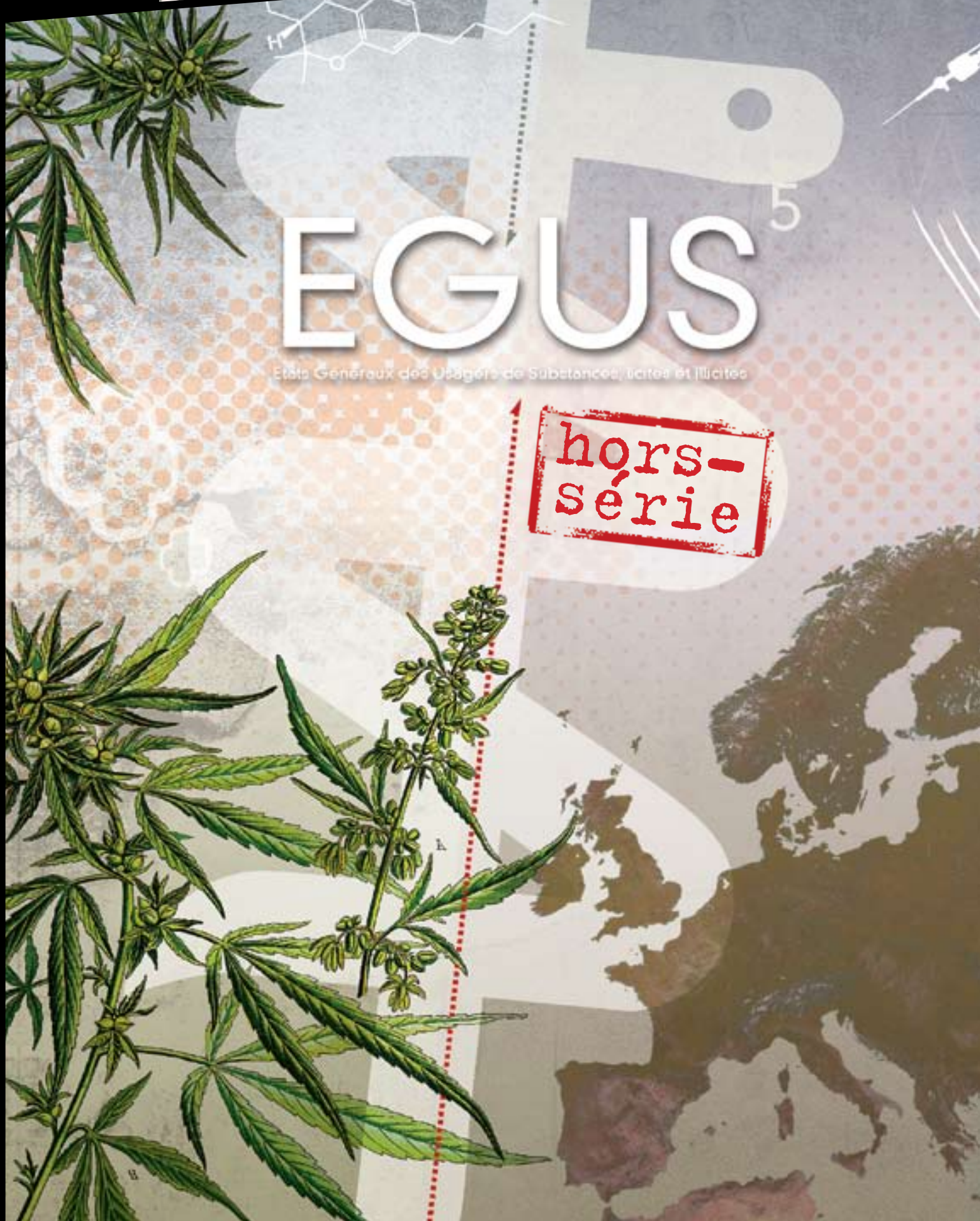
N° 42 hors-série 1,50 €



EGUS⁵

Etats Généraux des Usagers de Substances, licites et illicites

hors-série



Auto support et réduction des risques parmi les usagers de drogues



Peggy

Emmanuelle (ACTUP)

Arabella
Günther
T-101
Günther

David
Prosser

Patrick
(Les Hépatites)

Maud
(Sida
France)

Karim

Raphaël
(Prosser)

Samuel
(Olivier)

JEUDI 26 NOVEMBRE 2009
CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : LES EXEMPLES EUROPÉENS

Quatre pays européens : Royaume-Uni, Pays-Bas, Espagne, Italie

Dr. Marco Spina (Pisa, Italie), Ministre de la Santé et des Sports, chef de Service Médical du Centre de Recherche et de Référence de la Sclérose en Plaques

Dr. Riccardo Lohani (Vicenza), addicologue pour un protocole légal de cannabis thérapeutique en Espagne

Dr. Lippert (Bruxelles), neurologue du Centre médical à l'Institut Thérapeutique - notamment au sujet de la législation réglementaire

Marta Frantz (Londres, Espagne), vice-présidente de l'Association pour une Médication Cannabis (AMC) - la législation réglementaire

Dr. Lippert (Pisa, Italie), directeur médical du Centre de Recherche et de Référence de la Sclérose en Plaques - un des fondateurs et intervenants

Dr. Lohani (Vicenza), directeur médical du Centre de Recherche et de Référence de la Sclérose en Plaques - un des fondateurs et intervenants

Dr. Lohani (Vicenza), directeur médical du Centre de Recherche et de Référence de la Sclérose en Plaques - un des fondateurs et intervenants

Dr. Lohani (Vicenza), directeur médical du Centre de Recherche et de Référence de la Sclérose en Plaques - un des fondateurs et intervenants



FABRICE OLIVET directeur d'Asud

Les États généraux des usagers de substances (Egus) sont devenus une tribune pour Asud, un moment où nous communiquons directement avec le public pour mieux comprendre les enjeux complexes de la consommation de substances illicites. Pour cette cinquième édition, nous avons choisi de nous intéresser aux expériences internationales.

L'année 2009 a été marquée par une inflexion de la guerre à la drogue grâce aux initiatives de la nouvelle administration américaine. Plusieurs États américains autorisent ou réfléchissent à une autorisation de l'utilisation thérapeutique du cannabis. Mieux, ce vent de liberté semble souffler au sud du continent, au Mexique et en Argentine où la consommation personnelle n'est plus pénalisée. Autant d'éléments qui nous ont influencés pour aller chercher des sujets de réflexion à l'extérieur de nos frontières, en privilégiant plus particulièrement les expériences européennes susceptibles d'alimenter le débat français. Cette cinquième édition des Egus a donc été axée autour de deux thèmes très différents qui intéressent la vie des usagers de drogues : l'utilisation du cannabis, notamment à des fins thérapeutiques, et l'organisation de l'autosupport à l'étranger.

Consacrée au chanvre, la première journée n'allait pas de soi. Pourquoi une association d'usagers comme Asud devrait-elle se préoccuper des vertus médicinales de telle ou telle plante ? Si le cannabis peut effectivement être utilisé dans un cadre thérapeutique, quel rapport avec les drogues ? Un sujet qui soulève précisément bien des ambiguïtés liées au statut de stupéfiant. Qu'il soit thérapeutique ou pas, le cannabis est l'otage de discours idéologiques qui empêchent d'évaluer sereinement ses éventuelles vertus médicales. Expérimentateurs ou consommateurs réguliers de cannabis, les usagers de drogues sont souvent victimes de pathologies infectieuses dont le traitement entre dans les indications du cannabis médical. En plaçant l'exemple hollandais en exergue, il nous a semblé cohérent de briser le carcan des tabous qui entourent ce sujet.

La seconde journée était consacrée à nos homologues européens de l'autosupport des usagers de drogues. En 1997, nous avons organisé - en marge de la VIII^e Conférence internationale de réduction des risques à Paris - une rencontre baptisée « *I'm a Drug User* » (IMDU), qui a jeté les bases d'un réseau informel de militants usagers de drogues. L'*International Network of People who Use Drugs* (INPUD) est aujourd'hui implanté en Asie, en Europe et sur le continent américain.

Notre objectif est désormais de créer une coordination européenne - Euro-INPUD - afin de peser plus efficacement dans les rassemblements internationaux et auprès des décideurs politiques. Un regroupement qui comprend de nombreux groupes de pairs riches d'expériences variées, souvent inédites dans notre pays. Nous avons donné la parole à l'autosupport pour aborder la complexité de nos différences culturelles, et évoquer les différents itinéraires qui ont conduit des associations d'usagers de drogues à nouer des liens durables avec la puissance publique ou le système de soins. Ce rôle d'innovateur social, de locomotive de la réduction des risques, représente la part la plus valorisante de nos actions. Comme nous l'avons démontré en France en menant une action collective expérimentale sur les salles de consommation à moindres risques, nous pouvons à la fois servir d'aiguillon et de guide au sein d'un partenariat consensuel avec les autres acteurs de la réduction des risques.

Nous continuerons en 2010, une année symbolique puisque le 31 décembre, quarante années se seront écoulées depuis la promulgation de la loi dite « loi de 70 » relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie. Rendez-vous aux Egus VI. ■

Directeur de la publication : **Miguel Gorsse**
Rédacteur en chef : **Fabrice Olivet**
Rédaction : **Isabelle Célérier**
Coordination : **Fabienne Lopez**
Dessins et maquette : **Damien Roudeau**
Photographies : **Patrick Favrel**
Couverture : **Anthony Pilette**

Numéro d'ISSN : 1257 - 3280

Imprimerie Delta Color

Commission paritaire en cours

Asud-Journal est tiré à 10 000 exemplaires

Ce numéro a pu paraître grâce aux soutiens de Sidaction et de la Direction générale de la santé (DGS).

Cannabis thérapeutique : les exemples européens

- Prouver qu'une autre politique est possible* P. 6
Miguel Gonzalez *Asud*
- Les cannabis thérapeutique est une réalité* P. 7
Pierre Chappard *Asud*
- Légiférez en nous écoutant* P. 7
Bertrand Rambaud *Icare*
- Une urgence pour les malades du sida* P. 8
Safia Soltani, Fabienne Pourchon *Act Up-Paris*
- Un défi juridique et international* P. 10
Mario Lap *Drugtext Foundation*
- La politique et la législation des Pays-Bas* P. 12
D^r Marco van de Velde *Bureau du cannabis médicinal*
- Bedrocan BV, fournisseur officiel de cannabis médicinal* P. 14
Tjalling Erkelens *Bedrocan BV*
- Le cannabis, drogue ou médicament ?* P. 16
Anne Coppel *sociologue*
- Changer le cadre légal* P. 18
Bertrand Lebeau *médecin addictologue*
- Une question politique* P. 20
M^e Francis Caballero *avocat*
- Une question de santé publique* P. 21
Jean-Luc Romero *ELCS*
- La fin du paradis suisse* P. 23
Laurent Appel *journaliste*
- Comment fonctionnent les cannabinoïdes ?* P. 24
D^r Franjo Grotenhermen *IACM*
- L'Association internationale pour les cannabinoïdes en médecine* P. 26
Alexandre Jeffrey *IACM*

L'autosupport en Europe comme vecteur d'innovation en réduction des risques

Un drôle d'animal P. 28
Fabrice Olivet Asud

La construction historique

Le rôle de l'IHRA dans l'émergence des associations d'usagers de drogues P. 30
Pat O'Hare IHRA

Le premier réseau européen d'usagers de drogues P. 31
Ingo Michels Bureau fédéral de la Commission des stupéfiants

Les soutiens institutionnels et les relations avec le système de soins

Le paradoxe suédois P. 32
Berne Stålenkrantz Swedish Drug Users Union

Dealer social et journée internationale des usagers de drogues aux Pays-Bas P. 33
Theo van Dam Fondation LSD

La salle de consommation du 19 mai P. 35
Pierre Chopard Asud

Vers un réseau européen de réduction des risques ?

L'International Network of People Who Use Drugs P. 36
Matthew Southwell INPUD

L'autosupport dans les milieux festifs P. 37
Thierry Charlois Basics

L'expérience espagnole P. 38
Xavier Pretel Faudas

Du nécessaire partenariat avec les usagers P. 39
José Queiroz ADPES

Pour un éloge de l'effacement P. 41
Jean-Pierre Couteron Anitea

Prouver qu'une autre politique est possible

MIGUEL GONZALEZ président d'Asud

Je tiens à vous remercier d'être venus à cette 5^e édition des États généraux des usagers de substances (Egus). Une édition placée sous le signe de l'Europe pour montrer des exemples qui marchent et prouver qu'une autre politique est possible, en particulier en France où la situation reste bloquée sur beaucoup de questions, comme par exemple les salles de consommation. On constate même d'inquiétants retours en arrière, y compris dans des pays traditionnellement ouverts, mais les récentes déclarations d'Obama nous permettent heureusement de garder un optimisme mesuré.

Manque de visibilité

Les Egus sont devenus une véritable plate-forme permettant à notre mouvement d'autosupport de communiquer sur des sujets qui nous tiennent à cœur et d'avoir pendant ces deux jours une visibilité sociale qui nous manque cruellement le reste de l'année.

Ces cinquièmes Egus vous donc nous permettre d'échanger entre pays européens (Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne, Suède, Espagne et Portugal), de mieux nous organiser (par exemple pour concrétiser le projet d'Europe-INPUD) et de nous connaître. Tous ces mouvements, ces personnes qui militent en faveur de l'autosupport et des usagers de drogues ont leur propre histoire, leurs spécificités, leurs différences. Une richesse d'expériences et d'idées qui peut s'exprimer grâce à cette rencontre et contribuer ainsi à alimenter le débat et, pourquoi pas, essayer de faire bouger les choses !

UNE JOURNÉE DESTINÉE À MIEUX CONNAÎTRE LES EXPÉRIENCES, LES RÉUSSITES MAIS AUSSI LES PROBLÈMES AFIN QUE NOUS PUISSIONS AVANCER, GAGNER DES ESPACES, ÊTRE PRIS EN COMPTE, EN UN MOT : EXISTER.

Exister

Au menu de ces deux jours :

* **Le cannabis thérapeutique et les exemples européens**, à travers diverses interventions fort appétissantes que notre amie Fabienne Lopez nous a concoctées.

* **L'autosupport en Europe comme vecteur d'innovation en réduction des risques**, une journée destinée à mieux connaître les expériences, les réussites mais aussi les problèmes afin que dans nos relations respectives avec, entre autres, les institutions nous puissions avancer, gagner des espaces, être pris en compte, en un mot : Exister.

Je souhaite que ces deux journées soient des plus fructueuses, pas trop fumeuses, et qu'elles contribuent à nous sortir du ghetto où la politique prohibitionniste de nos États respectifs nous plonge constamment. Puissent ces Egus apporter leur modeste contribution pour que les États et les lois, en particulier en France, se mettent enfin au diapason de sociétés beaucoup plus mûres au sujet des drogues et des UD que les médias et les politiques veulent nous le faire croire. ■





Pierre Chappard Asud-Paris



François Itard ancien président Asud-Le Mans

Le cannabis thérapeutique est une réalité

PIERRE CHAPPARD **Asud**

De nombreux témoignages de personnes atteintes de différentes pathologies nous ont montré hier l'utilité du cannabis en médecine et l'urgence de débloquer la situation pour sortir tous ces malades de la clandestinité dans laquelle leur usage les enferme.

Je tiens à remercier Jean-Pierre Couteron, le président de l'Anitea, qui nous a fait le plaisir de s'associer à notre cause. J'en profite pour souligner la nécessité de séparer politiquement cannabis thérapeutique et récréatif, et d'impliquer les médecins qui, seuls, pourront nous aider à faire bouger les choses. Une association est d'ailleurs actuellement en cours de création. J'aimerais pour conclure détourner le slogan de la campagne gouvernementale d'il y a deux ans : « *Le cannabis thérapeutique est une réalité.* » ■

Légiférez en nous écoutant

BERTRAND RAMBAUD

président de l'association **Icare**
(absent en raison de son état de santé)

Il est temps pour le gouvernement français de reconnaître l'usage thérapeutique de cannabis. Je suis coinfecté depuis 25 ans par le VIH et le VHC, et j'ai commencé une consommation thérapeutique de cannabis il y a dix ans alors que je ne pesais plus que 45 kilos. J'ai tout de suite compris que cela serait le seul moyen de m'aider à supporter les effets secondaires des traitements.

Il est temps de reconnaître l'usage thérapeutique du cannabis quelle que soit la pathologie, et de demander l'autorisation d'autoproduction pour éviter les problèmes. Je demande également la création d'une association pour redistribuer les surplus de production. Je ne supporte plus d'obéir à une loi d'un autre siècle. Légiférez, messieurs les politiques, mais en nous écoutant. ■

Une urgence pour les malades du sida

SAFIA SOLTANI, FABIENNE POURCHON Act Up-Paris



Act Up-Paris milite depuis quinze ans pour l'utilisation du cannabis thérapeutique. Le cannabis thérapeutique doit être accessible légalement pour des raisons médicales.

Sauver des vies

Depuis l'apparition des trithérapies, les témoignages recueillis par l'association nous amènent à faire un constat sans appel. Particulièrement adapté aux personnes séropositives, le cannabis à usage thérapeutique calme un grand nombre des effets secondaires des traitements antirétroviraux : il redonne de l'appétit, calme les nausées et les vomissements, apaise les troubles intestinaux, et calme les douleurs physiques comme les neuropathies. Le recours au cannabis permet donc **d'éviter l'ajout d'autres médicaments comme les antidouleurs ou les antidépresseurs qui sont, eux aussi, sources d'effets secondaires.**

Le cannabis à visée thérapeutique ouvre une nouvelle voie pour accompagner les malades du sida et améliorer grandement leur confort de vie. Mieux, il permet d'augmenter l'efficacité des traitements. Réduire ces effets secondaires permet en effet une meilleure régularité dans la prise des traitements et évite les nombreux cas de ruptures de traitement, qui peuvent entraîner une résistance à cer-

taines molécules et donc s'avérer irréversibles. Le cannabis thérapeutique participe à sauver des vies.

Une situation absurde

Le cannabis thérapeutique doit être accessible légalement parce que le confort doit primer sur « la morale ». Un concept bien pratique pour éviter toute forme de débat sur ce sujet et mettre à l'index des malades dont les conditions de vie pourraient être grandement améliorées.

Le cannabis thérapeutique doit être accessible légalement pour des raisons sanitaires, juridiques et sociales. L'illégalité force les malades à côtoyer un marché noir qui peut s'avérer dangereux et qui n'est pas accessible à tous (personnes isolées, à la campagne, personnes âgées...). Les malades n'ont pas accès à une information fiable et le dialogue avec les médecins est quasi inexistant. Les malades n'ont aucun moyen de vérifier la qualité du produit qu'ils achètent ou de « mesurer » la quantité nécessaire pour soulager leurs douleurs. S'il existe des moyens et des méthodes pour consommer à moindre risque, l'information ne peut circuler dans les circuits traditionnels d'information sur la santé. **Une situation absurde : les malades qui prennent du cannabis pour se soulager, prennent aussi des risques sanitaires, juridiques et sociaux en raison de cette consommation. ■**

Act Up Paris exige

- > Que soient prises en compte la souffrance des malades et l'urgence d'une réponse médicale
- > Que l'État cesse de se baser sur des raisons morales pour empêcher tout débat sur le cannabis thérapeutique
- > Que l'État prenne ses responsabilités dans la mise en place d'un cadre permettant aux malades d'avoir accès à ce traitement sans risque sanitaire, juridique et social. ■



Pas de consensus sur le VHC

En ce qui concerne le VHC, on ne sait pas très bien où on en est. Il n'y a pas de consensus sur la question et en tant que médecin, je ne sais pas quoi répondre à mes patients. ■ **BERTRAND LEBEAU**

L'enquête sur la qualité de vie réalisée auprès de nos adhérents a montré que 30% des répondants déclaraient faire usage thérapeutique de cannabis. Un pourcentage important qui nous amène à demander la mise en place d'un protocole indépendant pour savoir si le cannabis a un effet fibrosant ou défibrosant. 5 000 personnes meurent chaque année d'hépatite en France, et il y a encore très peu de manières légales d'améliorer la qualité de vie des malades. ■ **MICHELE SIZORN** présidente de **SOS Hépatites-IdF**

QUE SOIENT PRISES EN COMPTE LA SOUFFRANCE DES MALADES ET L'URGENCE D'UNE RÉPONSE MÉDICALE



Le cannabis thérapeutique, un défi juridique et international

MARIO LAP Drugtext Foundation (Pays-Bas)

L'homme a toujours fait usage de substances qu'on appelle aujourd'hui substances psychoactives, stupéfiants ou drogues. L'usage de stupéfiants fait partie de la nature humaine. Autoriser et taxer l'alcool et le tabac, en interdisant le cannabis et en poursuivant en justice ses utilisateurs oblige les citoyens à se tourner vers des alternatives probablement plus malsaines et dangereuses. **L'usage de cannabis n'ayant jamais entraîné d'overdose fatale, sa prohibition est généralement injustifiée**, d'autant qu'il se vend en pharmacie toutes sortes de substances hautement toxiques.

Depuis la nuit des temps

Le cannabis est une plante dont la consommation humaine remonte probablement aux premiers jours de l'humanité. On en trouve des traces en Inde de 2 000 à 1 400 ans avant Jésus-Christ, sur la momie de Ramsès II, en Chine 700 ans av J.C., chez les Grecs et les Romains qui, outre ses caractéristiques psychoactives, l'utilisaient pour des raisons thérapeutiques... Au Moyen Âge, en Europe occidentale, le cannabis était surtout utilisé pour fabriquer des cordes et des vêtements mais quelques-uns avaient aussi conscience de ses qualités psychoactives.

Aux Pays-Bas comme ailleurs, l'usage de cannabis est tout sauf récent. Pendant le XX^e siècle, il était comme la cocaïne et les opiacés inclus sans aucune limitation légale dans de nombreux élixirs et médicaments.

Un usage tombé en désuétude bien que le cannabis figure jusqu'en 1958 dans la pharmacopée hollandaise et pouvait donc toujours être prescrit par des médecins. L'usage réapparaît chez les étudiants et les artistes à la fin des années cinquante puis explose avec le « Flower Power » dans les années soixante, attirant du même coup l'attention du ministère public hollandais qui prononce des peines sévères.

La « séparation des marchés »

En 1972, une modification de la loi dépénalise le cannabis, qui reste inscrit dans le code pénal mais la consommation personnelle n'est plus poursuivie. Cette politique introduit une nette distinction entre consommateurs et trafiquants, ainsi qu'entre substances illégales dites « à risques inacceptables pour la santé » et cannabis. C'est ce qu'on appelle la « séparation des marchés de stupéfiants » dont l'objectif était de prévenir les contacts entre jeunes consommateurs de cannabis et « lieux de drogues dures » souvent associés à la violence et à la criminalité. Les Pays-Bas tolèrent dès lors le commerce de détail dans environ 700 coffee shops sous certaines conditions : ni publicité ni affichage, pas de drogues dures, pas de perturbation de l'ordre public, pas de vente aux moins de 18 ans ni de quantités supérieures à 30 grammes par client (5 actuellement). **Malgré cette politique, la prévalence du cannabis aux Pays-Bas est aujourd'hui inférieure à celle de la France.**



Qu'en est-il du cannabis thérapeutique ? Bien que les malades ayant besoin de cannabis puissent s'en procurer au coffee shop, cette situation devient inacceptable à la fin des années 90 pour plusieurs raisons :

- * la nécessité d'avoir un cannabis de qualité constante pour les applications thérapeutiques
- * celle d'avoir un cannabis de qualité médicale
- * le fait que certains patients ne veulent pas aller au coffee shop
- * et que les malades soient confrontés à du cannabis illégal et à des situations illégales.

Le cannabis thérapeutique devait être fourni par des médecins et des pharmaciens.

Disparités légales

Dès la fin des années 90, je me suis donc impliqué dans la production du premier cannabis thérapeutique hollandais destiné à quelqu'un souffrant de glaucome, sous contrôle de la police de Rotterdam. Mais la qualité laissait beaucoup à désirer... Depuis le 1^{er} septembre 2003, grâce à la ministre de la Santé de l'époque, M^{me} le docteur Els Borst, les malades peuvent obtenir sur

prescription du cannabis thérapeutique totalement légal dans les pharmacies hollandaises. Trois variétés produites par Bedrocan, sous contrôle du Bureau du cannabis médical (BMC). L'actuel ministre de la Santé vient de prolonger pour au moins sept ans la production - donc la prescription - du cannabis thérapeutique afin de faciliter l'approfondissement des recherches scientifiques.

L'Allemagne, l'Italie et la Finlande ont récemment décidé à leur tour d'autoriser la prescription de cannabis thérapeutique produit par Bedrocan et importé des Pays-Bas. Plusieurs pays pourraient suivre dans un futur proche. Aux États-Unis, le cannabis thérapeutique est autorisé dans 14 États et l'administration Obama vient de demander d'arrêter les poursuites à l'encontre des malades et des fournisseurs. La Californie se singularise par une large présence de « dispensaires médicaux de marijuana » qui font même la publicité de leur activité.

Mais à quoi bon dire cela à un malade français ? Un malade hollandais, à qui sont par exemple prescrits 5 grammes de cannabis par jour, peut passer un mois de vacances en France et apporter légalement avec lui ses 150 grammes de cannabis thérapeutique, moyennant une « Déclaration Schengen » fournie par son médecin. **Une disparité légale qui ne devrait pas exister dans l'Union européenne. ■**



Première conférence sur le cannabis thérapeutique en France

La politique et la législation des Pays-Bas

DR MARCO VAN DE VELDE chef du Bureau du cannabis médical, ministère de la Santé et des Sports

En 1995-96, avant que le Bureau du cannabis médical (BMC) soit mis en place au ministère de la Santé, 10 à 15 000 patients faisaient déjà usage thérapeutique de cannabis mais d'origine illégale puisqu'ils se fournissaient dans les coffee shops. Du cannabis de qualité inconnue, en fait très mauvaise selon une enquête qui l'a par la suite comparé à celui vendu en pharmacie. Il n'y avait donc aucun contrôle pharmaceutique et aucun soutien médical, qui est pourtant très important, notamment en raison d'éventuels effets secondaires qu'il faut pouvoir éviter.

Agence gouvernementale

À la fin des années 90, différents rapports scientifiques et études cliniques concluaient déjà à l'efficacité thérapeutique du cannabis. Les choses n'étaient cependant pas encore très claires car il s'agissait d'études de mauvaise qualité. Il fallait mener d'autres recherches avant de pouvoir considérer le cannabis comme un produit thérapeutique normal. Mais les malades ont multiplié les pressions sur les autorités et le cannabis est finalement devenu disponible en pharmacie en 1998, quelques années avant la création, en 2000, du BMC, une agence gouvernementale conforme à la Convention unique des Nations unies.

Notre Bureau est le seul habilité à importer du cannabis aux Pays-Bas, à le vendre et le livrer aux pharmacies.

Avec pour principale responsabilité celle de s'assurer de la qualité du cannabis produit et de sa conformité aux normes pharmaceutiques. Nous devons également établir la chaîne de production et signer des contrats avec différents partenaires, pour savoir d'où le produit vient et où il va, en s'assurant qu'il soit bien disponible pour les patients.

Trois variétés sont actuellement disponibles sur ordonnance en pharmacie : le Bedrocan® (19% de THC), le Bedrobino® (12% de THC et moins de 1% de CBD) et le Bediol® (6% de THC et 7,5% de CBD). Les deux premiers sont disponibles sous forme de fleurs séchées et le Bediol® en granulés (les fleurs séchées sont réduites en granulés).

Il y a une grande différence entre usage thérapeutique et récréatif, et il faut absolument les séparer pour ne pas garder l'image d'usage abusif de drogue. Le cannabis thérapeutique dépend de la section pharmaceutique du ministère de la Santé, pas de la section addictions qui se charge, elle, de l'usage récréatif.

Qualité pharmaceutique

Nous avons passé des contrats avec différents partenaires. Les cultivateurs doivent avoir une licence et un contrat pour pouvoir cultiver. Une fois le contrat signé par le ministère de la Santé, notre Bureau contrôle sa mise en œuvre. Nous n'avons actuellement qu'un seul cultivateur sous contrat car c'est plus facile à contrôler.

En ce qui concerne la qualité, le cultivateur doit être capable de produire un produit standardisé, normalisé et sécurisé. Nous consultons son business plan pour vérifier qu'il suit bien les règles de production et différentes procédures qu'il doit décrire et écrire. La qualité étant très importante, de nombreuses analyses sont pratiquées par un laboratoire certifié. Chaque lot de produit est analysé à l'aide de méthodes validées et approuvées par le BMC : taille des fleurs, couleur verte... La plante doit toujours avoir la même identité. Avant de valider un lot, nous analysons les cannabinoïdes (même ceux de très faible concentration), testons la présence de bactéries comme les staphylocoques, celle de matériaux lourds, de résidus, de pesticides...

En ce qui concerne la logistique, nous avons un partenaire sous contrat pour l'emballage et la distribution de produits pharmaceutiques, ce qui nécessite une licence, pour le cannabis comme pour les autres plantes. Les procédures sont écrites et extrêmement importantes car **en cas de problème, il faut pouvoir déterminer avec quel lot pour le retirer du circuit.**

Autant d'assurances qualité tout au long du processus et de procédures standardisées pour pouvoir dire que le cannabis vendu en pharmacie est de qualité pharmaceutique. En 2002-2003, nous avons par exemple mis fin au contrat d'un cultivateur qui utilisait trop de pesticides.



Dr Marco Van de Velde Bureau Médical du Cannabis



Médecins toujours réticents

L'usage thérapeutique est autorisé pour les pathologies dans lesquelles les études cliniques ont montré de bons résultats : les myopathies, les effets secondaires des cancers, le VIH, les scléroses en plaques, les glaucomes et l'hyperactivité, mais avec des résultats plutôt spéculatifs pour le moment.

Les médecins ont cependant encore du mal à considérer le cannabis comme un véritable produit pharmaceutique.

Une enquête réalisée en 2006 ayant révélé leur manque d'information, nous avons décidé de mieux les informer sur les effets et sur la disponibilité du cannabis en pharmacie. Nous avons notamment réalisé deux brochures, pour les médecins et pour les patients, et essayé d'inclure le cannabis dans les directives thérapeutiques des médecins pour qu'il soit prescrit. Depuis 2008, grâce aux débats menés avec les groupes de professionnels qui rédigeaient ces directives

pour le cancer, le cannabis n'est ainsi « *pas recommandé* » alors qu'il ne devait auparavant « *pas être utilisé* » dans le traitement de la douleur. Un petit pas, certes, mais l'expérience clinique étant encore insuffisante, les médecins nous opposent régulièrement l'absence d'études validées prouvant réellement l'effet positif du cannabis. Il reste difficile pour les médecins de surmonter cette barrière, mais les prescriptions augmentent comme le montre le nombre d'ordonnances effectuées. Aussi parce que les patients étant mieux informés, ils demandent plus souvent aux médecins de leur prescrire du cannabis, au moins pour essayer.

Dernier point, le cannabis thérapeutique n'est pas remboursé, ce qui pose de nombreux problèmes aux patients. Mais de plus en plus de sociétés d'assurance commencent à le rembourser, et 70% d'entre elles stipulent déjà dans leur réglementation si elles le remboursent ou pas. Mais jamais complètement... ■

L découverte des cannabinoïdes et du système endocannabinoïde dans les années 90 a permis de montrer que malgré sa mauvaise réputation, le cannabis pouvait aussi être utilisé comme un médicament. Alors que les politiciens menaient encore leur guerre contre la drogue, la science a finalement remporté la bataille dans certains pays comme le Canada et les Pays-Bas.

Prescriptions en hausse

Société horticole créée en 1984, Bedrocan BV a obtenu en 2002 une licence pour produire du cannabis à des fins scientifiques. En 2003, nous avons signé un contrat de cinq ans avec le gouvernement pour produire, à partir de fleurs séchées de *Cannabis Sativa L.*, les 3 variétés vendues en pharmacie : le Bedrocan® (19% de THC), le Bedrobinol® (12% et moins de 1% de CBD) de THC et le Bediol® (6% de THC et 7,5% de CBD). **En 2009, notre production était d'environ 110 kg de produit fini, dont 20% sont exportés vers l'Allemagne, la Finlande et l'Italie.** Notre chiffre d'affaire augmente d'environ 15% chaque année depuis 2006. Sachant qu'il ne s'agit que de cannabis vendu sur prescription médicale, cela montre donc que de plus en plus de médecins en font.

Travailler pour le gouvernement

Travailler pour le gouvernement et les prescripteurs implique que tout soit fait conformément à la loi sur l'opium et aux règles régissant la culture de cannabis thérapeutique aux Pays-Bas. Autrement dit :

IL FAUT EN PERMANENCE CONTRÔLER LA QUANTITÉ DE LUMIÈRE, D'ENGRAIS, D'EAU, LA TEMPÉRATURE, LE TAUX D'HUMIDITÉ, ETC.

- ✳ Une standardisation totale des processus et des variétés de plants
- ✳ De multiples contrôles de qualité
- ✳ L'absence de métaux lourds, de pesticides, de terreaux, de bactéries, et des taux fixes de cannabinoïdes
- ✳ De bonnes pratiques répondant aux exigences de la norme Iso 9001 : 2008
- ✳ De stricts protocoles d'hygiène pour la culture et tous les processus
- ✳ Un personnel très qualifié en horticulture et dans le domaine pharmaceutique
- ✳ Et des tests de dépistage à tous les employés qui doivent être certifiés « bonne conduite ».

Il faut en permanence contrôler la quantité de lumière, d'engrais, d'eau, la température, le taux d'humidité, etc. **et nous ne procédons que par clonage pour avoir toujours les mêmes plants.**



Et pour les patients

Travailler pour les patients implique, par ailleurs, de pouvoir leur proposer une production « verte » (sans pesticides, avec très peu d'engrais...) de différentes variétés de plantes et de cannabinoïdes variés. Mais aussi de faire en sorte que notre société soit la plus transparente possible (en les conviant s'ils le désirent à venir voir comment nous travaillons), et que nos prix de vente soient le plus bas possible, bien qu'ils soient encore un peu chers pour de nombreux patients. **Nous poursuivons également nos recherches, sur de nouveaux cannabinoïdes, les terpenoïdes, et sur tous les moyens d'améliorer la production.**

Avec les changements politiques intervenus dans différents pays et les États-Unis qui vont de l'avant, la production de cannabis en tant que médicament est appelée à se développer. Bedrocan BV vient ainsi de signer un partenariat avec une société américaine qui donnera naissance dès janvier 2010 à Bedrocan International, une nouvelle société basée aux États-Unis. ■



Existe-t-il des standards internationaux pour le cannabis thérapeutique ?

Non, car il existe de nombreuses variétés avec des taux de cannabinoïdes différents. De tels standards ne seront jamais disponibles. Nous avons 3 variétés disponibles en pharmacie, si on en avait 5 ou 6, tous les patients auraient la variété qu'il leur faut en fonction de leur pathologie car les autres substances ont aussi un effet thérapeutique. Il y a actuellement 5 variétés différentes disponibles dans le monde.

Pourquoi le le Bediol® n'est-il disponible qu'en granulés ?

Le Bediol®, qui contient 6% de THC et 7,5% de CBD, est commercialisé sous forme de granulés à la demande de patients atteints de sclérose en plaques qui ont des difficultés à se servir de leurs mains. Pour les autres variétés, nous conseillons plutôt de consommer le cannabis médicinal sous forme de thé ou à l'aide d'un vaporisateur.

Pourquoi le vaporisateur ?

Nous ne recommandons pas de fumer en raison des effets très nocifs pour les poumons. La seule raison pour le faire pouvant être la nécessité de chauffer le cannabis pour obtenir un effet thérapeutique, nous conseillons le vaporisateur qui chauffe également le produit et qui présente l'avantage de pouvoir inhaler une bouffée (le THC se trouve dans la vapeur qu'il faut inhaler), puis d'arrêter et de le reprendre plus tard, la substance restant pendant ce temps dans le vaporisateur.

Quel est le prix du cannabis disponible en pharmacie ?

Environ 8 € le gramme, un prix équivalent à celui du cannabis vendu dans les coffee shops. Nous essayons de le faire baisser, mais les recherches sont encore en cours (par type de patient et par pathologie) auprès des 400 à 500 personnes qui en bénéficient actuellement.

Êtes-vous en rapport avec l'Agence européenne de régulation du médicament ?

Non. Il est très difficile de faire enregistrer le cannabis comme un produit pharmaceutique normal car il contient de nombreuses autres substances. Il entre plutôt dans la catégorie des plantes, de la phytothérapie. ■

Le cannabis, drogue ou médicament ?

ANNE COPPEL sociologue



Dans l'imaginaire collectif, les choses sont simples : la drogue est consommée pour le plaisir, le médicament est consommé pour se soigner. Une opposition qui s'impose avec d'autant plus d'évidence que, compte-tenu de son statut illégal, le cannabis est presque toujours expérimenté dans un cadre festif. La fonction thérapeutique du cannabis a été (re)découverte en chemin par ceux qui en consomment.

Maladie ou manipulation ?

Des usagers de drogues qui revendiquent le statut de « médicament » ? La revendication est paradoxale au regard de l'histoire puisque jusqu'à présent, **les médicaments sont devenus des drogues précisément parce qu'ils ont échappé à l'emprise médicale**. Ça a été le cas pour la morphine, la cocaïne, l'héroïne, puis pour les barbituriques et les amphétamines. **Le cannabis fait aujourd'hui un chemin inverse**. Pour les tenants de la prohibition, c'est à l'évidence une manipulation pour obtenir la légalisation du produit. Mais ils ne sont pas les seuls : pour les antiprohibitionnistes, le cannabis thérapeutique est l'occasion de mettre à jour les impasses de la prohibition, une sorte de « pied de nez à la prohibition ». Ainsi, lorsque le *Courrier international* mène l'enquête sur les cliniques de soins compas-

sionnels en Californie, il titre « *États-Unis, le cannabis devient (presque) légal* » et décrit des pratiques de prescription « *en pleine zone grise* » parce qu'à côté de ce qu'on peut appeler « les vrais malades », la prescription s'élargit progressivement aux souffrances psychiques, aux états dépressifs, à l'anxiété... Comment déterminer ce qui relève réellement de la maladie et ce qui relève d'une manipulation de l'usager pour obtenir son produit ? C'est précisément ce doute qui fait obstacle à l'engagement des médecins. Et même si la fonction thérapeutique n'est pas discutable, les médecins français préfèrent manifestement renoncer au médicament qui peut aussi être consommé seulement « pour le plaisir ». Étrange paradoxe, qui conduit les médecins à oublier le serment d'Hippocrate qui les engage à soulager la souffrance de leurs patients ! **Comment justifier que le plaisir suffise à disqualifier le médicament ?**

Plaisir et traitement

Il y a plus de 40 ans, Thomas Szasz dénonçait la médicalisation de la société, qui fait du médecin le prêtre des temps modernes. Depuis, la médicalisation n'a cessé de conquérir de nouveaux territoires et toutes les conduites humaines sont désormais susceptibles d'être pathologisées : le jeu, Internet, le travail, sans oublier les relations humaines. Mais s'il y a un domaine qui relève traditionnellement du thérapeutique, c'est précisément celui du produit, le « *pharmakon* », défini par sa double face. De tout temps, il a été géré par le thérapeute (également prêtre dans les sociétés traditionnelles) parce qu'il est à la fois poison et remède. La différence tient à la dose, pour ce qui relève du pouvoir médical. Mais le statut du produit ne tient pas qu'au médecin. Il tient aussi à la signification que le consommateur donne à sa consommation, une signification qui évolue selon les contextes, les personnes, le moment où le produit est consommé... On consomme une drogue pour « être bien », et c'est à l'occasion des souffrances de la vie qu'on (re)découvre qu'être bien est la meilleure manière de soulager une souffrance.

Le médicament moderne a dressé une frontière entre plaisir et traitement. Remettre en cause cette frontière, c'est remettre en cause le fondement même de la prohibition, qui repose sur l'opposition entre médicament et drogue. Ce qui définit le médicament,

c'est qu'il est prescrit par un médecin et vendu en pharmacie. Nous avons déjà affronté cette contradiction aux temps de la préhistoire de la réduction des risques, lorsque les traitements de substitution étaient illégaux. Le choix n'était pas entre légalisation de l'héroïne et méthadone, mais entre médicalisation et prison. **Les usagers ont chacun fait leur choix, la médicalisation l'a emporté.**

Médecine et société

Aujourd'hui, une part majoritaire de l'opinion est favorable à une gestion médicale de ces poisons puisqu'ils sont également des remèdes. Une histoire qui doit se jouer entre médecine et société. Dans la loi de 1970, la santé publique servait seulement de prétexte à la répression. En reconnais-

sant que l'usage n'est pas nocif, que le cannabis est la moins dangereuse des drogues et son pouvoir thérapeutique, la médecine reprend ses droits. Que nous soyons usagers de la santé ou usagers drogues, nous avons tout à y gagner parce que le rapport de force se situe désormais là où il doit être, entre médecine et société. La médecine l'emporte parce que son pouvoir lui est accordé au niveau institutionnel et politique. Mais en dernière instance, c'est bien celui qui consomme un produit qui décide de ce qu'il en fait. Reconnaître que le cannabis a une fonction thérapeutique, c'est reconnaître une réalité qui engage la responsabilité médicale. C'est ouvrir une nouvelle page de l'histoire des drogues qui ne peut s'ouvrir qu'en remettant en cause le pouvoir médical. Cette page se joue entre le médecin et son patient. **Le débat sur la prohibition doit, lui, se mener ailleurs, dans un cadre politique. Telle est la règle du jeu. ■**



LE MÉDICAMENT MODERNE A DRESSÉ UNE FRONTIÈRE ENTRE PLAISIR ET TRAITEMENT. REMETTRE EN CAUSE CETTE FRONTIÈRE, C'EST REMETTRE EN CAUSE LE FONDEMENT MÊME DE LA PROHIBITION, QUI REPOSE SUR L'OPPOSITION ENTRE MÉDICAMENT ET DROGUE.



Change ment de planète avec la situation française où, contrairement à ce que beaucoup pensent, il est bel et bien possible d'avoir un accès médical à un cannabinoïde, mais de manière très très restrictive.

Rares ATU nominatives

Tout médicament bénéficie normalement d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) précisant ses indications. S'il fait preuve d'une certaine efficacité thérapeutique avant que le processus d'AMM soit terminé, il peut bénéficier d'une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU), comme c'est par exemple le cas pour les traitements VIH où la recherche va très vite. Mais **il existe deux types d'ATU : les ATU de cohorte, menées à l'hôpital sur un certain nombre de patients, et les ATU nominatives, beaucoup plus restrictives** puisqu'elles sont accordées pour 1 personne, 1 pathologie, et pour un certain temps. Une dizaine d'ATU nominatives pour le Marinol® sont ainsi délivrées chaque année par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). **Personne ne sait que cette ATU existe moyennant des démarches d'obtention extrêmement lourdes et fastidieuses.** 64 personnes au total en bénéficient actuellement en France, mais seulement pour le Marinol® 2,5 mg alors que d'autres dosages ou galéniques comme le Sativex® (un spray) existent.

Il est donc grand temps de passer des ATU nominatives aux ATU de cohorte pour permettre aux quelques centaines, voire milliers, de patients non usagers récréatifs de bénéficier d'un accès à tous les cannabinoïdes disponibles. On est loin du compte.

Le statut thérapeutique

Bien qu'ils pensent que cela changerait leur vie, les patients qui ne sont pas usagers récréatifs ne savent pas comment avoir ac-

cès à ce médicament. N'ayant jamais consommé de cannabis à des fins récréatives, ils sont incapables de se fournir sur le marché clandestin et ne le souhaitent généralement pas. Des situations de très grand désespoir et de très grande vulnérabilité pour ces gens pour lesquels le seul accès possible serait un accès légal. Dans sa fameuse « Lettre à monsieur de législateur de la loi sur les stupéfiants », Antonin Artaud distinguait les toxicomanes voluptueux des toxicomanes malades, qui « ont sur la société un droit imprescriptible, celui qu'on leur foute la paix ». Je suis d'accord avec lui. Il faut laisser en paix les patients atteints de maladies graves qui consomment du cannabis, et leur donner le droit d'autoproduire.

Toute l'histoire des conventions internationales est rythmée par la distinction entre thérapeutique et non thérapeutique. Cette question du statut thérapeutique est au cœur de la prohibition, un enjeu extrêmement important qui revient à la définition du thérapeutique. Les choses évoluent extrêmement vite, comme le montre ce qui se passe en Californie. Mais si elles vont trop vite, on risque un retour de balancier. **Le jour où l'on n'entendra plus parler de cannabis thérapeutique, c'est que des gens sérieux s'en occuperont.** ■





Questions

Changer la loi ?

« Tant que la loi ne changera pas, les usagers thérapeutiques seront considérés comme des délinquants. »

Bertrand Lebeau : Si on attend que la loi change, on est mal partis. La plus grande inquiétude, c'est d'ouvrir la porte à la légalisation du cannabis récréatif en légalisant le cannabis thérapeutique.

Anne Coppel : Si on veut obtenir le statut thérapeutique, il faut se battre sur le terrain du thérapeutique. La loi, c'est toujours ce qui se transforme en dernier.



Quelles ATU pour quelles indications ?

Bertrand Lebeau : Personnellement, j'ai abandonné les ATU nominatives face à la lourdeur et la complexité des démarches. Certains médecins l'ont fait pour des indications classiques (effet myorelaxant, susciter l'appétit...), mais ce sont surtout les douleurs chroniques qui constituent les indications principales.



Quelle galénique ?

« Le peu de succès rencontré par le Marinol® en gélules est peut-être aussi lié à la lenteur d'apparition des effets thérapeutiques. Le vaporisateur permet d'en bénéficier plus rapidement et sans goudrons. »

Bertrand Lebeau : Une étude britannique a montré qu'avec du THC seul, les patients arrêtaient en raison de son effet anxiogène. Je n'ai pas d'avis sur le vaporisateur, je ne le connais pas assez. ■



Une question politique

M^e FRANCIS CABALLERO avocat, président du **Mouvement pour une légalisation contrôlée**

Imaginons que j'aie du mal à m'endormir. Pour m'y aider, j'ai trouvé une herbe qui remplace avantageusement tous les psychotropes légaux qui coûtent la peau des fesses à la Sécurité sociale. Si j'étais dans la peau du législateur, je transformerais le statut du cannabis en évitant soigneusement le débat thérapeutique/drogue. Car **il ne s'agit pas d'une question médicale mais d'une question politique tant que les législateurs auront une vision aussi rétrograde.**

Pudeur médicale

Pour les médecins, prescrire des médicaments qui entraînent une dépendance dure comme la méthadone n'est apparemment pas un problème. Ils refusent pourtant de prescrire un produit qui se fume parce que c'est nocif, une pudeur médicale qui m'effraie !

La première affaire que j'ai eue à plaider en matière de cannabis thérapeutique remonte à 1995 avec un séropositif qui, après avoir découvert les bienfaits du cannabis au Maroc, s'est fait arrêté à son retour en France où il était poursuivi pour importation et transport de stupéfiants et risquait dix ans fermes. Tout en soulignant qu'elle était aussi dangereuse pour la santé, le tribunal correctionnel a reconnu les effets positifs potentiels de la substance dans certaines pathologies, et demandé une suspension de peine. Même conclusion au Conseil d'État où j'ai plaidé pour une dizaine de malades :



le cannabis peut soulager les douleurs mais ses effets secondaires sont trop dangereux pour qu'il puisse être prescrit.

Diabolisation et désinformation

Le cannabis thérapeutique, c'est le cheval de Troie du cannabis récréatif. J'ai envie de provoquer le système et de le mettre face à ses contradictions quand il estime par exemple que le cannabis peut aussi être considéré comme un produit dopant qui améliore les performances sportives !

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) vient de publier un énorme mémoire sur le sujet. Je n'en ai jamais vu d'aussi argumenté dans la méchanceté et la mauvaise foi. Tous les experts cités disent que c'est dangereux, mais on s'aperçoit que tout est bidon puisqu'on ne peut pas faire d'études épidémiologiques sur les effets du cannabis. **Cette diabolisation et cette désinformation font qu'aujourd'hui, je ne crois plus que moi. ■**



Une question de santé publique

JEAN-LUC ROMERO président des **Élus locaux contre le sida**

Soyons clairs : le débat sur un dossier aussi important n'existe pas en France et il est pourtant essentiel, notamment parce qu'il concerne un nombre très important de malades. **C'est pour cela que cette conférence est si importante et je dirais même fondatrice.** Après tout, on parle quand même d'une question de santé publique !

Une vraie logique de santé

« Je ne veux pas avoir un département de la justice qui persécute et arrête des usagers de marijuana médicale » : cette phrase prononcée en mars 2008 par Barack Obama a fait naître beaucoup d'espoir pour les partisans d'un cannabis à usage thérapeutique. Cette promesse électorale qu'on aurait pu croire sans lendemain est devenue une réalité puisque le département de la justice a demandé il y a quelques jours aux procureurs fédéraux de ne plus poursuivre les utilisateurs médicaux de cannabis.

Souvent raillés pour leur conservatisme et leur moralisme, les États-Unis font preuve de pragmatisme sur cette question du cannabis thérapeutique, et par là-même, d'une vraie logique de santé. Les États-Unis seraient-ils un cas unique ? Non assurément, et sans dresser un catalogue des pays ayant mis en place l'autorisation du cannabis à visée thérapeutique, je voudrais insister sur le Canada et l'Allemagne.

Au Canada, 14% à 37% des personnes séropositives utilisent du cannabis thérapeutique, 14% de celles atteintes de sclérose en plaques. Le centre de compassion de Montréal fonctionne bien, et l'utilisation de cannabis à usage thérapeutique n'a donc rien de marginal ! En Allemagne, les choses ont évolué très récemment : le 7 février 2009, la première patiente allemande a pu se procurer du cannabis médical en pharmacie, sur autorisation spéciale de l'Institut fédéral des produits de santé.

Un non-sens en matière de santé publique

Outre ses bienfaits sur les effets de la maladie ou les effets secondaires, l'utilisation de cannabis permet une sorte de prise en charge

autonome de sa santé hors du cadre strict d'une relation unilatérale médecin/patient. Une attitude proactive. Dans les États autorisant la délivrance de cannabis sous contrôle médical, les pouvoirs publics et les élus politiques ont décidé de faire passer la logique de santé publique avant une logique symbolique, faussement sécuritaire.

En France, la situation est assez simple : on ne peut obtenir de cannabis thérapeutique que via une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU), et il y en a de moins en moins. **Refuser le cannabis pour un usage thérapeutique est pourtant un non-sens sur le plan de la santé publique.** Comment peut-on justifier l'autorisation du tabac, dont on connaît aujourd'hui parfaitement le caractère addictif et les dommages sur la santé des utilisateurs, et refuser dans le même temps l'utilisation d'une substance dont il est prouvé qu'elle aide les malades à gérer les effets indésirables de leur maladie ou de leurs traitements ? C'est assez difficile à suivre !



Gagner la bataille de l'opinion publique

J'aimerais pour finir élargir mon propos au-delà du cannabis thérapeutique. Il est nécessaire qu'en France, nous - et quand je dis nous, je pense principalement aux pouvoirs publics, mais également à l'ensemble de nos concitoyens - ayons une vision plus réaliste du mot drogue.

D'abord, pour sortir de l'idée qu'une société sans drogues pourrait exister. **Un monde sans drogues n'a jamais existé, n'existe pas et n'existera jamais.** La vision d'une société sans drogues où seule la répression peut régler les choses n'est pas réaliste. La preuve : en 2009, jamais la production de drogues n'a été aussi importante et les problèmes de santé publique ne sont pas réglés pour autant.

Ensuite, pour sortir de l'équation « usager de drogue = délinquant ». En effet, s'il faut bien sûr comprendre et entendre les inquiétudes face aux usagers de drogues et à certains dégâts liés à la consommation de stupéfiants, il faut aussi assurer le droit à la sûreté et à la dignité de l'usager que l'on doit considérer comme un patient, un acteur de sa prévention, un citoyen à part entière mais certainement pas comme un criminel.

Partant de là, la réflexion peut avoir lieu, notamment sur un approfondissement de la politique de réduction des risques via les salles d'injection à moindres risques ou les programmes de délivrance d'héroïne sous contrôle médical.

Si les décisions politiques sont en principe nourries et guidées par des expertises, en matière de toxicomanie, il faut d'abord faire avancer la partie la moins informée de l'opinion publique qu'on retrouve paradoxalement chez beaucoup de nos responsables politiques.

C'est pour cela qu'il faut continuer à **travailler auprès des élus, pour faire tomber les fantasmes et pour qu'enfin s'instaure un vrai débat sur tous les produits, licites et illicites.** Les acteurs de santé doivent faire un grand effort de communication, d'information et de vulgarisation pour gagner la bataille de l'opinion publique. ■

IL EST NÉCESSAIRE QU'EN FRANCE, NOUS AYONS UNE VISION PLUS RÉALISTE DU MOT DROGUE. D'ABORD, POUR SORTIR DE L'IDÉE QU'UNE SOCIÉTÉ SANS DROGUES POURRAIT EXISTER.

Comment j'ai drogué ma mère atteinte d'un cancer pour lutter contre l'asthénie et la nausée

À base de teinture mère : 50 grammes de fleurs sélectionnées dans 500 ml d'alcool le plus pur possible, macération avec agitation de 24 heures, décantation de 96 heures, et filtration. Il est possible de faire un deuxième bain moins concentré. Pour un usage régulier ou récréatif, il convient de couper en 2 à l'eau distillée et de laisser reposer quelques jours. Dans ce cas, il me fallait au contraire donner le moins d'alcool possible pour un effet max. Je diluais la teinture dans la nourriture et surtout dans du Coca. La caféine et le cannabis amenaient assez d'envie et d'énergie pour manger, sans nausée ni répulsion olfactive ou gustative, des portions normales après une semaine de traitement intensif. Après avoir rapidement perdu 10 kilos, son poids s'est stabilisé et elle a repris 5 kilos pendant le traitement à la teinture. Avec une dose de 15 gouttes le matin, 35 gouttes à midi et 25 gouttes le soir, elle n'a pas ressenti d'effets indésirables ni d'ivresse, seulement une légère euphorie, moins envie de dormir à plus de 30 gouttes, et des moments de mollesse enfin de cycle du produit. Elle pèse aujourd'hui 60 kilos pour 1m65. **Laurent Appel**

La fin du paradis suisse

LAURENT APPEL journaliste



T.J. Erkelens / Laurent Appel

La Suisse est pour beaucoup le paradis du cannabis thérapeutique. C'était le cas, ça ne l'est plus. La tolérance à l'égard du marché récréatif s'est transformée en tolérance zéro. Il n'y a plus aucun coffee shop (sauf sous le comptoir) et seuls quelques magasins vendent encore des boutures et des graines, surtout en Suisse romande. Les condamnations peuvent aller jusqu'à trois ou cinq ans, des peines très lourdes pour la Suisse.

Les paradoxes de la démocratie directe

Certains chanvriers travaillaient directement avec des malades sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'un naturopathe. Ils délivraient chacun à des centaines de patients. **Alors que de nombreux patients n'ont pas accès au marché parallèle, la répression a tout détruit.** Depuis plus de quinze ans, un long processus d'expertise puis de négociation politique et associative semblait pourtant clairement mener vers une légalisation contrôlée du cannabis, mais la suite fut moins rose : le 30 novembre 2008, l'initiative populaire qui prévoyait d'autoriser l'usage de cannabis à titre récréatif et médical, et à terme une légalisation contrôlée, a été rejetée par 63% de la population. Le même jour, la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants a été rejetée par la même population, qui a dit « oui » à la politique des 4 piliers et à la distribution médicale d'héroïne. Une journée très paradoxale.



S'il n'y a pas d'article pénalisant la simple consommation de stupéfiant, le cannabis est classé comme l'héro et la coke et les peines encourues pour sa culture et sa distribution sont considérablement aggravées. Une disposition prévoit bien l'usage des cannabinoïdes en médecine, mais sans plus de précision. On ne sait ni quand, ni pour qui, ni comment. La distribution légale d'héroïne commencera le 1^{er} janvier 2010, mais le moratoire pour le cannabis thérapeutique est toujours en suspens. On attend encore les ordonnances d'application. Chanvre Info travaille sur un projet de club pour les malades, des médecins ont déposé des demandes d'expérimentation et d'usage pour la sclérose en plaques et les chimios mais **dans les faits, rien ne bouge.**

Les risques de la « zone grise »

Hormis le sort des usagers récréatifs qui n'avaient qu'à mieux mobiliser l'électorat, des milliers de Suisses (essentiellement des personnes âgées ou handicapées) qui avaient découvert les vertus thérapeutiques du chanvre à l'époque de la grande tolérance ne peuvent plus en trouver. Les malades doivent désormais recourir à l'autoproduction, à l'assistance de la famille ou d'amis, voire à la rue avec des risques sanitaires et sociaux très importants. Une sorte de jalousie s'est créée et certains jugent leur situation scandaleuse comparée à celle des personnes des programmes héroïne. J'ai peu d'espoir de sortir rapidement de cette situation.

Autre situation paradoxale : les États-Unis où l'on parle de 10% de la population sous prescription médicale dans certaines villes, où les cannabis clubs se multiplient... Une sorte de zone grise comme on l'a vue en Suisse où on s'est servi des abus pour nettoyer tout le processus. Un piège terrible, tant pour les usagers thérapeutiques que pour le récréatif, avec un vrai risque de retournement de tendance. **C'est peut-être la voie de transition pour sortir de la prohibition** comme ce fut le cas pour l'alcool avec le New Deal. J'ai de sérieux doutes, mais je ne demande qu'à investiguer pour *Asud-Journal*. ■

Comment fonctionnent les cannabinoïdes ?

DR FRANJO GROTENHERMEN Association internationale pour les cannabinoïdes en médecine



Les constituants du système endocannabinoïde

- Récepteurs
 - Récepteurs cannabinoïdes Type-1 (récepteurs CB1)
 - Récepteurs cannabinoïdes Type-2 (récepteurs CB2)
 - PPAR gamma (peroxylacane proliferator-activated receptor gamma)
 - vasodiloid receptors
- Endocannabinoïdes
 - anandamide (arachidonoylethanolamide, AEA)
 - 2-AG (arachidonoylethanolamide)
 - Et plus de 50 autres dérivés d'acides gras
- Enzymes (synthèse et dégradation des endocannabinoïdes)
 - FAAH (fatty acid amide hydrolase)
 - MAGL (monoacylglycerol lipase)
 - DAGL alpha (diacylglycerol lipase alpha)
 - DAGL beta (diacylglycerol lipase beta)
 - NAPE-PLD (N-acylphosphatidylethanolamine phospholipase-D)

La principale raison de mon travail au sein de l'IACM est ma connaissance des applications du cannabis et des cannabinoïdes qui peuvent aider des milliers de personnes gravement malades. Mais dans plusieurs pays, parmi lesquels la France est malheureusement un exemple bien connu, le potentiel thérapeutique des cannabinoïdes reste largement ignoré.

Il est pourtant **très inhabituel en médecine de rencontrer une substance qui puisse ainsi soulager des symptômes aussi différents** que la douleur, la spasticité, les nausées, la perte d'appétit, le glaucome, l'anxiété, l'hyperactivité et bien d'autres encore. Un très large spectre d'effets thérapeutiques lié au rôle fondamental du système endocannabinoïde dans le corps humain et animal.



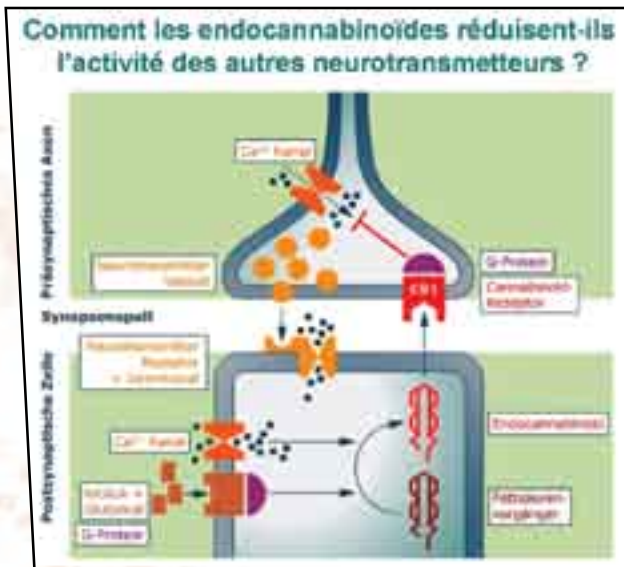
△ Le système endocannabinoïde est constitué de 3 éléments principaux. Le premier est l'ensemble des récepteurs cannabinoïdes et des autres récepteurs, auxquels se lient les cannabinoïdes en surface des cellules ; cellules nerveuses ou autres. Le second élément est l'ensemble des substances produites par le corps et qui se lient aux récepteurs. Le troisième élément est constitué des protéines qui entraînent la production et la dégradation des endocannabinoïdes pour adapter leurs concentrations, et réguler ainsi l'activité du système endocannabinoïde.

Homéostasie Balance dans le cerveau

- Dans le système nerveux (SN), le système endocannabinoïde a pour fonctions principales :
 - d'assurer et de maintenir l'homéostasie, c'est-à-dire la capacité du SN à conserver son équilibre de fonctionnement en dépit des contraintes extérieures)
 - permettre de trouver un équilibre entre trop peu ou pas assez d'activité au niveau des différents systèmes de neurotransmetteurs
- Le système endocannabinoïde interagit avec un grand nombre de ces systèmes de neurotransmetteurs
- Le rôle principal des endocannabinoïdes est de réduire l'activité de ces systèmes lorsqu'elle est trop forte
- Le système endocannabinoïde agit partout dans le SN où l'information est transmise d'une cellule nerveuse à une autre par le biais de neurotransmetteurs

△ La fonction principale du système endocannabinoïde dans le système nerveux est d'assurer et de maintenir l'homéostasie. L'homéostasie représente

la capacité d'un système à conserver un équilibre de fonctionnement. Le système endocannabinoïde permet d'aider le corps à trouver un équilibre entre pas assez, ou trop d'activité dans les nombreux systèmes de neurotransmetteurs. Le système endocannabinoïde interagit avec beaucoup de ces systèmes. Le rôle principal des endocannabinoïdes est de les ramener à un niveau d'activité normale si cette activité est trop élevée. Les endocannabinoïdes agissent dans tout le système nerveux où de l'information est transportée d'une cellule nerveuse vers une autre au moyen d'un neurotransmetteur.



△ Cette diapositive explique ce qui se produit entre deux cellules.

* Un nouveau transmetteur est libéré à partir d'un synapse dans l'espace inter-synaptique situé entre deux cellules.

* Ce neurotransmetteur active un récepteur au niveau de la cellule en aval, le nerf post synaptique.

* Cette activation va entrainer une augmentation de la libération de Calcium dans cette cellule.

* Cette augmentation de concentration en calcium va accroître l'activité des protéines, des enzymes, qui vont accroître la production d'endocannabinoïdes.

* Les endocannabinoïdes sont alors libérés dans l'espace inter synaptique où ils activent les récepteurs cannabinoïdes en surface de cellule.

• L'activation des récepteurs cannabinoïdes entraîne la réduction de la libération de neurotransmetteurs.

Neurotransmetteur	Troubles associés
Acide Acétylcholiné	
Glutamate	Épilepsie, mort cellulaire dans ischemie et hypoxie (dans capillaires, neurotransmetteurs libérés, neurotransmetteurs en excès)
Acide Acétylcholiné	
GABA	Trouble anxieux causé par le système GABA
Glucose	Trouble endocrinien
Dopamine	
Histamine	Autisme, Schizophrénie, Dépression
Sérotonine	Dépression, anxiété, migraines, neurotransmetteurs
Insuline	Diabète, Maladie de Parkinson, neurotransmetteurs, protéines, adhésifs, adhésifs, adhésifs
Acétylcholine	Trouble neuro-musculaire, anxiété, neurotransmetteurs (maladie de Alzheimer, troubles de la mémoire, troubles de la mémoire, troubles de la mémoire, troubles de la mémoire)
Hépatocytaires	Diabète, endocrinien, développement normal, anxiété

△ Le système endocannabinoïde interagit avec pratiquement tous les systèmes de neurotransmetteurs. Il n'est néanmoins pas nécessaire de rentrer dans les détails.

Dans le cerveau, là où il y a trop d'activité et trop de transmission de neurotransmetteurs, les endocannabinoïdes sont produits pour activer les récepteurs cannabinoïdes. Cette activation réduit la transmission des neurotransmetteurs.

Il n'est pas important s'il y a trop d'activation du circuit de la douleur, des circuits responsables des nausées et des vomissements ou si le trop plein d'activation est dû à la tonicité des muscles ou des stress traumatiques. Dans tous les cas, le corps utilise le système endocannabinoïde pour relaxer et calmer la situation à laquelle il est confronté.

Il est important de comprendre que l'usage du cannabis, ou de cannabinoïdes pris séparément, peut aider le corps à relaxer une situation. Cela peut concerner beaucoup de conditions médicales et de symptômes différents. Je pense que tous les patients qui en ont besoin, quelque soit leur situation de vie, devraient y avoir accès et ne devraient jamais être traités comme des criminels. ■

ALEXANDRE JEFFREY Association internationale pour les cannabinoïdes en médecine

Je suis membre de l'Association internationale pour les cannabinoïdes en médecine (IACM) depuis deux ans pour raisons médicales et je suis le seul Français. C'est pourtant aujourd'hui l'association la plus crédible, celle qui regroupe le plus d'études scientifiques sur le sujet. **Depuis 2000, le nombre de publications concernant le cannabis a pratiquement doublé pour atteindre 9 000 publications en 7 ans, soit environ 3 par jour.**

Le droit d'en parler

Créée en 2000 dans la continuité d'une association allemande afin d'accompagner ces études scientifiques, l'IACM vient de changer de nom et de remplacer le mot « cannabis » par celui de « cannabinoïdes », notamment pour intégrer le cannabis synthétique.

Ayant pour but de promouvoir les connaissances sur le cannabis, les cannabinoïdes, le système endocannabinoïde et tous les sujets associés, notre association mène les actions suivantes :

- * soutenir la recherche sur les produits à base de cannabis et sur le système endocannabinoïde ;
- * promouvoir l'échange d'informations entre les chercheurs, les médecins, les patients et le grand public ;
- * rassembler et diffuser des informations justes traitant de pharmacologie, de toxicologie et du potentiel thérapeutique du cannabis et d'autres modulateurs du système endocannabinoïde ;
- * suivre et documenter les développements de thérapies à base de cannabinoïdes au niveau international.

Présidé par le Dr Russo, le créateur du Sativex®, son conseil d'administration comprend des scientifiques et des médecins américains, canadiens et de différents pays européens (Royaume-Uni, Allemagne, Italie, Espagne, Suisse, Pays-Bas). Mais encore **aucun médecin français, alors qu'une de nos idées phares est le droit d'en parler**, et le droit pour les médecins et leurs patients de discuter de l'utilisation médicale du cannabis et des cannabinoïdes. ■



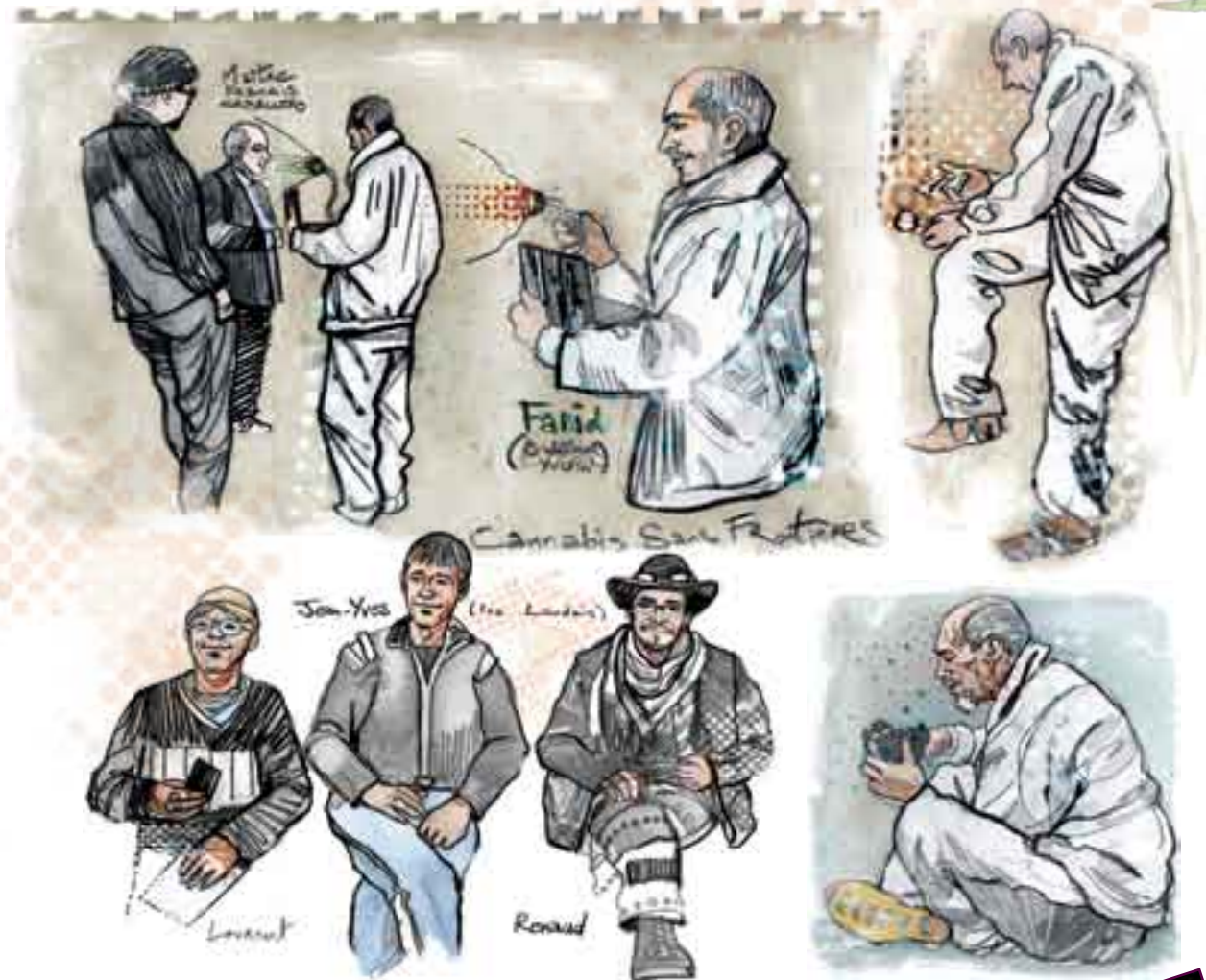
△ *Cannabis en médecine : un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC*

Dr Franjo Grotenhermen, 216 pages, Éditions Indica. www.editions-indica.com

Édition française enrichie est réactualisée du fameux titre allemand *Hanf als Medizin*, cet ouvrage inédit est le premier guide pratique traitant exclusivement des applications médicales du cannabis (ou chanvre) et de ses produits dérivés, aussi bien naturels que synthétiques.

Écrit par l'un des plus grands spécialistes internationaux du cannabis thérapeutique, le Dr Franjo Grotenhermen, il réunit une quantité importante d'informations sur les nouveaux traitements possibles et reconnus à base cannabis médicinal ou de Dronabinol (THC), la principale substance active du cannabis.

À l'aide de plus de 300 références, il présente notamment les différents domaines d'applications possibles, incluant une quarantaine de maladies, mais aussi les risques, les effets secondaires, les posologies, les modes d'absorption et les interactions éventuelles avec d'autres médicaments.



COMMANDE DE BROCHURES / ABONNEMENT AU JOURNAL

M^{lle}/M^{me}/M^r.....
 Structure.....
 Adresse.....
 Code Postal..... Ville.....

Commande de brochures

Je désire commander :

-exemplaires de « BHD, le pourquoi et le comment », soitx 0,30 €
-exemplaires du « Manuel des droits des usagers de TSO », soitx 0,30 €
-exemplaires du « VHC, prises de risque, dépistage, traitement », soitx 0,30 €
- + 7 € de frais de port (jusqu'à 500 brochures) ou 10 € (pour 500 brochures ou plus)
- Soit euros pour les brochures

Abonnement

Souscrivez pour 4 numéros du n°... au n°...

- Particulier.....12 €
- Professionnel, association et collectivité locale.....30 €
- 4 X 10 ex.....77 €
- 4 X 50 ex.....152 €
- 4 X 100 ex.....200 €

TOTAL

.....€ (pour les brochures)
 +€ (pour le journal)
 =€ à l'ordre d'ASUD

Asud-Journal 206, rue de Belleville 75020 Paris Association Loi 1901
 Tél. : 01 71 93 16 48 / Fax : 01 43 15 01 11 / e-mail : secretariat@club-internet.fr



Un drôle d'animal

FABRICE OLIVET directeur d'Asud

Ces cinquièmes États généraux des usagers de substances sont pour nous un moment important car c'est **un moment de visibilité pour notre association, pour les usagers, ex-usagers, futurs usagers...** ce qui ne nous empêche pas d'être des citoyens, d'avoir un boulot, des enfants.

L'autosupport est un drôle d'animal que je connais bien. Un animal pour partie lié au thème de la discrimination, discrimination que je connais depuis tout petit, et que je retrouve en tant que consommateur de substances illicites et même en tant que représentant des usagers. Je suis souvent à la place du black de service qui n'a pas exactement la même légitimité de parole que les autres. Cette discrimination à l'égard des usagers, je l'ai toujours vécue comme une injustice. Lorsque j'ai découvert Asud, je me suis rendu compte qu'il était possible de lutter contre cette injustice en montrant qu'il n'était pas anormal de prendre des drogues, et cela m'a fait énormément de bien. Asud a commencé à irriguer dans les conférences internationales, pour la première fois à celle de Berlin en 1993 où **des gens étaient venus du monde entier avec cette même étiquette d'utilisateur.**

C'est pour ça que nous organisons cette journée, pour montrer que l'autosupport est inscrit dans l'histoire, dans le temps, et qu'il existe des associations organisées et puissantes. Une histoire très connectée avec celle de l'International Harm Reduction Association (IHRA). ■





La construction historique

PAT O'HARE IHRA

De la colère...

J'ai commencé à travailler sur le sujet au milieu des années 80 à Liverpool où j'ai rencontré des gens de Rotterdam qui faisaient déjà de l'échange de seringues pour lutter contre le VHC. J'ai par la suite rencontré des gens de la Deutsche Aids-Hilfe, qui payait le transport d'une vingtaine d'usagers pour qu'ils puissent assister aux conférences, des gens de Mainline, qui publiait une revue formidable, John Mordaunt au Royaume-Uni... La première Conférence internationale de réduction des risques liés à l'usage de drogues organisée par l'IHRA s'est tenue à Liverpool en 1990.

Le milieu des années 90 a été une période de colère : les usagers étaient des victimes, il y avait des listes noires, et ils ne pouvaient pas assister aux conférences en raison de leur prix. Après sa deuxième conférence (en 1991 à Barcelone), l'IHRA a failli faire faillite, et j'ai failli perdre ma maison que j'avais hypothéqué parce qu'il a longtemps été très difficile de financer ce genre de manifestation. **Il fallait mentir parce que personne ne voulait donner de l'argent pour les usagers**, mais il était aussi très difficile de travailler avec des usagers sans ressources, frustrés, qui continuaient à nous dire : « *Nous faisons partie de votre mouvement, nous avons besoin d'aide.* » À l'époque, nous étions presque des adversaires, on savait qu'ils allaient se plaindre, mais c'était une bonne chose car cela nous a permis d'avancer.

... au partenariat

En 2003, le premier réseau d'usagers - *The Thai Drug Users' Network (TDN)* - a vu le jour en Thaïlande à l'occasion de la conférence de l'IHRA à Chiang Mai. Il fallait beaucoup de courage pour le faire dans ce pays aux lois très répressives. Il y a eu d'énormes pressions pour qu'on annule cette conférence, mais nous avons décidé de continuer pour soutenir ces usagers, parce qu'on ne pouvait pas rester tranquillement chez



nous. Et si TDN a finalement été paralysé par l'argent du Fonds global dont il n'a su que faire, **il existe désormais des mouvements d'usagers dans de nombreux pays du monde.**

Ce que vous avez réussi à faire est formidable. *L'International Network of People Who Use Drugs (INPUD)* est devenue une grande organisation alors qu'au départ, je pensais que c'était nul. La réunion qui s'est tenue à Copenhague est la meilleure réunion à laquelle j'ai assisté en 25 ans. Pourquoi s'étonner que des gens qui prennent des drogues soient aussi intelligents, soient comme les autres ? Vous avez de bons leaders et on en a besoin, des gens formidables comme Theo van Dam ou Matthew Southwell, et l'heure est désormais au partenariat avec l'IHRA.

La plupart des gens pensent que l'usage de drogues est mauvais, même certains usagers le pensent. Mais quand je discute avec les chauffeurs de taxi, que je leur explique pourquoi je suis là, ils me disent « *en fait, vous avez raison, il faudrait légaliser.* ». Parler en tête-à-tête permet d'expliquer les enjeux, mais nous n'avons malheureusement pas les mêmes réussites avec la population générale.

J'ai toujours eu conscience que mon travail affectait vos vies. **C'est mon boulot, ce sont vos vies. Continuez votre action.** ■ www.ihra.net

Le premier réseau européen d'usagers de drogues

INGO MICHELS Bureau fédéral de la Commission des stupéfiants

Il y a trente ans, j'étais responsable du projet « usagers de drogues et prison » à la Deutsche Aids-Hilfe (DAH). La réaction face au sida a été précoce en Allemagne. La prévention est un processus continu qui ne peut réussir que si le contexte social change.

S'émanciper des approches institutionnelles

La peur ne provoquant pas de changement de comportement, on a pensé que ce qui se passait dans la communauté gaie pouvait aussi s'appliquer aux UD. La DAH a donc créé un service chargé des UD dont le taux de contamination par le VIH variait, selon les études, de 20 à 60%. En 1992, nous avons obtenu une révision de la loi pour pouvoir faire de l'échange et de la distribution de seringues. Une philosophie favorisée par des échanges internationaux avec les Pays-Bas, l'Australie et le Royaume-Uni qui avaient déjà mis en place de telles politiques de réduction des risques.

Dès 1989, nous avons soutenu la mise en place d'organisations d'usagers en finançant les rencontres d'usagers sous traitement méthadone. Autorisée en 1987 pour lutter contre la propagation du sida parmi les usagers de drogues, la méthadone a ainsi servi de base à la constitution des groupes d'autosupport, les *Junkies*, *Ex-User*, *Substitute* (JES), dont le premier coordinateur était salarié par la DAH. L'idée était de créer, dans le cadre des services de lutte contre le sida, **un réseau national de groupes ayant leur propre identité pour défendre les droits des usagers.**

Faire de l'autosupport, ça voulait dire s'engager activement, accepter d'autres styles de vie, diffuser des messages non-moralisateurs pour lutter contre le VIH, parler plaisir, s'entraider, respecter la dignité humaine... S'émanciper des approches institutionnelles pour impulser de nouveaux rapports avec les professionnels de santé, tout en étant soumis au contrôle de l'administration et financé par des fonds publics.

The European Interest Group of Drug Users

Animé par des bénévoles de groupes locaux très impliqués, le réseau national organise des réunions mensuelles des représentants de toutes les régions d'Allemagne, des séminaires, des ateliers sur la RdR, les TSO, les questions de santé, le statut social, le travail... Une dizaine de séminaires par an réunissant chacun une trentaine de participants, et des activités faisant partie intégrante des campagnes de prévention de la Deutsche Aids-Hilfe.

En 1990, la première Conférence internationale de réduction des risques à Liverpool a donné lieu à **la constitution du premier réseau européen, the European Interest Group of Drug Users (EIGDU)** et un an plus tard, à Berlin, à la première déclaration commune de 26 groupes européens (Angleterre, Irlande, Écosse, Pays-Bas, Norvège, Danemark, France, Belgique, Espagne...) basée sur une liste de revendications : la légalisation des drogues, l'accès aux traitements en prison, la mise à disposition de traitements de substitution, la fin des traitements obligatoires... l'objectif étant d'assurer la survie des personnes concernées grâce à toutes les options disponibles, de l'abstinence jusqu'au traitement.

Au cours des trente dernières années, l'Allemagne a su développer un ensemble de services et de thérapies de qualité pour venir en aide aux usagers : échange de seringues, travail de rue, traitements, programmes d'abstinence, coopération avec les médecins libéraux, les services d'urgence, soutien financier de la sécurité sociale aux groupes d'autosupport... Qui devraient cependant être encore mieux intégrés car **les usagers de drogues sont toujours marginalisés et stigmatisés.** ■

Un changement de paradigme

« Il faut que les personnes concernées s'organisent elles-mêmes, malgré toutes les difficultés liées au sida, malgré toutes les souffrances, la maladie et la mort... (...) La constitution du réseau JES aboutira à un changement interdisciplinaire de paradigme dans lequel la consommation de drogues sera acceptée comme un mode de vie. » **Werner Hermann**, premier coordinateur du réseau JES, mort du sida en 1997

Le paradoxe suédois

BERNE STALENKRANTZ **Swedish Drug Users Union**



La Suède se trouve dans le peloton de tête des pays les plus prohibitionnistes d'Europe. **En Suède, tout le monde travaille pour une société sans drogue et la tolérance zéro.** Je suis le fondateur de l'Union suédoise des usagers de drogues (SDUU), la seule association à travailler sur la législation, la santé, les traitements et la défense des droits des usagers de drogues.

Éradiquer la tolérance zéro

Depuis 2002, nous travaillons avec des individus qui ont besoin d'aide et de soutien dans leurs rapports avec les autorités, qui ont besoin de contacts avec les services sociaux, de prise en charge médicale, des gens qui ont parfois des problèmes avec la justice. Notre objectif est à la fois de créer un modèle de méthodes efficaces et d'améliorer le dialogue entre usagers et professionnels de santé (ce qui suppose également de travailler avec les autorités et les soignants), mais surtout **d'éradiquer la tolérance zéro pour la remplacer par une politique réaliste et humaniste**, basée sur notre expérience afin d'améliorer les pratiques.

Alors que tous les usagers ayant besoin de seringues devraient y avoir accès, et avoir la liberté de choisir leur traitement et leurs professionnels de santé, la politique suédoise nous

empêche de réduire les risques. Il n'y a aucun programme national d'échange de seringues, même en pharmacie, et 98% des usagers sont infectés par le VHC. La seule solution reste donc d'acheter des seringues de seconde main au marché noir, et de payer jusqu'à 10 euros pour une seringue usagée. Ça fait 40 ans que ça dure, **40 ans que l'illégalité de l'usage de drogues sert d'argument aux politiques** et aux autres associations pour empêcher l'échange de seringues au nom de l'abstinence totale.

Une approche irréaliste

Seuls deux programmes d'échange de seringues ont été menés dans le sud du pays ces vingt dernières années, des programmes de recherche toujours considérés comme un problème par les politiques qui s'opposent à leur extension au reste du pays. Ils sont ouverts deux heures par jour, fermés le week-end et interdits aux moins de 20 ans qui sont donc exposés à des risques plus élevés. Il n'y a pourtant besoin de personne pour savoir qu'une seringue propre c'est toujours mieux qu'une infection. **Quand j'étais en prison, nous étions 90 à utiliser la même seringue...** Sans parler des directives draconiennes des programmes méthadone et des usagers qui en sont expulsés, des problèmes qui sont certes moins importants à Stockholm que dans les petites villes du pays. Pour obtenir un traitement méthadone (interdit en prison), il faut attendre au moins deux mois après sa libération.

La politique suédoise est basée sur l'idée d'éradiquer la drogue avec pour argument de protéger les jeunes. Sûrement la meilleure manière de s'assurer que nos enfants resteront éloignés de la drogue, de l'exclusion sociale et des morts prématurées... En total désaccord avec ces arguments faux et dangereux, nous combattons cette approche irréaliste. Si le ministère de la Santé nous soutient financièrement (100 000 \$ par an), il y a encore de fortes résistances de la part de la population mais huit ans plus tard, **nous sommes toujours là, nous gagnons du terrain, et nous sommes bien décidés à rester.** ■ www.svenskabrukarforeningen.se

Dealer social et journée internationale des UD

THEO VAN DAM Fondation LSD (Pays-Bas)

Il faut travailler et coopérer avec les dealers. C'est toujours mieux de les connaître et de pouvoir les voir dans un endroit privé, sans risque de débordements ou de bagarres. C'est aussi mieux pour la société. D'où l'idée de les former, notamment pour savoir quoi faire en cas d'OD. Une formation « officielle » destinée aux dealers de coke et d'héro, basée sur différentes catastrophes rencontrées en matière de réduction des risques.

Le dealer social

Les dealers font partie de notre système de prise de drogues. **Un bon dealer doit être responsable de ses clients** et savoir par exemple comment réagir en cas d'overdose. S'ils vous connaissent, ils vous font confiance, vous écoutent et on peut discuter. On leur explique que ce sera mieux pour eux et surtout moins risqué que de dealer dans les rues en scooter. Nous avons ainsi établi les « 11 règles du dealer social » (voir encadré) et organisé une conférence nationale où des dea-



Les 11 règles du dealer social

- * Laisser les acheteurs consommer sur place ;
- * Échanger les seringues usagées ;
- * Vendre des drogues de bonne qualité ;
- * 1 ligne pour 8 € ;
- * Pas de dose minimum ;
- * Ne pas vendre uniquement de la coke basée ;
- * Être ouvert 12 heures par jour maximum ;
- * Avoir des gardiens à l'entrée pour contrôler les allées et venues ;
- * Avoir au maximum 65 clients par jour (pour éviter qu'ils ne deviennent trop riches...) ;
- * Ne pas vendre aux plus jeunes ;
- * Et ne vendre qu'en échange d'argent (pas de sexe ou d'objets volés).

Si nécessaire, les dealers doivent également pouvoir dire à leurs clients « *ça suffit pour aujourd'hui, tu as assez consommé* »...

lers (remplacés sur scène par des travailleurs sociaux) étaient invités à parler en présence de policiers. Le ministère qui nous finançait n'était pas très content qu'on forme ces « *salopards de criminels* », ce qui ne nous a pas empêchés d'assurer plusieurs formations pour une trentaine de dealers au total. Un petit nombre, certes, mais il faut bien commencer quelque part.

Depuis 2005, le ministère a arrêté de nous accorder des budgets. Trouvant trop difficile de contrôler la fondation LSD, Le gouvernement de droite démocrate-chrétien refuse désormais de financer la formation des dealers. **Mais je crois toujours à cette manière de travailler, et je vais continuer.** Quand on parle de l'implication des dealers, tout le monde pense tout de suite « *c'est Theo* » ou « *c'est tellement hollandais* ». Ça n'est pas vrai, ce sera la même chose que pour le reste, les gens finiront par comprendre. Beaucoup doivent encore changer d'état d'esprit et nous prendre au sérieux. À l'époque, nous avons rencontré les mêmes problèmes pour l'échange de seringues ou la méthadone. Il y avait beaucoup d'agressions quand on expliquait aux gens comment prendre de la drogue de manière moins risquée. Pareil pour les salles de consommation : il y en a maintenant 40 aux Pays-Bas.

La Journée internationale des usagers de drogues

Quand j'ai décidé d'organiser la Journée internationale des usagers de drogues, j'ai pris mon agenda pour trouver une date et j'ai choisi le 1^{er} novembre avant de me rendre compte que c'était le Jour des morts. Mais tellement d'entre nous sont déjà morts, que c'était finalement une bonne idée. Huit journées



ont été organisées entre 1995 et 2003. Les gens étaient assis autour d'une table avec de la beuh, de la coke, de l'héro... et les dealers au fond de la salle. Parce que ce qui nous relie, c'est la prise de drogue. Nous avons fait venir des gens de l'étranger, organisé des sessions de formation sur la manière de fumer, et les dealers étaient d'accord pour donner gratuitement de quoi fumer à ceux qui apprenaient. Le tout, en présence d'un policier... qui fait d'ailleurs partie de notre conseil d'administration. Le soir, il y avait un orchestre rock avec **2 policiers aux drums et à la basse devant 350 junkies prenant de la coke ou de l'héro.**

J'invite toujours la police à ces conférences. La première fois, j'avais demandé à tout le monde d'amener son produit au commissariat si je me faisais arrêter parce que les

policiers auraient dû faire un rapport pour chacun, ce qui était impossible avec 200 personnes. Notre puissance fait notre force. Une autre fois, j'ai fait croire que je filmais car les flics sont toujours plus tolérants en présence d'une caméra (sans film en l'occurrence). Il faut être créatif et savoir parfois franchir la frontière.



« CETTE QUESTION DES DEALERS EST FONDAMENTALE POUR QUE LES USAGERS NE SOIENT PAS TOUJOURS DE PAUVRES VICTIMES FACE AUX MÉCHANTS DEALERS. » Fabrice Olivet

Si vous voulez influencer les décideurs, il faut leur donner beaucoup d'informations. Il ne faut pas attendre qu'ils en demandent. Je leur envoie régulièrement des rapports, je les rappelle pour savoir s'ils les ont lus, et je les rappelle encore jusqu'à ce qu'ils finissent par les lire. Quand je les invite, ils refusent généralement de venir en expliquant qu'ils n'ont pas le temps. Je leur propose alors de revenir les voir plus tard et on prend rendez-vous. **Je lutte toujours pour les droits des usagers.** ■ www.LSD.nl

La salle de consommation du 19 mai

PIERRE CHAPARD **Asud**

A lors que l'hépatite C tue chaque année en France des milliers d'usagers, le plan gouvernemental de lutte se contente de dire qu'« *il ne faut pas injecter* ». D'où notre colère et notre action : installer le 19 mai, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre les hépatites, une salle de consommation à Paris avec un collectif d'associations*. **Une vraie salle avec de vrais professionnels et tout ce qu'il faut... sauf des usagers puisque c'est interdit.**



Nous avons appâté la presse en faisant croire qu'il s'agirait d'une vraie salle, ce qui nous a permis d'avoir de nombreux professionnels et énormément de journalistes. On n'en avait jamais vus autant et on a été surpris de voir que dans leurs articles, tous se demandaient pourquoi de telles salles n'existent pas en France alors qu'elles sont déjà nombreuses en Europe. Nous avons remis ça aux Journées de l'Anitea pour convaincre les professionnels, et nous avons eu la visite de Jean-Marie Le Guen, Nicole Maestracci, Didier Jayle... ce qui nous a permis de ne pas faire retomber la pression et d'aller voir les politiques pour faire du lobbying. La salle a de nouveau été montrée lors du colloque THS à Biarritz et des Journées SOS Hépatites à Strasbourg. Nous avons main-

tenu la pression grâce aux communiqués de presse. Même si certaines villes nous le reprochent, nous ne demandons pas l'ouverture de salles dans toute la France, mais seulement à Paris qui assure le rôle de caisse de résonance. Cela nous a par exemple permis d'interpeller Jean-Marie Le Guen. Le projet c'est en fait d'ouvrir plusieurs petites salles à Paris.

Cela a été possible parce qu'on sent une mobilisation sous-sous-jacente contre le VHC depuis quelques mois, les gens se rendent compte qu'il tue plus que le

Des alliances nécessaires

Nous ne sommes pas capables d'exister sans appui et sans la médiation des structures de soin. Nos organisations n'ont pas d'espoir d'existence vis-à-vis des instances politiques si elles ne sont pas liées à des tiers. Nous avons absolument besoin de cet appui, voire de celui des pouvoirs publics quand c'est possible (comme en Allemagne où les groupes d'autosupport bénéficient du soutien financier de l'assurance sociale). La porte ouverte grâce au sida est en train de se refermer comme on peut le voir avec l'hépatite C qui n'est pas considérée comme aussi dangereuse pour la population. Un challenge important pour nos organisations. Fabrice Olivet

sida. Sûrement aussi grâce au visuel d'une salle de consommation itinérante qui est très important pour enclencher le débat, mais surtout parce que le projet est porté par un collectif au sein duquel tous se respectent. Une formidable aventure humaine. Je voudrais d'ailleurs souligner l'importance du rôle de l'Anitea, qui nous a permis d'augmenter la surface et la visibilité. Asud seule est toujours prise pour une bande de rigolos. **À ceux qui disent que la RdR n'est pas vendeuse, l'opération « salle de conso » a prouvé le contraire.** Elle a permis d'en parler auprès du grand public, et c'est très important que l'Anitea se soit engagée avec nous. Mais rien n'est gagné, et Roselyne Bachelot attend désormais les résultats de l'expertise confiée à l'Inserm... ■ www.salledeconsommation.fr

* Asud, Act Up-Paris, Anitea, Gaia-Paris, Safe, Sos Hépatites-Paris, salledeconsommation.fr

Vers un réseau européen de réduction des risques ?

MATTHEW SOUTHWELL INPUD

INPUD est un réseau global de personnes utilisant ou ayant utilisé des drogues, qui milite pour défendre les droits des usagers auprès des institutions internationales, tout en aidant et coordonnant les actions des réseaux nationaux. Ce n'est **ni une organisation plus importante** que les associations d'usagers de drogues locales, nationales ou régionales, **ni une bureaucratie supplémentaire, ni des professionnels parlant à la place des usagers.**

Ses membres communiquent via des forums Internet en plusieurs langues (anglais, français, espagnol, portugais et russe), sur un site dont les modérateurs disposent de « méta-listes » pour diffuser les idées des uns au plus grand nombre, en utilisant également d'autres réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter. Assuré par un bureau restreint où se succèdent les représentants des différentes sous-régions, son fonctionnement nécessite la confiance entre les militants et les différents réseaux.

L'argent que nous recueillons sert avant tout à l'organisation, mais aussi à soutenir des projets pour défendre les droits des usagers, améliorer l'accès aux traitements efficaces, lutter contre le VIH... Nous venons par exemple de lancer un projet très excitant : un projet pilote sur les droits de l'homme en Indonésie, où les parents d'usagers sont poursuivis s'ils ne dénoncent pas leurs enfants ! C'est pour nous un sujet très important. Nous voulons apprendre aux gens à faire part des atteintes aux droits de l'homme dont ils sont victimes ou témoins afin de pouvoir **alerter la communauté internationale sur les abus commis contre les usagers de drogues.**

Au niveau européen, nous avons par ailleurs soumis un projet de constitution d'un réseau européen de réduction des risques, un réseau d'usagers issus des 4 sous-régions dont Asud est un partenaire important. Certains envisagent déjà d'organiser une université d'été sur la réforme des lois, une sorte d'*European Drugs Action Group* destiné à assurer la promotion d'actions de base coordonnées. Qu'en pensez-vous ? ■ www.inpud.wordpress.com



« SI INPUD EXISTE AUJOURD'HUI, CELA A ÉTÉ EXTRÊMEMENT LONG, IL A FALLU 3 GÉNÉRATIONS D'ACTIVISTES POUR EN ARRIVER LÀ. »

Fabrice Olivet

Apprendre à être citoyens

Notre association (APDES) fait partie de 4 réseaux internationaux et nous sommes désormais le leader du mouvement pour l'Europe du Sud. Un vrai travail d'Hercule qui nécessite l'acceptation des conflits et le dialogue pour arriver à les dépasser. La construction d'un réseau européen est une chose plus difficile à faire en Europe qu'en Amérique du Sud ou en Afrique du Nord où il existe déjà un réseau méditerranéen. En Europe, il y a toujours des problèmes entre les Européens du Sud, ceux du Nord, les Français qui sont encore à part, etc. Construire un tel réseau est un travail infini mais le premier élément, c'est d'arriver à parler les uns avec les autres pour trouver un consensus. Parler de nos peurs, parler avec les politiciens et faire de la politique. Il faut apprendre à être citoyens. José Queiroz

L'autosupport dans les milieux festifs

THIERRY CHARLOIS Basics

Les mouvements d'autosupport dans le milieu festif sont nés à la fin des années 1990, et ont profité du travail déjà accompli par les associations d'injecteurs. Ils ont juste innové sur le testing !

Les deux mouvements ont surtout évolué en parallèle, notamment en raison de différences d'identité, les volontaires du milieu festif ne se définissant pas comme usagers de drogues mais comme « *clubbeurs* » ou « *teufeurs* ». Leur motivation est autant la RdR que l'épanouissement de leur mouvement culturel. Les outils RdR sont donc fortement culturels (chill out, graphisme des brochures de prévention) et la démarche toujours basée sur la promotion de la santé (drogues, alcool, sexualité, risques auditifs, etc.). **La frontière entre usager et professionnel est également plus floue dans le mouvement festif, et la démarche moins politique.**

Dès le milieu des années 90, nous avons cherché à généraliser notre expérience en nous rapprochant de nouveaux acteurs (professionnels de la nuit, structures de prévention et de RdR, institutions) pour développer des *Safer Dance Guidelines*, des guides pour des fêtes plus sûres (environnement plus « sain » (eau, chill out, ventilation, etc.), formation du personnel des clubs...).

En 1998, à la suite d'une première rencontre à Bologne, nous avons créé le réseau européen Basics pour promouvoir l'échange de bonnes pratiques. Puis

Usager, clubbeur, teufeur...

Beaucoup de gens qui prennent des drogues le cachent. Pour eux, « patient » ou « clubbeur » est une identité plus « soft ». En Angleterre, la nouvelle tendance est de dire « je fume du cannabis mais je ne sniffe pas »... En Asie, il est plus sûr de se dire séropositif pour le VIH qu'usager de drogues ! Mais c'est seulement en s'unissant qu'on est forts, qu'on peut défier ces stigmates. Nous devons conserver notre identité commune. Matthew Southwell

nous avons commencé à travailler avec différentes villes européennes (Paris, Zurich, Bruxelles, Barcelone) sur des chartes de qualité que les discothèques et organisateurs de soirées s'engagent à respecter, comme par exemple « Fêtez clair » à Paris. Basics s'est ensuite associé au projet européen « Démocratie, villes et drogues » pour créer un groupe « prévention en milieux festifs », et travaille depuis 2005 avec le Forum européen pour la sécurité urbaine et d'autres réseaux européens sur la mise en place de nouveaux outils et la création de partenariats locaux. Une nouvelle opportunité s'offre à nous aujourd'hui avec le projet de création d'un réseau européen de RdR.

En vingt ans, les groupes alternatifs de teufeurs usagers de drogues sont ainsi devenus des acteurs reconnus de la démocratie participative locale et de la société civile européenne. ■ www.basics-network.org



L'expérience espagnole

XAVIER PRETEL Faudas

L'Espagne est un pays très décentralisé. Les premières associations travaillant conjointement avec les professionnels sont apparues dans les années 90 (essentiellement auprès d'injecteurs d'héroïne) et avec elles, les premières plates-formes régionales et les premières actions conjointes de dénonciations et de revendications. Des associations de professionnels comptant des usagers parmi leurs membres, des associations de lutte contre le sida, de consommateurs de cannabis... Mais trop peu d'associations d'usagers, alors disséminées sur tout le territoire sans contacts entre elles, sans ressources, basées sur le volontariat et sans aucun appui institutionnel.

L'idée d'une Fédération nationale est née en 1997 avec les premières actions itinérantes menées dans tout le pays : autosupport et éducation par les pairs, formation à la santé, aux interventions en milieu ouvert, etc. **Créée par 14 associations du pays, la Fédération a officiellement vu le jour en 2003**, et aura mis trois ans à consolider sa structure et à mettre en place un lobby politique. Avec des résultats importants : nous avons par exemple attaqué juridiquement les prisons qui

n'avaient pas de programmes d'échange de seringues et 35 prisons ont aujourd'hui un PES... Même si c'est plus délicat en ce qui concerne les salles de consommation, il en existe déjà 9, et d'autres sont en projet. Nous avons également lancé il y a quatre ans **un magnifique projet de réinsertion des usagers de drogues par le travail dont les résultats nous ont surpris nous-mêmes !** Mais le mouvement a aussi de nombreux points faibles : l'individualisme, l'éloignement, le manque de ressources, l'inexpérience du travail en réseau, la bureaucratie, le manque de leadership (nous formons des remplaçants dans les associations qui n'ont qu'une personne moteur), le fossé numérique, l'illégalité et le travail précaire.

Notre niveau de formation s'est nettement amélioré et l'administration commence à tenir compte de nous, mais beaucoup reste encore à faire comme créer un observatoire des droits des usagers, élaborer des guides de bonnes pratiques, ou renforcer notre réseau au niveau national, européen et international (nous faisons déjà partie d'INPUD). L'objectif, c'est d'**arriver à combiner autosupport, pression politique et prestations de services.** ■ www.faudas.org



Du nécessaire partenariat avec les usagers

JOSE QUEIROZ ADPES



Considéré comme un exemple dans le monde entier, le Portugal a décriminalisé l'usage de 7 substances en 2001. Mais si on peut avoir jusqu'à 5 grammes de cannabis et fumer en public, on peut aussi se faire arrêter sous prétexte que l'on perturbe l'espace public.

Une forme primaire de domination

L'État portugais a essayé de s'appropriar la réduction des risques en remplaçant ses acteurs et les institutions qui composent traditionnellement la société civile. **Une vision qui limite la RdR à la seule santé publique** : l'utilisateur n'est plus un délinquant mais un malade avec une maladie, on crée un diplôme de réduction des risques, on peut ouvrir des salles de consommation (mais il n'y en a pas), on peut prendre des traitements de substitution (mais il n'y a pas de programme). Par contre, on ne peut pas faire de réduction des risques en prison, ou alors sans le dire et sous couvert de prévention. Alors que dans les pays de tradition anglo-saxonne,

la RdR est née de la société civile en réaction aux politiques de santé alors en vigueur, au Portugal son protagoniste est celui qui définit les politiques de santé : l'État lui-même. Une volonté d'appropriation qui présume du péril de perdre la liberté et l'expression créative qui sont les supports des pratiques RdR, et qui cache la primauté de la conception médicale sur le phénomène des drogues et sur l'usager.

La peur morale a enfermé la RdR dans la dimension des soins publics, car c'est là qu'elle trouve son fondement (la transmission du VIH, la renaissance de la tuberculose, les hépatites, etc.). Une valorisation de la santé dans un sens restrictif qui accroît le pouvoir du médecin, le pouvoir de guérir, de libérer l'individu de la maladie. Au Portugal, les équipes de rue et les agents du gouvernement pensent que faire de la réduction des risques se résume à faire la promotion des soins, que soigner est le but de la RdR. On n'accepte pas l'usager comme un individu qui a le droit du choix, on lui enlève toute responsabilité, on lui refuse la capacité de faire de la politique et de participer activement à l'espace public. **L'apparente neutralité de l'État, c'est en fait l'exclusion, la forme primaire de domination.**

Du nécessaire partenariat avec les usagers

JOSE QUEIROZ ADPES



La désobéissance institutionnelle

Je ne suis pas d'accord avec cette politique qui victimise les usagers. Seule une pratique émancipatrice sera capable de rendre la RdR à ses acteurs naturels et de créer les conditions pour intégrer l'usager de drogues à l'action politique. Il faut redéfinir notre pratique et proposer une nouvelle logique, une logique de la différence qui impose l'acceptation sans conditions des libertés individuelles et rejette la soumission totale aux contrôles de l'État. Un principe de désobéissance institutionnelle. Mais cette pratique ne sera vraiment émancipatrice que lorsqu'elle acceptera d'inclure l'usager dans l'exercice quotidien de la réduction des risques. **Accepter de le respecter en tant qu'individu, de le reconnaître comme acteur et sujet porteur de savoirs spécifiques, de le mettre en valeur.** Autrement dit, reconnaître son rôle politique et créer les conditions pour en faire un citoyen, c'est-à-dire un individu qui a l'opportunité de donner son avis dans l'espace public. Promouvoir la différence pour faire de l'usager exclu - ce dangereux ennemi - une nouvelle figure paradoxale : un potentiel ami.

Écartelée entre la tentation régulatrice de l'État et la pulsion libertaire de l'usager, cette pratique émancipatrice fait du retour en politique la question centrale du travail RdR, avec pour objectif d'arriver à créer une communauté

politique établie sur le conflit et les tensions permanentes. Un véritable projet de démocratie radicale. ■

L'expérience de l'APDES

On peut distinguer trois moments dans la construction des rapports entre techniciens et usagers au sein de notre association : la création d'une équipe d'outreach, l'intégration des pairs dans l'équipe technique, et enfin le partage d'un projet politique engageant les usagers et les techniciens.

La constitution de l'équipe d'outreach en septembre 2003 a conduit nos techniciens à approcher une première frontière - une sorte de zone grise où usagers et médiateurs se confondaient. Ce rapprochement a changé la nature de leurs relations : le technicien voyait en temps réel les pratiques d'usage, les conduites quotidiennes des usagers, la souffrance et le plaisir.

Dans un deuxième temps, nous avons proposé d'intégrer les usagers à l'équipe afin d'améliorer grâce à ces « pairs » l'efficacité de notre intervention. De notre point de vue, le pair est surtout un catalyseur du rapport de confiance, confiance qui présuppose la délégation de soi-même dans la compétence et la connaissance de l'autre.

Enfin en 2007, la visite de Theo van Dam au Portugal a suscité un mouvement pour la constitution d'une association d'usagers, mouvement auquel les techniciens d'Apdes ont participé. Un projet qui a donné lieu à la création de CASO, un espace commun habité politiquement par des techniciens et des usagers, régi par les règles de la démocratie participative.

Le mouvement n'en a pas pour autant fini avec la peur et l'ambiguïté : participer activement à une association comme celle-ci pourrait laisser penser que nous avons toujours le goût du pouvoir, et que les intervenants finissent par reproduire la neutralité technocratique tant critiquée dans l'action de l'État portugais. Suggérée par Fabrice et Theo, la leçon à tirer est en fait que dans un mouvement politique comme celui-ci, on ne peut penser en usager ou en technicien, mais seulement en citoyen.

Pour un éloge de l'effacement

JEAN-PIERRE COUTERON président de l'Anitea

L'Anitea est une vieille et grande association de professionnels créée en 1980. La commande étant de d'évoquer les liens entre Asud et l'Anitea, je vais décrire ces relations d'un point de vue « subjectif », le mien, tout au long des 3 étapes de cette histoire.

La parole portée

Pendant toute une première période, l'Anitea fonctionne sur une posture initiée par ses fondateurs, posture qu'il faut faire l'effort de comprendre en la replaçant dans son contexte. Il faut donc évoquer Claude Olievenstein qui a été à l'origine du système de soin français des toxicomanies. Jeune psychiatre à l'hôpital de Villejuif, il rencontre la première génération de jeunes drogués des années 60-70, une jeunesse qui revendique sa liberté et utilise des drogues pour échapper à la morale puritaine et conventionnelle. Refusant de voir la médecine servir d'alibi à la justice, **Olievenstein va faire de Marmottan un refuge au ser-**



vice de ceux qui demandent de l'aide dans le respect de la liberté. Le soin est peu – pour ne pas dire pas – médicalisé, c'est le partage de l'expérience, la mise à l'abri de la personne et le respect de ses choix qui vont l'aider à reprendre pied.

Qui porte la parole des usagers dans ces années ? D'abord « les accueillants », ces ex-toxicos dont l'expérience aide à nouer l'alliance. Mais alors que la parole publique était jusque-là celle de l'utilisateur du Patriarche vendant dans la rue le journal de son association ou celle des grands témoignages, c'est désormais Olievenstein, un professionnel, qui parle des usagers.

La parole échangée

Asud va naître dans une autre période, celle de l'arrivée du sida et du changement de regard sur les toxicomanies qu'il va provoquer. L'urgence du sida va amener une autre préoccupation : celle de la santé publique. Des associations d'usagers se créent (Aides et Act Up sur le sida, Asud sur les drogues), prennent la parole et font émerger des notions nouvelles : l'utilisateur doit et peut s'exprimer. Le mode de prise de parole est tout aussi nouveau : dépasser le témoignage pour élaborer une parole représentative, une parole qui se dégage du singulier pour parler des autres et aux autres. **En prenant la parole, l'utilisateur vient questionner les politiques publiques et les pratiques des professionnels.** Avec d'inévitables conflits que nos deux associations vont vivre en face-à-face, parfois rudement. Mais peu à peu, un véritable échange va naître et un concept oublié va se dégager de ces débats : la compétence de l'utilisateur, non objet de soins mais acteur dans un trajet de soin. La fonction de l'usage est également remise en cause : en se dégageant de l'unique conception psychopathologique pour accéder au statut de maladie, elle gagne de nouvelles réponses et de nouveaux acteurs.

Porté par Asud, ce débat va croiser les questions que se pose l'Anitea. **S'engager franchement dans la politique de RdR, en considérer l'impérieuse nécessité, ne dispense pas de questionner le risque du modèle unique.** Une troisième période va servir de fond à ces débats : la mise en place de l'addictologie.

La parole légitimée

Conçue comme la science des addictions, portée par des médecins essentiellement universitaires (à la différence des généralistes ou des quelques psychiatres qui avaient initié les TSO et la RdR), la mise en place de l'addictologie conduit l'État à réformer l'ensemble du système de soins. La loi de santé publique institutionnalise la RdR, les Caarud sont créés, les Csapa mis en chantier, le plan addiction initie l'indispensable filière hospitalière, mais la rénovation législative reste en plan. Alors que la loi de 70 est tout juste « aménagée » par des circulaires successives, **les législations sur l'alcool et le tabac évoluent plus directement, montrant que sur d'autres substances, on peut interdire sans criminaliser l'utilisateur** : restriction sur l'âge, sur les lieux d'achat et de consommation, sur la publicité, taxes sur les prix, taux autorisés pour la conduite... nombreux sont les exemples.

L'Anitea va retrouver Asud sur un nouveau terrain : porter la parole des usagers comme usagers du dispositif de soin, avec en arrière-plan la question de la légitimité. Combien de divisions ? Combien d'adhérents ? En quoi la parole d'un Asudien est-elle plus représentative que celle d'un membre des Narcotiques anonymes ou d'une communauté thérapeutique ? Pour nous, le débat n'est pas là. **Comment reprocher à une association qui représente des personnes que la loi me-**

nace de ne pas être plus « visible » par ses adhérents ?

Avec Asud, nous avons bien avancé. Du côté de l'utilisateur du dispositif, en recevant les plaintes du bureau des réclamations gérées par Asud - « *Dans ce Csapa, ce Caarud, j'ai été mal reçu... Ils n'ont pas voulu m'augmenter, me diminuer...* » Nous essayons peu à peu d'en faire ensemble un outil de médiation, de mettre en perspective la « réclamation » pour en dénouer les méandres institutionnels.

Mais aussi du côté de l'utilisateur de substances, avec la revendication d'une évolution de la loi de 70, et plus globalement d'une politique des addictions adaptée, qui continue d'alimenter nos débats, **chacun ayant ses propres conceptions, mais chacun restant convaincu de la nécessité de dépasser la pénalisation de l'usage**. Nous avons aussi avancé sur des propositions nouvelles : les salles de consommation depuis quelques mois, ou l'ouverture de ces Egus sur le cannabis thérapeutique sont autant d'exemples d'une parole collective, légitime, issue de l'expérience des usagers et qui interpelle les professionnels. Une parole qui vient prendre place dans le débat politique.

Pour conclure, le clinicien que je reste ne peut que trouver logique de laisser l'autre reprendre sa parole. Et le président de l'Anitea que je suis ne peut que se réjouir de voir la parole des usagers être collectivement portée, dédramatisée. **S'effacer pour laisser l'autre dire ses propres mots reste à la base de nos convictions ! ■**





VENDREDI 27 NOVEMBRE 2009
 L'AUTOSUPPORT EN EUROPE COMME VECTEUR D'INNOVATION EN REDUCTION DES RISQUES

LE 1er L'AUTOSUPPORT EN EUROPE. QUELLE CONSTRUCTION HISTORIQUE

Président du Forum
 Quel rôle a joué l'autosupport dans la réduction des risques dans l'économie des entreprises (avec M. G. M. M.) ?
 Quel rôle a joué l'autosupport dans la réduction des risques dans l'économie des entreprises ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Président du Forum
 QUEL RÔLE A JOUÉ L'AUTOSUPPORT DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Yannick (Case de Santé)
 (TOURNAIS)

HUSTON
 ACTION-VIE

REILLY
 ACTION-VIE

LE M...
 HUB...

