



# RÊVES DE COMPTOIR

**Assurance Maladie**

Boulogne le 07 octobre 2011

Pharmacie de la gare

Tout constateur à ce jour que vous avez déposé le quota de patients inscrits par le spécialiste SUBUTEX (inspiration/cannabis).

Sous votre information, par la présente que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a autorisé pour le paiement de nouvelles prescriptions.

Sous votre connaissance d'attribuer les nouveaux patients sort d'autres officines.

Fait à Boulogne le

*[Signature]*

**SUBUTEX**

La pharmacie de la gare n'accepte plus de nouveaux patients sous SUBUTEX.

Nos quotas vis-à-vis de la sécurité sociale sont au dessus de la limite autorisée.

la direction

**Substitution Cannabis**  
LE BOULET LA LONGUE MARCHÉ

**International**  
SERINGUES ET DRAGONS

**Quoi de neuf doc?**  
LE BACLOFÈNE

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




# ANNUAIRE

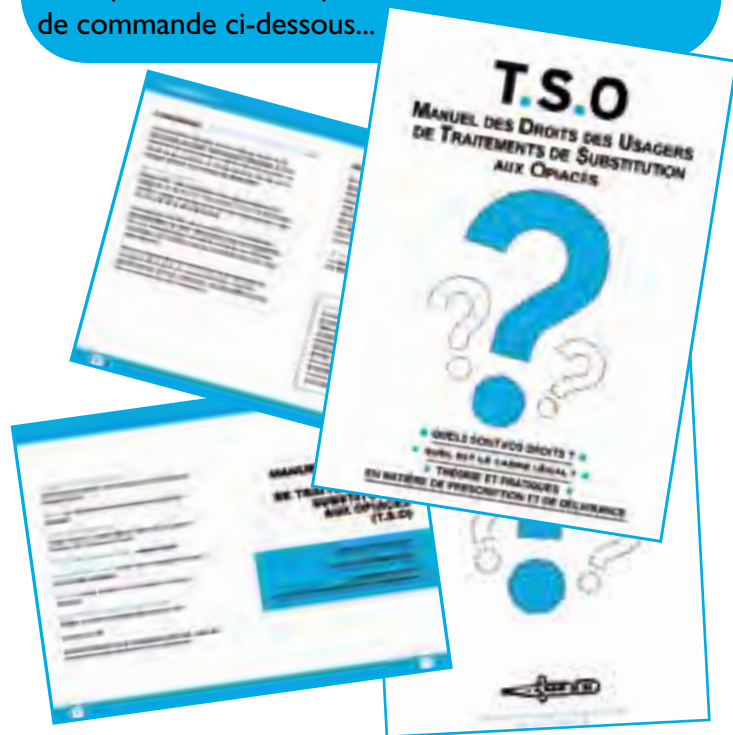
[www.asud.org/rdr/](http://www.asud.org/rdr/)

Asud, en partenariat avec Safe, vous présente [www.asud.org/rdr/](http://www.asud.org/rdr/), un annuaire des dispositifs de réduction des risques français. Cet annuaire est interactif et chacun peut ajouter ses commentaires. Les professionnels peuvent par exemple ajouter leurs horaires d'ouverture, le type de matériel distribué (Stérifilt®, Roule ta Paille, seringues zcc...) ou leurs actions spécifiques (bus, échange de seringues en pharmacie...).

De même, les usagers peuvent dire un mot de l'accueil et des services rendus.



 réédite son manuel du droit des usagers de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Nouvelle maquette et textes revus en fonction de l'évolution réglementaire. Vous pouvez, dès à présent vous le procurer en utilisant le bon de commande ci-dessous...



Imprimer et envoyer le formulaire accompagné d'un chèque à l'ordre d'Asud

COMMANDE DE BROCHURES / ABONNEMENT

Nom (ou structure).....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Code Postal..... Ville.....

### Commande de brochures

Je désire commander :

- .....exemplaires de « BHD, le pourquoi et le comment », soit .....x 0,30 €
  - .....exemplaires du « Manuel des droits des usagers de TSO », soit .....x 0,30 €
  - .....exemplaires du « VHC, prises de risque, dépistage, traitement », soit .....x 0,30 €
- + Frais de port : 10 € jusqu'à 100 brochures / 20 € jusqu'à 250 brochures / 30 € jusqu'à 500 brochures

### Abonnement (trimestriel : 4 numéros par an)

- Particulier (1 ex de chaque numéro)..... 12 €
- Professionnel, association et collectivité locale
- 1 ex de chaque numéro..... 30 €
- 10 ex de chaque numéro..... 77 €
- 20 ex de chaque numéro..... 97 €
- 25 ex de chaque numéro..... 106 €
- 50 ex de chaque numéro..... 152 €
- 100 ex de chaque numéro..... 200 €

Asud-Journal 206, rue de Belleville 75020 Paris Association Loi 1901  
Pour tout renseignement : 01 71 93 16 48 ou [asud@club-internet.fr](mailto:asud@club-internet.fr)



## Légitime défiance

**E**n juin 2011, le président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt) m'a sollicité par lettre pour, je cite, « *recueillir vos propositions* » quant aux modalités d'application « *de la dernière année du plan gouvernemental 2008-2012* ». Quelle bonne surprise ! Sympa de demander aux gens leur avis sur un plan qui se termine. Dommage qu'il ait fallu attendre quatre ans pour que le président de la Mildt se souvienne de l'existence d'Asud, l'association des « guédros ».

De 1997 à 2007, nous avons établi des relations de confiance avec cet organisme d'État. Nicole Maestracci et Didier Jayle, les deux anciens détenteurs du poste, avaient l'habitude de nous consulter sur des sujets aussi divers que la réduction des risques en milieu festif, le statut légal de la buprénorphine ou la création de communautés thérapeutiques. Depuis la nomination d'Étienne Apaire, c'est fini. La seule et unique fois où nous l'avons rencontré, ce fut pour nous entendre dire que la Mildt « *n'avait pas vocation à financer les associations* ».

Ce silence caractérisé possède un sens éminemment politique. Certes, la Mildt est un organe interministériel dont la mission est de coordonner toutes les actions de l'État en matière de « *lutte contre la drogue* ». Mais doit-elle pour autant favoriser systématiquement tout ce qui exacerbe la « *guerre aux drogués* », selon l'expression aujourd'hui consacrée ? L'usage de stupéfiants est interdit en France, la loi est appliquée, les usagers le savent mieux que n'importe qui, mais depuis de nombreuses années, la politique de réduction des risques a permis d'infléchir la logique qui consiste à pénaliser les consommateurs au détriment de leur prise en charge. La loi de 2004 qui légalise la politique de réduction des risques est arrivée à temps. Quelques années plus tard, elle aurait buté sur l'intransigeance dogmatique du président la Mildt.

De fait, la politique de réduction des risques, telle qu'elle est définie par la plupart des instances internationales<sup>1</sup> est moins la déclinaison d'un dispositif que l'affirmation des principes éthiques propres à éviter les principaux vecteurs des dommages liés à l'usage des drogues : la discrimination et la marginalité. Le premier de ces principes est le *Non-Judgement* anglo-saxon. Le fait de ne pas considérer l'usage de drogues comme un crime mais comme un acte ponctuel qui ne définit pas l'ensemble d'une vie mais une action dont il convient d'évaluer la dangerosité. Or c'est bien contre ce *Non-Judgement* que la Mildt s'est dressée depuis bientôt cinq longues années. Les campagnes de diabolisation du cannabis, la sanctification de l'interdit comme fondement de toute politique de prise en charge, l'hostilité acharnée à toutes les innovations européennes comme les salles de consommation ou les programmes d'héroïne médicalisée. Tout nous prouve que la Mildt est devenue sous le mandat de son actuel président un organisme profondément hostile au principe même de réduction des risques.

Alors, que répondre à l'invitation de Monsieur Apaire ? Comment ne pas admettre que la méfiance est réciproque. Que ce silence de quatre ans n'est pas un hasard mais une nécessité. Une association de « patients » comme Asud qui ne cesse de remettre en cause le caractère pathologique de la consommation et qui se bat depuis vingt ans contre la pénalisation de l'usage des drogues ne peut être que suspecte et politiquement incorrecte. Nous avons donc choisi de nous abstenir, au risque de ne pas pouvoir faire entendre la voix des premiers concernés, les usagers. Mais quelque chose me dit que cette voix n'est légitime que dans une posture de plainte ou de repentir, une partition que nous avons toujours eu du mal à déchiffrer. ■ Fabrice Olivet

1. Onusida, Harm Reduction Association, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

### SUBSTITUTION

P. 4

Le boulet

### CANNABIS

P. 7

La longue marche...

THC m'a tué

L'usage thérapeutique au gré des juridictions

### DOSSIER RÊVES DE COMPTOIR

P. 12

Résultats de l'enquête Pharmasud

Un luxe pour passionnés

Ce qu'en disent les usagers du Forum

### QUOI DE NEUF DOC ?

P. 21

Alcool encore : la querelle du baclofène

### INTERNATIONAL

P. 23

Seringues et dragons

### NOTRE CULTURE

P. 27

Livres, films, séries

### ADRESSES

P. 33

Directeur de la publication : **Michel Velazquez Gonzalez**

Rédacteur en chef : **Fabrice Olivet**

Secrétaire de rédaction : **Isabelle Céliér**

Coordination : **Fabienne Lopez**

Maquette : **Damien Roudeau**

Illustration : **Pierre Ouin**

Ont participé à ce numéro : **Laurent Appel, Pierre Chappard, Anne Coppel, Catherine Duplessy, Jean-Pierre Galland, Mario Lap, Bertrand Lebeau, Fabrice Olivet, Fabrice Perez, Marion Plessis.**

*Asud-Journal* est un trimestriel édité par l'association Asud.

Tirage 15 000 exemplaires. ISSN : 1257 - 3280

Impression print[team] zac km delta - 30900 nîmes

Commission paritaire en cours

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





Imaginons une politique courageuse qui sauverait des milliers de vies, une action de santé publique saluée par tous les experts comme un succès mondial, un système de soins reconnu par la quasi-totalité des usagers comme une bénédiction. Bref, un miracle.

**E**t bien, devinez quoi ? Cette politique existe. Elle est appliquée en France depuis vingt ans. On l'appelle « *la prescription de traitement de substitution aux opiacés* ». Cette victoire, nul ne la revendique. Nul ne souhaite se voir reconnaître la moindre participation à ce triomphe. En France, la réduction des risques et son avatar, la substitution, sont un « boulet » en matière de communication politique. La consommation de psychotropes illicites – autrement dit, le fléau de la drogue – se doit de coller aux stéréotypes habituels : trafics, overdoses, sida, précarité. Et pourtant, le trésor caché, la martingale que le monde nous envie, mérite autre chose que ce mutisme embarrassé. Les traitements de substitution aux opiacés (dites « *TSO* » pour avoir l'air au courant) sont des outils innovants qui risquent l'asphyxie en restant à l'ombre, privés de photosynthèse.

## Un succès mondial

En France, notre réussite en matière de drogues n'est connue que dans le microcosme des professions concernées. Tous les colloques consacrés à la prise en charge des addictions brodent autour de la diminution des overdoses et de la disparition des toxicomanes des statistiques sur le sida. La diminution considérable des cambriolages, vols à la roulotte et autres casses

de pharmacies, plus ou moins directement liés à la consommation d'héro, est moins connue du monde médical. Pour autant, il s'agit d'un véritable phénomène de société.

Le pilier de ce succès mondial, c'est l'alliance de notre système de prise en charge à cette révolution conceptuelle que fut la politique de réduction des risques liés aux usages des drogues (dites « *RdR* » dans les dîners en ville). Aujourd'hui en France, 150 000 personnes reçoivent de la buprénorphine ou de la méthadone prescrite par un médecin, parfois depuis plus de dix ans, selon un mode de dispensation qui est l'un des plus libéraux – sinon le plus libéral – du monde. En France, un toxico en manque peut – en théorie – se pointer chez n'importe quel médecin généraliste et se faire prescrire 28 jours de buprénorphine, à délivrer en une seule fois chez le pharmacien du coin.

Contrairement à la plupart des autres pays, partisans de la méthadone, la substitution à la française a majoritairement opté pour la distribution de buprénorphine haut dosage (prononcez « *BHD* » pour faire genre). Ce choix est à la fois pharmacologique et moral. Il est théoriquement impossible de faire une overdose avec de la BHD, une substance également censée ne procurer aucune « euphorie ». Elle est donc disponible pour le tout-venant des héroïnomanes. Potentiellement

létale en cas de surdose, la méthadone se retrouve prisonnière de la prescription des centres qui prennent en charge des usagers plus vulnérables socialement et surtout, beaucoup moins nombreux.

## Généralistes et pharmaciens en première ligne

Généralistes et pharmaciens d'officine ont constitué une véritable première ligne sur le front de l'héroïne. Ils appliquent sans le savoir le fameux « bas seuil d'exigence »<sup>1</sup> recommandé par les instances internationales de la réduction des risques. Ce sont eux qui accueillent la majorité des consommateurs de drogues en demande de soins, eux qui essuient les plâtres des premiers traitements, qui reçoivent dans l'urgence, sans exigence préalable, qui se coltinent la majorité des détournements vers le marché noir, mésusages et autres multiprescriptions.

Cet aspect majeur de notre politique des drogues est inconnu du grand public. Loin des polémiques socialo-néerlandai-

*En France, la réduction des risques et son avatar, la substitution, sont un « boulet ».*



ses sur le cannabis, loin de l'empoignade sur les salles de consommation, la substitution à la française ne fait pas recette. Au mieux, une feuille de chou, généralement hostile au principe qui consiste à « donner de la drogue aux drogués », fait sa Une sur le trafic de Subutex® (le médicament princeps de la BHD), criant au loup sans réaliser que la diffusion massive de cette molécule est l'une des raisons qui explique la baisse drastique des overdoses en France.

La substitution à la française a des points communs avec le nucléaire. Il s'agit d'une politique mise en place par le haut, décidée par un conclave de technocrates convaincus, peu soucieux d'y associer la population. Loin d'être consultée, l'opinion publique a été volontairement maintenue à l'écart par crainte de réactions négatives. Mêmes les acteurs engagés, à commencer par les usagers eux-mêmes, se sont tus. Contrairement aux « vrais » malades, peu d'anciens toxico éprouvent le besoin d'expliquer à leur patron, leurs voisins, voire à leur famille, que la méthadone ou la BHD leur a sauvé la vie. « Pour vivre heureux, vivons cachés » reste une devise partagée par l'ensemble du secteur, autorités sanitaires comprises...

## Les failles du système

Certains diront « où est le problème ? » : la substitution fonctionne, le nombre de patients augmente régulièrement de 4% par an depuis dix ans, pas de scandale majeur, pourquoi diable réveiller le dragon qui dort ? Hélas, le dragon ne dort que d'un œil. Les failles du système sont béantes et surtout, la politique de l'autruche qui sert de référence à nos responsables ne saurait prévenir le moindre dérapage. Comme pour le nucléaire, une série d'accidents mineurs peut dégénérer en catastrophe nationale et menacer tout l'édifice. Première donnée volontairement passée sous silence : la généralisation d'un marché noir de BHD à grande échelle. Dans les

« spots » de rue, le Sub a pratiquement chassé l'héroïne et devient une drogue de première intention pour les jeunes générations d'usagers. Le détournement massif de BHD connaît également des prolongements inattendus à l'international, dans certains pays comme la Géorgie, la Finlande, l'Ukraine, l'Île Maurice et plus récemment l'Allemagne, où le Subutex® n'est pas un traitement mais une drogue de « substitution » acheminée par des mafias spécialisées.

Autre sous-marin : la consommation de BHD par voie intraveineuse, une pratique dont l'ampleur mériterait d'être évaluée régulièrement, mais qui semble fréquente parmi les usagers les plus vulnérables. Favorisée par le refus de promouvoir toute substitution injectable, cette situation s'est installée dans le temps. Et quels que soient les efforts de l'industrie pharmaceutique pour camoufler le phénomène avec des gadgets moléculaires, elle est probablement appelée à durer.

Reste enfin l'image dont bénéficient ces traitements dans le secteur de population mis en contact avec les usagers pour des raisons professionnelles. En l'absence d'une communication générale sur les succès des TSO, la plupart des professionnels du soin se détournent d'une pratique qu'ils jugent au mieux inefficace, au pire suspecte. Les médecins préfèrent dans leur grande majorité se tenir à l'écart d'un processus dont ils ne partagent pas le postulat éthique. Quant à la délivrance, elle est soumise à des goulots d'étranglement qui semblent se sédimenter au fil du temps. Comme le montre l'enquête Pharmsud (voir p. 12), le nombre de pharmacies acceptant de délivrer ce médicament s'avère de plus en plus restreint.

L'explication est simple : la plupart des pharmaciens redoutent d'accueillir une clientèle d'usagers de drogues susceptibles de faire fuir les amateurs de parapharmacie. Mécaniquement, la pression s'exerce sur les pharmaciens militants ou moins regardants,



devenus « spécialistes » malgré eux, sans en avoir ni les moyens ni la vocation. Des proies faciles pour les autorités de tutelle, toujours suspicieuses en matière de substitution. La multiplication des « affaires » mettant en cause des officines pourvoyeuses de TSO ne devrait pas améliorer cette situation dans un futur proche (voir p.15, l'interview de Stéphane Robinet).

La substitution reste un faux traitement, une zone grise que personne ne prend réellement pour un soin à part entière. La plupart des acteurs engagés admettent ne pas respecter des règles souvent inapplicables. Les médecins refusent de prescrire, les pharmaciens de délivrer. Les usagers font des stocks par crainte des règlements tatillons, des oukases ou tout simplement, par manque de confiance dans les capacités du système à répondre à leurs besoins réels, comme le montre l'enquête d'Emmanuel Langlois<sup>2</sup> réalisée en 2011 pour l'OFDT.

## Que fait la police ?

Que répond l'administration face à ces multiples défis ? Rien ou presque. Les dernières initiatives réglementaires prises par les autorités sont toutes dirigées vers un renforcement des contrôles qui pèsent sur le quotidien des usagers, toutes desti-

dat à la BHD n'a aucune justification médicale, elle véhicule par contre un énorme signifiant culturel : *Drugs are bad*. Tel est encore le soubassement idéologique de toutes actions relatives à la prise en charge des usagers. En dehors du cercle restreint des militants de la réduction des risques, la grande majorité de notre population n'a pas été familiarisée avec la conclusion logique des succès obtenus par la substitution. C'est le libéralisme des prescriptions, relayé par une adhésion massive des usagers qui garantit à notre pays ses bons résultats sanitaires en matière d'opiacés. Les zones grises, les détournements, le marché noir, ne seront pas éliminés par un renforcement de la répression – réprimer les drogués, voilà une solution novatrice – mais par une intégration sociale et culturelle des TSO. Le caractère généraliste de la prescription de BHD doit être étendu à la méthadone. Cela suppose également d'accompagner la prescription et la délivrance d'actions pédagogiques en direction des professionnels, et d'un recueil permanent des attentes des usagers, une démarche qui relève aujourd'hui de la science fiction. Mais plus que tout, c'est la société en général qui doit être confrontée à la signification politique de la prescription d'opiacés.

Oui, nous donnons de la drogue à des héroïnomanes pour les sauver des overdoses et de la prison. La drogue n'est donc pas toujours ce monstre contemporain qui dévore nos petits-enfants, elle



nées à restreindre un peu plus leur autonomie et à singulariser une pratique déjà suspecte. Depuis 2009, sur le mode soviétique, les patients sont tous assignés à une pharmacie désignée à l'avance dont le nom et l'adresse doit obligatoirement figurer sur l'ordonnance. Jusqu'ici épargnés par les humiliantes séances de dépistage de drogues obligatoires dans les centres méthadone, les usagers de buprénorphine devraient d'autre part se voir alignés sur le modèle dominant qui s'est pris de passion pour les urines des drogués en général. Le document de l'Afssaps<sup>3</sup> à l'origine de ce grand bond en avant a été rédigé par une commission ad hoc dont Asud a été explicitement exclue, malgré notre statut de « patients agréés » présumés fréquentables.

Le discours politiquement correct des médecins addictologues qui tiennent aujourd'hui le haut du pavé est d'affirmer encore et toujours que « la substitution est un traitement comme les autres », le tout ponctué d'inévitables « histoires de chasse », le terme consacré pour « anecdotes » dans la langue des blouses blanches.

Non, les usagers de drogues ne sont pas traités comme les diabétiques. Et si la recherche de cannabis dans les urines d'un candi-

**is of paramount importance**

When severe pain must be controlled promptly and with certainty, Methadone Hydrochloride is given with advantage. This synthetic analgesic agent is less likely to produce nausea, vomiting and respiratory depression than is morphine in comparable analgesic doses. It is effective not only on intramuscular injection, but also when administered orally.

Methadone Hydrochloride is indicated whenever pain must be controlled—in trauma, biliary or renal colic, painful orthopedic conditions, and acute cardiac episodes associated with severe discomfort. Methadone Hydrochloride is also useful for controlling withdrawal symptoms in the treatment of morphine addiction. Because its action is largely analgesic and to only a slight extent sedative, it should not be given for preanesthetic purposes.

Methadone Hydrochloride (Massengill) is supplied in tablets of 2.5 mg., 5.0 mg. and 7.5 mg., and in 1 cc. ampula containing 10 mg. Also available in 10 cc. vials. Methadone Hydrochloride is under the jurisdiction of the Harrison Narcotic Act.

**Methadone**  
HYDROCHLORIDE  
**MASSENGILL**

THE S. E. MASSENGILL COMPANY  
Bristol, Tenn.-Va.  
NEW YORK • SAN FRANCISCO • KANSAS CITY

SE/CO

sert aussi de compagnon, parfois pour de longues années. Elle est légitime, à condition d'admettre que c'est nous qui décidons de la place qu'elle occupe dans nos vies. Car toutes les solutions qui passent par la contrainte, qu'il s'agisse de cannabis ou d'héroïne, ont désormais fait la preuve de leur échec. La substitution nous oblige à ramer à contre-courant du dogme antidrogue qui règne dans les consciences. Préservons nos acquis, au risque de nous réveiller avec un système quasi clandestin dont les effets négatifs réduiront à néant vingt ans de succès français. ■ Fabrice Olivet

1. Le « bas seuil » d'exigence suppose de ne pas exiger de condition préalable pour accepter une prise en charge. Il s'oppose au « haut seuil », qui propose une prise en charge différée et conditionnée par des modalités d'adhésion au programme.

2. Les traitements de substitution vus par les patients : quels sont les enseignements de leur expérience ?, CNRS - UMR 5116, Université Bordeaux Segalen, IEP de Bordeaux, juillet 2011

3. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).





© Tabas / Le Monde Magazine



## LA LONGUE MARCHE...

À propos du dossier du *Monde Magazine* :  
« *Cannabis, pourquoi la loi ne bouge pas* ».

**I**ndian Hemp Commission, Indes, 1894 ; rapport *La Guardia*, New York, 1944 ; rapport Wotton, Royaume-Uni, 1969 ; rapport Le Dain, Canada, 1972 ; rapport Shaffer, USA, 1972 : c'est la longue liste des rapports internationaux que rappelait Jean-Pierre Géné dans le dossier du *Monde Magazine* du 3 septembre. Tous ces rapports attestent de l'absence de nocivité et d'addiction du cannabis, écrit-il. On imagine sans peine le tollé : G n  ignorerait-il que depuis, « *on sait* » que le cannabis rend dépendant, qu'il rend fou et qu'il tue ? C'est ce que nous n'avons cessé d'entendre toutes ces dernières années. Mais sans entrer ici dans une discussion scientifique sur la dangerosité effective du cannabis, il n'en reste pas moins que si malgré la prohibition, le cannabis est la drogue illicit  la plus consommée, c'est précisément parce qu'elle reste, malgré tout, une des moins nocives. Les conclusions d'une succession de rapports sur la loi française de 1970 restent également d'actualité : l'incarcération pour usage n'est pas justifiée (rapport Pelletier, 1978), alcool, tabac et médicaments psychotropes sont des drogues plus dangereuses que le cannabis (Comité d'éthique, 1994 ; rapport Roques, 1999), la clandestinité redouble les risques en termes de santé (rapport Henrion, 1994 ; Conseil national du sida, 2001). Bref, toutes les études sérieuses le confirment, il faut changer la loi.

### La dangerosité de la loi

Or non seulement rien ne change, mais la situation ne cesse de se dégrader : nous allons atteindre les 3 millions de personnes interpellées depuis 1970, et des dizaines de milliers de personnes ont été incarcérées avec des conséquences graves, des vies brisées, enfermées dans la délinquance, l'exclusion ou la maladie. Lorsque Jean-Pierre G n  a contribué à l'Appel du 18 joint en 1976, il était encore relativement facile de faire marche arrière. Mais les responsables politi-



ques de l'époque, de Giscard   Mitterrand, n'ont pas eu le courage de s'affronter à ce qu'eux-mêmes considéraient comme des peurs imaginaires. On pouvait aussi espérer qu'avec l'expérience, l'opinion prenne conscience de la dangerosité de la loi. C'est le contraire qui s'est passé. Comme prévu, la prohibition a engendré toujours plus d'organisations mafieuses, plus de morts et plus de prisonniers. Elle a donc échoué. Mais plus elle échoue, plus elle se renforce, car plus de gens sont convaincus de la dan-

gerosit  des drogues. En 1994, la commission Henrion avait recommandé l'expérimentation de la politique de réduction des risques pour faire face à « *la catastrophe sanitaire et sociale* ». Cette catastrophe a été surmontée depuis, parce que les usagers ont pu protéger leur santé. Mais l'opinion n'a retenu qu'une chose : l'héroïne, c'est dangereux. Nous n'avons pas réussi à nous faire entendre parce que personne n'a cru que la terrible mortalité des héroïnomanes n'était pas due à l'héroïne elle-même mais à la façon dont les usagers étaient traités – maltraités est le terme exact, avec pour seule réponse, la répression. Il est en est de même pour le cannabis. Le gouvernement a fait une utilisation frauduleuse de l'expertise pour justifier sa priorité : la lutte contre les usagers de cannabis. Mais s'il a pu le faire, c'est que plus le cannabis se diffuse, plus il y a de gens qui font l'expérience d'une forme de dépendance ou d'effets psychotropes qui peuvent être désagréables ou inquiétants, suivant le produit, la personne, le contexte (« *Drug, Set and Setting* »). Comme toute drogue ou médicament, le cannabis peut être bénéfique ou nocif, tout dépend de la façon dont on s'en sert. Le cannabis peut sans doute déclencher ou renforcer certains troubles psychiatriques, mais il peut aussi aider à vivre ceux qui en souffrent, ce qui n'est pas étudié. Autrement dit, il a effectivement une fonction thérapeutique. Il aura fallu des années d'expérience de la consommation pour en prendre conscience.

## L'escalade inutile de la répression

La première génération de militants anti-prohibitionnistes appartenait à la mouvance de 68 – et c'est d'ailleurs à ce titre qu'elle a été caricaturée comme baba cool. Les punks l'ont emporté : on est rentré dans l'ère du « *No Future* ». Il n'empêche que les antiprohibitionnistes ne sont pas trompés : ils avaient prévu l'escalade inutile de la répression. On comprend le scepticisme de Jean-Pierre Géné qui, rappelant quelques-unes des actions, titre sur les « *vaines mobilisations* ». Je comprends

*vous fermerez une prison* », avait dit Victor Hugo. Je ne suis pas d'accord avec une société qui pratique ces incarcérations de masse, que subissent toujours les mêmes, ceux qui ne sont pas blancs de peau – et heureusement, je ne suis pas la seule. Il aura fallu la campagne présidentielle d'Obama pour que le débat sur la question des drogues s'ouvre aux États-Unis ; il aura aussi fallu que les États d'Amérique latine se libèrent des dictatures pour qu'ils s'affrontent à une réalité de terrain : l'emprise des mafias exige de repenser la politique menée jusqu'à présent. Les uns après les autres,

adopter ici et maintenant. Avec Jean-Pierre Géné, on peut regretter que ce rapport ne soit signé que par des ex-présidents et il aurait évidemment eu un tout autre poids si Kofi Annan l'avait signé en tant que Secrétaire général de l'ONU. Mais ce n'est pas une question de courage personnel : c'est la réalité d'un rapport de force international. S'il est une leçon à tirer de quelque trente dernières années, c'est que la prohibition est devenue une réalité dont il faut prendre acte : on ne sortira pas de ce piège en claquant des doigts. Nul ne peut prédire quels seront dans le futur les modes de gestion des différents



*Bien sûr, la dépénalisation de l'usage ne résout pas tout, mais elle ne résout pas rien non plus.*

ils ont commencé à dépénaliser l'usage de drogue. Bien sûr, ça ne résout pas la question des mafias, mais ça permet déjà aux forces de police de définir les priorités de sécurité. Jusqu'à présent, la lutte contre les mafias a été menée dans la plus grande hypocrisie, avec des responsables po-

psychotropes licites et illicites. Mais les régulations du futur se fabriquent au jour le jour, en fonction des choix politiques et de leurs conséquences, des actions qui se mènent sur le terrain, de l'expérience acquise avec les drogues. C'est pourquoi il faut sortir de l'alternative « tout » ou « rien ». Bien sûr, la dépénalisation de l'usage ne résout pas tout, mais elle ne résout pas rien non plus, ne serait-ce que la reconnaissance des droits.

Elle exige surtout un changement des pratiques policières dont la priorité doit être de garantir la sécurité de tous. Prendre au sérieux l'objectif de protection de la santé, c'est ce que nous faisons avec les actions de réduction des risques, celles qui sont déjà à l'œuvre ici ou ailleurs comme les salles de consommation, la prescription d'héroïne médicalisée ou le cannabis thérapeutique. Ces actions participent-elles d'un changement de la politique des drogues ou d'une médicalisation qui ne fait que renforcer la prohibition ? Il n'y a pas de réponse assurée, mais le futur se fabrique au présent. Nos actions y contribuent à la mesure de leur audience. C'est une lutte sans fin parce qu'elle participe de choix de société. Rien n'est joué d'avance. C'est une longue marche dont l'issue est incertaine, mais que nous le voulions ou non, nous sommes sur ce chemin. Nous ou nos petits-enfants, qui prendront la relève. ■ Anne Coppel

d'autant mieux son découragement que moi-même, j'ai été tentée – plusieurs fois au cours des ces dernières années – de baisser les bras. C'est la colère qui m'a remobilisée en 2007, lorsque la tolérance zéro a été adoptée pour l'usage de drogues sur le modèle américain.

Seule différence avec les États-Unis : nous n'avons pas le nombre de places de prison qui permettrait d'appliquer effectivement les peines plancher. Car aux États-Unis, cette politique a eu pour seul résultat l'incarcération de millions de gens – quelque 30 millions de 1982 à 2006, dont la moitié pour délits liés aux drogues. C'est en fait une question de choix de société : « *Ouvrez une école,*

politiques corrompus, des services secrets, CIA ou DEA, qui utilisent l'argent de la drogue dans leur stratégie politique. Le débat sur la prohibition doit se mener sur la base des résultats obtenus ou non dans une lutte effective contre les mafias et la corruption.

## Sortir du « tout » ou « rien »

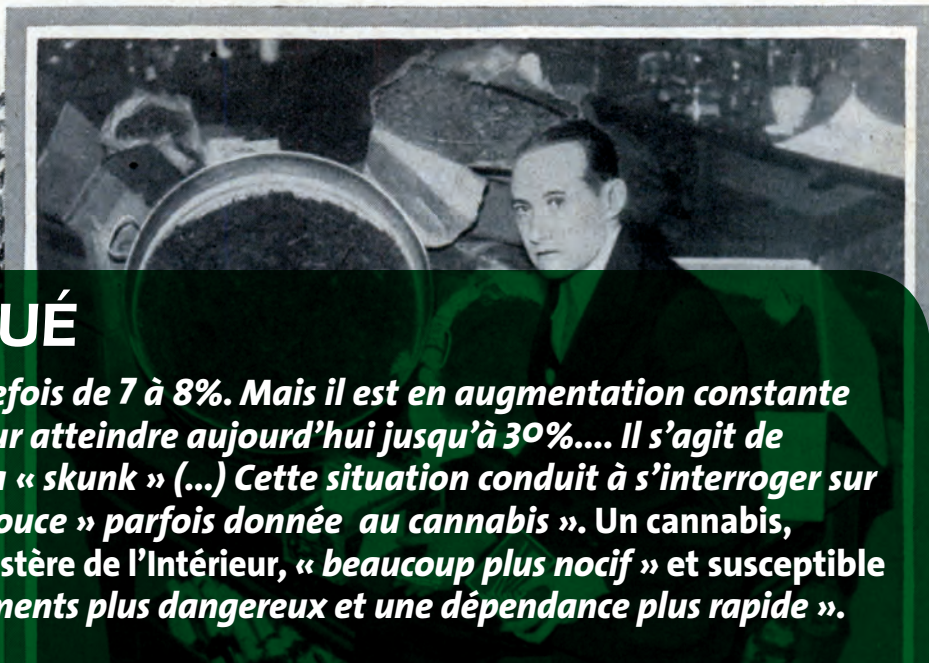
Tirer les enseignements de l'expérience, c'est ce qu'a entrepris la Commission globale sur la politique des drogues (*Global Commission on Drug Policy*). Il ne s'agit donc pas d'utopie, mais de politiques qui sont mises en œuvre quelque part dans le monde et que chaque pays ou région peut



# Drug Menace...



## MARIJUANA



### LE THC M'A TUÉ

« Le taux de THC était autrefois de 7 à 8%. Mais il est en augmentation constante depuis plusieurs années pour atteindre aujourd'hui jusqu'à 30%.... Il s'agit de variétés hybrides, comme la « skunk » (...) Cette situation conduit à s'interroger sur l'appellation de drogue « douce » parfois donnée au cannabis ». Un cannabis, précise le site officiel du ministère de l'Intérieur, « beaucoup plus nocif » et susceptible « d'entraîner des comportements plus dangereux et une dépendance plus rapide ».

30% de THC et quoi encore ? Une étude conduite par le professeur Mura (un ardent prohibitionniste) portant sur 5 252 analyses effectuées lors de saisies entre 1993 et 2000, montre effectivement une nette augmentation de la teneur en THC : observée en 1995, la plus élevée était de 8,7% alors qu'en 2000, 3% des échantillons d'herbe et 18% des échantillons de résine analysés contenaient plus de 15% de THC.

Cet argument cher aux prohibitionnistes ne date pas d'hier. Dans une tribune du *Figaro* publiée suite aux conclusions du rapport Roques en 1998, dix experts, docteur Mura en tête, écrivaient déjà : « Contrairement aux « joints des années 70 » d'origine marocaine (titrant environ 7% en THC), aujourd'hui le cannabis hollandais titre de 20 à 40% d'agent psychoactif, devenant ainsi un hallucinogène puissant, dont les effets rappellent ceux de l'acide lysergique (LSD). »

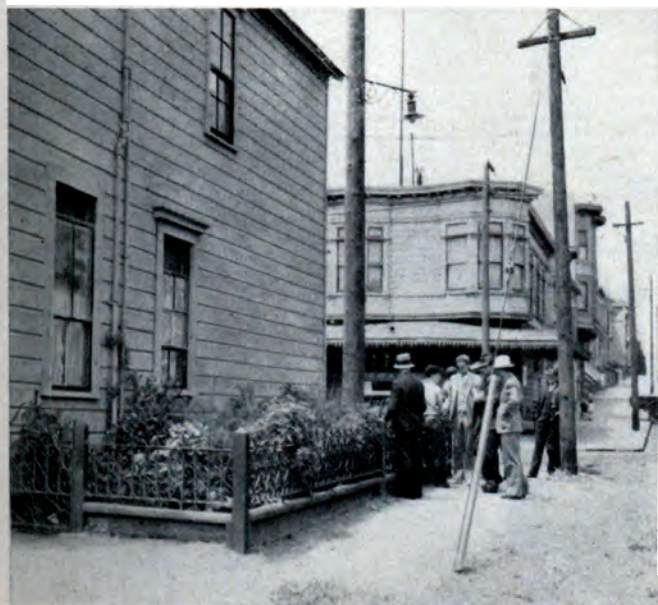
### Rassurez-vous

C'est en partie à cause d'une répression féroce que le taux de THC a augmenté de manière exponentielle depuis les années 1970. Et oui ! La répression a poussé les professionnels américains, puis néerlandais, à travailler sur des variétés plus puissantes aux cycles plus courts dont l'emblème reste la skunk, un croisement entre une Acapulco Gold et une Santa Marta Gold, deux *Sativa* (l'une originaire du Mexique, l'autre de Colombie) avec une variété *Indica* en provenance d'Afghanistan.

Braves gens, rassurez-vous. En France, si on se réfère à l'enquête de l'OFDT\* (2008) sur « la part de la production domestique de cannabis », le taux de THC moyen de l'herbe qui pousse en plein champ comme dans nos placards avoisinerait les 8%. Il n'empêche, les partisans de la pénalisation ont tous dans leur bagage un « baratin » sur le taux de THC, lequel, à les écouter, a tellement progressé en vingt ans que le cannabis de naguère méritait vraiment son appellation de « drogue douce ». Certains poussent le bouchon un peu plus loin et le taux de delta-9-tétrahydrocannabinol un peu plus haut en nous faisant croire à un cannabis génétiquement modifié... Cet été, la question était posée en Une du quotidien *Le Parisien*.

Cet argument de choc et de choix pour les prohibitionnistes de tout poil peut être contré en soulignant que si l'herbe a certes gagné en puissance (ce dont nous nous félicitons – et parfois, regrettons), tout comme l'amateur d'alcool fait la différence entre une bière et un cognac, le cannabinophile sait distinguer deux variétés de beuh... Encore que, ajouterons-nous perfidement, le jour où le cannabis sera légal, outre le nom de la variété et le mode de culture, la teneur en THC

\*Observatoire français des drogues et toxicomanies



marijuana now is a roadside weed in many sections of the country.

The leaves have sawlike edges and may be odd or even in number, but usually about eight leaves are in one group.

puzzling  
een states  
narcotic  
al authori-  
d growers  
ates only  
iana; and  
aws obvi-

s "dope,"  
ed in con-  
. In the  
officials, a  
hidden by  
a favorite  
marijuana

stamp out  
ie proper  
th hidden  
ops. The  
r more in  
i touched,  
otic odor.  
ut before  
intended  
blossom,  
he leaves,  
gathered

hing, and  
are alter-  
'ootstalks.



# CANNABIS LE THC M'A TUÉ



A Mexican peddler arrested by California narcotic inspectors, with a bale of marijuana, or Indian hemp. Cigarettes are made from leaves and flowers

sera précisée sur les pochettes vendues dans les cannabistrots, comme la provenance et le taux d'alcool sont aujourd'hui indiqués sur les bouteilles de vin.

## Propulsés dans le cosmos...

La légende veut que plus une herbe est forte, plus augmente le risque de devenir schizophrène ou dépendant. C'est absurde, on risque tout au plus de passer un mauvais quart d'heure et de ne pas recommencer de sitôt. Et puis, il y a une question qui est rarement posée et qui mériterait pourtant de l'être : le cannabis d'avant sa banalisation était-il, comme on veut nous le faire croire, du « foin » sans conséquence sur le mental - et le physique - de celui qui le consommait ?

Avant que la loi l'interdise et qu'il devienne populaire, le cannabis voyageait dans les chaussettes sales des routards et venait d'Inde ou du Pakistan. Tous les « vieux » fumeurs que j'ai croisés sont unanimes : l'herbe produite aujourd'hui

dans les usines néerlandaises ou les pays de l'Est ne vaudra jamais un bon Charas de la vallée de Parvati ou un haschich en provenance d'une autre célèbre vallée, celle de Chitral, « un joyau enclavé dans l'Indu Kush », dicit les guides touristiques, une province pakistanaise difficilement accessible.

Patrick se remémore : « Dans les années 1970, on ne trouvait pas de beuh, mais du shit et on préférait le chillum au pétard. En ce temps-là, les flics n'y connaissaient pas grand-chose et tous les routards ou presque rapportaient dans leurs bagages de quoi assurer leur survie ou financer leur prochain périple. Je me souviens avoir acheté dans la rue du haschich couleur sable qui provoquait des hallucinations, avoir goûté à un haschich encore plus redoutable que le précédent qui, présenté sous forme de boules d'un vert foncé avec des reflets dorés, était soi-disant réservé aux temples hindous et à leurs divinités. Je m'en souviens comme si c'était hier. Vous allumiez le chillum et vous étiez propulsés dans le cosmos. »

Au fil des années, les amateurs de cannabis se multiplient. Le haschich marocain perd de son attrait et les herbes africaines débarquent compressées ou non, toujours pleines de graines et de branches. Bien souvent de piètre qualité, mais qui n'est pas un jour tombé sur une zaïroise à vous retourner la tête ? Ah, j'allais oublier l'huile de cannabis, une conséquence directe de la prohibition qui, quand elle était fabriquée artisanalement, atteignait des taux de THC impressionnants.

Dans les années 1980, ceux qui avaient ramené des graines d'Afghanistan et des manuels d'horticulture de Californie produisaient sous le soleil du Luberon des herbes plus surprenantes et sans doute plus chargées en THC que bien de variétés vendues aujourd'hui dans les coffee shops bataves. Mais dans la mémoire des fumeurs, les années 1980 sont avant tout liées à l'arrivée massive du libanais. Jaune ou rouge, il transait dissimulé dans les rangiers des soldats de la Finul (Force intérimaire des Nations unies au Liban). J'en garde comme tant d'autres un souvenir ému. Le rouge était plus décuplant que le jaune et le fumer entraînait des quintes de toux suivies des fous rires à n'en plus finir.

## Taux réduits à peau de chagrin

Comme la demande est en pleine expansion, que l'offre doit suivre et que l'argent n'a pas d'odeur, les années 1990 riment avec « Tchernobyl », le surnom donné au haschich coupé avec du henné ou de la terre, potentiellement et paradoxalement beaucoup plus nocif pour la santé qu'un haschich titrant 20% de THC et dont le principal effet était de déclencher des maux de tête. Parallèlement, les Hollandais qui ont tout appris des Américains, lesquels se sont lancés dès les années 1980 dans la culture *indoor*, comblent vite leur retard et sortent de leur jardin secret des variétés de plus en plus sophistiquées avec pour devise : un maximum de rendement dans un minimum d'espace. Au fil des années, les croisements se multiplient et de nouvelles variétés apparaissent plus ou moins puissantes.

Un critère pour les consommateurs qui s'en félicitent plus qu'ils ne s'en plaignent car, s'ils fument du cannabis, c'est pour





que ça fasse de l'effet et qu'ils ne soient pas obligés de rouler pétard sur pétard à la recherche d'un petit *high*, non ?

En 2005, des échantillons de résine et d'herbe ont été collectés par l'OFDT dans différentes villes de France afin de mesurer leur taux en THC. Sur les 96 échantillons de résines recueillis, le taux moyen en THC était de 10,6%. Concernant la beuh, la plus dosée contenait 23,8% de THC et la moyenne avoisinait les 8% sur les 125 échantillons analysés. Pas de quoi fouetter un chat mais de quoi s'étonner que dans nombre d'échantillons récupérés, le taux de THC soit réduit à peau de chagrin, ce qui pose nécessairement la question de la qualité du cannabis en vente sur le marché noir.

Il y a dix ans, 90% des fumeurs trouvaient leur bonheur dans le haschich provenant du Maroc. En 2011, comme le souligne le rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), ils ont changé et sont de plus en plus nombreux à préférer l'herbe.

Cette évolution, qui s'est traduite par un essor sans précédent de la cannabis-culture, vient des consommateurs qui en ont eu marre de payer au prix fort du cannabis frelaté et bien pauvre en THC. L'argument d'un cannabis d'autant plus nocif que son taux de THC est élevé est donc une plaisanterie, ne serait-ce que parce qu'il concerne une minorité d'amateurs expérimentés, bien souvent des cultivateurs en herbe.

« Pour rendre les petits consommateurs accros, c'est-à-dire dépendants, il n'y a pas mieux que d'augmenter la dose de produit toxique, le THC, dans la plante. Le haschich proposé aux jeunes est un OGM et contient désormais des concentrations de THC qui sont passées de moins de 5% à 35-40%, selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies. » : cet extrait d'un communiqué publié par Familles de France s'appuyant sur des chiffres publiés par l'OFDT (chiffres que j'ai cherchés sans jamais les trouver) a pour unique objectif de semer le trouble dans l'esprit d'adultes sous-informés et de créer la panique... N'écrivent-ils pas sur le site de l'association que le cannabis d'aujourd'hui peut engendrer « la possible déchéance et la mort » ? ■ Jean-Pierre Galland

## L'USAGE THÉRAPEUTIQUE AU GRÉ DES JURIDICTIONS FRANÇAISES

### Le gourdin à Gourdon...

Le 26 août 2009, les gendarmes de Gourdon déboulent à l'aube chez Olivier Asteggiano. Après avoir fait main basse sur trente-deux plants de cannabis et le matériel servant à le cultiver, il est placé six heures en garde à vue et inculpé pour « production et détention de cannabis ».

Oui mais voilà, Olivier, âgé de cinquante ans, souffre d'une sclérose en plaques et le cannabis est son « médicament ». Devant le tribunal où il est jugé comme devant la presse locale qui a relayé l'information, Olivier revendique son usage thérapeutique. Il est soutenu par des associations, mais aussi par son neurologue qui confirme les bienfaits du cannabis sur sa santé et transmet son dossier médical au tribunal correctionnel.

« Rendez-moi mon cannabis, c'est vital ! J'en ai besoin pour apaiser les douleurs provoquées par ma sclérose », lance Olivier à la présidente du tribunal. Notant qu'avant d'être malade, Olivier fumait déjà du cannabis, le procureur réclame une amende de 300 euros et la destruction des plants. Il sera condamné à 150 euros d'amende avec sursis. Mais aussi symbolique soit la peine, Olivier fait appel espérant récupérer le matériel confisqué... Sa peine ayant été confirmée en appel, jamais il ne le récupérera.

Le 12 septembre 2011, les gendarmes de Gourdon récidivent. Au domicile d'Olivier, ils tombent sur 40 plantes et comme la fois précédente, sur tout le matériel indispensable pour cultiver du cannabis, matériel qu'il avait recouvré grâce à la générosité de quelques-uns.



Interpellé sans ménagement, Olivier est placé en garde à vue jusqu'en milieu d'après-midi. À peine sorti du commissariat, il affirme : « En réalité, il n'y a pas d'autres moyens de me soulager de ma maladie. Je continuerai tant que le cannabis thérapeutique ne sera pas légalisé ou disponible en pharmacie. » Quant à son avocat, il se dit « sidéré », rappelant que pour son client « le cannabis thérapeutique est une nécessité absolue ».

Saluons le courage et l'obstination d'Olivier victime de la politique de tolérance zéro de messieurs Guéant et Apaire. Nous soutenons sa démarche et souhaitons non seulement qu'il soit relaxé lors du procès à venir, mais que les vertus thérapeutiques du cannabis soient reconnues.

### ... la bienveillance à Strasbourg

Interpellé en juin dernier sur dénonciation et placé en garde à vue vingt-quatre heures durant, un Strasbourgeois qui cultivait du cannabis (quarante pieds) sur son balcon pour soulager les douleurs causées par une sclérose en plaques a été dispensé de peine.

« Il s'agit d'une décision exceptionnelle », précise le tribunal devant lequel le prévenu a fourni un certificat délivré par un médecin suisse attestant que « le cannabis atténuait ses douleurs et améliorait sa santé ». Le tribunal, et cela mérite d'être souligné, a suivi l'avis du Parquet qui avait demandé de « faire preuve d'humanité » et requis « une application bienveillante » de la loi. ■ J.-P. G.



SILBERS PHA

PRESCRIPTIONS DRUGS  
EX-LAX

## PHARMACIENS / USAGERS DE DROGUES : BRISER LA GLACE SANS CASSER LA VITRINE !

« **P**harmaciens/toxicos : comment briser la glace ? » C'était déjà le titre d'un dossier d'Asud-Journal en 2007. Depuis 2006, nous œuvrons avec le soutien financier de la Drassif (désormais ARS d'Île-de-France) pour que la RdR cesse d'être considérée comme une option, un truc de militant qui ne concernerait que des braves gens un peu poires. Déjà, le communiqué commun que nous avons publié à l'époque avec l'Ordre des pharmaciens rappelait que la délivrance de TSO est une obligation professionnelle et la non-délivrance une infraction. Or depuis 2007, rien n'a changé. Il semble même que la situation se soit encore dégradée, comme le montre l'enquête Pharmasud menée avec l'association Safe dans les officines parisiennes. Des deux côtés du comptoir,

les récriminations débouchent sur l'incompréhension, parfois la violence et globalement, sur une raréfaction de l'offre de substitution.

Pour autant, ne cédon pas au pessimisme. Toutes ces insuffisances sont à replacer dans le contexte historique des relations entre usagers de drogues et pharmaciens. Il n'est pas inutile de rappeler que le braquage ou le « casse de phar-mas » était un sport très prisé par les toxicos des années 1980. C'était avant la réduction des risques et depuis, ce type de délit est devenu exceptionnel ou relève de la délinquance générale. On peut donc affirmer sans être démenti par les chiffres que sur le long terme, le climat se réchauffe doucement... Reste maintenant à faire faire fondre la glace. ■ Fabrice Olivet





# RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PHARMASUD

(ASSOCIATIONS SAFE ET ASUD)

L'association Safe travaille depuis 2002 en partenariat avec les pharmacies parisiennes pour améliorer l'accès au matériel stérile d'injection pour les usagers de drogues : Safe leur fournit gracieusement des jetons « Prévention sida » et des supports d'information sur les automates et les lieux d'accueil, que les pharmaciens distribuent notamment lors de l'achat de Stéribox. Avec plus de 500 pharmacies partenaires de l'action, ce travail s'est considérablement développé.

## Ni une priorité ni une réalité

Mais si cette évolution du partenariat semble positive, les pharmaciens indiquent que cette implication repose sur leur bénévolat et n'est pas valorisée dans leur travail, comme pour de nombreux autres actes de conseils et de prévention qu'ils dispensent. L'implication des pharmaciens dans ce programme n'est donc ni une priorité ni même une réalité permanente. Un enquêteur d'Asud a ainsi constaté que dans certaines pharmacies, une partie du personnel n'est même pas informée de l'existence et du contenu des Stéribox, des jetons, des automates... La priorité au quotidien n'est pas donnée à l'information ou à la formation des équipes sur ce type de sujets et d'outils.

Dans une enquête menée en 2005 par Safe auprès de ses usagers, certains se plaignaient de la difficulté d'obtenir des jetons ou des seringues en pharmacies, d'autres affirmaient que les jetons y étaient revendus. C'est dans ce contexte que les associations Safe et Asud ont décidé de travailler ensemble pour savoir si les droits des usagers étaient préservés en matière d'accès au matériel d'injection et aux médicaments de substitution aux opiacés. Nous avons choisi pour cela de mesurer l'accès au matériel d'injection, aux jetons et aux TSO, d'évaluer les éventuelles disparités géographiques, d'étudier les conditions de délivrance, et d'identifier les éventuels freins à la délivrance et discriminations.

Un diagnostic de la situation réalisé en couplant deux méthodes : une enquête déclarative auprès des pharmacies et une action de « testing » menée par des usagers dans les pharmacies. Un nombre représentatif de pharmacies a été tiré au sort, en fonction de la densité d'officines pour 10 000 habitants dans chaque arrondissement.

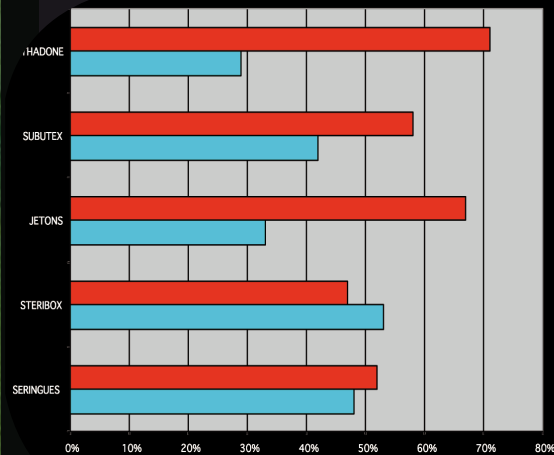
## Un accès aléatoire et compliqué

**Premier enseignement** : seule une minorité de pharmaciens délivre du ma-

En 2005, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 70% des pharmaciens recevant des usagers de drogues délivraient des traitements de substitution aux opiacés (TSO) et 86% du matériel d'injection. Alors que la politique de santé publique reconnaît désormais la réduction des risques et encourage la prescription de traitements de substitution en ville, cette situation s'est-elle améliorée ? Pas si sûr, à en croire les résultats de l'enquête menée dans les pharmacies parisiennes.

ériel d'injection et des TSO. Les résultats de l'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine montrent ainsi qu'une petite majorité (53%) de pharmaciens vend le Stéribox, tandis qu'une majorité ne délivre pas de seringues seules, de jetons ou de TSO (respectivement 52%, 67%, et 58% pour le Subutex®). Record battu pour la méthadone que seuls 29% des pharmaciens acceptent de délivrer.

Un niveau d'accès donc très inférieur aux résultats nationaux du Baromètre santé 2005. Est-ce parce que la situation s'est dégradée ou parce que la situation parisienne est très spécifique ?

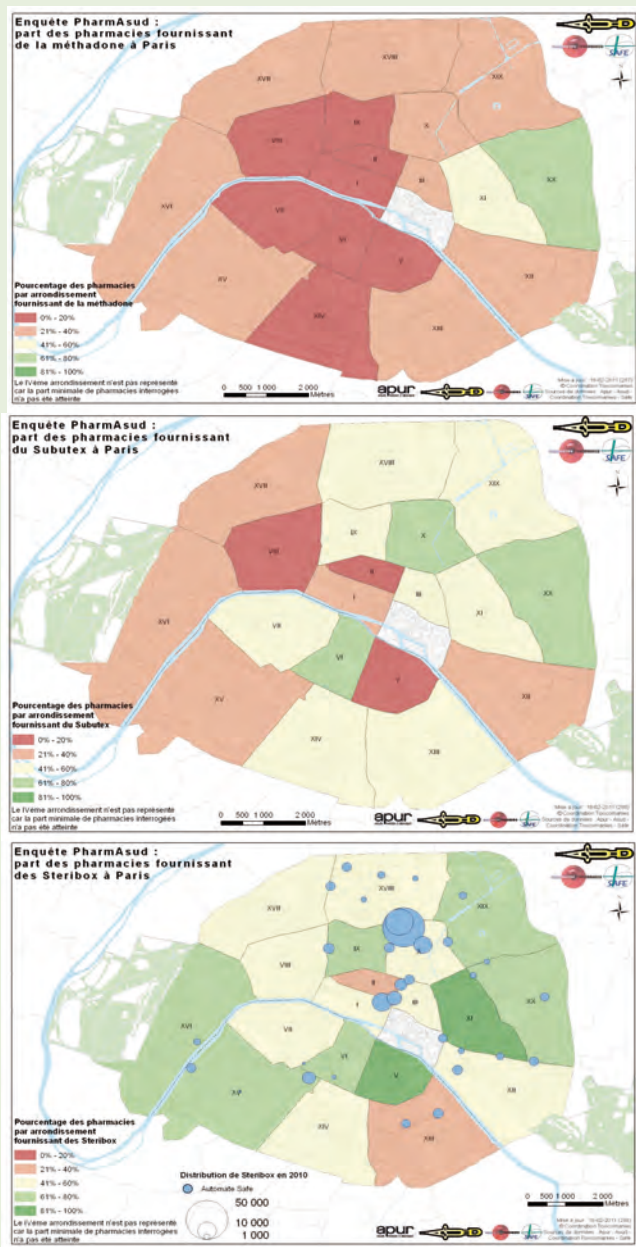


Accès au matériel d'injection et aux produits de substitution



**Deuxième enseignement :** des disparités géographiques apparaissent entre les arrondissements de Paris, sans lien apparent avec la demande supposée ni avec la densité de lieux d'accès aux matériels d'injection et aux traitements (Caarud, Csapa...). Une hypothèse des associations était que les délivrances de matériel d'injection et/ou de TSO seraient fonction des lieux mêmes de consommation/revente présumées de drogues. Cette étude démontre à l'inverse qu'il n'y a pas de lien entre la délivrance et les besoins.

À titre d'exemple : si la distribution de seringues par automates est comparable dans les XIII<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> arrondissements, l'attitude des pharmaciens y est très différente. Les pharmacies du II<sup>e</sup> arrondissement sont moins actives que leurs voisins pour un besoin similaire.



Répartition des pharmaciens fournissant méthadone, subutex et Steribox sur Paris

Alors qu'ils sont indispensables pour utiliser les distributeurs qui ne sont pas installés avec des échangeurs, il n'y a pas non plus de lien entre la délivrance de jectons (qui servent pour l'utilisation des automates d'échange de seringues) et la présence d'automates dans les arrondissements.

## Des refus de délivrance mal justifiés

Dans le questionnaire, la justification de l'absence de délivrance faisait l'objet d'une question libre. Si certains pharmaciens n'ont pas justifié leur refus, nous avons toutefois recueilli 155 justifications au total, parfois plusieurs dans une même officine. Cinq grandes catégories d'arguments ont été avancées :

- L'absence de demande ou de prescription (57% des justifications)
- La peur/les problèmes déjà rencontrés (13%)
- Le refus des usagers de drogues ou de certains d'entre eux (11%)
- Les jugements sur la substitution (10%), avec des arguments comme : « traitement qui doit être délivré par les Csapa », « incompatibilité de délivrer des seringues et des TSO », « trafic supposé d'ordonnances », « inefficacité des TSO »...
- Les difficultés d'organisation de la délivrance de la substitution (9%), avec des arguments tels que : « difficultés liées au remboursement par la CPAM », « recouvrement des prescriptions », « contraintes d'organisation pour la délivrance »...

Ces arguments sont-ils plausibles et justifiés ? Qu'entend-on par « pas de demande » ou « pas de prescription » qui arrivent en tête des justifications ? La première hypothèse est effectivement l'absence d'usagers qui se présentent pour la délivrance de TSO, dans certains quartiers ou sur l'ensemble du territoire parisien. Elle est possible si les prescriptions par les médecins généralistes sont faibles. Une information à vérifier auprès des tutelles (et pour le moment, nous n'y avons pas eu accès, malgré nos demandes) et si elle s'avère exacte, elle devra déclencher la mise en place d'actions de sensibilisation spécifiques en direction des médecins généralistes.

Peut-on pour autant en conclure que les pharmacies répondent aujourd'hui à l'ensemble de la demande ? Les équipes d'Aides Paris et d'Asud ont interrogé cinq Csapa parisiens à propos du relais en ville des patients suivis sous TSO. Il ressort de leur enquête que l'ensemble des Csapa indiquent qu'ils ont un nombre restreint de pharmacies partenaires (généralement inférieur à 10) et qu'ils fonctionnent avec ce nombre limité de pharmacies car il leur semble très difficile d'impliquer de nouvelles officines.

Enfin, comme le montrent les cartes, il n'y a pas de lien apparent entre la demande globale de matériel d'injection sur un secteur et l'offre en pharmacies. L'argument selon lequel il n'y a pas de demande ne semble donc pas toujours justifié.

Qu'en est-il des autres arguments ? Si la peur ou des problèmes déjà rencontrés peuvent être des arguments compréhensibles pour refuser la délivrance des outils de RdR ou des TSO, les jugements personnels ou les discriminations sont contraires à l'éthique de cette profession et au serment des pharmaciens, et ne peuvent être acceptés. Nous avons pourtant relevé les arguments suivants :

- « L'inefficacité des TSO », au motif « qu'un usager sous traitement n'est pas forcément guéri au bout de deux ans »





© Damien Roudreau



● La discrimination entre usagers : certains pharmaciens n'acceptent de délivrer les matériels et traitements qu'aux usagers connus ou à « certains d'entre eux »

● « *L'image du quartier* » : peut-on refuser la délivrance d'un traitement ou la protection contre le VIH et le VHC pour préserver « *L'image du quartier* » ?

Enfin, les contraintes et difficultés rencontrées pour la délivrance des TSO sont-elles réellement plus importantes que pour les autres traitements ? Est-ce aussi à dire que les pharmaciens se plient plus volontiers aux contraintes de délivrance de certains médicaments qu'à celles des traitements de la dépendance ?

## Le testing, révélateur du déficit de conseils

**Des résultats positifs pour l'accès au matériel d'injection** (mais à considérer avec prudence compte tenu du fait que l'échantillon n'est pas représentatif de tout Paris) : sur les 79 pharmacies testées, 50 (soit 63%) délivrent le Stéribox et seules deux d'entre elles le vendent plus cher qu'un euro. De plus, 3 pharmacies vendent des seringues seules. Il est à noter que nous n'avons pas fait de testing la nuit. Or d'après les usagers de Safe, c'est essentiellement la nuit que le tarif augmente, dans certaines pharmacies de garde. L'explication pourrait être que les pharmacies font payer une majoration correspondant au coût de l'acte de garde.

**Enfin, le testing révèle un bon accueil par les pharmaciens** (absence de jugement, politesse, discrétion...). Ce résultat va à l'encontre tant des retours que nous avons avant l'enquête, que de l'étude menée par Tiphaine Canone<sup>1</sup> dans laquelle les usagers considèrent le plus souvent la fréquentation de la pharmacie comme une épreuve.

**Mais dans leur majorité, les pharmaciens orientent peu et mal les usagers.** En réponse aux questions posées lors du testing, seuls :

- 33% des pharmacies orientent pour un accès au matériel gratuit
- 34% orientent vers un lieu de collecte du matériel usagé
- 46% orientent vers un accès à la substitution.

S'ajoute à ces faibles pourcentages le fait que les réponses apportées ne sont pas forcément pertinentes. Pour la substitution, 33% des orientations sont par exemple « *allez à l'hôpital* » sans aucune autre information, 25% sont d'aller chez son médecin généraliste, 3% d'appeler « *les numéros du Stéribox* ». Pour la collecte des seringues usagées, 18% des orientations sont « *allez à l'hôpital* », 7% « *allez dans une autre pharmacie* », 4% « *allez dans un laboratoire d'analyse* »... Une grande partie des orientations proposées ne s'avèrent donc pas exploitables.

## Passer de la théorie à la réalité

L'accès au matériel stérile d'injection et aux TSO à Paris est encore trop compliqué et aléatoire. Et malgré l'intégration de la réduction des risques dans la loi de santé publique, nous ne relevons pas d'amélioration de la situation mais plutôt une régression par rapport aux enquêtes antérieures, que ce soit celle menée par Médecins sans frontières en 1999, le Baromètre santé 2005 ou encore l'enquête d'Asud en 2006.

La densité de pharmaciens est importante à Paris, ce qui permet de compenser la faible proportion de ceux qui acceptent de délivrer le matériel ou les TSO, notamment la méthadone (29%), un niveau qui reste inacceptable et qui nécessite de mettre en place des réponses adaptées.

Nous pensons que ces réponses doivent être pensées et mises en place en partenariat avec les tutelles, les représentants des pharmaciens et des médecins, et les partenaires associatifs impliqués dans le champ de la réduction des risques. Il nous semble aussi que des moyens conséquents doivent être mis en œuvre, que ce soit sur le plan stratégique, politique ou financier, car les militants associatifs seuls ne pourront pas mener les discussions qui s'imposent, notamment avec les ordres des médecins et pharmaciens.

Rappelons aussi que les difficultés présentées ici ne constituent vraisemblablement pas un problème spécifiquement parisien. Combien d'usagers de province disent avoir des difficultés pour se procurer du matériel d'injection ou pour pouvoir se le procurer dans le respect de la confidentialité ? Combien de Csapa de province disent à quel point il est compliqué de trouver des relais en officine pour la délivrance des TSO ? Des difficultés qui se trouvent renforcées par la faible densité de pharmacies sur certains territoires, par les problématiques d'éloignement, d'accès aux moyens de transport, etc.

Un acquis fondamental de la réduction des risques est l'accès gratuit au matériel d'injection et à la substitution, partout sur le territoire. Exigeons de passer de la théorie à la réalité.

■ Catherine Duplessy (directrice de Safe)

1) *Relation entre les usagers de drogues et les pharmaciens lors de la délivrance du matériel d'injection*, thèse de DE de pharmacie, 2010.





qui différencie un pharmacien du chef de rayon d'un super marché de province (nous n'avons rien contre la province, c'est juré). Cette sensibilisation l'a conduit à s'intéresser particulièrement aux actions de réduction des risques, peut-être parce que le traitement des addictions subit, plus que d'autres activités, une forme d'ostracisme au sein de certaines officines<sup>1</sup>. Le dialogue entre usagers et pharmaciens est une nécessité depuis le décret Barzach (1987) qui autorise les usagers de drogues à acquérir du matériel d'injection. La mise à disposition des trousseaux Stéribox et l'autorisation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont propulsé le pharmacien au rang d'interlocuteur privilégié des héroïnomanes, traitement ou pas. Stéphane Robinet milite activement pour que la RdR cesse d'être considérée comme une activité optionnelle, militante, qui ne concernerait que des braves gens un peu poires ou au contraire, un truc louche que la CPAM ferait bien de surveiller de près. L'échange de seringues en pharmacie est une expérience intéressante, mais la délivrance de TSO est d'abord une obligation professionnelle. En pèlerin de la RdR, Stéphane Robinet chemine sur un sentier plein de préjugés et de rancœurs. La route est longue et la pente raide. Des deux côtés du comptoir, les récriminations débouchent sur l'incompréhension, parfois la violence. ■ Fabrice Olivet

**S**téphane Robinet est pharmacien. Il est aussi le président de Pharmaddict\*, une association fondée en 2006, dont l'objectif est de promouvoir la réduction des risques au sein de sa profession. Comme des milliers de ses confrères, il équilibre ses stocks, s'inquiète des marges, reçoit des visiteurs médicaux et s'arrange pour que sa vitrine ne soit pas un handicap esthétique. Mais Stéphane est aussi un professionnel de santé, docteur en pharmacie (mais oui, on dit docteur) qui a effectué un long cursus de six ans destiné à le sensibiliser à tout ce

*\*La reconnaissance de Pharmaddict comme un acteur dynamique de l'intégration de la RdR en pharmacie est symbolisée par la présence de Stéphane au sein de la prestigieuse Commission des stupéfiants et à la non moins prestigieuse Commission addictions.*

*1. Voir [Pharmaciens/Toxicos, comment briser la glace ?](#), interview de P. Demeester, docteur en pharmacie, *Asud-Journal* n° 33 (pp. 21-23) et [Pharmaciens et usagers, le dialogue nécessaire](#), Marie Debrus, *Asud-Journal* n° 34 (p. 27)*

## UN LUXE POUR PASSIONNÉS

Quelle est votre réaction aux résultats de l'enquête *Pharmasud* ?

Stéphane Robinet : Il y a une différence entre la méthadone et la buprénorphine, ce qui conforte ce que j'ai pu constater dans ma pratique et dans des discussions avec des copains pharmaciens : les pharmaciens font une différence dans la délivrance des deux médicaments. Soit parce qu'ils considèrent que la méthadone va s'adresser à des personnes plus « compliquées » ou plutôt, pour des raisons administratives. Comme la méthadone est un stupéfiant, il faut un coffre, un registre, faire une comptabilité un peu plus compliquée que pour la buprénorphine. C'est pour ces raisons que les pharmaciens n'ont pas trop envie de s'investir sur la méthadone. Même si certains ont l'impression que ces patients sont plus difficiles, la principale explication est administrative.

Après, il me manque les détails de

l'étude pour être plus précis dans mon analyse. Si elle a été vérifiée par testing, je suis un peu surpris par ces chiffres en région parisienne. Ici en Alsace, j'ai plutôt l'impression que la majorité des pharmaciens délivrent ces médicaments, un peu moins la méthadone pour les raisons évoquées. Mais globalement, beaucoup délivrent. Pour les seringues, je suis encore plus surpris que seule la moitié des pharmacies en vende. C'est inquiétant.

La sensibilisation des pharmaciens à cette problématique semble en recul : une dégradation des relations pharmaciens/usagers ou les conséquences de tracasseries administratives ?

S.R : Globalement, malgré une méconnaissance réelle des usagers, les pharmaciens se sont rendu compte qu'ils étaient des gens « normaux » et qu'ils n'avaient pas plus de problèmes avec eux, à part dans



des endroits particuliers. Par contre, le travail administratif supplémentaire qu'ils génèrent est assez chiant et non rémunéré. Dans certains coins, les actions des CPAM contre les pharmaciens ne facilitent pas plus les choses. De plus en plus, les





contrôles des CPAM servent davantage à embêter les professionnels qu'à favoriser les bonnes pratiques.

Les jeunes pharmaciens nouvellement installés ont plus la préoccupation de rentabiliser leur boutique que de faire de la santé publique. Attention, ce n'est pas un reproche : faire activement de la santé publique devient presque un luxe pour passionnés qui aiment le faire et peuvent se le permettre. Plus préoccupé par la gestion de sa boutique, le pharmacien lambda fera son boulot correctement mais sans plus. Et c'est compréhensible, le métier est devenu plus complexe, de plus en plus chiant. Sans vouloir faire de misérabilisme, les marges baissent, les pharmaciens sont obligés de s'associer en groupements pour tirer les prix, et d'avoir des politiques commerciales plus étayées pour maintenir la rentabilité des boutiques. Vous allez aussi avoir des gens passionnés et très engagés qui vont se donner à fond, surtout des pharmaciens qui vont mieux que d'autres car ils sont installés depuis un moment et peuvent donc faire leur métier plus confortablement. Les nouveaux doivent avant tout penser à faire du pognon et c'est normal, vu notre situation économique.

Malheureusement, tant que les actions de santé publique ne sont reconnues, ne sont pas évaluées, pas rémunérées, la professionnalisation ne suivra pas.

formations continues, donc qu'il a quitté son officine pour y aller. C'est vrai qu'il existe des formations conventionnelles continues payées par la Sécu qui indemne le pharmacien. L'addictologie en fait partie, le pharmacien peut utiliser ces actions de formation, mais beaucoup ne le savent pas encore.

#### Ne serait-ce pas aux laboratoires concernés de faire de l'information ?

S.R : Surtout pas les labos ! C'est à la profession de faire savoir, à l'Ordre et aux syndicats. Du moment qu'il existe des formations conventionnées, c'est à la profession de se mobiliser, d'expliquer le dispositif et de le promouvoir, pas besoin des labos.

#### J'évoquais les labos dans un souci d'efficacité face à l'apparente baisse de sensibilisation de la profession, mais aussi de l'opinion publique, sur les virus.

S.R : Vous me connaissez, je suis très sensibilisé à ces questions de toxicomanie, de santé publique, de VIH, VHC, RdR, je suis toujours très engagé là-dedans. Mais je vais me faire l'avocat du diable : j'arrive à comprendre que des gens ne soient pas forcément passionnés par ça. Tout le monde a ses intérêts. Certains pharmaciens sont plus mobilisés sur le diabète ou la sclérose en plaques parce qu'ils ont dans leur famille un enfant diabétique ou

droit de choisir ses engagements. C'est par contre plus réaliste à partir du moment où le truc est professionnalisé, où on n'est pas que sur de la demande des services publics. Actuellement, on fonctionne comme cela, les pouvoirs publics disent « faites, faites, faites » et après, ils nous tapent sur les doigts quand c'est à leur sens mal fait. Au bout d'un moment, on peut ne plus avoir trop envie de s'investir et de s'engager. Et il ne reste plus que les passionnés, qui le font plutôt bien.

#### Comment sortir de l'impasse ?

S.R : Il y a deux manières de voir. Soit on laisse faire les passionnés parce qu'ils le font mieux que les autres et on organise bien un réseau de passionnés. Tout cela peut marcher s'il y a suffisamment de passionnés. Ou alors on estime que ce n'est pas raisonnable, et que c'est une mission et un engagement de toute la profession. C'est un tout autre discours et dans ce cas, il faut aussi mettre des moyens pour que cela soit une vraie partie du métier, pas seulement des recommandations et du volontariat. Je suis persuadé que cela peut marcher à partir du moment où ces actions sont rémunérées, codifiées, quantifiées et font partie intégrante du métier. Le problème est là : pour les pharmaciens, ces actions sont toujours dans le cadre du bénévolat.



Cet argument semble moins pertinent pour les seringues et la faiblesse de l'information/orientation des usagers.

S.R : Oui et non. Faire de l'information suppose que le pharmacien ait été à des

un parent qui a une sclérose. C'est souvent comme cela que se construit l'intérêt. Je n'irais pas non plus jeter la pierre sur un pharmacien en lui disant « tu pourrais t'investir un petit peu plus », chacun a le

Dans les zones à faible densité de services médicaux, n'est-on pas dans l'assistance d'urgence ?

S.R : Je suis complètement d'accord avec vous, mais j'ai eu beaucoup de discussions avec mes confrères sur ce point. Les réactions sont très tranchées : « On en a marre de faire des trucs pas rémunérés pour les beaux yeux des pouvoirs publics ou de la santé publique. » C'est un discours un peu choquant. J'admets volontiers que dans le code de santé publique, la mission du pharmacien est également de faire des actions de santé publique. Je suis donc d'accord avec vous mais le message n'est pas facile à porter.

Dans une société de plus en plus dirigée par des considérations financières, il serait surprenant que les pharmaciens échappent à cette tendance mercantile...

S.R : Si les actions sont rémunérées à juste

titre puisque cela fait partie de la profession, ce n'est plus du mercantilisme. Le mercantilisme consiste à ne faire que des choses qui rapportent alors qu'il y a des choses qui ne rapportent pas qui seraient peut-être plus intelligentes à faire. Si le dossier est vraiment important, c'est le cas, et si les pouvoirs publics estiment - et cela devrait être le cas - que la promotion de la santé publique est finalement le meilleur moyen de faire gagner de l'argent à la société parce qu'on est dans la prévention de dégâts futurs, alors le calcul est très bénéficiaire. Il faut mettre les moyens. D'après moi, on trouverait une majorité de pharmaciens d'accord pour mener des actions de santé publique sur cette base.

**Pour en revenir aux usagers, que peuvent-ils faire pour améliorer leurs relations avec les pharmaciens ?**

S.R : J'ai du mal à répondre à cette question. Dans ma pratique, je reçois vraiment beaucoup d'usagers depuis une dizaine d'années, il s'est créé naturellement une sorte d'équilibre au cours des ans. Ce que nous sommes capables d'offrir en termes d'accueil, d'écoute et d'investissement, a sélectionné une partie des usagers que ça intéressait. Les moins intéressés ont été dans d'autres pharmacies. Je ne veux pas donner de leçon. J'ai un pool de plus d'une centaine d'usagers qui se répartissent de façon très harmonieuse dans mon activité professionnelle. C'est ma façon de travailler, les relations que j'ai établies dans les deux sens et aussi avec mon équipe. Tout pharmacien peut arriver à ce type de résultat. Maintenant si j'étais dans une cité avec des usagers « difficiles », des problèmes d'agression et des choses comme cela, je ne pourrais pas vous donner ce type de réponse. Nous avons réussi à gérer les rares fois où cela a été un peu tendu.

**L'ambiance du quartier n'est pas comparable à celle de Sevrans ou de la Goutte-d'Or...**

S.R : C'est pour cela que je ne peux pas me permettre de donner des leçons. Moi, j'ai offert des services, un cadre, un dialogue, une organisation claire. Il y a plein de problèmes qui trouvent ainsi leur solution.

**Certes, mais si on en croit l'étude Pharmasud, cela ne suffit sans doute pas pour améliorer rapidement une situation peu acceptable ...**

S.R : Il faut de la formation et de l'information. Si on a une meilleure information des pharmaciens et une meilleure formation sur la RdR, c'est forcément positif. En termes de médiation, il y a des coins où la Sécu pourrait un peu lever le pied. En ce qui concerne les usagers, il faut personnaliser les relations en fonction de sa clientèle, de son quartier, du charisme des membres de l'équipe et du titulaire, et cela se passe bien. Dans mon cas, cela ne me paraît pas trop compliqué mais je ne suis pas à la Goutte-d'Or mais à Strasbourg, dans un quartier pas difficile. Si le pharmacien de Sevrans arrive à avoir des relations non-conflictuelles avec ses usagers et que la Sécu ne l'emmerde pas, au bout d'un moment cela se passe bien.

**N'est-ce pas plutôt l'inverse ?**

S.R : Quand un pharmacien a des problèmes à cause d'un trop



grand nombre de prescriptions de méthadone et de Subutex®, la Sécu lui bloque les dossiers. Cela veut dire qu'il est payé au bout de cinq à six semaines au lieu de trois jours. Sur des gros volumes, ces pharmaciens sont étreints. Si ces pratiques deviennent trop fréquentes dans une région, il n'y aura plus un pharmacien qui voudra faire de la substitution. Les zones problématiques vont s'étendre. Il y a une grande méconnaissance des addictions de la part des pharmaciens et des médecins de la Sécu. Pareil pour le VIH, le VHC, la méthadone, la buprénorphine, les autres consommations, les prescriptions et les dosages, ils mélangent tout.

**Ils ne sont pas les seuls à méconnaître le sujet, ils subissent aussi des pressions hiérarchiques et politiques, le mésusage et le trafic de rue sont régulièrement dénoncés et officiellement traqués ...**

S.R : Ici aussi, un préfet s'est un jour excité. On lui avait dit qu'il y avait du trafic transfrontalier avec l'Allemagne. C'est logique vu la position géographique de Strasbourg et aussi parce qu'on trouve régulièrement près de la gare des gars qui dealent quelques comprimés de Subutex®, rien de plus. Ce n'est pas une grosse affaire. De manière générale, le pharmacien dealer est une vue de l'esprit. Il peut y avoir trois ou quatre cas limites sur 150 clients, cela ne justifie pas de sanctions, ni de harcèlement.

■ Recueilli par Laurent Appel







## CE QU'EN DISENT LES USAGERS DU FORUM

### Des heures de galère

« Mon médecin m'a fait une ordonnance et j'ai eu mon Subutex® après plusieurs heures de galère à faire plusieurs fois le tour de la ville entre les pharmacies qui n'avaient pas de Subutex®, celles qui en avaient mais fonctionnaient avec un certain nombre de traitements au Sub et n'en acceptaient pas de nouveaux, et celles qui théoriquement avaient du Sub mais actuellement plus en stock. Mais pour compenser, j'imagine qu'aujourd'hui est ma meilleure journée depuis très longtemps, une journée que je ne passe pas à penser à l'héro et à être tiraillée entre les deux extrêmes : qu'est-ce que j'attends pour en reprendre, et horreur plus jamais ça. Fin bref, désolée si je raconte un peu ma vie, mais c'est difficile de se faire autant jeter d'un peu partout dans la même journée -\_- » ■ Chrisalyde

### Pharmacien

« Juste un mot par rapport au Stéribox : quand c'est pas des regards dégoutés ou des réflexions plus que désagréables, c'est la pharmacienne qui beugle « *ils sont ou les Stéribox ?* » à sa collègue devant tous les autres clients, histoire de te foutre bien mal à l'aise.

Il y a quelques années, avant que je passe sous substitution, je passe chercher un peu de came. Comme d'hab avec ces deals, ça prend plus de temps que prévu. Une fois le truc en poche, je regarde l'heure : 18h30, je cours à la pharma la plus proche, située dans le centre bien bourgeois de ma ville. J'étais fringuée normal, genre petite étudiante (donc loin du style Bloodi). J'entre, le pharmacien, un petit vieux, me reçoit avec un « *Bonsoir Mademoiselle* », accompagné d'un charmant sourire. Je lui demande très poliment : « *Bonsoir Monsieur, un Stéribox s'il vous plaît.* » Là, le sourire bienveillant se transforme en rictus pincé, et il me répond outré : « *On fait pas de ça chez nous. Nous avons des clients respectables ici.* » Je lui ai répondu

que c'était inacceptable et dangereux, que je pouvais être contaminée... Et là il me répond : « *Tu l'auras bien cherché ! De toute façon, j'en ai rien à faire. C'est pas mon problème.* » J'allais continuer à argumenter tellement j'étais choquée. Mais il me dit « *Maintenant, tu sors d'ici ou...* », en faisant mine de prendre son téléphone pour appeler les flics. Je pense pas qu'il l'aurait fait, mais il avait sûrement envie d'impressionner les vieilles grenouilles de bénitier

présentes dans la pharma et qui me regardaient comme si j'étais en train de les contaminer par ma présence. Je me doutais bien qu'il n'avait aucun droit de faire ça. Mais vu que j'avais de la came sur moi, que toutes les pharmas allaient bientôt fermer et que j'étais déjà en manque, j'ai filé sur une autre pharma.

J'ai bien compris que pour lui, je ne faisais pas partie de sa « respectable » clientèle. Mais vous avez aussi sûrement remarqué que ce « pharmacien » est instinctivement passé au tutoiement, histoire de bien me faire comprendre que j'étais une sous-merde qui ne méritait pas une quelconque politesse. » ■ Minirach

### Il m'a jeté l'insuline par terre

« J'ai beaucoup fréquenté les pharmacies, j'ai rencontré très peu de gens « sympa » mais c'est arrivé... J'avais même un pharmacien qui, même si son officine était bourrée à craquer, prenait toujours le temps de discuter avec moi un bon moment... Ce gars m'a beaucoup aidé, mais combien de fois je me suis retrouvé face à des enfoiré(e)s qui en plus me toisaient de haut, comme si je n'étais rien d'autre qu'un chien... Je me rappellerai toujours d'un soir où, arrivant chez un pote qui avait de la came et qu'une seule seringue pour sa femme et lui, je suis parti sous la pluie à 1 heure du mat' pour rejoindre le centre ville (il habitait une banlieue de Strasbourg). J'ai trop galéré pour trouver une pharmacie de garde



et quand je suis arrivé, le gars m'a demandé 22 francs à l'époque (5 francs une seule seringue à insuline et 17 francs de tarif de garde). Je n'avais que 10 balles sur moi... Au début, le mec n'a rien voulu entendre. Je lui ai fait mon « baratin » mais que dalle, il avait vraiment envie de m'emmerder... Finalement, j'ai commencé à faire la manche devant la pharmacie, vu l'heure, j'attendais les gens qui s'pointaient pour acheter des médocs. J'ai galéré comme ça presque une heure, à ne penser qu'à une seule chose, le pet que j'allais m'envoyer... Au bout d'un moment, j'ai même eu peur que ce con n'appelle les flics. J'suis parti cacher ma bonbonne et suis revenu... Devant l'insistance de ma démarche (sachant que l'autre pharmacie de garde se trouvait de l'autre côté de la ville), il a finalement compris que je ne lâcherais pas prise. Savez vous ce qu'il a fait ce fils de pute ??? Il m'a jeté l'insuline par terre... sans même me demander les 10 francs que j'avais et en marmonnant un truc du genre « *tiens et crèves-en !!!* » ■ Sativa

### Sans me regarder

« Samedi, je suis passée à la pharmacie comme souvent pour chercher mon Sub... La première fois que je suis allée dans cette pharmacie, c'était une grande première fois et pour moi, première prescription, et pour eux, première délivrance. Avec le pharmacien, ça c'est bien passé, on a appris ensemble... Avec les autres, ça été plus dur mais je ne suis pas le genre à me laisser marcher dessus. Enfin d'habitude, et le mépris je ne supporte pas, alors je les ai remballés. Tout allait bien...

Et puis samedi, la semaine avait été longue, j'étais fatiguée... Redescende d'héro et des difficultés à équilibrer mon Sub... Je suis tombée sur une nouvelle pharmacienne, charmante de prime abord. On discute carte Vitale le sourire aux lèvres... Puis le pharmacien lui explique comment on fait avec « *ce genre de traitement* ». Ils passent derrière, et il lui montre où inscrire mes coordonnées, les photocopies à faire... Et oui, le Sub est un produit vénéneux... Mais il lui explique surtout dans quel cas on le prescrit...

Il a fallu que j'attende dix minutes devant mon comptoir qu'elle revienne après discussion avec une autre pharmacienne où leurs regards dans ma direction n'étaient pas discrets... Et là, elle refait une apparition devant moi mais sans me regarder. Elle me tend mon ordonnance mais sans me regarder, elle me demande ma carte mais sans me regarder, me la rend mais sans me regarder, elle me dit merci mais sans me regarder, elle me dit au revoir mais sans me regarder... Durant tout cet « échange », je l'ai fixée mais elle ne m'a pas regardée. Au fond de moi, je me disais, « *dis-lui, demande-lui pourquoi elle rigolait avec toi il y a 5 minutes et que maintenant, elle ne te regarde pas* ». Mais je ne pouvais pas, je n'ai pas réussi, je ressentais mon intérieur se liquéfier, je sentais les larmes monter et je n'avais qu'une envie, que ça finisse...

Je suis sortie, j'ai marché quelques mètres et je me suis effondrée en larmes. Depuis quelques temps, avec la substitution, j'ai appris à gérer les regards de pitié, de supériorité, de méchanceté, de colère... Mais l'absence de regard... Ce jour là, c'était trop. » ■ Naïv



Retrouvez les témoignages et participez au forum sur <http://www.psychosocial.fr/forum/index.php>

## PROGRAMME EXPÉRIMENTAL DÉVELOPPÉ PAR L'ASSOCIATION SAFE



### Programme d'échange de seringues par voie postale : enfin des seringues accessibles sur tout le territoire !

Parce que tout consommateur de drogues a le droit de bénéficier des outils de réduction des risques et notamment du matériel stérile gratuit, Safe met en place un service d'accès au matériel d'injection par voie postale.

### Un objectif : ne plus être dans la galère pour trouver du matériel

Ce programme est conçu pour les habitants de zones rurales, ou de villes éloignées des Caarud, mais aussi pour ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas fréquenter les lieux d'accueil.

### Comment ça marche ?

Vous avez besoin de matériels ? Contactez-nous !

Par téléphone ou par mail, nous évaluerons ensemble vos besoins et prendrons les dispositions pour vous délivrer gratuitement le matériel qui vous est nécessaire, par simple envoi postal.

Nous vous indiquerons également vers quels professionnels vous tourner pour d'autres services si vous le souhaitez. Tél. : 01 40 09 04 45 - mail : [contact@safe.asso.fr](mailto:contact@safe.asso.fr)



# QUOI DE NEUF DOC ? ALCOOL ENCORE : LA QUERELLE DU BACLOFÈNE

© Ecomusée le Creusot Montceau



J'ai commencé à prescrire du baclofène il y a environ un an après avoir lu le livre d'Ameisen. C'est cette expérience de prescription que je souhaite raconter.

Tableau mural «d'anti-alcoolisme» destiné aux écoles par le docteur Galtier-Boissière, 1895

Résumé des épisodes précédents : un brillant cardiologue franco-américain, Olivier Ameisen, devient lourdement alcoolique au point de ne plus pouvoir exercer son métier. Il tente de devenir abstinent en utilisant à peu près tout ce que l'alcoologie propose dans ce domaine : échec complet.

Féru de littérature scientifique, ce médecin malade découvre quelques données sur un vieux médicament mis sur le marché en 1974 dans une indication qui n'a, a priori, aucun rapport avec l'alcool : décontractant dans des maladies neuro-dégénératives type sclérose en plaques. Selon l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), la posologie maximale du Lioréal® – le nom commercial du médicament – est de 80 mg par jour, soit 8 comprimés dosés à 10 mg, mais peut être plus élevée dans un cadre hospitalier. Le baclofène présente peu de contre-indications et sa toxicité est faible. Il faut augmenter progressivement les doses par paliers de 30 mg par semaine. Idem si l'on veut diminuer la posologie.

Ameisen décide d'essayer le baclofène et monte à des posologies trois fois supérieures à la dose max de l'AMM. Mais ça marche. Ameisen explique qu'il est devenu « indifférent » à l'alcool. Cela signifie qu'il peut boire un verre en temps sans retomber dans des ivresses comateuses. La publication du livre d'Ameisen, au demeurant très intéressant, va faire le buzz et provoquer de violentes polémiques dans les milieux de l'alcoologie française, au point de rappeler le bon vieux temps de la bataille des pour ou contre les traitements de substitution à l'héroïne il y a une vingtaine d'années. L'histoire pourrait s'appeler : de l'utilité des usagers qui sont aussi médecins et inversement.

À l'heure où j'écris ces lignes, aucun essai rigoureux répondant aux strictes règles de la méthodologie scientifique n'a encore été publié. Mais ils sont en place, et l'on

devrait avoir les premiers résultats en 2013. En attendant, des patients cherchent des prescripteurs, ce qui n'est pas facile. Le baclofène est, en effet, doublement « hors AMM » : l'indication alcool n'existe pas et la posologie efficace est, en règle générale, très supérieure à 80 mg.

## Pas un médicament miracle

J'en viens à mon expérience de prescripteur. J'ai commencé à prescrire du baclofène à des patients qui m'en demandaient. On pourra considérer que ce critère est stupide mais il en faut bien un. Actuellement, on ne sait pas qui pourra a priori bénéficier utilement de ce traitement. En tout cas, les patients qui me demandaient du baclofène étaient forcément motivés.

Premier point, devenu banal, mais qu'il faut rappeler : alors que nous sommes si démunis en matière de pharmacothérapie de l'alcoolisme, il se passe manifestement quelque chose avec le baclofène. Pas toujours, certes, mais c'est parfois impressionnant. Exemple : je vois un patient lourdement alcoolodépendant. Dosé à 90 mg de baco, il me dit : « Vous savez, ce qui m'est arrivé hier ? Je me suis servi un whisky et je ne l'ai pas terminé. J'en ai bu la moitié et je n'ai pas eu envie de le finir. » Je lui dis : « Et alors ? » Et lui de répondre : « Mais c'est tout simplement la première fois de ma vie que ça m'arrive. »

Deuxième point : le baclofène n'est pas un médicament miracle pour un nombre non négligeable de patient(e)s, et pour deux raisons très différentes : soit parce que ça ne marche pas, soit parce qu'ils ne supportent pas le principal effet secondaire du Lioréal® : somnolence, sédation. « Docteur, je suis dans le gaz, dans la purée. » Comme tous les effets secondaires, il n'a rien d'automatique. J'ai des patients sous 150 mg de baclofène qui le supportent allègrement, d'autres qui lâchent l'affaire à 30 mg. Considérant que les

Dr Olivier Ameisen  
**LE DERNIER VERRE**



«Alors que j'avais sombré dans l'alcool, un médicament m'a libéré de l'envie compulsive de boire... Ce livre raconte ma maladie et ma guérison.»

DENOËL

# QUOI DE NEUF DOC ? ALCOOL ENCORE : LA QUERELLE DU BACLOFÈNE

posologies seront trop faibles, Ameisen critique les essais français. Il est par ailleurs persuadé qu'il existe un lien entre son hyper-anxiété et son alcoolisme. Voilà qui donne peut-être une première indication sur le profil des patients bons répondeurs.

Dans mon expérience, certains patients, plus souvent des femmes, ont arrêté le traitement à 30 ou 45 mg à cause de l'effet sédatif. Dans d'autres cas, le traitement n'a tout simplement pas marché : 30, 60, 90, 120 mg et il ne se passe rien, on abandonne.

Je reviens un instant sur la sédation. Elle pose deux problèmes sérieux : la conduite de véhicules et la capacité à remplir ses obligations professionnelles. Mais les choses sont plus compliquées qu'il n'y paraît. Un jour, je reçois une patiente qui était à 60 mg. Elle me dit : « Docteur, je suis sacrément somnolente. » Je lui réponds : « Bon, on va arrêter. » Elle se cabre : « Il n'en est pas question, je ne bois pratiquement plus. Quelle délivrance ! »

## Quatre cas de figure

J'ai fini par comprendre qu'il y avait quatre cas de figure : tout d'abord, les patients qui n'ont pas ou peu d'effets secondaires et chez qui ça marche : bingo ! Ensuite, les patients somnolents chez qui ça ne marche pas : mauvaise pioche ! Les deux cas suivants sont les plus intéressants : d'une part, les patients qui sont sédatisés mais qui diminuent ou cessent leur consommation et avec lesquels il faut alors évaluer les bénéfices et les inconvénients. D'autre part, des patients qui supportent bien le traitement mais chez qui les résultats sont décevants. Je leur propose alors de continuer à augmenter la dose et de se donner un peu de temps pour trancher.

Suite à des discussions avec mon collègue Philippe Jaury (nous avons fait connaissance au Repsud à l'époque du Temgésic...) qui connaît bien le baclofène, j'ai aussi appris qu'il fallait donner du temps au temps : « Vous êtes trop sédaté(e) à 90 mg ? On redescend à 75 ou à 60, on se donne deux ou trois semaines et on réessaye. » Deux pas en avant, un pas en arrière.

Je me permets un petit détour technique : lorsque l'on met en place un essai clinique *versus* placebo en double aveugle (ni le patient ni le médecin ne savent ce qui est donné), il y a deux manières de présen-

ter les résultats. La première consiste à ne tenir compte que des patients qui sont allés au bout de l'essai. La seconde, beaucoup plus impitoyable est dite « *en intention de traiter* ». Dans ce cas, tout patient qui n'est pas allé au bout de l'essai est considéré comme un échec. Ainsi, dans une étude dite « *empirique* » publiée en 2010 par Olivier Ameisen et Renaud de Beaurepaire portant sur 130 patients, 30 patients ne sont pas allés jusqu'au bout (18 perdus de vue, et 12 arrêts précoces liés à l'effet sédatif). Si ces 30 patients sont exclus de l'étude, on obtient 50% d'efficacité à trois mois (un résultat excellent). En intention de traiter, on tombe à 38% de succès, ce qui reste un bon résultat mais moins exaltant. Autre problème, qui se pose avec toutes les substances psychoactives (ce qui est le cas du baclofène) : très vite, la grande majorité des patients savent s'ils reçoivent le placebo ou le baclofène qui fait souvent piquer du zen. Que l'on songe un instant à un essai héroïne ou amphétamine *versus* placebo...

Avant de commencer un traitement par baclofène, j'essaie d'expliquer à mes patient(e)s que ce n'est pas un traitement miracle, qu'il faut augmenter doucement les doses, que je suis doublement hors AMM (indication et posologie), que l'effet sédatif peut rendre dangereuse la conduite de véhicules et/ou perturber l'activité professionnelle. Et, *last but not least*, que l'on ne sait pas aujourd'hui si ce traitement peut être interrompu (et quand ?) ou doit durer *ad vitam* (une question qui se pose toujours avec la méthadone après cinquante ans d'utilisation...).

La question qui m'embarrasse le plus est la suivante : environ deux patients sur trois ont un traitement psychotrope, anxiolytique (souvent BZD), hypnotique, antidépresseur, neuroleptique... Que faire de ces traitements le plus souvent sédatifs ? Les maintenir, les diminuer, les supprimer ? Je ne sais pas. Mais le baclofène risque bien de bouleverser la prise en charge de nombreux patients alcooliques, ceux qui, selon la formule de Pierre Fouquet, le père de l'alcoologie française, « *ont perdu la liberté de s'abstenir de boire* ». Merci donc au docteur Olivier Ameisen, usager de drogues. ■ Bertrand Lebeau

**L'association des utilisateurs de baclofène et sympathisants (Aubes) propose un site et un forum spécialement dédiés aux patients : <http://www.baclofene.fr>**

## QUE PENSEZ-VOUS DU BACLOFÈNE ?

*Cher Asud, avant tout, je tiens à vous remercier pour ce magazine, heureusement qu'il y a des gens comme vous qui se battent pour que les toxicomanes ou simples usagers de drogues ne soient pas considérés comme des criminels ou des gens à enfermer.*

*Cela fait environ trois ans que j'ai quitté Paris pour me mettre au vert dans le sud. « Malheureusement », je suis passée de toxicomane à alcoolique. Quand je pense que l'on fait une chasse aux sorcières aux drogues illicites et que l'alcool coule à flots, ça me rend malade. Depuis que je ne me drogue plus (je suis sous métha mais je baisse régulièrement), je bois ! Moi qui avais toujours trouvé qu'il n'y a rien de plus pitoyable qu'un ivrogne (je sais, c'est un préjugé à 2 balles, mais qui n'en a pas ?). Quoi qu'il en soit, je suis persuadée que l'alcool est l'une des drogues les plus dures qui soient.*

*Je « tourne » essentiellement au vin blanc, enfin au kir pour être plus précise. Ma consommation moyenne est d'une à deux bouteilles par jour. Le fait que je ne travaille pas en ce moment et que je viens de vivre une rupture difficile n'arrange rien mais ce qui me tue, c'est que j'ai quand même goutté pas mal de substances, mais l'alcool est une vraie horreur pour toute personne qui a déjà un tempérament d'addict. J'ai lâché une addiction pour me retrouver avec une autre qui me semble presque pire, car elle tue à petit feu...*

*Une copine m'a dit récemment que « le vin blanc est la coke du pauvre », je commence à croire qu'elle a raison. Voilà, tout ça pour pousser un p'tit coup de gueule. Quand je pense qu'on envoie des fumeurs de ganja en taule d'un côté et que de l'autre on vend des alcools arrangés à la limonade sucrée, etc., destinés aux ados alors que la vente d'alcool est soi-disant « interdite aux mineurs », ça m'écoeure gravement. Je n'arrive pas à croire une telle hypocrisie qui est pourtant bien réelle.*

*Simon, j'avais une question à vous poser : Que pensez-vous du baclofène ? Une connaissance qui a commencé ce traitement m'a dit qu'il n'y avait pas d'histoire de volonté pour arrêter de boire, il suffit d'attendre d'être au bon dosage. Cela me paraît un peu idyllique.*

*J'ai lu quelques témoignages et apparemment, ce traitement a marché dans des cas assez désespérés. De plus, la personne pourrait continuer à boire modérément. Mais arrêter sans volonté est-ce possible ?*

*Le traitement a l'air assez contraignant mais bon, vaut peut-être mieux ça que de se retrouver entre quatre planches. Si vous avez des infos, merci. Bise à toute l'équipe d'Asud ! Vive nous ! Vive vous ! ■ Karnage Girl*





Expert en usage de substances et en technologies de l'information, directeur de la Fondation Drugtext, Mario Lap revient sur l'arrivée de l'héroïne aux Pays-Bas, la riposte du gouvernement et de la société, et sur un mode de consommation – chasser le dragon – qui ont permis aux usagers néerlandais d'échapper aux conséquences dramatiques de l'épidémie de VIH et de la prohibition.

**A**vant 1970, la consommation non-médicale d'opiacés aux Pays-Bas se cantonnait essentiellement aux membres de la profession médicale (docteurs, infirmières, pharmaciens)<sup>1</sup> qui prenaient de la morphine et du Palfium®, et à ceux de la communauté chinoise qui fumaient de l'opium dans des fumeries comme dans le Binnen Bantammerstraat d'Amsterdam. L'usage non-médical d'opiacés existait également dans l'ancienne colonie des Indes néerlandaises (l'actuelle Indonésie, indépendante depuis 1948), où les Néerlandais ont maintenu un monopole sur l'opium et la cocaïne principalement pour l'exportation<sup>2</sup>.

Inde ou en Extrême-Orient avec des expériences de consommation d'opiacés, parfois une dépendance

- Les déserteurs et vétérans américains de la guerre du Vietnam vivant à Amsterdam, qui consommaient et dealaient de l'héroïne après l'avoir cédée gratuitement pour appâter
- Les touristes et amis étrangers introduisant la substance
- La disponibilité d'une héroïne de bonne qualité à un prix relativement bas, via le syndicat chinois du crime organisé (les Triades) et d'autres canaux

• Le pays en lui-même, ses ports (Amsterdam, Rotterdam) et son aéroport international, assurant des connexions directes et régulières avec les pays producteurs d'opiacés. À l'époque, environ 70% de l'héroïne provenaient du Triangle d'Or<sup>5</sup>.

À ses débuts, l'usage d'héroïne était généralement intraveineux et ceux qui sniffaient étaient considérés comme des chochottes par les injecteurs. D'unique-ment blanche au départ, elle devint disponible sous deux formes en un ou deux ans : l'héroïne blanche<sup>6</sup> et l'héroïne beige/marron, couleur qui valu à cette dernière le

## 1970-1973 : l'héroïne entre en scène

Il y a très peu de littérature fiable sur les débuts de l'héroïne aux Pays-Bas<sup>3</sup> où regorgent par contre les histoires sensationnelles. Exemple du dernier type d'histoire en date : des agents américains (la CIA) auraient introduit l'héroïne sur la scène d'Amsterdam en 1971, en la donnant gratuitement pendant quelque temps avant de demander de l'argent. Différents facteurs expliquent l'arrivée de l'héroïne sur la scène néerlandaise<sup>4</sup> :

- Les membres du milieu branché de la scène artistique et étudiante d'Amsterdam, qui rentraient de leur voyage en



# INTERNATIONAL SERINGUES & DRAGONS

surnom de « *brown sugar* »<sup>7</sup>. Injecter ce « sucre brun » nécessitait d'y adjoindre de l'acide citrique. Au début des années 1970, l'héroïne était rarement fumée.

La première grande scène de consommation d'héroïne d'Amsterdam fut une communauté hippie d'artistes et de musiciens majoritairement Français, Hollandais et Américains squattant un ancien monastère du Keizersgracht et une ferme française de la région de Tours. Nico, la chanteuse du *Velvet Underground*, était probablement le membre le plus connu de cette communauté.

	1971	1971	1976	1976	1977	1977
	KG opium prod.		KG opium prod.		KG opium prod.	
<b>Afghanistan</b>	150.000	8	300.000	9	300.000	8
<b>Birmanie</b>	1.000.000	53	2.200.000	63	2.400.000	63
<b>Inde</b>	300.000	16	400.000	11	400.000	10
<b>Laos</b>	40.000	2	55.000	1,5	45.000	1,3
<b>Mexique</b>	5.000	0,25	60.000	1,7	90.000	3,5
<b>Népal</b>	—	—	10.000	0,2	10.000	0,3
<b>Pakistan</b>	200.000	10	250.000	7	260.000	7
<b>Thaïlande</b>	150.000	8	200.000	6	210.000	6
<b>Turquie</b>	50.000	2,5	55.000	1,5	65.000	1,8
	5.000	0,25	5.000	0,1	5.000	0,1
	<b>1.900.000</b>	<b>100</b>	<b>3.500.000</b>	<b>100</b>	<b>4.000.000</b>	<b>100</b>

Production mondiale d'opium entre 1971 et 1977 (Source SDI 1977)

## L'immigration surinamienne

Avant d'évoquer la réaction du gouvernement et de la société face au « phénomène héroïne » et à ses aspects comme la dépendance ou les délits mineurs, un autre processus mérite d'être expliqué. Ayant pris place plus ou moins en même temps, il jouera rapidement un rôle important dans ce qui sera désormais considéré comme « le problème de l'héroïne » aux Pays-Bas.

Ancienne colonie néerlandaise, le Surinam (ou Guyane néerlandaise)<sup>8</sup> obtient son indépendance en 1975. Poussée par des raisons économiques et par l'incertitude concernant l'avenir du nouvel État, une grande partie de sa population (300 000 personnes environ) quitte le pays pour venir vivre aux Pays-Bas. En 1984, un coup d'État militaire suivi du meurtre de quelques journalistes, leaders syndicaux et avocats et par une guerre civile conduit davantage de Surinamiens à fuir leur pays. Le Surinam était alors dirigé par un responsable de l'armée, Dési Bouterse, l'actuel président élu, qui est à la fois responsable de meurtres et accusé de vaste trafic international de cocaïne par les États-Unis et les Pays-Bas.

Certains de ces nouveaux immigrants étant impliqués dans le petit trafic de rue (appelé « *Hussling* ») et dans la consommation d'héroïne<sup>9</sup>, les Surinamiens devinrent bientôt une part importante des consommateurs d'héroïne aux Pays-Bas. Mais aucun d'entre eux ou presque n'injectait le produit. Ils le fumaient ou le « chassaient » (voir plus bas). Expliquer complètement ce phénomène nécessiterait un long discours anthropologique. Je m'en tiendrai donc à la raison suivante : l'injection en elle-même, mais surtout l'auto-administration de drogue par injection, étant un véritable tabou dans la culture créole surinamienne, les rares injecteurs étaient exclus de la scène surinamienne pour finir dans la scène « blanche ». Réintégrer la scène surinamienne, voire la communauté, impliquait d'arrêter d'injecter l'héroïne et de se mettre à la fumer, la sniffer ou la chasser.

*Chasser, le principal mode de consommation de l'héroïne aux Pays-Bas où l'injection est devenue une exception.*

## Chasser le dragon

Chasser le dragon (*Chinezen* en néerlandais) est un mode d'usage ou un rituel de consommation de l'héroïne dont la meilleure description est « *d'inhaler les vapeurs d'héroïne à l'aide d'un tube, en la chauffant jusqu'à liquéfaction sur du papier d'aluminium* »<sup>10,11</sup>. On dit souvent fumer alors qu'il s'agit en fait d'aspirer les vapeurs (voir *Asud-Journal* n°44).

Chasser le dragon est aujourd'hui et de loin le principal mode de consommation de l'héroïne aux Pays-Bas où l'injection est devenue une exception. Comment et pourquoi alors que l'injection reste le mode d'usage privilégié partout ailleurs en Europe ?

D'abord, comme on l'a vu, parce que c'était déjà le mode majoritaire d'administration chez les Surinamiens, une pratique apprise des dealers et usagers chinois. Un exemple de ce que l'on appelle la diffusion primaire du rituel de la chasse au dragon<sup>12</sup>. Mais les usagers d'autres minorités néerlandaises, les Moluques ou les Ambonésiens (enfants de soldats des anciennes colonies de l'archipel indonésien) ne recouraient pas non plus à l'injection. Comme les Surinamiens, ils préféraient chasser le dragon. Et la pratique s'est peu à peu propagée à d'autres poches d'usagers ou scènes de consommation. Une seconde vague de diffusion de ce rituel rendue possible et facilitée par différents facteurs :

- Les problèmes veineux rencontrés par les injecteurs qui cherchaient un autre mode d'administration
- La disponibilité pratiquement constante d'héroïne pouvant être chassée
- Les prix relativement bas et la bonne qualité de l'héroïne « chassable »
- Les échanges entre les différents groupes et scènes de consommation d'héroïne aux Pays-Bas
- Et la peur des overdoses et d'autres risques associés à l'injection.





## Le principe d'opportunité

L'usage de drogue en tant que tel – y compris l'usage d'héroïne – n'a jamais été et n'est toujours pas considéré de nos jours comme un crime aux Pays-Bas<sup>13</sup>. Mais comme il est évidemment impossible de consommer de l'héroïne sans en posséder, je vais tenter d'expliquer la législation néerlandaise en matière de stupéfiants, l'*Opiumwet*, en particulier le changement intervenu en 1976. Et de décrire également quelques initiatives et événements marquants de la société néerlandaise dans les années soixante-dix<sup>14</sup>.

Selon l'article 10.6 de l'*Opiumwet*, la possession d'héroïne pour consommation personnelle est passible d'un an maximum d'emprisonnement. Mais les directives du ministère public ont permis d'établir une définition de « *la possession d'une quantité limitée pour la consommation personnelle* », limite fixée à 0,5 gramme dans le cas de l'héroïne. Les autorités policières et judiciaires s'abstiennent généralement de poursuites pour possession de telles quantités, autorisant à en conclure que l'usage d'héroïne est décriminalisé aux Pays-Bas. Comment et pourquoi ?

Arrêter quelqu'un pour simple possession, disons d'un gramme, d'héroïne ne rendra pas le policier moyen plus populaire auprès de son supérieur hiérarchique ou de l'opinion publique : l'interpellé ne sera pas présenté devant un tribunal et finira par être relâché, ayant encore plus besoin d'héroïne que du seul gramme saisi. Une libération qui s'accompagne donc souvent de petits (mais contraires) délits destinés à se procurer la nouvelle héroïne.

Mais arrêter quelqu'un avec un gramme d'héroïne après l'avoir vu en vendre, même de petites quantités, est totalement différent. Le trafic est généralement poursuivi, même si les quantités saisies ne sont pas importantes<sup>15</sup>.

Élément clé du droit pénal et de la politique des drogues néerlandais, le dispositif légal à la base de cette pratique s'appelle le principe d'opportunité<sup>16</sup>.

## Laisser-faire et expérimentations

Comprendre l'environnement dans lequel les événements ont pris place nécessite de tenir compte du climat libéral insufflé par les années soixante aux Pays-Bas, particulièrement à Amsterdam où la tolérance des comportements « déviants » est peu à peu devenue la norme. Au même moment, l'héroïne a commencé à être considérée comme un problème de société mais surtout de santé publique qui a atteint son apogée à la fin des années soixante-dix. Un contexte qui a vu naître plusieurs initiatives progressistes, par exemple dans le travail de sensibilisation des jeunes ou dans le domaine des traitements.

Les exemples les plus marquants en sont les projets Princenhof (de jour et de nuit), qui a démarré en 1971, et HUK (*Huiskamer* = salon), lancé en 1974 par Erik Fromberg. Tous deux combinaient bas seuil de soins et point de rencontre pour les usagers. En termes actuels, il s'agissait des premiers projets de salles de consommation où l'usage (par voie injectable ou non) était autorisé et surveillé par des pairs et un staff comprenant des infirmières. Un « *House dealer* » était souvent admis pour assurer un minimum de contrôle sur l'héroïne consommée par les visiteurs.

Bien qu'il n'ait pas duré, le projet HUK a été suivi d'autres initiatives similaires comme à Rotterdam (Paulus Church,

1982)<sup>17</sup> tandis que Princenhof s'est d'abord transformé en hébergement/lieu de soins de nuit avant d'être intégré à la plus grande salle de consommation d'Amsterdam. Il fait aujourd'hui partie des programmes de la Fondation Rainbow qui gère également un programme d'échange de seringues et un abri dans le quartier Rouge d'Amsterdam<sup>18</sup>.

Les différents traitements méthadone et programmes de sevrage mis en place aux Pays-Bas dans les années soixante-dix ne seront pas abordés ici mais font l'objet d'une large littérature aisément disponible<sup>19</sup>. Quant à l'histoire et au développement des organisations d'usagers néerlandais comme le Junkiebond, LSD et MDHG, ils seront évoqués dans un prochain article basé sur la documentation de l'époque, la littérature « grise » (recherches, rapports, etc.), et sur des interviews.

Reste enfin à citer deux importantes commissions : la Commission Hulsman<sup>20</sup> initiée en 1971 par la société civile et la



Commission Baan<sup>21</sup> mise en place en 1972 par le gouvernement, qui ont toutes deux contribué au changement de loi intervenu en 1976 et aux nombreux symposiums, courriers, commissions et autres articles appelant à la mise en place d'un programme d'héroïne médicalisée. Il faudra en fait attendre 1996 pour qu'un tel programme voie le jour, encouragé par l'exemple et les résultats suisses<sup>22</sup>. Alors que l'âge moyen des consommateurs d'héroïne dépasse désormais les cinquante ans aux Pays-Bas<sup>23</sup>, ce programme dispense au choix de l'héroïne injectable ou « chassable » à ses clients.

## Les bienfaits conjugués d'une politique et d'un mode de consommation

Alors qu'une répression plus féroce se solde, elle, par des méthodes plus risquées, l'exemple néerlandais montre qu'une moindre répression de l'usage d'héroïne se traduit essentiellement par des modes d'administration moins risqués. Parallèlement, cette baisse de la répression n'a pas entraîné de hausse du nombre d'usagers. Bien au contraire : aux Pays-Bas, la consommation d'héroïne est surtout devenue un problème pour les soins gériatriques.

Sans soutenir un quelconque jugement moral qui verrait, par exemple, dans l'auto-administration d'héroïne par injection ou dans l'injection en tant que telle une sorte d'automutilation, chasser l'héroïne est généralement un mode de consommation plus sûr que l'injection. Les données épidémiologiques néerlandaises<sup>24</sup> comme l'état général de l'usager moyen d'héroïne aux Pays-Bas soutiennent cet argument, mais restent évidemment ouverts à discussion.

Cet exemple montre également que tout ce qui vient des pairs, de la mode ou de la culture est beaucoup plus efficace que n'importe quelle politique, législation ou programme de prévention. Rien, aucune politique ou programme de prévention, n'a été fait pour inciter les usagers d'héroïne à passer de la seringue à chasser le dragon. Sans le savoir à l'époque, les Pays-Bas ont simplement eu beaucoup de chance. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne peut rien faire. Au contraire : une information adaptée, non stigmatisante, et des services de soins bas seuil associés à la décriminalisation de l'usage sont indispensables à toute politique des drogues destinée à améliorer la santé et à réduire les risques liés à l'usage de substances.

Promouvoir la chasse au dragon pour réduire les risques peut être une stratégie potentiellement utile mais qui dépend aussi fortement de la disponibilité d'héroïne « chassable », à des prix relativement bas et dans un contexte de faible répression. Changer les rituels de modes de consommation à l'aide de programmes et services destinés aux usagers de drogues est un challenge important qu'il ne faut pas sous-estimer<sup>25</sup>.

Bien qu'une régulation efficace de l'héroïne ne soit ici pas le sujet, on peut conclure qu'il est aussi difficile de distinguer le mal du remède dans la relation entre héroïne et droit pénal. Le droit administratif médical est par nature mieux adapté aux questions de santé publique tel l'usage de substances, et la politique néerlandaise n'est qu'un exemple d'une manière pour l'État de limiter les dégâts dans les situations à risque qu'il a lui-même créées.

Enfin, l'héroïne étant désormais considérée comme démodée, ringarde, voire comme une drogue de losers par la jeunesse néerlandaise, et aucun jeune consommateur d'héroïne n'étant apparu depuis des

années, qu'en prévoir pour l'avenir ? Rien ou presque. Si l'héroïne redevenait tout à coup branchée, en vogue et à la mode, aucune politique ne pourrait y faire grand-chose. ■ Mario Lap (<http://drugtext.org>)

1. Le terme "personnes ayant accès" est une bonne description de ce groupe. Le livre et le film *Dokter Pulver zaait papavers* (*Doctor Pulver sows poppies*) offrent une plongée intéressante dans l'usage de morphine parmi les classes aisées et les milieux politiques néerlandaise dans les années cinquante et soixante.
2. *Wettig Opium* (*Legal Opium*) de van Vugt, donne une excellente description de l'histoire du monopole néerlandais aux Indes néerlandaises (Indonésie).
3. Cette description des circonstances et événements du début des années 1970 est essentiellement basée sur les souvenirs et les travaux de Mario Lap, de ses amis et de ses anciens collègues, Erik Fromberg et Franz Trautmann. Mais toutes les opinions exprimées n'engagent que l'auteur.
4. *National Heroin Symposium* (*Nationaal heroine symposium*), 1977, page 33.
5. Voir tableau, production mondiale d'opium 1971-1977.
6. L'héroïne blanche arrivait surtout via les connexions chinoises à Amsterdam.
7. Héroïne beige ou grisâtre que l'on décrit aussi souvent comme de la morphine-base.
8. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Suriname>
9. *Opiate use among Surinam youngsters in the Netherlands*, *Stichting Srefidensie*, 1977 : *Problematisch drugsgebruik onder migranten* (*Problematic drug use by migrants*), Min v CRM, 1977. La plupart des usagers Surinamiens étaient essentiellement issus de la communauté créole (blanche et noire), beaucoup moins des autres groupes (Hindous, Indiens, Boers et Javanais) constituant la population surinamienne vivant aux Pays-Bas.
10. *From Chasing the Dragon to Chinezen* (chapitre 2.1.1), Peter Blanken & Jean-Paul Grund
11. *Dancing on, The Switch*, John Peter Kools, 1995.
12. *From chasing the dragon to chinezen* (chap. 3.1 A), *ibid.*
13. *Opiumwet 1919, Opiumwet 1928 amendé en 1953, 1956 et considérablement en 1976.*
14. Un autre article expliquera prochainement l'histoire de la décriminalisation des drogues aux Pays-Bas, la séparation des marchés et les autres aspects de la politique de réduction des risques aux Pays-Bas.
15. Erik Fromberg et Mario Lap donnent depuis plusieurs années des cours sur l'usage de substances et la dépendance au *National Dutch Police Education Institute*.
16. Les poursuites engagées par la police ou le ministère public sont basées sur des priorités comme l'ordre ou l'intérêt public, etc.
17. *Dealers, Dice and Dope*, Mario Lap, IJDP,

1995.

18. <http://www.deregenboog.org/content/index.html>
19. [http://www.ccbh.nl/rapport\\_engels\\_html/chapter1/14.htm](http://www.ccbh.nl/rapport_engels_html/chapter1/14.htm)
20. Rapport Hulsman : <http://www.drugtext.nl/Overheids-en-adviescommissies/hulsmanrapport.html>
21. Rapport Baan: <http://www.drugtext.nl/Overheids-en-adviescommissies/achtergronden-en-risicos-van-druggebruik.html>
22. *Heroïne op Medisch voorschrift* (*Commonly known as Heroin Assisted Treatment*), J. van der Stel, Centrale Commissie behandeling heropineverslaafden, 2010.
23. *National Drugs Monitor, 2009* (<http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/projecten/41/9/41-901-ndm-jaarbericht-2009>).
24. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>
25. <http://www.drugtext.org/Opiates-heroin-methadone/benefits-of-heroin-chasing-campaign-as-a-harm-reduction-tool.html>

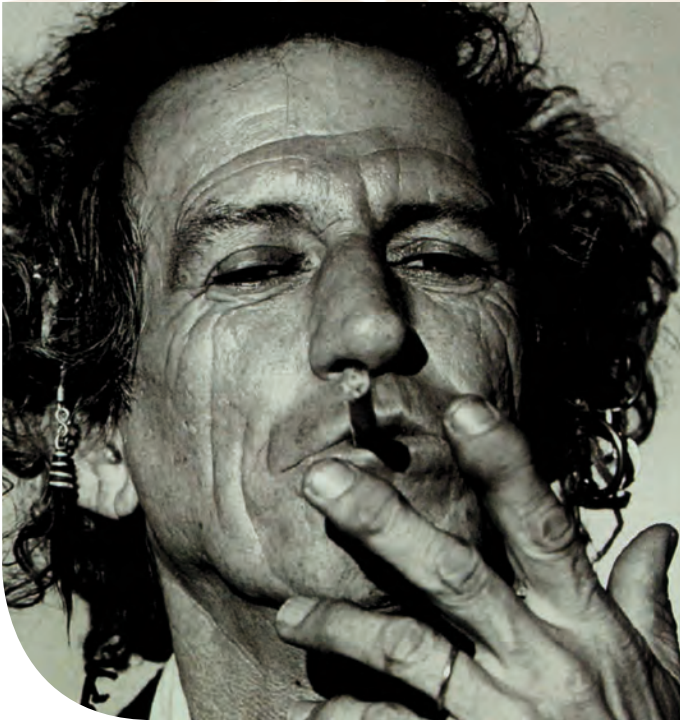
## Bibliographie

- *Epidemiology of Opiate Addiction in the USA*, Ball & Chambers, 1966  
<http://www.drugtext.org/Table/Epidemiology-of-Opiate-Addiction-in-United-States/>
- *Opium and the people*, Berridge & Edwards 1981 <http://www.drugtext.org/Table/Opium-and-the-People/>
- *From Chasing the Dragon to Chinezen*, Peter Blanken, J-P Grund  
<http://www.drugtext.org/Table/From-Chasing-the-Dragon-to-Chinezen/>
- *Report Contact Center Foundation* (Verslag stichting Kontakt Sentra), Drs. E. Fromberg, 1976 (hollandais)
- *Drug use as a social ritual*, J-P Grund, 1993 <http://www.drugtext.org/Table/Drug-Use-as-a-Social-Ritual/>
- *HIV risk behavior among injecting drug users*, Christina Hartgers, 1997  
<http://www.drugtext.org/Table/HIV-risk-behavior-among-injecting-drug-users/>
- *Dancing on, The Switch*, John Peter Kools, 1995
- *Waiting for the Man*, Harry Shapiro, 1999, Helter Skelter
- *Tages und Nachtzentrum «Het Princenhof»* Amsterdam (Day and Night Center The Princenhof, Amsterdam), Franz Trautmann in: Krauß, G.M./Steffan, W., « ... nichts mehr reindrücken ». *Drogenarbeit die nicht bevormundet*, Weinheim/Basel 1985, S. 73-82. (allemand)
- *The Drugtakers*, Jock Young 1971 <http://www.drugtext.org/Table/The-Drugtakers/>
- *Drugs, Set and Setting*, Norman Zinberg <http://www.drugtext.org/Table/Drug-Set-and-Setting/>





DR



## LIFE KEITH RICHARDS

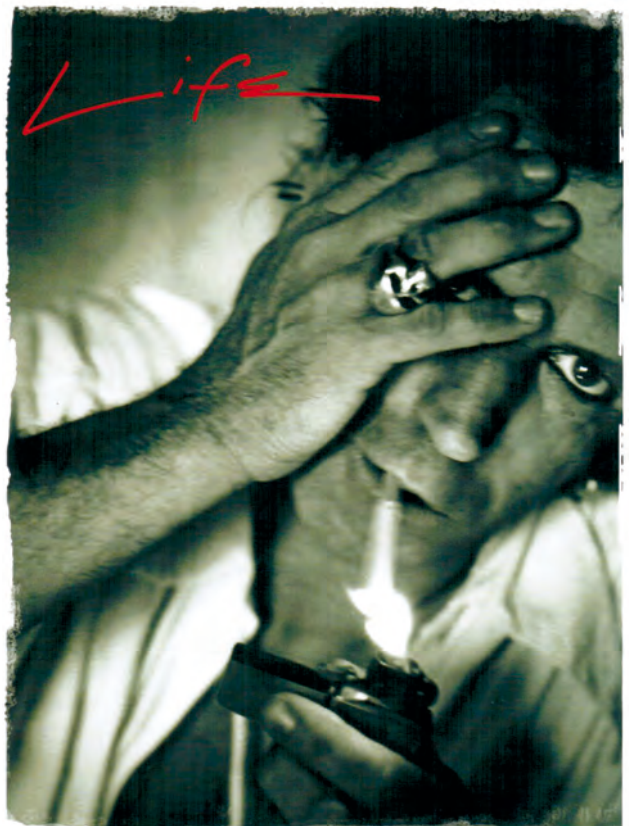
ROBERT LAFFONT, 2010 (663 p.)

Écrite en collaboration avec James Fox, ex-journaliste au *Sunday Times*, l'autobiographie de Keith Richards sonne comme un riff qu'on a envie de réécouter. Ou comment un petit gars de la banlieue de Londres et ses deux potes, Mick et Brian, ont mis le feu à la planète et élevé au rang de mythe l'une des figures les plus considérables de la fin du XX<sup>e</sup> siècle : la rock star.

Comme il l'annonce d'emblée, Keith se souvient de tout et l'on se retrouve tout de suite à Dartford, banlieue est de Londres, dans l'Angleterre pauvre des années cinquante. Keith rentre de l'école et, comme tous les soirs, il se fait casser la gueule par un malabar qui l'attend au coin d'une rue. Vu son format gringalet, ça lui cuite aussi à l'école mais une fois rentré chez lui, Keith ne se plaint pas. Ce n'est pas le genre de la maison et surtout de Doris, sa mère, une beauté blonde âpre au travail qui élève son fils unique à la dure (elle tue son chat parce qu'« *il pissait partout* »). Un jour, Keith voit rouge, trouve le coup qui fait mal et prend le dessus. Il devient protecteur des faibles et retient la leçon : dans la vie, mieux vaut être sur ses gardes, d'où une agilité certaine au lancer de couteau et un goût prononcé pour les armes à feu. « *Je ne compte pas le nombre de fois où j'ai tiré un coup de feu dans un hôtel.* »

Les années d'avant la gloire sont les plus intéressantes de la biographie. À travers l'histoire de sa famille, Keith brosse une véritable sociologie de la classe laborieuse anglaise de l'après-guerre : il décrit son quartier, entre ville et marais, ses parents, entre petits boulots (sa mère est démonstratrice en machines à laver) et usine (son père est contremaître, « *un bosseur dément, toujours à gratter pour vingt sacs et quelques par semaine* »), le tout dans des décors sordides portant encore les stigmates de la guerre. Sans oublier le climat, qui n'arrange rien : « *Dartford était le dépotoir de tout ce dont le reste du pays ne voulait pas : hôpitaux pour maladies infectieuses, léproseries, poudreries, asiles de dingue... Il y avait du brouillard pendant presque tout l'hiver et les chiens te guidaient quand tu devais faire trois ou quatre bornes pour rentrer chez toi.* » Mais dans le Fog, une embellie : la bohème de sa famille côté maternel et le talent musical de Gus, son grand-père, un violoniste qui dirigeait un petit orchestre portant son nom. La guitare, Keith l'a longtemps regardée avant de la toucher. Elle était posée sur le buffet de la salle à manger chez ses grands-parents, tel un message subliminal. Un jour, Gus lui donne le droit de la prendre :

« *C'est seulement après sa mort que j'ai découvert que, pendant tout ce temps, il ne la sortait et ne l'installait à cette place que quand je venais. C'était une tentation dont je n'avais pas conscience.* » Dès le premier contact, une passion dévorante s'empare de Keith. Cinquante ans plus tard, un de ses collaborateurs témoigne du lien amoureux que l'idole entretient avec son instrument : « *Il lui arrive de s'arrêter net, de tenir sa guitare devant ses yeux et de la contempler un moment, comme ça. Bluffé. Déconcerté. Comme devant tout ce que notre univers a de grandiose, la femme, la religion, le ciel...* »



## Devenir noirs

À l'adolescence, Keith croise Mick à la gare de Dartford avec les mêmes vinyles sous le bras que lui. Leur truc, c'est le blues de Chicago qui passe sur les ondes de Radio Luxembourg et fait son apparition dans les clubs londoniens. Bien qu'ils ne soient pas du même milieu (Mick venant du quartier petit bourgeois de la ville), les deux ados fusionnent et travaillent comme des acharnés, Keith à la guitare et Mick au chant, pour s'approcher de leurs modèles, entrer dans l'esprit du blues et même, devenir noirs. La légende des Stones commence par l'histoire de deux kids qui voulaient être blacks. Quand ils débent dans les clubs, ils ne tardent pas à casser la baraque. C'est Mick qui chauffe la salle (surtout les filles) en chantant et en bougeant. « *Il fallait le voir, se souvient Keith, quand il faisait ses petits pas, on aurait dit une danseuse espagnole.* » La rencontre avec Brian Jones décuple la folie créatrice des futurs Stones. Elle fait aussi pas mal de victimes collatérales, à commencer par l'appartement qu'ils partagent, transformé en pétaudière suite au petit jeu entre les trois à qui sera le plus dégueulasse. Entre eux, c'est magique, les morceaux jaillissent comme des feux d'artifice et mettent le public en transe. Un jour, Keith est happé par une bande de groupies à la sortie d'un concert : il perd connaissance avant d'être exfiltré par la police. En 1962, le groupe est formé et sort son premier vinyle. En quelques semaines, il monte en audience jusqu'à dépasser les Beatles. Une première tournée américaine s'ensuit, les Rolling Stones sont en voie de devenir les plus grosses rock stars de l'histoire de la musique.

## Junkie bourré de fric

Avec la gloire, les frères deviennent ennemis. C'est d'abord la sortie de Brian Jones qui mourra trois semaines après que Mick et Keith sont venus lui annoncer, de manière un peu lâche et pour des raisons plutôt basses, son éviction du groupe. Il est vite remplacé par Mick Taylor mais le fossé ne cessera désormais de se creuser entre les deux fondateurs du groupe. Mick se plait avec les jet-setteurs et autres aristos qui se pressent autour

d'eux, Keith cultive sa marginalité, surtout que la dope a fait son entrée dans sa vie. Aux États-Unis, il aime aller « *de l'autre côté de la ligne de chemin de fer* », dans les quartiers noirs où il retrouve les musiciens qu'il admire et où les petites sœurs lui ouvrent leur lits. Les mères, quant à elles, lui font la cuisine et le bichonnent comme un fils. Keith se recrée la même ambiance familiale en Jamaïque, où il fusionne avec des musiciens du cru, les futurs Wingless Angels. Maman noire, mais papa juif : dans sa vie de SDF junkie mais néanmoins rock star bourrée de fric (dixit), Freddie Sessler, un ancien gamin rescapé du ghetto de Varsovie, lui sert de fournisseur attitré et bien plus encore : « *Pendant dix ou quinze ans il a été pour moi une sorte de deuxième père, et il*



*ne s'en doutait probablement pas. J'ai aussitôt reconnu quelque chose en lui.* »

Le couple que Keith forme avec Anita Pallenberg donne lieu à quelques pages hautes en couleur, où l'on apprend que le mannequin avec qui il a eu trois gosses était tellement junkie qu'elle en arrachait avec les ongles les plinthes et les moulures des palaces où ils séjournaient à la recherche de la planque laissée par un supposé précédent client trafiquant de drogue. S'ensuivent les récits délirants de quelques démêlés avec la justice rendus sur un mode qui n'a rien à envier à Hunter Thompson.

La soif de Keith pour la musique semble inextinguible : « *J'ai pu me défaire de la drogue, jamais de musique.* » Docteur es-blues, il entraîne le lecteur dans le labyrinthe de

la musique noire américaine d'avant et après guerre, commente chaque accord de guitare et chaque place de doigt sur la corde des Muddy Waters et autres Robert Johnson qu'il essaye, pendant des heures, de reproduire. De *Satisfaction* à *Bridges to Babylon*, la gestation de chacun des albums du groupe est retracée de l'intérieur au prix du démontage de quelques légendes : *Jumpin' Jack Flash* n'est ainsi pas une allusion à l'héroïne mais simplement une référence au jardinier de Mick, Jack, qui se déplaçait toujours en sautillant. Keith fait aussi la tournée des tournées, notamment celle de 1972, surnommée la STP (*Stones Touring Party*) : émeutes, sexe, ultra-défonce, descentes de police et foules en délire garantis...

## Famille et amitié

Prolo à la liberté aristocratique, Keith a une vision toute personnelle du standing de la rock star : à presque soixante-dix ans, son plat favori demeure les saucisses-purée qu'il se cuisine lui-même la nuit (il donne la recette) et sa garde rapprochée est toujours composée de ses vieux potes déjantés : « *Je ne sais pas pourquoi mais j'ai l'impression que tous mes amis proches sont allés en zonzon à un moment où à un autre de leur existence.* » Lettré avec ça : dévoreur de livres, Keith lit la Bible et a même donné le titre d'un psaume à

l'un des morceaux du groupe : *Thief in the Night*. Quelques lettres de lui, reproduites dans le livre, font regretter qu'il n'ait écrit que des chansons.

Affectueux et affectif, Keith aime l'amitié et la famille. Il réserve la dernière page de son livre à la mort de sa mère, quelques lignes émouvantes où la rock star disparaît derrière le petit garçon de Dartford. Ah, oui ! Le plus important : Keith n'est pas tombé d'un cocotier en 2006, chute qui causa l'annulation de la tournée mondiale des Stones, mais d'« *un arbre bas et tout couché par le vent* ». Ceux qui ne liront pas le livre pourront quand même faire genre dans les salons : c'est au chapitre 13, p. 633.

■ Marion Plessis





D.R.



## LIMITLESS NEIL BURGER 2011

Le film dont la drogue est le héros. Environ un million de personnes sont allées voir ce long-métrage et probablement quelques milliers l'auront téléchargé. Quel jugement (moral) ont porté ces spectateurs sur ces presque deux heures de présentation sous un jour globalement favorable du NZT, une drogue imaginaire ? Certes, le scénario qui respecte les canons hollywoodiens peut se voir comme un énième film d'action aux multiples rebondissements, une banale histoire de valise pleine de drogues qui attirerait les convoitises. Sauf que cette fois-ci, la drogue est convoitée non pour sa revente mais pour sa consommation. Bien que mettant en scène des consommateurs de psychotropes, *Requiem for a Dream* (Darren Aronofsky) et *Las Vegas Parano* (Terry Gilliam) n'ont jamais, malgré leurs indéniables qualités cinématographiques, dépassé les 300 000 entrées. *Limitless* n'est pas un chef d'œuvre et ses qualités artistiques sont en deçà.

Les Français auraient-ils enfin transgressé un tabou en osant s'identifier à un « toxicomane » ? Malheureusement, non. L'originalité de ce film, ou plutôt du roman *Champs de ténèbres* (Alan Glynn) dont est tirée l'histoire, vient de la nature de l'effet principal du NZT : développer votre aptitude à comprendre et à intégrer le système capitaliste actuel. Quand tous les films de drogués décrivent un univers marginal et/ou déviant, celui-ci vous narre au contraire le chemin vers une conformiste perfection. On a droit à tous les canons de la réussite professionnelle, matérielle, sexuelle et intellectuelle.

Eddie Mora est un loser new-yorkais. Ado attardé de trente-cinq ans jouant à l'écrivain et piètre fiancé, il rêve du coup de génie qui lui permettra de vivre le rêve américain : amour, gloire

et beauté. Subitement à la tête d'un stock de NZT, le voilà transformé en golden boy arrogant et séducteur à qui tout réussit. Après deux opus de *Very Bad Trip*, Bradley Cooper se forge une spécialité d'incarner à l'écran l'archétype du drogué socialement intégré. Et c'est tant mieux, car il excelle dans ce personnage de trentenaire sympa et performant, perpétuellement sous coke aussi classe que cool. Mais aux États-Unis, intelligence rime avec assurance.

Car si le NZT – qui rend incroyablement intelligent – devait être un stupéfiant bien réel, ce serait sans doute la cocaïne, qui rend incroyablement sûr de soi. Impossible de ne pas faire l'amalgame. Le film montre aussi les effets secondaires du produit : dépendance, craving, insomnies, perte de mémoire, risques sanitaires à long terme. Mora est successivement confronté à chacun d'eux. Sans lui faire la morale, le scénario accouche au contraire de stratégies de réduction des risques : meilleur dosage, protocole de sevrage autogéré, contrôle de la production et de la qualité du produit... Si les interprétations



philosophiques sur le rôle des drogues réelles ou symboliques (argent, pouvoir, etc.) dans notre société ne manquent pas, le divertissement est aussi au rendez-vous de *Limitless*.

On s'amusera des astucieux effets spéciaux permettant aux spectateurs de vivre la montée du NZT. On regrettera au passage que l'injection de NZT soit l'un des attributs du *bad guy*. Le *good guy*, lui, le gobe. On passera sur les deux ou trois invraisemblances du scénario qui ne gâchent rien au plaisir. Ironie du calendrier, ce film, véritable apologie du dopage mondain, est sorti en salle en pleine période du Tour de France cycliste, marqué cette année par une lourde répression anti-dopage largement hypocrite. ■ Kritik

## L'HALLU-CINÉ

Pour ce numéro, l'Hallu-Ciné vous propose une sélection de moments cinématographiques que l'amateur de substances psychotropes regarde forcément d'un autre œil.

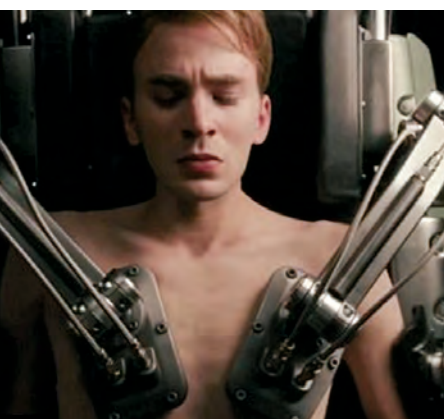
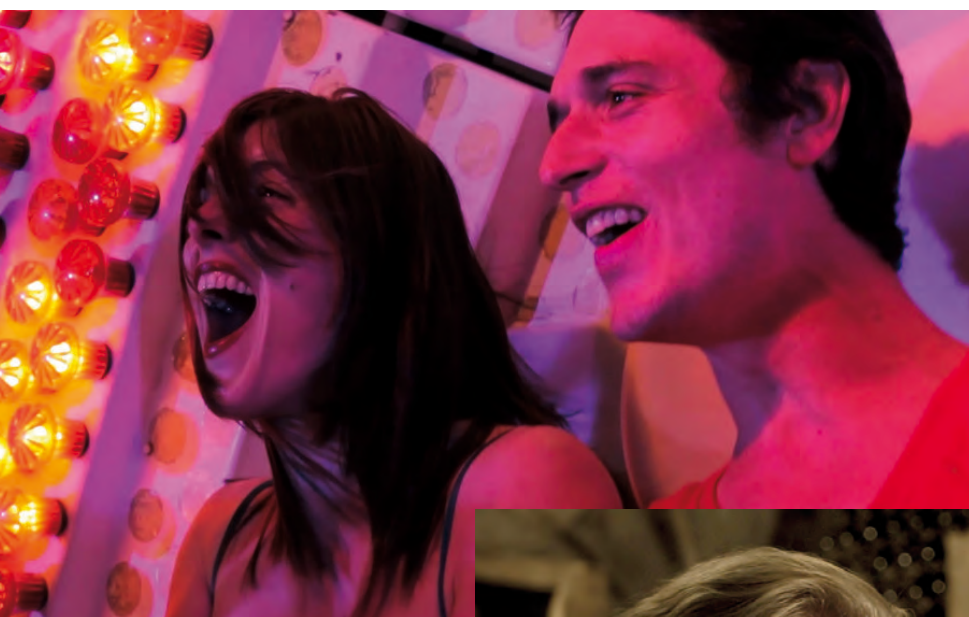
On commence justement par l'une des meilleures scènes de foudre au cinéma dans le drôle et émouvant *La guerre est déclarée*, de Valérie Donzelli. Le film débute par la rencontre de Roméo et Juliette dans une soirée électro. Un simple échange de regard, et les voilà amoureux par l'entremise d'un Cupidon qui, au lieu de tirer une flèche d'amour, lance un cachet d'ecstasy. Loin du dénigrement habituel qui veut que les sensations sous prod soient toujours fausses et trompeuses, la « *pilule de l'amour* » retrouve ici son rôle psychédélique au sens premier du terme. Le taz révèle un

amour, un vrai. Restons dans l'univers de la passion avec *La piel que habito*, le dernier Almodovar, froid et sensuel. Antonio Banderas y incarne un brillant mais dérangé chirurgien esthétique qui garde toujours en réserve une boulette d'opium et sa pipe pour apaiser les douleurs de son cobaye-chef d'œuvre mais surtout, pour ses propres tourments.

Côté drogue légale, difficile de ne pas évoquer ici le mélodrame viticole *Tu seras mon fils*, réalisé par Gilles Legrand. Chaque scène de cette histoire de transmission générationnelle dans le milieu de l'aristocratie du pinard est l'occasion d'ouvrir une bonne bouteille : la journée au boulot, hop un grand cru ; le soir avec la famille, c'est parti pour une dégustation ; votre meilleur ami à un cancer du foie, n'oubliez pas de lui apporter une caisse à l'hôpital ; je suis triste, je déprime, la même chose patron ! L'ambition et

le sentiment de toute-puissance de Niels Arestrup en ponte de Saint-Émilion n'a rien à envier à la démesure du king of the coke Tony Montana. Bien sûr ici, tout est légal, la violence s'exprime autrement mais la chute sera elle aussi fatale. Un *Dallas* à la française hautement recommandable où le jus de raisin à l'éthanol remplace le pétrole.

On termine pour les fans d'injections, sur la brève mais intense scène dans laquelle Captain America devient Captain America dans le blockbuster du même nom. Le frère mais courageux Steve Rogers est attaché sur une table alors que des bras mécaniques lui plantent simultanément une centaine d'aiguilles sous la peau pour un shoot intramusculaire extraordinaire. Oui, un militaire dopé, ça s'appelle un super-héros outre-Atlantique. Voilà, c'est tout pour cette fois. Mais d'ici là, ouvrez l'œil. ■ Kritik







## WEEDS SAISON 7



## BREAKING BAD SAISON 4



Hasard du calendrier ? Concurrence entre chaînes ? Stratégie de consolidation réciproque de l'audience ? Cette année, les deux séries américaines suivies de près par *Asud-Journal* depuis le numéro 44 ont été diffusées selon le même timing durant l'été. *Breaking Bad* le dimanche et *Weeds* le lundi. Impossible dans ces conditions de ne pas jouer au petit jeu des similitudes et des différences.

### Previously on...

**B**reaking Bad : À la fin de la saison 3, Walter et Jessie sauvaient leurs vies in extremis en se débarrassant du seul chimiste capable de les remplacer pour fabriquer la fameuse méthamphétamine bleue. N'ayant d'autre choix que de les garder pour continuer ses affaires, leur patron devient alors leur pire ennemi et cherche à se venger toute la saison durant.

*Weeds* : Le final de la saison 6 était certainement l'un des plus réussis car le suspense était à son comble. Pour sauver sa peau face au cartel de Tijuana et protéger sa famille, Nancy trouvait le moyen de se faire arrêter par les stupés avec son bébé tandis que le reste de sa troupe s'envolait pour Copenhague. Le jubilatoire road movie à travers l'Amérique qui précédait ce final rendait tous les scénarios possibles : délocalisation de la série en Europe pour une joyeuse cavale (on rêverait d'un détour par la France !) ou huis clos façon *Prison Break*. Avec surprise, la série se pose à New York, en plein Manhattan quelques années plus tard. Nancy n'est pas assagie et ses fils lui ressemblent de plus en plus. Le business familial repart à zéro ou presque.

### Dealer, un métier comme un autre...

... la reconnaissance en moins. Malgré leurs différences de forme et d'esthétique notables (la réalisation de *Breaking Bad* est toujours aussi soignée et trouve sans cesse de nouveaux cadrages inventifs ; celle de *Weeds* s'apparente plutôt à une sitcom de luxe), les saisons 2011 traitent de thèmes finalement assez proches. Le plus flagrant est la relégation au dix-huitième plan de ce qui était pourtant le déclencheur de ces deux séries et de l'activité illégale des personnages principaux : le besoin d'argent, beaucoup et rapidement. Certes, quelques échéances de paiement parsèment

ces séries à l'occasion. Mais elles sont timides et peu convaincantes et ne tourmentent pas les personnages comme à leur début. Pire, le souci principal de Walter et (surtout) de Skyler White de *Breaking Bad* est à présent le blanchiment de leurs faramineux revenus. Quant à Nancy, elle dégote même un bon boulot de secrétaire dans une grosse boîte de Wall Street. À l'abri du besoin, nos héros dealers continuent pourtant à enfreindre la loi. La vérité est ailleurs, comme dirait l'autre. Le spectateur lambda se contentera d'une explication mécaniste simpliste, sorte de théorie de l'escalade ou de la dépendance appliquée aux dealers : quand on trafique avec des gens pas très fréquentables, il n'est pas facile de s'en défaire. C'est pas faux. Mais à plusieurs reprises, Walter et Nancy ont réellement l'occasion de tout arrêter et ne le font pas. De nombreuses fois, on peut également voir ou entendre leur fierté d'être doués pour leur activité ou encore leur désarroi de ne pas être reconnu à leur juste valeur. Tous deux se voient comme des travailleurs qui excellent dans leur job : rigueur, dévouement, efficacité...

*Breaking Bad* : Après la mort de l'assistant de Walter, la police met la main sur son carnet de notes. Celui du plus grand labo de crystal-meth aux USA. Pour la DEA, c'est sûr ! Le grand chimiste qu'ils recherchaient est mort. Piqué au vif qu'un autre hérite du titre qui lui revient, Walter, au lieu d'être soulagé de ne plus être recherché, examine le carnet et laisse entendre aux stupés (par l'intermédiaire de son beau-frère flic) qu'il s'agit d'un plagiat en affirmant que le mort n'était qu'un exécutant. Le génie, lui, courrait toujours.

*Weeds* : Lassée d'être prise pour une simple secrétaire, Nancy révèle à ses employeurs – les gérants d'un fonds de pension – qu'elle deale de l'herbe et leur présente son astucieux business plan pour conquérir la même clientèle de luxe que la leur. Un partenariat inattendu.

# NOTRE CULTURE SÉRIES

## L'ennemi intime

Ce changement de mentalité ajoute une certaine antipathie à l'égard des deux personnages principaux, au fur et à mesure

et d'autre, en guise de produit de substitution, l'alcool nous livre heureusement quelques bonnes murges comiques et télégéniques.

## 2012, le new deal

Les dénouements respectifs de ces deux saisons pourraient très bien être leur point final. Elles ont été écrites comme s'il s'agissait des dernières saisons. Obligeant les scénaristes à prévoir l'éventuel arrêt définitif de leur série, les chaînes ont tardivement reconduit leurs achats pour les saisons suivantes en raison de la crise économique et de la concurrence sur le marché des séries américaines. La chaîne AMC a annoncé qu'il y aurait l'an prochain une dernière saison de *Breaking Bad*, mais Showtime n'a toujours rien confirmé pour *Weeds*.

Encore là où on ne les attendait pas, les auteurs de *Weeds* terminent la saison sur un inattendu happy end dans une vision toute spielbergienne de la famille, même si la morale de la famille en question penche plutôt vers celle de la famille Adams.

Les fans ne pourront toutefois pas se résoudre à l'arrêt de la série car la dernière image de l'épisode final prendrait alors une tournure moralisatrice et politiquement correcte, en complet désaccord avec l'esprit de la série depuis sept ans. À l'inverse, *Breaking Bad* continue d'enfoncer subtilement le clou de l'immoralité en reposant sans cesse la question : jusqu'où peut-on aller pour sauver sa peau ?

Dans les deux cas, une page est tournée et allez savoir ce que nous réserve 2012. ■ Kritik



qu'ils assument leur statut de criminel tout en renforçant leur ego et leur solitude. À l'écran, cela se traduit par une logique de concurrence, voire d'affrontement, avec leur(s) proche(s) et complice(s). Un lancinant « *je t'aime, moi non plus* » dont les scénaristes ne devront pas abuser trop longtemps pour qu'il reste intéressant. Sur ce terrain, Nancy se retrouve à nouveau (voir la saison 4) en gentille guerre ouverte contre son fils aîné, Silas. Tandis que Walter mène une guerre de tranchées psychologique avec Jessie qui se termine en apothéose avec l'ultime séquence de la saison. Chapeau les scénaristes !

## Usagers cachés

Autre point commun : la quasi-disparition des scènes de consommation de produits dans les deux séries. Peu étonnant pour *Breaking Bad* et son parti pris drogue=déchéance. Mais si les joints restent omniprésents dans *Weeds*, ils sont complètement banalisés et ne donnent plus lieu aux scènes délirantes auxquelles nous avait habitués la série. De part





# ADRESSES



**POINT ÉCOUTE DROGUES**  
Hôpital de Soissons  
46, av. du Général de Gaulle  
02200 SOISSONS 03 23 75 74 38  
point.ecoute@ch-soissons.fr



**CSST ACTES**  
6, av de l'Olivetto  
06000 NICE 04 93 53 17 00



**CAARUD ENTR'ACTES**  
6 rue Offenbach  
06000 NICE 04 93 16 00 49



**CAARUD YOZ**  
5, rue Jean-Jacques Rousseau  
08000 CHARLEVILLE MÉZIÈRES  
03 24 26 68 95 www.yozinfos.org



**CAARUD 09**  
32, rue des Chapeliers  
09000 FOIX 06 42 57 45 14



**SLEEP'IN (PES 24h/24)**  
8, rue Marcel Sembat  
13001 MARSEILLE  
04 91 62 84 84



**CENTRE AMPTA**  
39 A, rue Nationale  
13001 MARSEILLE  
04 91 91 50 52



**CAARUD Bus 31/32 (7 j/7)**  
4, avenue Rostand  
13003 MARSEILLE 04 95 04 56 06  
Bus métha 7j/7 06 13 93 40 18  
bus3132@orange.fr



**L'ELF / CAARUD THC**  
6 rue des Guerriers  
13604 AIX EN PROVENCE  
04 42 96 44 52



**CAARUD KIT'KAP**  
12 rue des Boissières  
16000 ANGOULÊME  
06 19 78 21 13 / 05 45 92 86 77  
caarud16@aides.org



**CAARUD 17**  
19 rue Bufféterie 17000 LA ROCHELLE  
05 46 31 55 36 / 06 35 21 45 99  
caarud17@aides.org



**CAARUD AZIMA**  
28 avenue du Colonel Colonna  
d'ornano 20000 AJACCIO



**CAARUD 21**  
30, Bd de Strasbourg  
21000 DIJON 06 88 22 39 18  
caarud@addictions-sedap.fr  
accueil 9, bd Jeanne D'Arc, DIJON



**CAARUD SID'ARMOR**  
1, rue du Pont Chapet  
22000 SAINT-BRIEUC  
02 96 33 05 98  
sidarmor@9business.fr



**CSAPA SOLEA**  
2, place René Payot  
25000 BESANÇON  
03 81 83 03 32 solea@addsea.fr



**CAARUD 27**  
10 rue Chartraine 27000 EVREUX  
02 32 67 71 20 / 02 32 62 89 20  
caarud27@hotmail.fr (13h-18 h lu, jeu, sam.)



**LA TRE'V**  
26, rue Émile Zola  
30600 VAUVERT  
04 66 88 75 30 latrev@wanadoo.fr



**CAARUD INTERMÈDE Clémence Isaure**  
2 bis, rue Clémence Isaure  
31500 TOULOUSE 05 34 45 40 40  
laboutique42@hotmail.com



**CAARUD LA CASE**  
2, rue des Étables  
33000 BORDEAUX  
05 56 92 51 89 lacase.rdr@orange.fr



**CAARUD et CSAPA**  
16 rue Planterose  
33000 Bordeaux 05 56 91 07 23  
Accueil CSAPA : de 9h à 13h  
Accueil CAARUD : de 14h à 17h



**CAARUD RÉDUIRE LES RISQUES**  
5, rue Fouques  
34000 MONTPELLIER 04 67 58 01 01  
reduirelesrisques@wanadoo.fr  
Sète : permanence de rue,  
place Aristide Briand, de 16h à 18h  
Accueil collectif réservé aux femmes



**PASSERELLE 39**  
35, cours Sully 39000 LONS-LE-SAUNIER  
03 84 24 66 83 passerelle39@wanadoo.fr



**CSST/CAARUD RIMBAUD**  
11, place de l'Hôtel de Ville  
42100 SAINT-ÉTIENNE 04 77 21 31 13



**CAARUD LA PLAGE**  
2, rue des Tanneries  
43000 LE PUY-EN-VELAY 04 71 04 94 47  
laplage-cdpa43@wanadoo.fr



**LA ROSE DES VENTS**  
32, rue Roger Salengro  
44600 SAINT-NAZAIRE 02 40 01 96 12  
asso.larosedesvents@wanadoo.fr



**CAARUD ESPACE**  
40, rue Perrier  
45200 MONTARGIS 02 38 28 77 80  
espace.asso@wanadoo.fr



**CAARUD 51**  
62, Esplanade Fléchambault  
51100 REIMS 03 26 06 14 80  
caarud-anpaa51@orange.fr  
tous les jours sauf mercredi matin



**CAARUD ASCODE**  
12, rue de la Tonnellerie, BP 52070  
66011 PERPIGNAN Cedex  
04 68 68 31 41  
secret.ascode@free.fr



**ALTAU Le Relais**  
40 Faubourg de Besançon  
25200 Montbéliard  
03 81 91 09 22  
lerelais@wanadoo.fr



**CSAPA « LES WADS »  
CAARUD « POINT DE CONTACT »**  
26 rue du Vvad Billy  
57000 METZ 03 87 74 41 58



**LE CÈDRE BLEU**  
CSAPA 8, av de Bretagne 59000 LILLE  
03 20 08 16 61 Fax : 03 20 08 16 69  
SLEEP'IN 247, bd Victor Hugo  
59000 LILLE 03 28 04 53 80  
cedre.bleu@wanadoo.fr



**TRACS 65 / CAARUD 65**  
13 bis, rue gaston Manent  
65000 TARBES  
06 23 73 01 81  
05 62 93 66 55  
tracs.65@orange.fr



**CAARUD ASCODE**  
12, rue de la Tonnellerie, BP 52070  
66011 PERPIGNAN Cedex  
04 68 68 31 41  
secret.ascode@free.fr



**ESPACE INDÉPENDANCE**  
12, rue Kuhn 67000 STRASBOURG  
03 88 52 04 04  
contact@espace-independance.org



**CAARUD ARGILE**  
69, av Aristide Briand 68200 MULHOUSE  
03 89 59 87 60 argile@argile.fr



**CAARUD RUPTURES**  
36, rue Burdeau 69001 LYON  
04 78 39 34 89 ruptures@wanadoo.fr



**RADOT**  
3, rue de la Bannière 69000 LYON  
06 67 43 01 08



**CSAPA LE RELAIS**  
25 avenue Léon Jouhaux  
70400 HÉRICOURT  
03 84 36 67 67



**ANPAA 83 - CSST**  
8, rue Pressencé 83000 TOULON  
04 94 92 53 50 csstoulon@anpa.asso.fr



**CAARUD TARN ESPOIR**  
179 avenue Albert 1<sup>er</sup> 81100 Castres  
05 63 71 24 24 / 06 30 56 02 55  
tarn.espoir@wanadoo.fr  
caarudtarn@orange.fr  
Castres : lundi 13h30-17h30  
Albi (17 rue Athon) : jeudi 12h-17h30  
Lavaur (1 rue safran) : mardi 14h-17h



**AVASTOFA**  
73, bd de Stalingrad  
83500 LA-SEYNE-SUR-MER  
04 98 00 25 05 avastofa@wanadoo.fr



**CSAPA**  
7 bis, rue Gambetta 90000 Belfort  
03 84 21 76 02



**CAARUD ENTR'ACTES**  
4 rue Koechlin 90000 Belfort  
03 84 26 12 20 avastofa@wanadoo.fr

## PARIS IDF



**BEAUREPAIRE (CAARUD)**  
9, rue Beaurepaire 75010 PARIS  
01 53 38 96 20  
beaurepaire@charonne.asso.fr



**BORÉAL (CAARUD) / LA TERRASSE**  
64 ter, rue de Meaux 75019 PARIS  
01 42 45 16 43



**GAÏA PARIS (CAARUD/CSST)**  
62 bis, rue Parmentier 75011 PARIS  
01 77 72 22 00  
accueil@gaia.easynetonline.net



**(LA) CORDE RAIDE**  
6, place Rutebeuf 75012 PARIS  
01 43 42 53 00  
lacorderaide@wanadoo.fr



**ASSOCIATION CHARONNE**  
3, quai d'Austerlitz 75013 PARIS  
01 45 83 22 22  
charonne@charonne.asso.fr



**ÉMERGENCE**  
6, rue de Richemont 75013 PARIS  
01 53 82 81 70  
emergence@imm.fr



**ADAJE (CSST)**  
9, rue Pauly 75014 PARIS  
01 45 42 75 00 adaje.asos@adaje.org



**CAARUD & CSAPA NOVA DONA**  
Hôpital St Vincent de paul  
82 avenue Denfert Rochereau  
01 43 95 92 54



**MARMOTTAN (HÔPITAL)**  
17, rue d'Armaillé 75017 PARIS  
Tél. 01 45 74 00 04



**BOUTIQUE 18**  
58, bld Ney 75018 PARIS  
01 46 07 94 84



**CSST SLEEP IN - SOS D.I.**  
61 rue Pajol 75018 PARIS  
01 42 09 55 99  
sleepin18@group-sos.org



**EGO (Espoir Goutte-d'Or)**  
13, rue Saint-Luc 75018 PARIS  
01 53 09 99 49 ego@ego.asso.fr



**MISSION XBT (Mdm)**  
Analyse de produits  
01 43 14 81 68  
xbt@medecinsdumonde.net



**CRIPS ÎLE-DE-FRANCE**  
Tour Maine-Montparnasse (4<sup>e</sup> étage)  
33, av du Maine, BP 53 / 75755 PARIS  
Cedex 15/01 56 80 33 33 Fax: 01 56 80 33 00



**CAARUD 16 KAY**  
16 Kay des Messageries  
71100Chalon sur Saône  
09 54 65 46 65  
caarud16kay@sauvegarde71.fr



**CAARUD 77 SUD**  
14, route de Montereau  
77000 MELUN  
01 64 10 06 24 / 06 77 81 50 50  
caarud77sud@orange.fr



**CAARUD ÉMERGENCES 77 NORD**  
LCR Jules Raimu  
allée Raimu 77200 TORCY  
01 64 62 07 73 / 06 62 73 77 79  
emergences.mlv@wanadoo.fr



**APS CONTACT**  
28, rue de la verrière, BP 75  
77160 PROVINS / 01 64 08 99 47



**CSST CEDAT**  
122, bd Carnot 78200 MANTES-LA-JOLIE  
01 30 63 77 90  
cedatmantes@ch-versailles.fr



**CAARUD FRESSONNE**  
3, rue Hoche 91260 JUVISY  
01 69 06 06 06 fressonne@yahoo.fr



**LA FRATRIE (CSST/CSAPA)**  
20, av du Général Gallieni  
92000 NANTERRE  
01 41 37 68 68  
lafratrie@yahoo.fr /  
csapa-aporia@yahoo.fr



**LE TRAIT D'UNION**  
154, rue du Vieux Pont de Sèvres  
92100 BOULOGNE  
01 41 41 98 01  
contact@oppelia.fr



**CAARUD SIDA PAROLES**  
8, rue Victor Hugo  
92700 COLOMBES  
01 47 86 08 90



**LA MOSAÏQUE**  
40 ter, rue Marceau  
93100 MONTREUIL  
01 48 57 02 06 brigittcecervyssi@chim.fr



**PROSES**  
89 bis, rue Alexis Pesnon  
93100 MONTREUIL 01 43 60 33 22



**DROGUES ET SOCIÉTÉ**  
42, rue Saint-Simon  
94000 CRÉTEIL  
01 48 99 22 14  
drogues.et.societe@wanadoo.fr



**VISA 94**  
94500 CHAMPIGNY-SUR-MARNE  
01 45 16 38 53 / 06 81 01 19 98  
visa1@wanadoo.fr

## AUTOSUPPORT - ENTRAIDE

**ASUD**  
204-206, rue de Belleville 75020 PARIS  
01 71 93 16 48  
asud@club-internet.fr  
secretariat@club-internet.fr

**CAARUD ASUD (MARSEILLE)**  
52, rue du Coq 13001 MARSEILLE  
administration 04 91 90 03 70  
équipe 04 91 68 87 06  
asud.mars@wanadoo.fr

**ASUD EURE**  
10 rue Chartraine 27000 EVREUX  
(Les lundi, jeudi et samedi de 13h  
à 18h, le mardi de 14h à 17h)  
02 32 67 71 20

**ASUD NÎMES (CAARUD)**  
6 bis, rue Notre-Dame 30000 NÎMES  
04 66 36 00 12  
asudnimes@wanadoo.fr

**CORRESPONDANT ASUD À NANTES**  
Alain Termolle 02 53 45 51 04

**ASUD LOIRET**  
63 rue Bannier 45000 Orléans  
02 38 77 00 27 / fax : 02 38 77 74 34  
asud.loiret@wanadoo.fr

**LE TIPI**  
26 A, rue de la Bibliothèque  
13001 MARSEILLE, Tél. 04 91 92 53 11  
tipi@letipi.org

**KEEP SMILING**  
3, rue Baraban 69006 LYON  
Tél./fax : 04 72 60 92 66  
Port. 06 78 37 66 89 / 06 78 37 16 26  
info@keep-smiling.com

**ACT UP-PARIS**  
45, rue Sedaine 75011 PARIS  
Tél. 01 48 06 13 89

**CIRC-PARIS**  
21 ter, rue Voltaire 75011 PARIS  
www.circ-asso.net

**TECHNO +**  
5, passage de la Moselle 75019 PARIS  
06 03 82 97 19  
tplus@technoplus.org



Échange de seringues  
et réduction  
des risques



Substitution  
CSST/CSAPA



Consultation  
cannabis / jeunes  
consommateurs



Alcoologie



Tabacologie



Hébergement  
d'urgence, appart'  
thérapeutique



Centre de dépistage  
VIH/VHC



# ADRESSES

## CAARUD GÉRÉS PAR AIDES AUVERGNE / GRAND LANGUEDOC

### AIDES Gard

24, rue Porte de France BP 183  
30012 NÎMES Cedex 4  
04 66 76 26 07  
rdrcpp@aides30.org

### AIDES Haute-Garonne

16, rue Etienne Billières 31300 TOULOUSE  
05 34 31 36 60 aidesmp@aol.com

### AIDES Béziers

20, avenue Joffre 34500 BÉZIERS  
04 67 28 54 82  
rdrcpp.aides34@orange.fr

### AIDES Puy-de-Dôme

9, rue de la boucherie  
63000 CLERMONT-FERRAND  
04 73 99 01 01  
aides63@aides63.org

## SUD OUEST

### AIDES Charente

12 rue des Boissières  
16000 ANGOULÊME  
05 45 92 86 77  
charente@aides.org  
caarud16@aides.org

### AIDES Béarn LE SCUD

4, rue Serviez 64000 PAU  
06 29 12 42 56  
lescud@aides.org

### AIDES Pays basque LE SCUD

3, avenue Duvergier de Hauranne  
64100 BAYONNE 05 59 55 41 10  
ppbernard@aides.org

### AIDES Deux-Sèvres

16, rue Nambot 79000 NIORT  
05 49 17 03 53  
caarud79@orange.fr

### AIDES Vienne

129, bd Pont Achard 86000 POITIERS  
05 49 42 45 45  
caarud86@aides.org

### AIDES Limousin

Carrud L'Etape  
55 rue Bobillot 87000 LIMOGES  
05 55 06 18 19  
etape@aides.org

## GRAND OUEST

### AIDES Finistère LOVER PAUSE

16, rue Alexandre Ribot 29200 BREST  
02 98 80 41 27  
lover.pause@wanadoo.fr

### AIDES Ille-et-Vilaine INTERM'AIDES

43, rue St Hélier 35000 RENNES  
02 23 40 17 42  
intermaides@wanadoo.fr

### AIDES Indre-et-Loire

6, avenue de la Tranchée 37100 TOURS  
02 47 38 43 18  
ch.caarud.37@gmail.com

### AIDES Vendée

21, rue des primevères  
85000 LA-ROCHE-SUR-YON  
02 51 47 78 88  
aides-vendee@wanadoo.fr

## ÎLE-DE-FRANCE

### AIDES (Sud-Ouest Ile de France) CAARUD

195 bis rue raymond Losserand  
75014 Paris 01 40 52 53 10  
lundi, mercredi, vendredi de 14h à 17h30  
En face du 3 rue de Turbigo (Les Halles)

### AIDES Yvelines

26, rue Gassicourt 78200  
MANTES-LA-JOLIE  
01 34 97 97 70 aides78@aidesidf.com

### AIDES Seine-Saint-Denis

14, passage de l'Aqueduc  
93200 SAINT DENIS  
01 41 83 81 60  
aides93@aidesidf.com

### AIDES Val d'Oise

23, boulevard du Général Leclerc  
95100 ARGENTEUIL 01 39 80 34 34  
aides95@aidesidf.com

## NORD OUEST

### AIDES Nord-Pas-de-Calais

5, rue Court Debout 59000 LILLE  
03 28 52 05 10  
rdrcpp.aidesnpdc@orange.fr

### AIDES Haute-Normandie

32, rue aux Ours 76000 ROUEN  
02 35 07 56 56  
aides.rouen@wanadoo.fr

## GRAND EST

### AIDES Doubs

3 rue Ronchaux 25000 BESANÇON  
03 81 81 80 00  
delegation25@aides.org

### AIDES Meurthe-et-Moselle

15, rue saint Nicolas 54000 NANCY  
03 83 35 32 32  
delegation54@aides.org

### AIDES Moselle

45, rue Sente à My 57000 METZ Cedex I  
03 87 75 10 42  
delegation57@aides.org

### AIDES Nièvre

9, rue Gambetta 58000 NEVERS  
03 86 59 09 48  
caarud58@aides.org

### AIDES Bas-Rhin

21, rue de la Première Armée  
67000 STRASBOURG  
03 88 75 73 63  
delegation67@aides.org

### AIDES Haut-Rhin

27, avenue de Colmar 68100 MULHOUSE  
03 89 45 54 46  
delegation68@aides.org

### AIDES 88

3 rue du Chapitre 88000 ÉPINAL  
03 29 35 68 73  
mderouault@aides.org

## RHÔNE-ALPES / MÉDITERRANÉE

### AIDES Ardèche

2, place champ du lavoir 07200 AUBENAS  
04 75 93 29 29  
aidesardeche@wanadoo.fr

### AIDES Isère

8, rue du sergent Bobillot 38000 GRENOBLE  
04 76 47 20 37  
rdr.aides38@gmail.com

### AIDES Var

2, rue Baudin 83000 TOULON  
04 94 62 96 23  
aides.var@orange.fr

### AIDES Vaucluse LA BOUTIK

41, rue du portail Magnanen  
84000 AVIGNON  
04 90 86 80 80  
aides84avignon@wanadoo.fr



# \* ASUD VOUS SOUHAITE UNE ANNÉE 2012 AVEC QUE DES BONNES NOUVELLES

**POUTINE**  
Prend en main la distrib'  
de stupéfiants neiges!



**HOLLANDE**  
et **SARKOZY**  
enfin d'accord!

il faut  
**LE-GA-LI-SER!**



**UNE BLOUSE BLANCHE**  
... découvre une  
drogue euphorisante...  
... et de l'hépatite  
**C**

... qui  
guérit du  
**SIDA**



**LES GARTELS**

1000000  
euros, millions de \$  
à DRUGUES ZÉROUX  
Cartel  
font un don!



**CHINE**  
libération de tous les prison-  
niers pour usage de stupéfiants



**Aouch!**



**SPAFF!**

Our  
fabrice  
fabienne