

AUTO SUPPORT ET RÉDUCTION DES RISQUES PARMI LES USAGERS DE DROGUES

ASUD

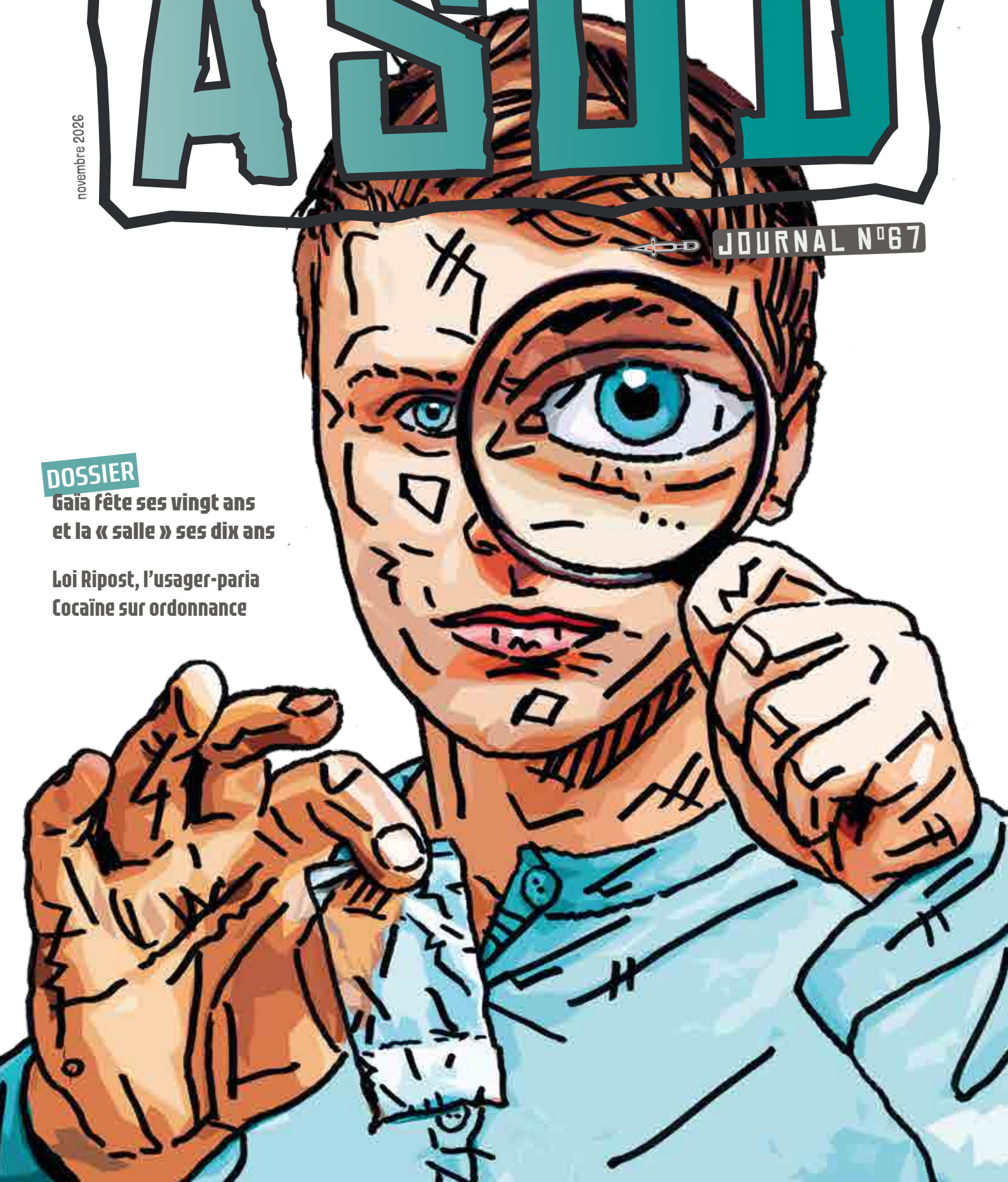
novembre 2026

JOURNAL N°67

DOSSIER

Gaïa fête ses vingt ans
et la « salle » ses dix ans

Loi Ripost, l'usager-paria
Cocaïne sur ordonnance



LA FILTRATION AVANT L'INJECTION

avec

j'élimine

**PARTICULES
INSOLUBLES**
10 à 25 μm

UN FILTRE
à 10 μm

**STERIFILT
BASIC**



**STERIFILT
FAST**



j'évite

- ✓ GONFLEMENT DES MAINS
- ✓ DÉGÂTS VEINEUX
- ✓ PROBLÈMES RESPIRATOIRES

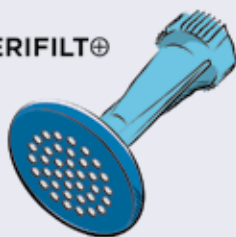
avec

j'élimine

**PARTICULES
INSOLUBLES**
10 à 25 μm

UN FILTRE
à 0,2 μm

STERIFILT[®]



**BACTÉRIES
ET CHAMPIGNONS**
0,5 à 10 μm

j'évite

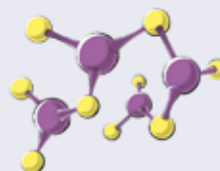
- ✓ GONFLEMENT DES MAINS
- ✓ DÉGÂTS VEINEUX
- ✓ PROBLÈMES RESPIRATOIRES
- ✓ ABCÈS
- ✓ INFECTIONS BACTÉRIENNES
(endocardites, septicémies...)

ÉLÉMENTS NON FILTRÉS
car trop petits



VIRUS
(VIH, VHC, VHB)
0,05 à 0,15 μm

PRODUIT ACTIF
(COCAÏNE, MORPHINE...)
0,001 à 0,01 μm



Chère lectrice, cher lecteur, après deux années de silence, nous sommes heureux de vous proposer le numéro 67 d'*Asud Journal*. Cette parution a été rendue possible grâce à l'appui financier de Gaïa-Paris, qui fête ses vingt ans en 2026. La proximité entre nos deux associations date des premiers temps de la réduction des risques, elle est le fruit d'une complémentarité naturelle entre l'autosupport et Médecins du monde, dont est issue Gaïa (voir p. 6). Du mouvement Limiter la casse en 1992 au collectif du 19 mai 2009 qui a relancé la question des salles de consommation à moindre risque en France, Asud et MDM, puis Gaïa, ont su mettre à profit leurs expériences et histoires respectives pour affirmer et revendiquer les droits des consommateurs de drogues à vivre en sécurité dans notre société. Le souhait de voir l'aventure du journal d'Asud se poursuivre, de pouvoir exprimer des points de vue hors de l'addictologie devenue l'alpha et l'oméga de la question des drogues, nous ont conduits à réaliser ce nouveau numéro.

Mais au-delà d'une commémoration, cette édition a pour ambition de nous projeter dans un avenir que l'on souhaiterait plus juste avec les consommateurs, mais qui malheureusement paraît très incertain. Allons-nous connaître une disparition progressive de cette approche humaniste qu'est la réduction des risques ?

Après cinq évaluations positives, dix ans de travail de qualité et d'engagement sans faille auprès des consommateurs les plus en difficulté d'Île-de-France et de Strasbourg, l'existence des haltes soins addictions reste expérimentale (voir p. 11). L'inflation des contraintes administratives souvent inadaptées aux actions militantes de RDR étouffe l'innovation et les petites structures favorisant leur regroupement autour de gros opérateurs (voir p. 47), et surtout nos politiques de drogues sont plus que jamais élaborées au ministère de l'Intérieur plutôt qu'au ministère de la Santé. Les nouvelles dispositions de la loi Ripost (voir p. 43), la traque des consommateur-trices à coup d'amendes forfaitaires délictuelles (voir p. 40), l'orientation prise par la répression du *deal* rebaptisé narcotrafic (voir p. 36), autant de signes qui dessinent les contours d'un retour du bâton répressif au détriment de la carotte sanitaire.

C'est aussi l'occasion de nous interroger sur cette « réduction des risques » qui nous sert de totem depuis trente ans. La RDR, pour quoi faire ? S'agit-il d'une philosophie ou d'un gadget social ? S'agit-il de soustraire aux yeux du public le naufrage de populations de plus en plus vulnérables, les « surnuméraires » de nos sociétés en butte à toutes les discriminations ? *A contrario*, peut-on imaginer avec le regretté Jean-Marc Priez un nouvel apprentissage de la vie avec les drogues toujours plus présentes dans notre quotidien (voir p. 2) ?

Dans un environnement international lui aussi polarisé, nous sommes les mauvais élèves de la classe Europe, arc-boutés sur une loi de 1970 qui nous interdit toute dépénalisation et une montée des discours autoritaires qui associent drogues et migrations un peu partout dans le monde (voir p. 30). « Tout est politique ! », le slogan de mai 68 n'a jamais été aussi vrai qu'aujourd'hui à propos de nos engagements en faveur de la réduction des risques (voir Régulation radicale p. 45). Ce journal en est la preuve, à consommer sans modération.

Asud et Gaïa-Paris

2 HOMMAGE

2 Jean-Marc Priez, un pied chéper, six pieds sous terre

5 DOSSIER - GAÏA FÊTE SES VINGT ANS ET LA « SALLE » SES DIX ANS

6 Gaïa Paris, la salle des droits humains

8 Du soin politique à la politique du soin

11 La halte soins addictions, un dispositif très évalué

13 Le bus « bas-seuil », aux bons soins de Méthadonix le druide

15 HSA, la distance à proximité

18 La HSA de Strasbourg, vigie des pratiques émergentes

20 Crack et migration, la somme de toutes les peurs

23 « Une cuillère sale dans chaque famille », la communauté géorgienne dans les structures de RDR en France

24 DROGUES ET GENRE

« Je veux traiter les personnes comme j'aurais aimé être traitée. »

26 BRÈVES

30 INTERNATIONAL

Marée brune chez les latinos !

34 RÉDUCTION DES RISQUES

Paris sous coke, la salle de consommation sous pression

36 TRAFIC

Loi narcotrafic, l'impasse d'une stratégie politique accro à la répression

40 POLITIQUE ET CITOYENNETÉ

40 Les amendes forfaitaires délictuelles, un outil policier pour la chasse aux « indésirables »

43 Loi Ripost : l'usager-paria

45 Régulation radicale, réguler, démarchandiser et réparer !

46 AUTOSUPPORT

46 Réduction des risques en ligne, le géant invisible

47 Réglementation, mais pourquoi tant de haine ?

50 QUOI DE NEUF DOC ?

Cocaïne sur ordonnance

52 SUBSTITUTION

Buprénorphine d'action prolongée, mise à jour thérapeutique ou gadget pharmaceutique ?

55 NOTRE CULTURE



www.asud.org

Directeur de la publication : **Stéphane Bribard**

Rédacteur en chef : **Fabrice Olivet**

Secrétaire de rédaction : **Christelle Destombes**

Maquette : **Claude Cardot/Vélo**

Couverture et illustrations : **Kiki Picasso** (couv, pp. 2, 5, 6, 8, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 24, 28, 34, 37, 39), **Placid** (p. 26, 27, 46, 48, 49, 50), **Captain Cavern** (pp. 30, 31, 32, 36, 56), **Olivia Clavel** (p. 40, 42, 43, 44), **Lulu Larsen** (p. 23), **Jacques Pyon** (p. 52), **Anne Van der Linden** (p. 53).

Ont participé à ce numéro : **Elisabeth Avril, Vincent Benso, Yann Bisiou, Anne Coppel, Victor Detrez, Christelle Destombes, Jef Favatier, Speedy Gonzalez, Jean-Maxence Granier, Jamel Lazic, Bertrand Leibovici, Olivier Maguet, Paul Matthey, Fabrice Olivet, Fabrice Perez, Sarah Perrin, Gauthier Waeckerle.**

Asud-Journal est une création de l'association Asud, agréée pour représenter les usagers dans les instances publiques (arrêté du 28 11 07).

Tirage 8 000 exemplaires. ISSN : 1257-3280

Impression : Chevillon Imprimeur, 26, bd Kennedy, 89100 Sens

Ce numéro a pu paraître grâce au soutien de l'association Gaïa Paris.

Jean-Marc Priez

Un pied chéper, six pieds sous terre

Emporté par les complications d'un cancer le 1^{er} juillet 2026, Jean-Marc Priez, infatigable militant de la réduction des risques, était un familier des colonnes d'*Asud Journal*. Il a marqué les pratiques de RdR, les alliés comme les ennemis, de son combat pour la liberté de consommer des drogues. Son camarade Fabrice Perez lui rend hommage.

La leçon du non-jugement

« Les neuf-dixièmes des personnes qui prennent des drogues sont tout à fait insérées. »¹

J'ai connu Jean-Marc lors d'une formation en janvier 2000. Deux jours qui m'ont rendu complice de ce « dealer d'info » récidiviste, devenu deux ans plus tôt président de Techno+, jeune association de RdR en rave et free party² qui entendait adapter à la scène techno les leçons d'Aides et d'Asud en matière de santé communautaire.

Cette formation n'était pas consacrée à la technique de la RdR (produits, dosages, outils, etc.) mais à sa composante philosophique fondamentale : la déconstruction des préjugés sur les drogues et les personnes qui en consomment. Cette déconstruction s'appuyait sur une nouvelle discipline, l'addictologie, qui promettait par l'objectivation de s'émanciper d'une prohibition aveugle (avant de devenir le bras armé d'un nouvel hygiénisme psychoactif) et sur la politique gouvernementale novatrice, incarnée par Nicole Maestracci et son slogan *Savoir plus, risquer moins*.

Ironie de la vie : le dernier texte écrit par Jean-Marc dans *Asud Journal*³ est un hommage à cette grande présidente de la Mildt, décédée en 2022.

J'avais beau ne pas être le dernier à *proder*, j'ai réalisé mes propres conditionnements quand Jean-Marc affirma, lors d'un module consacré au non-jugement, qu'« on peut très bien prendre de l'héro tous les jours et être inséré dans la société ». En fait, il parlait de lui.

Un flegme à toute épreuve

« La consommation, c'est quelque chose d'intime. »⁴

Derrière son look de prof intello (éternels cheveux blancs, lunettes sur le nez, *Libé* ou *Le Canard enchaîné* sous le bras, café en main et roulée en bouche) résidait un grand amateur d'opiacés. Jean-Marc était dépendant avec les hauts et les bas qu'occasionne cette condition. Il avait témoigné lors des tout premiers États généraux des usagers de la substitution (Egus) de sa substitution originale, sur prescription médicale, au laudanum, la fameuse teinture d'opium⁵. Jean-Marc vécut avec cette dépendance jusqu'à la fin de ses jours, sans qu'elle prenne

pas sur sa vie sociale. Il ne s'en servait ni d'excuse, ni d'étendard. Quel que soit le produit - LSD ou speed - son ivresse était identique ! Difficile de savoir ce qu'il avait pris, il restait flegmatique et savourait l'expérience intérieure. Il avait commencé à fumer de l'herbe vers dix-huit ans et s'était ouvert à toutes les expérimentations psychoactives à vingt ans, au cours d'une adolescence tardive. Sa seule limite : l'injection.



Il vivait discrètement ses consommations, naturellement, de la façon dont sa militance imaginait que la société devrait les intégrer, comme un droit fondamental à disposer de son corps et de son esprit. Il s'inscrivait dans la pensée de Michel Foucault, lui qui considérait Daniel Defert, compagnon de Foucault et fondateur de Aides, comme son mentor.

L'amendement Priez

« Notre plus belle victoire n'est-elle pas leur défaite ? »⁶

En 2001, un an après cette formation initiatique, devenu un ancien volontaire de Techno+, je proposai de mettre en ligne les fameux flyers de l'association. Le conseil d'administration trouva que c'était une bonne idée... Ce fut le début de l'enquête qui aboutit à la mise en examen de Jean-Marc Priez, en qualité de président de Techno+, « pour avoir donné des conseils sur la manière de consommer de la cocaïne et autres stupéfiants sur le site technoplus.org sous le titre *Sniff propre* et *Drug Mix* ».

Voir une personne risquer 75 000 euros d'amende et dix ans de prison pour un acte que j'avais commis m'a fait comprendre le sens réel du mot militant. Son dévouement était exemplaire malgré les difficultés personnelles qu'il affrontait durant cette période. Jean-Marc a dû tenir pour faire avancer la RdR, et moi, je m'assurais que Techno+ tienne pour soutenir Jean-Marc.

L'histoire et les enjeux de ce procès ont été maintes fois racontés, par Jean-Marc lui-même⁶. L'inscription de la protection des acteur·ices de RdR dans la loi, qu'on appelait entre nous l'amendement Priez, et la redynamisation de l'Association française de RdR (AFR), avec son frère d'armes, feu Valère Rogissart⁷, connu à Aides, sont les fruits de cette victoire. L'interdiction du *testing*, voulue par le ministère de l'Intérieur, dans le même décret qui justifia la relaxe de Jean-Marc, donna un goût amer à sa victoire.

Le drogué, transformateur social

« Dans le domaine des drogues, l'ignorance a certainement tué plus de gens que les produits.⁸

En 2007, il m'embarqua avec lui dans l'aventure de l'AFR où il venait d'être embauché.

Dix ans consacrés à accompagner l'institutionnalisation de la RdR en tentant d'y préserver

l'âme militante des origines. Soit : éviter que la RdR ne devienne un outil sanitaire servant à appâter les drogués qu'on préférerait voir abstinent·es. Au contraire, toujours dans les pas de Daniel Defert, Jean-Marc incarnait le concept du « malade transformateur social » que le sociologue avait théorisé en 1989 pendant l'épidémie de sida. En l'appliquant aux drogués, Jean-Marc voulait transformer le statut de malade que portait en elle cette RdR institutionnalisée. Les bureaux de l'AFR étaient situés à Pantin au siège de Aides. Jean-Marc y était comme un poisson dans l'eau.

En 1987, Jean-Marc fit une rencontre déterminante. Il avait trente ans, travaillait pour le mouvement Emmaüs, et reçut dans son bureau un homme à la rue du fait de son homosexualité qui lui asséna : « Voilà, j'ai le sida, je peux être hébergé ou vous m'éjectez comme les autres ? » Jean-Marc accepta. Après cela, d'autres malades vinrent. Certains étaient volontaires de Aides, ils affirmaient leurs droits, n'étaient pas honteux de leur maladie. Être à Aides était valorisant. Jean-Marc voulut participer à cette transformation sociale et rejoignit l'association en 1990 pour s'occuper de la prévention du sida auprès des jeunes puis de la formation.

Techno for ever

« La première fois en free party, ça m'a scotché, ça m'a laissé bouche bée, je n'avais jamais connu d'émotions comme ça dans ma vie. »⁹

C'est dans ce cadre qu'il fit sa première rave party au Globus Tresor, lors d'un voyage en Allemagne en 1993. Une claque festive sous MD ! À Berlin, l'association Eve & Rave fondait la prévention destinée aux jeunes sur le mouvement techno, la musique qui avait accompagné la chute du mur et le mouvement gay. En France, la répression des raves, au prétexte de la consommation de drogues, commençait. Jean-Marc obtint en 1996 un diplôme universitaire de santé publique et communautaire en soutenant son mémoire sur l'ecstasy. Quand Thierry Charlois, président et fondateur de Techno+, l'appela pour former les membres de l'asso sur le sida, Jean-Marc ne se fit pas prier pour rencontrer ces nouveaux parias de la société... et il ne les quitta plus.

Seconde claque en 1997 après sa première free party. Il quitte Aides pour développer une RdR en dehors de l'univers du sida. Quelques mois plus tard, au teknival de Gaillon, un stand de testing se tenait pour la première fois, à l'initiative du regretté André Bénézech⁹. Succès immédiat. Jean-Marc prit la présidence de Techno+ en 1998.

La revanche du testing

« Acheter une drogue et dire "mais j'ai envie de savoir ce que je vais prendre", c'est déjà une démarche de responsabilité »¹⁰

Notre cohabitation dans le bureau de l'AFR se passait à merveille. Même passion pour l'humour politique (Ah, les Guignols de l'info), même penchant pour l'éthique et la provoc, même mépris pour l'establishment addictologique, même cible dans le viseur : en finir avec la guerre aux drogués. C'est dans cet état d'esprit que nous avons mené les activités de l'AFR

jusqu'à sa liquidation judiciaire, alors que l'association venait d'adopter un projet associatif tourné vers le plaidoyer contre la prohibition. Un choix que les financeurs apprécieraient peu.

À notre actif : formations, communiqués, Rencontres nationales de la RdR (beaucoup les regrettent) et nombreuses journées thématiques. Lors de la toute dernière, en novembre 2015, débuta la revanche de Jean-Marc. Intitulé « *Analyse des produits : il est temps de s'y mettre !* »¹¹, cet évènement pointait l'absence de solution satisfaisante pour les consommateur·ices depuis dix ans. En point d'orgue de la journée, une démonstration de la spectrométrie infrarouge, une technique de testing rapide et accessible à des non-professionnels. Son nouveau combat.

Il fallait sortir d'un dispositif d'analyse basé uniquement sur la chromatographie sur couche mince (CCM) couplée au programme SINTES de l'OFDT. Le principal obstacle fut interne au mouvement de la réduction des risques. La CCM était défendue par des professionnel·les de la RdR et de l'addictologie dans des protocoles peu favorables aux usager·ères (rendu de résultat différé, obligation de répondre à un questionnaire pour accéder au service, intermédiaires de collecte) et sa mise en œuvre était réservée à des chimistes ou pharmacien·nes diplômés·es.

Cette stratégie « ceinture et bretelles » avait permis de réhabiliter l'analyse de drogues comme outil de RdR dans la loi de Santé publique de janvier 2016. Mais il fallait passer à autre chose et amener ce service au plus près des personnes concernées.

Cela prit quelques années, mais après la journée de 2015, plusieurs associations comprirent le potentiel et voulurent s'équiper de spectromètres. L'État était frileux, c'est la Ville de Paris qui finança Techno+ pour ce projet en 2018, qui donna à Jean-Marc le dernier emploi de sa carrière comme responsable du développement de la spectrométrie infrarouge. Il démontra que les produits identifiés par des volontaires lambda donnaient les mêmes résultats que ceux de SINTES¹² et réussit à faire reconnaître la spectrométrie infrarouge dans l'évaluation réalisée par l'Inserm pour le ministère de la Santé en 2020. Résultat : plusieurs associations, dont Aides, achetèrent des spectromètres et les confièrent à des intervenant·es aux profils variés, qui restituaient pour la plupart la réponse immédiatement à la personne.

L'art de la transmission

« *On ne peut pas se passer de la connaissance des consommateurs.* »⁴

Tous deux au chômage en 2016, nous multiplions les weekends de formations auprès des intervenant·es de RdR en milieu festif. En presque vingt ans d'animation commune, j'ai pu observer la magie de Jean-Marc opérer. Il excellait dans la transmission orale : formules qui marquent, anecdotes qui émeuvent, rhétorique qui bouscule, humour qui séduit, culture qui impressionne. Jean-Marc ne formait pas, il transmettait avec l'espoir que nous en ferions bon usage. Lui qui avait un CAP de mécanicien-ajusteur s'était mis à ajuster les esprits. Combien de transformateur·ices sociaux·les sont sorti·es de cette usine ? Autant de militant·es disséminé·es qui agissent aujourd'hui encore selon des convictions renforcées à ces moments-là.

Une dernière leçon

« *À qui appartient mon corps, qu'est-ce que je ne peux pas faire, est-ce qu'il m'appartient ?* »¹

Durant les derniers mois de sa vie, Jean-Marc a été confronté à sa santé fragile, aux moyens alloués à l'hôpital public et à la coordination entre les différents services, au pouvoir médical auprès duquel il a cherché, avec grande difficulté, des informations pour faire des choix de santé éclairés. Il a subi le spectre de la toxicophobie, en particulier dans la prise en charge de sa douleur, et il s'est posé également la question du droit à mourir, tant il a souffert. Des sujets qui ont accompagné et guidé l'entièreté de son parcours militant. Il a pris des risques (politiques) toute sa vie pour nous permettre de réduire les nôtres.

Jean-Marc nous invitait régulièrement à questionner la part individuelle biologique et la part sociétale des causes des différents problèmes de santé qui nous arrivent. Son décès n'échappe pas à cette invitation. Cela fait pleinement partie de ses enseignements.

Ce n'était pas mieux avant

« *J'ai commencé mon adolescence à vingt ans, je ne suis pas sûr de l'avoir terminée.* »¹

Jean-Marc est mort à 69 ans, le 1^{er} juillet 2026. Il est enterré au cimetière parisien de Pantin avec l'épithaphe qu'il s'était choisie : *Un pied chéper, un pied sur terre*. Resté au contact permanent des jeunes générations, qu'il respectait et desquelles il a appris – comme il leur a appris – toute sa vie, il nourrissait un espoir sincère. Une vision loin de celle de la plupart des hommes de son âge. Laissons-lui le dernier mot : « Vu l'arrivée du Rassemblement national, je ne suis pas sûr que les kilomètres que j'ai pu faire entre République, Nation, Bastille pendant cinquante ans soient utiles, mais bon, on a fait ce qu'on a pu. Laissons les jeunes générations inventer leurs propres outils, leurs réponses, et elles prendront notre suite. Ce n'est pas à nous de rester en place, il y a d'autres associations qui doivent s'inventer ».¹³

Fabrice Perez

1. *Substance*, Jean-Marc Priez et les contradictions de l'État français, 2025, Benjamin Billot
2. « Ecsta sana in corpore techno », *Asud Journal* n° 13, hiver 1997-1998
3. « Savoir plus, risquer moins, hommage à Nicole Maestracchi », *Asud Journal* n° 65
4. « Avis au consommateur », portrait de Jean-Marc Priez, *Libération*, 23 septembre 2003
5. Spécial Egus I et II, *Asud Journal* n° 30
6. « Chronique d'une condamnation annoncée », Jean-Marc Priez, *Asud Journal* n° 29, août 2005
7. <https://asud.org/hommage-a-valere-rogissart/>
8. *Une idée pour espérer*, Entretien avec Jean-Marc Priez, avril 2021
9. <https://technoplus.org/actualites/8366-andre-benezech-hommage-a-un-militant-historique-du-testing/>
10. Profession : analyse de drogues, Bilan de compétences, 2023
11. Archives vidéo sur a-f-r.org
12. Intervention de Jean-Marc Priez au colloque ATHS, octobre 2021
13. Webinaire Cnam, Le rôle des savoirs expérientiels et la professionnalisation des usagers de drogues, n° 9, juillet 2025 <https://cnam.hal.science/hal-05149327v1>

En savoir plus sur Jean-Marc Priez (textes, photos, vidéos...) sur <http://technoplus.org/jean-marc-priez>



DOSSIER

Gaïa FÊTE SES VINGT ANS ET LA «SALLE» SES DIX ANS

Bagarre, lutte, militance. Pendant des années, il a fallu monter des projets dans l'illégalité ou en marge de la légalité, prendre des risques, se battre pour faire entendre la nécessité d'une approche humaniste radicale et que cessent enfin les discriminations, les jugements permanents et les morts de trop. Car si la réduction des risques a enfin droit de cité dans la législation, si elle est manipulée et reprise par tous les intervenants du champ des addictions, y compris ses opposants historiques, une chose n'a pas changé: la loi de 1970 fait perdurer un monde prohibitionniste sans concessions, qui criminalise l'usage et les usagers et met la guerre à la drogue et surtout aux drogués au centre de l'action publique.

Cette situation n'incite pas à célébrer un anniversaire. Elle entraîne des polémiques politiques, une opposition des riverains à toute nouvelle proposition et la possibilité accrue pour les tenants du tout répressif d'avancer encore plus sur ce terrain. Ces acteurs politiques prennent la parole pour dire combien le fléau des drogues doit être combattu, que les consommateurs sont responsables de la situation de guerre dans certains quartiers, qu'il faut les sevrer, sous-entendu « de force ». À aucun moment, un responsable politique au pouvoir n'a parlé de réduction des risques, de la place de la précarité dans ces phénomènes de regroupement des usagers, du rôle de la répression et du harcèlement institutionnel des personnes consommatrices et dépendantes qui vivent à la rue. On continue à laisser croire que cette massification de la précarité, sa visibilité ne sont que de la responsabilité des individus et que s'ils consentaient à se sevrer, tout rentrerait dans l'ordre. Le discours sur le sujet des dépendances aux drogues est pauvre, simpliste et inquiétant.

La science aux abonnés absents

Que dit la science? La science, que l'on convoque quand cela arrange, dit que la politique de réduction des risques a permis d'arrêter l'épidémie de VIH/sida parmi les usagers de drogues, d'éviter des morts par surdose, tout simplement de sauver des vies. Elle dit aussi qu'en termes de sevrage, c'est l'approche motivationnelle qui doit être privilégiée. Elle s'appuie sur les motivations internes de la personne qui

vont l'aider dans les changements qu'elle souhaite apporter à sa situation. Les injonctions à faire sont reconnues comme contreproductives, voire dangereuses. Et ceci, quelle que soit la drogue considérée licite ou illicite.

Mais nos opinions sont-elles rationnelles? Peut-on se contenter de la science pour poursuivre le développement de cette politique de réduction des risques qui a eu des résultats extraordinaires en termes de morbi-mortalité? Des facteurs économiques, psychologiques, personnels, idéologiques et politiques viennent toujours grignoter inexorablement les efforts de pragmatisme mis en œuvre. Le discours sur les drogues est souvent incohérent et kidnappé par les effets d'annonce (« le crack sera éradiqué d'ici un an »). La surmédiation de certains phénomènes fabrique de la peur et du rejet de la part de certains habitants. En revanche, l'alcool, responsable de 60 000 décès par an et de nombreux troubles du comportement sur la voie publique ou au sein des foyers, n'est que rarement mis en cause par les autorités.

La RDR est en danger

Il est malheureusement aujourd'hui urgent de défendre un modèle attaqué systématiquement par certains politiques, certains addictologues autodéclarés qui prétendent que la réduction des risques a failli, n'a pas permis de guérir, de sortir les personnes de leurs addictions, tout cela affirmé haut et fort dans un débat public de plus en plus difficile à complexifier. Ces agitateurs souhaitent remettre sur l'ouvrage un ancien débat qu'on pensait clos, sevrage et abstinence *versus* permissivité et laxisme, bien que la science ait depuis longtemps démontré que la maladie addictive qui concerne une minorité des consommateurs de substances ne pouvait se poser en ces termes réducteurs.

Allons-nous continuer à accepter que les personnes que l'on soigne, que l'on écoute et que l'on accompagne soient éternellement considérées comme des criminels et de ce fait ramenées vers la justice et la punition?

Il est temps de faire entendre nos voix, de trouver des espaces pour le faire, de retrouver la solidarité qui nous a portés au début de cette aventure, de faire pression et de demander aux hommes et aux femmes politiques de notre pays une politique plus pragmatique et assumée de réduction des risques, plus ambitieuse et permettant de sortir des stratégies de survie pour s'engager dans une nouvelle politique des drogues.

Elisabeth Avril, directrice de Gaïa



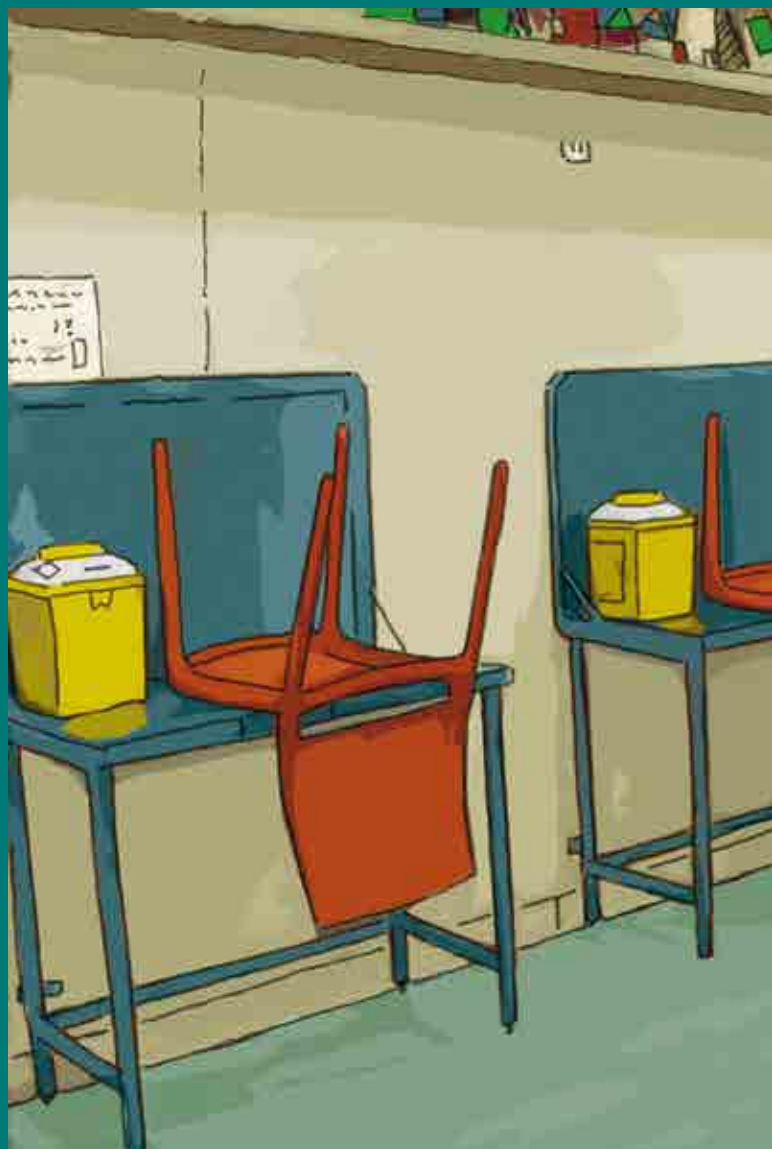
Gaïa Paris

La salle des droits humains

De Médecins du monde à l'expérimentation, depuis bientôt dix ans de la salle de consommation parisienne, retour sur un engagement humanitaire au bénéfice des usagers.

Tout a commencé par l'engagement de Médecins du monde auprès de personnes consommant des drogues, souvent en situation de vulnérabilité voire de précarité. Que venait faire une association humanitaire dans cette affaire ? Les usagers de drogues étaient parmi les personnes les plus touchées par l'épidémie effrayante de VIH/sida en cours, marginalisés par leurs pratiques et stigmatisés, une attitude contraire aux droits humains. L'originalité de l'approche de MDM a été d'écouter les personnes, d'aller observer au plus près leur mode de vie et leurs pratiques et d'embaucher certaines d'entre elles pour mettre en place des actions pragmatiques et efficaces.

La première action a été d'accueillir ces personnes sans conditions : pas besoin de faire contrition ni de démontrer qu'on veut arrêter et changer de vie. Cet accueil a permis l'offre de dépistage VIH puis de mettre en œuvre un projet d'antenne mobile/maraudes dans les lieux fréquentés par les usagers, de jour et de nuit. MDM a fait le choix de recruter des usagers et des professionnels socio-éducatifs. L'apport des usagers à la mise en place de ce projet a été essentiel, il a permis aux professionnels, médecins, infirmiers, éducateurs de descendre sur les quais de métro, de marauder à pied dans certains quartiers, d'aborder des usagers, de leur proposer du matériel d'injection stérile, de leur fournir des informations médicales et sociales, de les inciter à revenir nous voir dans l'antenne mobile qui est vite devenue le programme d'échanges de seringues.



La place essentielle des usagers

La suite ? Étant au plus près de la vie des personnes accueillies, nous avons observé leurs galères, leurs manques, leurs besoins et pu développer plusieurs programmes innovants toujours d'actualité aujourd'hui. Le bus méthadone en 1998 (cf. article p. 13) qui a connu rapidement un certain succès auprès des personnes les moins en capacité de répondre aux exigences diverses des centres médicaux de référence. Ce programme devenu Csapa permet toujours à n'importe quelle personne dépendante des opiacés d'obtenir un traitement de substitution le jour même de sa venue. Nous avons également testé avec les usagers de nombreux outils afin de réduire les conséquences néfastes de l'injection sur la santé, des *cups* aux filtres en passant par l'acide citrique. L'idée étant de rester toujours au plus près des besoins des personnes, de leurs pratiques et modes de vie. Les choses ont changé, les drogues se sont diversifiées, la précarité est toujours plus présente et nous avons dû réadapter nos actions, mais toujours en gardant cette démarche de proximité et d'échanges.

La naissance de Gaïa Paris

En 2004, quand le gouvernement fait entrer la réduction des risques dans la loi et que les programmes expérimentaux deviennent des établissements médicosociaux, MDM ayant fait la démonstration de l'utilité et de la nécessité



de ces actions, passe le relais en créant une association fille : Gaïa, à charge de continuer le combat et de développer de nouveaux horizons à la réduction des risques. Gaïa a donc repris le flambeau et s'est attaquée à la mise en place des salles de consommation à moindre risque avec Asud¹ en principal partenaire. Sept longues années de polémiques, débats, argumentations, des heures de réunion, des avancées et des reculades ont fini par aboutir à l'ouverture de l'espace de consommation Jean-Pierre Lhomme à Paris et à celle d'Argos, la salle de l'association Ithaque à en octobre 2016 à Strasbourg, des programmes sous statut expérimental pour six ans... Nous fêtons les dix ans des salles ce mois d'octobre 2026, sans perspective de pérennisation après décembre 2027 et après quatre évaluations scientifiques et administratives dont les résultats sont positifs (cf. article p. 11).

L'expérimentation sans fin

À l'issue des six premières années d'expérimentation, nous pensions collectivement avoir démontré que la criminalisation de l'usage n'était pas pertinente et qu'il serait préférable d'ouvrir d'autres espaces de consommation pour les usagers de crack afin de mettre un terme aux lieux historiques de consommation à ciel ouvert, théâtres de violences extrêmes et de non-droit. Las, à rebours des politiques menées par plusieurs pays européens qui font face, comme nous, à l'augmentation des consommations de crack en ouvrant de nouveaux lieux d'accueil, nos

dirigeants ont choisi d'aggraver la situation en regroupant le maximum d'usagers dans un lieu insalubre et dangereux.

Notre programme d'héroïne à la française

Illicite la substance ? Ou illicite la voie d'administration ? La question se complique quand on sait que 60 % des injections réalisées dans la salle de Paris sont des injections de sulfate de morphine, drogue pharmaceutique prescrite à certains usagers en échec avec les médicaments de substitution, notre programme d'héroïne pharmaceutique à la française. Contrairement à nos amis suisses et leurs 22 centres de prescription de diacétylmorphine, nous avons un marché parallèle florissant d'un médicament qui apaise le manque d'opiacés des usagers, ils disent d'ailleurs « qu'ils se soignent » mais qui a des effets délétères sur le système cardiopulmonaire quand il est injecté. Pas prohibé mais détourné de son usage car injecté, il permet aux usagers les plus précaires de lutter contre le manque tout en s'assurant une bien meilleure sécurité qu'avec l'héroïne de rue. Ces programmes de diacétylmorphine, nous espérons pouvoir les expérimenter un jour en France. Les premiers projets remontent maintenant à plus de vingt ans.

Crack, le défi de l'innovation

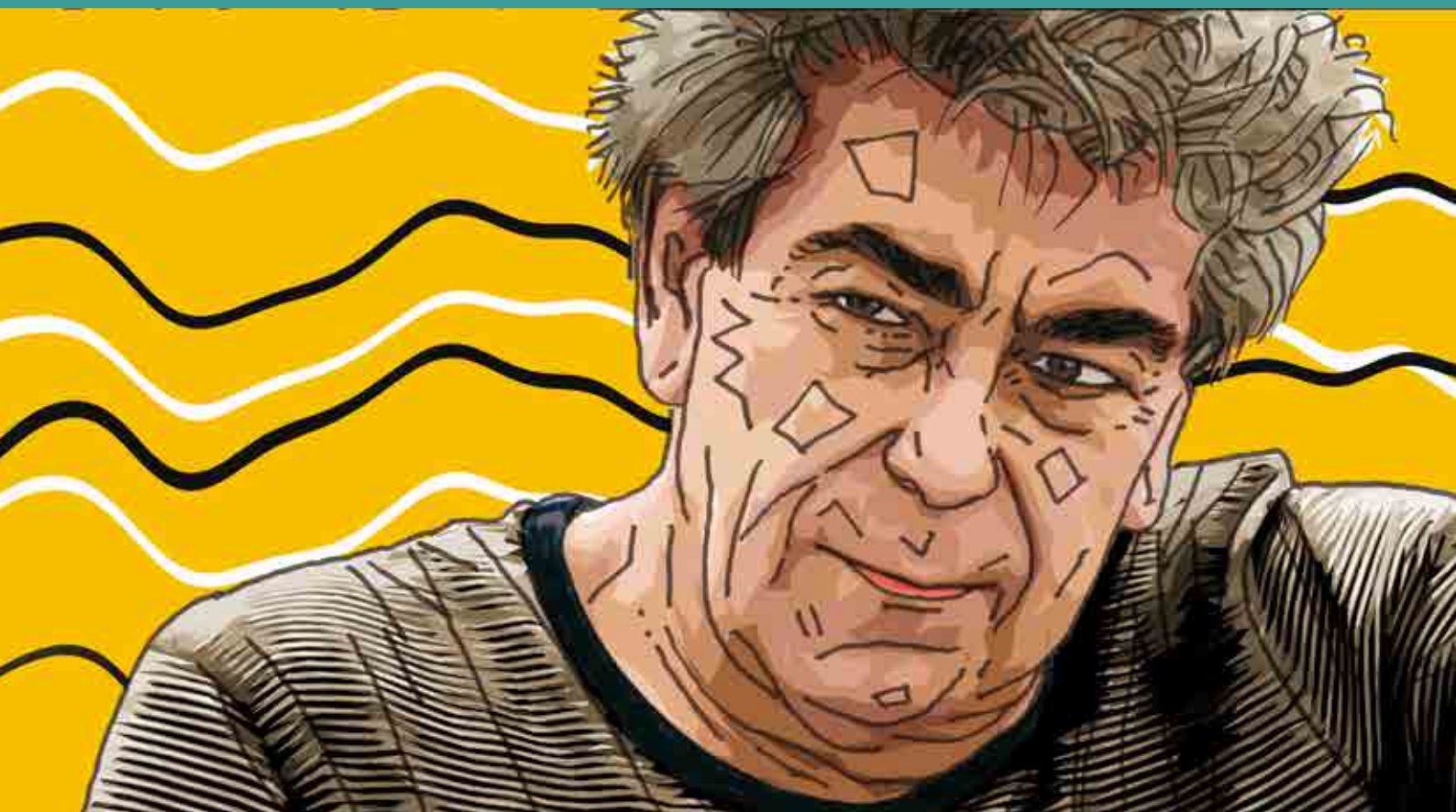
L'Europe est confrontée à une augmentation importante de la consommation de cocaïne et de cocaïne base, à une augmentation des personnes en situation de grande précarité, consommatrices ou pas, avec une proximité inquiétante des différents publics à la rue. Nous nous inquiétons encore récemment de la proximité des campements de migrants avec les campements d'usagers. Aujourd'hui, nous avons de nouveaux consommateurs issus de l'exil, Somaliens, Guinéens et demain Soudanais, autant de nouvelles personnes à stigmatiser et à désigner comme dangers pour nos sociétés.

Les usagers de crack et leur grande visibilité dans l'espace public deviennent un affront fait à nos sociétés urbaines malheureuses, terrorisées par l'avenir, l'insécurité et en panne d'altérité. Les atermoiements puis le refus pur et simple des responsables politiques de notre pays de mettre en place des services de réduction des risques en nombre suffisant, pourtant validés par la science et les évaluations successives, au profit d'un éternel retour au tout-répressif et à l'injonction de soins nous amènent à des situations catastrophiques comme celles vécues par certains riverains dans plusieurs grandes villes de France. D'autres pays font le choix du pragmatisme devant cette problématique du crack, en ouvrant des salles de consommation pour inhalateurs, en expérimentant de nouveaux traitements et en encourageant les prises en charge et les contacts, prémisses aux soins.

Elisabeth Avril, directrice de Gaïa

1. Voir le dossier « Salles de consommation à moindre risque », *Asud Journal* n° 43, printemps 2010, pp. 8-15.

DU SOIN POLITIQUE À LA POLITIQUE DU SOIN



À Paris, la salle de consommation porte un nom. Elle s'appelle la salle Jean-Pierre Lhomme. Pour les plus anciennes d'entre nous, ce nom évoque les débuts de la réduction des risques en France, une paire de sourcils broussailleux et une figure de médecin généraliste, emblématique de cette rencontre accidentelle entre l'humanisme et les drogué·e·s au détour de l'épidémie de VIH. Olivier Maguet, compagnon de route de Jean-Pierre à Médecins du monde et à l'Association française de réduction des risques, nous dresse un portrait de l'homme, qui est aussi celui des enjeux historiques de la RDR.

Un texte au sujet de Jean-Pierre Lhomme pourrait naturellement commencer par un rappel de son engagement dans un espace mouvant par ses formes, ses acteurs et ses dénominations dans le temps: RdR, addictions, autosupport, politique des drogues, etc. Et l'on déroulerait alors le fil de cet engagement, de ses premières armes en tant que médecin généraliste dans le cabinet de la rue Olivier Noyer, à l'hôpital où il a œuvré dans des centres de prise en charge spécialisés dans l'accompagnement des interruptions volontaires de grossesse, puis dans le champ de la toxicomanie comme on disait alors (dont le centre Marmottan), et enfin avec l'implication de premier plan



dans la grande famille de la RdR. Au début à MdM avec les programmes d'échange de seringues dès 1987; dans le collectif « Limiter la casse »; à l'Association française de RdR; et bien sûr à l'association Gaïa, qui a porté, entre autres, la première expérimentation de salle de consommation à moindre risque en France.

Des engagements au soin politique

Déjà, cette trajectoire au croisement des engagements humains, sociaux et professionnels, qui se nourrissent l'un l'autre, est incroyable. Mais nous ne saurions nous limiter à ce tableau presque clinique, dressé à grands traits, qui passerait à côté d'un déterminant essentiel que Jean-Pierre Lhomme a incarné – toujours – et problématisé – parfois. Ce déterminant est *le soin politique*.

Le soin politique, c'est celui qui repose sur des pratiques médicales considérées comme déviantes au regard de la norme légale, de la norme sociale mais aussi des normes édictées du corps professionnel auquel il appartenait

– un corps dont les gardiens du temple se réunissent dans un cénacle appelé Académie de médecine et dont le bras armé s'appelle Conseil de l'Ordre... Une Académie qui a trop souvent un temps de retard pour comprendre, accepter, consolider et prescrire le soin approprié, que ce soit sur l'accès à des outils et méthodes sécurisés pour accompagner les femmes dans leur d'IVG ou réduire les risques infectieux associés à l'injection. Un Conseil qui a pu sanctionner des médecins qui ne respectaient pas les tables de la loi parce qu'ils plaçaient la santé au-dessus de tout, ou plus prosaïquement la (sur)vie des gens qu'ils côtoyaient – les « gens » comme Jean-Pierre aimait à dire plutôt que les « patients » – au détriment du respect de la norme.

C'est en cela que le soin est politique, et c'est parce qu'il était politique que beaucoup d'entre eux, dont Jean-Pierre, ont pu se faire traiter de « dealers en blouse blanche », y compris par leurs pairs, lorsqu'ils prescrivaient des médicaments qui venaient combler le manque, que ce soit en « bricolant » pour reprendre une expression que Jean-Pierre employait, ou en investissant les fenêtres réglementaires ouvertes par les traitements de substitution aux opiacés dans les années 1990.

L'événement sida

Une autre dimension caractérise le soin politique: la réponse à l'impensé médical. L'impensé médical, c'est bien évidemment la survenue du sida au début des années quatre-vingt. Impensé, car non seulement la nosologie en vigueur ne donne pas les outils pour comprendre ce qui se passe dans les corps infectés – encore plus quand les corps en question sont ceux de personnes très éloignées du système de santé, parce que ce dernier a surtout pensé à leur âme (la drogue serait avant tout la mauvaise solution à un problème de mal-être, qu'il convient de traiter en soignant l'âme chez un individu obligatoirement sevré) et parce que la société n'apporte comme seule réponse, depuis des décennies, que la relégation aux marges, l'enfermement dans des centres dits spécialisés et, quasi pour tous, la plongée dans l'univers carcéral. L'oxymore « injonction thérapeutique » est tellement révélateur des catégories mentales de cette époque: comment prétendre vouloir soigner sans l'adhésion de la personne concernée? Dans un ouvrage collectif consacré à la RdR publié par MdM en 2012¹, Jean-Pierre Lhomme qualifiait parfaitement cette époque: « Le cadre de la politique des soins, dont le costume était taillé par la morale et le prohibitionnisme, avait pour seule référence la dissuasion de l'usage et pour seule proposition d'aide le sevrage, faisant fi de ces personnes ». Bien sûr, l'échec était quasi toujours au rendez-vous ou, pour reprendre les mots de J.-P. dans le même ouvrage: « C'était comme de demander et redemander à une personne qui n'a jamais pratiqué le saut en hauteur de sauter, tout de suite et encore et encore, 1 m 80, seule « hauteur » proposée, imposée... ». Évidemment, la probabilité de se fracasser à l'arrivée est énorme!

Alors oui, dans cette situation, l'impensé médical conduit tout droit à la mort. « Le sida, c'est la guerre », criaient les militants d'Act Up; les médecins en rupture de ban, eux, vont endosser le costume de la médecine de guerre, une médecine d'urgence – une médecine à risque, où il est d'ailleurs facile de se perdre au prétexte de faire le bien.

L'homme et les droits de l'Homme

Ce dernier point nous amène à la troisième dimension du soin politique : avant toute chose, il y a la personne, ses droits, sa citoyenneté ; mais aussi son temps et son rythme. Le maître des horloges n'est pas le médecin, mais bien le patient. Jean-Pierre Lhomme disait ceci : « Prendre soin des personnes impose de penser le soin avec la personne. De placer l'humain au centre de ce soin ». C'est ainsi que l'on réduit le risque de se perdre dans une tentation salvatrice ou rédemptrice. Reconnaître pleinement les droits des gens, c'est la meilleure façon de ne pas se perdre ; c'est aussi la condition critique pour que chacun trouve sa place, tout en veillant à ce que chacun reste à sa place (nous pensons ici aux conséquences parfois dramatiques de l'effet de mimétisme bien connu chez certains intervenants ou, a contrario, de l'effet médecins aux pieds nus chez certains consommateurs de drogues). Jean-Pierre avait écrit un jour : « Chacun a sa place et chacun à sa place ».

Transgression à la norme sociale et légale + prise de risque en situation de crise + primauté du droit de la personne dans la relation thérapeutique : telle est la trilogie du soin politique. Une trilogie que Jean-Pierre Lhomme incarnait parfaitement et qu'il cherchait à théoriser en puisant dans ses engagements personnels, sa culture politique et sa pratique de médecin généraliste.

Généraliste : une dimension essentielle pour Jean-Pierre Lhomme, presque une marque fondatrice, qui renforçait la notion de soin politique. Il le formulait avec ces jolis mots : « La médecine Générale [qu'il écrivait avec un G majuscule] est un secteur avec sa spécificité : une spécialité du général qui, à sa mesure, prend en compte la personne dans sa globalité : corps et âme. » Et il complétait : « La pratique de la médecine générale m'a très vite appris l'importance de la place donnée à la personne pour faire soin. » C'est en ce sens que le médecin généraliste est un médecin politique. Un médecin qui avait à cœur, in fine, de prendre soin de « la santé de la Cité ».

Car si le soin politique reste confiné à la seule relation singulière nouée dans le cadre de la consultation médicale, la Cité restera maltraitante envers ses relégués. Dès lors, il s'agit de faire pour non seulement soigner, mais aussi montrer et démontrer – même s'il faut malheureusement redémontrer ici, encore et encore, ce qui a marché ailleurs. Les salles de consommation à moindre risque en France en sont aujourd'hui le bien triste exemple...

Le médecin politique expose clairement les limites du seul soin politique : « Si la qualité de votre réponse est à travailler dans votre relation avec la personne, dans vos propositions de prévention, de soins, cette qualité est tout aussi dépendante de déterminants issus d'un contexte plus général : le cadre du soin corseté par le cadre législatif relatif aux statuts des « drogues », qui limite par là même les orientations de soin dans le domaine des dépendances ». Il est donc temps de poser une politique du soin.

Reconnaître la politique du soin

La politique du soin commence par le partage de pratiques entre confrères, puis l'investissement de structures spécialisées, bien souvent « corsetées » dans leur modèle – Jean-Pierre Lhomme n'est pas entré à Marmottan par hasard... L'embryon d'une politique du soin est là. Mais il convient de passer à une autre échelle pour que la Cité reconnaisse pleinement cette politique. Ce sera la phase des expérimentations collectives, déroatoires au cadre légal ou faisant l'objet de dispositions réglementaires particulières, toujours avec le souci de la démonstration. « Il m'a alors été nécessaire de m'engager dans des démonstrations faites dans un autre lieu que celui du colloque singulier : programme d'échange de seringues, mise en place des centres de substitution par la méthadone, etc. Ces démonstrations faites ont permis en retour une certaine aisance, un calme, un confort dans la relation avec ces usagers de drogues, mais surtout un service médical rendu de bien meilleure qualité pour ces personnes. Tout ce travail riche de résultats dans la démonstration de l'intérêt et de l'efficacité de ce nouveau paradigme qu'était la RdR a abouti à la reconnaissance de la légitimité de ces innovations et à leur inscription dans la loi de santé publique de 2004 ».

Cette histoire du chemin vers la reconnaissance légale de la RdR est aujourd'hui bien connue, et bien des acteurs y ont contribué. Même si la fin de l'Histoire n'existe pas, il n'en reste pas moins que plus de vingt ans après que la Cité a reconnu cette politique du soin, les déterminants qui y ont conduit peuvent avoir tendance à s'effacer. D'une part, les leçons historiques sont naturellement diluées avec le temps, dilution renforcée par la part prépondérante que prend la gestion au quotidien de dispositifs de droit commun de plus en plus fortement normés – qui plus est, dans un contexte budgétaire et financier qui rend l'exercice encore plus compliqué. D'autre part, les outsiders qui en ont posé les bases sont partis ou sont devenus des insiders – Jean-Pierre a d'ailleurs livré sa révérence en 2017 en étant jusqu'alors resté du côté des outsiders !

Fin de l'histoire ?

Il ne s'agit pas ici de juger, de définir ce qui est bien ou mal en matière de déploiement du soin, mais simplement de constater que le contexte a changé et que la période historique n'est plus tout à fait la même.

Encore que... Si l'on détricote le débat public ambiant, sur fond de remise en cause de l'État de droit, de négation des évidences scientifiques (dont les preuves de l'efficacité clinique et épidémiologique, pour le sujet qui nous concerne, mais on retrouve le même phénomène négationniste dans bien d'autres domaines, comme la réalité du changement climatique) et la propension folle à « recorseter » tous azimuts, alors il est peut-être temps de se remémorer la trilogie du soin politique et de son corollaire, la politique du soin. Un enseignement de l'action passée de Jean-Pierre Lhomme, très utile pour l'action d'aujourd'hui.

Olivier Maguet

1. *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique & changement social*, dir. Debaulieu, Luhmann et Maguet, Éditions Médecins du monde, 2013. Les propos de Jean-Pierre Lhomme reproduits dans cet article sont extraits d'un entretien réalisé par Céline Debaulieu dans le cadre de cet ouvrage : « La Réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin. Une approche centrée sur la personne », pp. 48-54.

La halte soins addictions

Un dispositif très évalué

Les haltes soins addictions, nouvelle dénomination des salles de consommation à moindre risque, sont un dispositif toujours expérimental et régulièrement évalué. Pourquoi toujours chercher à prouver les bienfaits de ces salles, maintes fois prouvés ? Les acteurs opérant les deux seules salles françaises à Paris et Strasbourg, quand le monde en compte 180, plaident au contraire pour leur pérennisation.

Ouvertes depuis 2016, les haltes soins addictions (HSA) de Paris et Strasbourg poursuivent deux objectifs principaux :

- l'amélioration des conditions sanitaires des usagers qui les fréquentent,
- l'amélioration de la tranquillité publique dans leur quartier d'implantation.

Alors qu'on compte aujourd'hui près de 180 salles de consommation à moindre risque (SCMR) dans le monde – dont environ 26 en Allemagne et 16 en Suisse, les deux dispositifs restent, début 2025, les seuls en France.

Initialement nommées salles de consommation à moindre risque (SCMR), les HSA conservent un statut expérimental jusqu'à fin 2025. Dès leur mise en place, elles ont fait l'objet d'une évaluation scientifique approfondie par l'Inserm, destinée à mesurer leurs impacts.

Leurs bénéfices ont été mis en évidence par les nombreux rapports d'évaluation dont elle a fait l'objet depuis 2016.

Une étude nationale aux résultats clairs

La première d'entre elles, entamée en 2014 et publiée en 2021, a été menée par l'Inserm à la demande de la Mildeca (voir *Swaps* n° 100¹). Ce travail de recherche en trois volets, d'une ampleur inédite en France, apporte un niveau de preuve scientifique important quant aux effets des HSA sur :

- la santé des usagers (réduction des risques infectieux, baisse des overdoses, moins de passages aux urgences),
- la salubrité publique,

- les impacts économiques (coûts de santé évités et gain en espérance de vie),
- la tranquillité dans l'espace public.

Le volet Cosinus (Roustide et al., 2021), fondé sur une cohorte de 665 usagers, démontre que les consommateurs fréquentant une SCMR présentent moins de pratiques à risque, commettent moins de délits, et sont moins nombreux à consommer dans l'espace public que ceux qui n'en fréquentent pas.

L'enquête montre notamment :

- une baisse de 55 % des seringues retrouvées dans l'espace public,
- une baisse de 20 % des recours aux urgences,
- une réduction des overdoses et des infections (VIH, VHC),



- une diminution des interpellations policières autour de la salle parisienne,
- une hausse des prix de l'immobilier dans le secteur concerné, supérieure à celle observée dans les quartiers voisins.

Des résultats convergents

En parallèle, en septembre 2018, la région Île-de-France publiait un rapport mené par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme Paris Région sur les effets des salles de consommation en Europe et une analyse de l'implantation de la salle parisienne². Ce document apportait déjà un éclairage objectif et étayé sur les impacts de ce type de dispositif.

En 2021, une mission parlementaire pilotée par Caroline Janvier (LREM) et Stéphane Viry (LR), à l'initiative de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, recommandait la pérennisation du dispositif. Le rapport soulignait les effets largement positifs des HSA et proposait des pistes concrètes d'amélioration et d'extension. La même année, nous avons été auditionnés au Sénat par la commission des Affaires sociales pour l'assurance maladie dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022.

Tous ces travaux viennent renforcer une littérature scientifique internationale déjà dense, dont les principales études sont compilées dans le rapport de l'EMCDDA / cEHRN Correlation³ (publié en 2023).

Et pourtant, en 2022, le gouvernement décide de ne pas pérenniser le dispositif et de poursuivre l'expérimentation sur une nouvelle période de trois ans en rebaptisant les SCMR haltes soins addictions (HSA) dans le but de renforcer la dimension d'accès à un parcours de soins de ces dispositifs.

Et pourtant, encore des évaluations...

C'est donc avec un certain étonnement que nous avons accueilli deux nouvelles missions d'évaluation en 2024 : la première, commandée conjointement par les ministères de l'Intérieur, de la Santé et des Solidarités et des Affaires sociales, a été menée par l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Bien que le rapport n'ait pas été officiellement rendu public, plusieurs médias comme *Le Monde* ou Mediapart en ont relayé les conclusions, voire l'entièreté pour le second rapport. Celui-ci souligne et complète l'impact positif du dispositif pour les usagers, en réduisant les risques infectieux, les surdoses et les affections somatiques ; et pour la société, avec une réduction des passages aux urgences et des coûts associés, une augmentation de la tranquillité publique, la baisse du nombre de seringues abandonnées, la réduction des consommations en rue, la baisse de la délinquance dans le quartier.

Les craintes qui avaient pu être exprimées au moment de l'ouverture des HSA ont été dissipées, laissant place à

une forte acceptabilité locale du dispositif. Les professionnels et partenaires associés au projet saluent ses effets bénéfiques.

La mission a conclu son rapport d'évaluation en recommandant d'« inscrire dans le droit commun la possibilité d'ouvrir des haltes soins addictions » et de « pérenniser dans ce cadre les HSA expérimentatrices ».

La seconde évaluation, commandée par la Mildeca et confiée à une équipe de recherche en santé publique des Hospices civils de Lyon, s'inscrit dans la clôture de la deuxième phase de l'expérimentation. Elle devrait donner lieu à un rapport au Parlement afin de l'inscrire dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026.

À ces dispositifs exceptionnels, viennent s'ajouter les obligations d'évaluations réglementaires des établissements médicosociaux que sont la rédaction des rapports d'activités standardisés et les évaluations externes.

Ainsi, les salles de consommation parisienne et strasbourgeoise ont mené respectivement deux évaluations externes (Haute Autorité de santé) depuis 2016 ; de plus elles rendent compte annuellement via des rapports d'activité spécifiques et des comités de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs institutionnels. Si on devait mettre bout à bout les rapports, les évaluations et autres inspections, à notre connaissance aucun autre dispositif médico-social n'a été autant inspecté et évalué.

Aujourd'hui, les HSA font partie intégrante de la politique de prévention et de réduction des risques liés aux addictions en France, en complémentarité avec les autres soins qui existent.

Après neuf ans, l'arrêt du dispositif, ou sa reconduction provisoire, annihilerait les résultats obtenus, tout en occasionnant la perte des connaissances et des gains d'efficacité accumulés par tous les partenaires du dispositif ces dernières années.

Au contraire, la pérennisation des HSA irait dans le sens d'une plus grande efficacité des politiques de santé publique, davantage axées sur la prévention. Elle permettrait d'éviter des dépenses considérables pour notre système de santé et des effets négatifs pour la société dans son ensemble.

Élisabeth Avril, directrice de Gaïa
Jamel Lazic, chef de service Gaïa
Gauthier Waeckerle, directeur d'Ithaque

Cet article a paru dans *Swaps* n° 110 et est reproduit ici avec l'aimable autorisation de *Swaps*.

1. *Swaps* n° 100, « L'Inserm valide les salles de consommation », <https://vih.org/drogues-et-rdr/20260130/la-halte-soins-addictions-un-dispositif-tres-evalue/>
2. « Salles de consommation à moindre risque, mise en œuvre et impacts », 2018, <https://www.institutparisregion.fr/nos-travaux/publications/salles-de-consommation-a-moindre-risque>
3. « *Drug consumption rooms* », EUDA et Correlation – European Harm Reduction Network, 2023, <https://correlation-net.org/2023/12/19/joint-report-on-drug-consumption-rooms-in-europe/>

Le bus « bas-seuil »

aux bons soins de Méthadonix le druide

À l'origine de l'association Gaia, il y a une idée très simple : faciliter l'accès aux soins des héroïnomanes les plus marginalisés grâce à la méthadone, un opioïde de synthèse classé au tableau des stupéfiants. Cette idée porte un nom : le « bus méthadone de Médecins du monde à Paris ». Derrière cette appellation, un constat de bon sens appelé à faire école. Pour réduire les risques liés à l'usage des drogues, il faut « aller vers » les consommateurs·trices les plus exclu·es, celles et ceux qui sont restés au « seuil » de la société. Plus de trente ans plus tard, ce constat ne fait toujours pas consensus. Le bus bas-seuil reste une expérience singulière, étendue en 1998 à la seule ville de Marseille.

En 1997, Médecins du monde innove avec un « dispositif mobile de prise en charge de personnes toxicomanes substituées à la méthadone à seuil d'exigence adaptée »¹.

Je me souviens avoir appris avec une certaine incrédulité l'existence du « bus bas-seuil », comme on disait alors. Nonobstant la tonalité étrange de l'appellation « bas-seuil », ce bus représentait pour moi une sorte de rêve de tox. J'étais estomaqué à l'idée que la méthadone, cette substance miraculeuse qui vous sortait des affres du manque, pouvait être distribuée à la louche. Un peu comme si se réalisait le fameux fantasme de « l'héroïne dans les supermarchés ». J'imaginais donc une file de *junkies* en rang d'oignon, attendant leur potion magique délivrée par un Panoramix en blouse blanche².

Évidemment, je compris très vite que cette vision était précisément celle que Médecins du monde voulait éviter. Je parle d'un temps que les moins de... – bref ! les jeunes – ne peuvent pas connaître. Un temps où les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) sont encore assimilés par beaucoup à « donner de la drogue aux drogués ». La mise en place du bus représente donc une certaine radicalité.

Le bus s'inscrit dans le principe de « l'aller vers » (*outreach*), à rebours des postures antérieures qui prétendaient « qu'il n'y a pas d'urgence en toxicomanie ». Une époque où la notion de « seuil » était présentée comme une garantie de réussite du traitement. Le haut-seuil d'exigence constituait la norme. Il était matérialisé par la longueur des délais d'entrée en cure ou en postcure, la multiplication des rendez-vous, la vérification de la ponctualité des candidats, et des entretiens psychologiques à rallonge, sans cesse renouvelés. Des « exigences » qui continuent à faire référence lors du lancement des centres de prescription de méthadone initiés en 1993 par la ministre de la Santé Simone Veil. Dans ces années, à peine sorties de l'abstinence comme unique horizon, le haut-seuil se présente justement comme une garantie de restriction du robinet de méthadone. Le haut-seuil ou comment refuser l'entrée dans le soin, comme on vous recale à l'entrée d'une boîte de nuit.

L'idée de génie des concepteurs du bus est justement d'avoir inversé le stigmate. Les difficultés sociales, la précarité, le manque de papiers, les problèmes de santé mentale, tout ce qui était (et reste) considéré comme un obstacle à l'accueil standard devient une raison supplémentaire d'accéder rapidement au traitement. Le bus



s'adresse spontanément à tous ceux et toutes celles qui ont appris à se méfier d'un système de soins coercitif, celles et ceux qui piétinent à la porte, mais n'ont souvent même pas envie d'entrer. En fait, le bus, c'est l'archétype de la substitution, le dossier originel, il résume toute la philosophie de la politique de réduction des risques (RDR). Le bus nous parle de l'humain plutôt que du patient.

Dealer en blouse blanche

Le projet du bus est conçu par des médecins généralistes. Le caractère « général » du contact avec un candidat à la substitution est crucial. Le bus, c'est d'abord et surtout un signe bienveillant envoyé vers un potentiel patient. Certes, la bienveillance devrait être la base de la déontologie médicale, mais dans un contexte de guerre contre la drogue, c'est loin d'être la règle. La guerre à la drogue, c'est aussi des refus de prescription ou de délivrance justement parce que la méthadone... c'est de la drogue. L'accusation d'être des dealers en blouse blanche n'est pas fausse si l'on donne à cette expression un sens pratique : je te prescris une drogue pour que tu puisses me parler de ta santé. Cet accès rapide et sans jugement à un puissant opioïde représente aussi le signe d'appartenance à un camp, celui qui considère que l'usage de substances fait partie de l'existence et ne doit pas constituer un obstacle à l'entrée dans le soin.

Cependant, cette idée géniale est arrivée un peu trop tard dans l'histoire de la grande vague d'héroïne des années 1980-1990. Combien de cambriolages, de casses de pharmacies, de vols à la tire ou de travail du sexe non consenti auraient été évités par un vrai dispositif national de délivrance à bas-seuil ? Mais le principe du bus méthadone ne va pas faire école. Médecins du monde n'ouvrira qu'un seul autre dispositif à Marseille grâce à l'activisme du Dr Béatrice Stambul, un projet qui donnera naissance à l'association Bus 31/32. Ces deux structures restent jusqu'à aujourd'hui des curiosités qui recrutent grâce au bouche-à-oreille, dans une discrétion institutionnelle remarquable. Il y a plusieurs explications à cela. Le modèle « bus » est lié à une culture RDR d'Europe du Nord où l'accès à la méthadone est ancien, à l'image du bus de Rotterdam créé en 1984. En France, c'est la médecine générale qui permet une large accessibilité de la substitution plutôt que l'« aller vers ».

La prescription en ville : le « bas-seuil » français

En théorie, un-e patient-e peut obtenir une prescription d'opioïde de 28 jours en allant consulter son médecin de famille, ce qui situe notre pays dans une position de grande libéralité au niveau international. La place prépondérante occupée par la médecine générale est la grande force du système français, qui se place délibérément dans un cadre universaliste. Il présuppose une normalisation de la prescription de ces drogues légales que sont la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Dans les faits, ce sont effectivement les classes moyennes intégrées qui ont le plus bénéficié du dispositif de dispensation en médecine générale. Les populations en marge, les communautés

vulnérables ou précarisées ont plus de mal à trouver leur place dans le droit commun. C'est précisément cette situation qui est pointée aujourd'hui par certains adversaires de la réduction des risques, y compris par des voix qui se réclament de l'addictologie. Le principe d'une spécialisation obligatoire des professionnels habilités à prescrire des médicaments de substitution ressurgit régulièrement comme un écho du passé venu des nostalgiques du « haut-seuil ». Leurs arguments ressemblent à ceux du secteur spécialisé d'antan, à savoir une population réputée difficile à intégrer dans une patientèle de médecine générale, le chiffre des surdoses – notamment la hausse des décès imputables à la méthadone – des problèmes sociaux ou de santé mentale qui rendraient ces consommateurs-trices rétifs à une prise en charge ailleurs que dans des centres. Ces arguments ont déjà bloqué toute évolution vers la prescription de méthadone en médecine de ville, ils pourraient demain remettre en cause certains acquis du système français³. Face à ce risque de retour en arrière dissimulé derrière un discours prétendument moderne, la réponse donnée par le bus reste d'actualité. Nul besoin de carte Vitale, ni même de papiers en règle, un simple test positif aux opiacés donne le droit de venir chercher votre méthadone et de pouvoir parler de votre santé avec un soignant. Le bus méthadone est donc bien le complément indispensable à la prescription en médecine générale.

Bus et HSA, même combat

En 2004, Médecins du monde décide de se retirer de la gestion directe des dispositifs de réduction des risques initiés au pic de l'épidémie de VIH dans un contexte de catastrophe sanitaire. Au fil des ans, le nombre des patients substitués par la méthadone a augmenté jusqu'à se stabiliser quasiment à parité avec la BHD. En 2004, une loi institutionnalise la RDR en créant le dispositif Csapa/Caarud au sein du champ médicosocial. Autant de raisons pour la médecine humanitaire de passer le relais à des structures qui ont pour mission de pérenniser une politique de soin née dans l'urgence, mais encadrée aujourd'hui par le droit commun. C'est tout le sens de la création de Gaïa Paris.

Pourtant, plus de vingt ans après, c'est encore la crise qui sert de référence aux politiques de drogue. Une crise sociale qui voit le nombre de personnes sans domicile se multiplier. Une crise politique qui focalise l'attention du public sur la répression du narcotrafic, au détriment des programmes de santé. Heureusement, la leçon du bus n'a pas été oubliée par Gaïa. En 2016, l'association ouvre la première salle de consommation à moindre risque en France (aujourd'hui halte soins addictions). Cette initiative procède toujours de cette même radicalité paradoxale. C'est un dispositif exceptionnel qui normalise l'usage des drogues dans la cité. Une innovation qui s'inspire du vieux principe de non-jugement un peu oublié. Comme pour le bus, c'est un « aller vers » qui s'inscrit volontairement dans un paysage a priori hostile, un signe de bienveillance, une porte ouverte pour celles et ceux restés sur le seuil.

Fabrice Olivet

1. OFDT, Évaluation du dispositif Bus méthadone, décembre 2000.
2. Le Panoramix était incarné par Jean-Pierre Lhomme, médecin généraliste, cofondateur du bus aux côtés d'Élisabeth Avril
3. Voir Thierry Kin, « Accès élargi à la méthadone, histoire et déboires », *Asud Journal* n° 65, déc. 2022.

HSA, la distance à proximité

Trois cents passages par jour, une quarantaine de salariés, et une question qui se repose à chaque rotation : quelle est la bonne posture auprès des usagers qu'on accueille ? À la salle de consommation de la gare du Nord, l'équipe a fini par mettre un mot dessus.

« Il n'y a pas beaucoup de gens dont je vois le sang. » Simon dit ça au milieu d'une autre phrase, sans appuyer. Cinq ans de maison, coordinateur, recruté au départ parce qu'il parlait russe. « Mais tous les gens qui sont ici, j'ai vu leur sang. Et 80 % d'entre eux, je connais leur date de naissance, c'est leur code d'entrée. Dans ma famille, à part mes parents et mes sœurs, je ne connais la date de naissance de personne. »

Voilà d'où il faut partir. Pas du débat public, pas des riverains : de cette intimité-là qui oblige, tous les jours, à trouver la bonne façon d'être avec quelqu'un qui consomme des drogues et qui bien souvent vit dans la rue.

L'association Gaïa m'a demandé de mener des entretiens avec l'équipe et un groupe de personnes accueillies, pour préparer une charte interne. J'y suis allé avec mon métier de consultant et mon passé d'utilisateur, ce qui aide un peu à entendre les deux côtés. J'ai passé plusieurs journées sur place, dans un bureau prêté, la porte ouverte sur le couloir : le téléphone qui sonne, un riverain qui appelle, le va-et-vient entre le préau, l'accueil et l'espace de repos. Les entretiens avec les membres de l'équipe et le groupe d'utilisateurs se sont faits là. Les prénoms ont été changés.

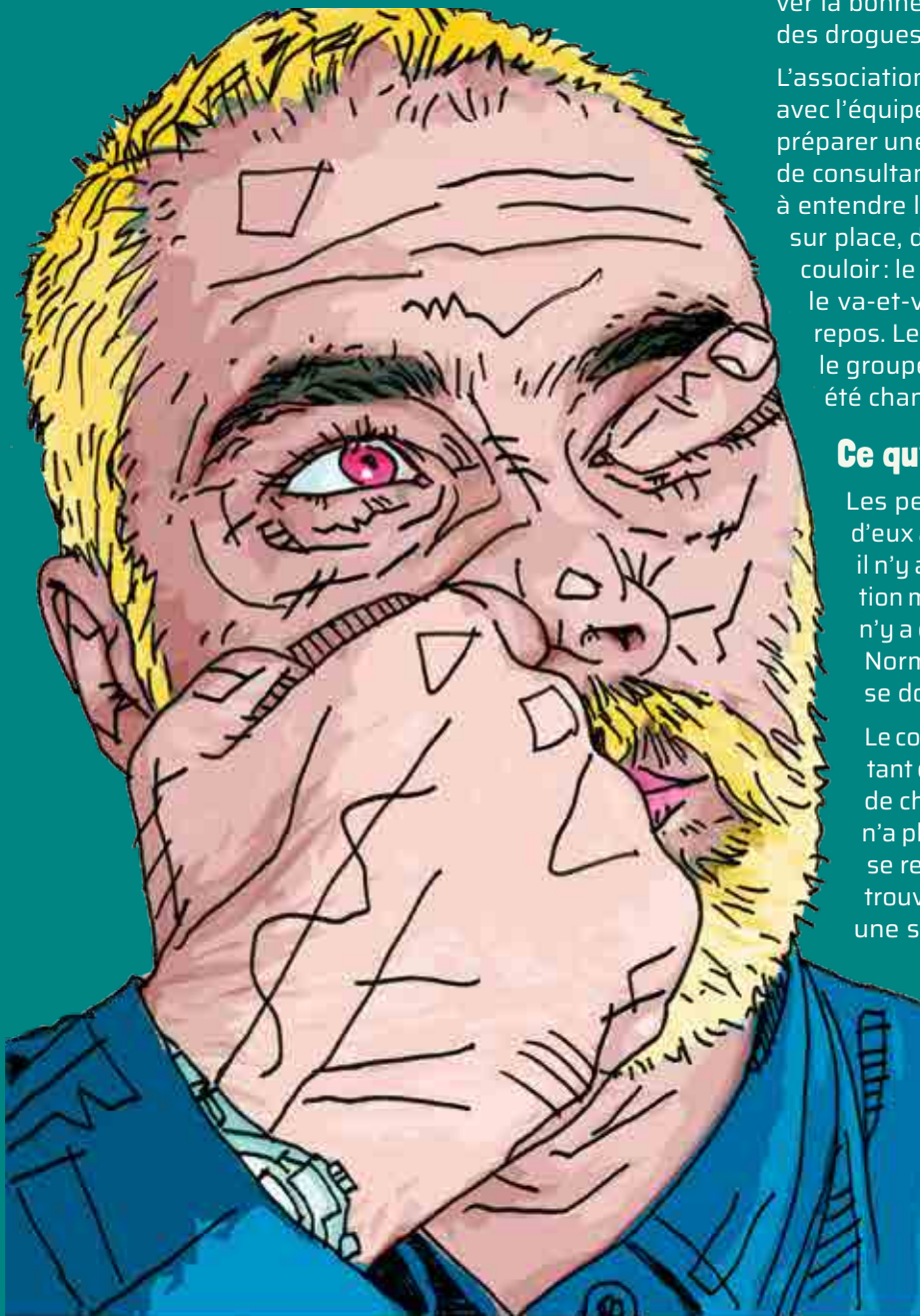
Ce qu'on vient chercher

Les personnes accueillies parlent de chance. L'un d'eux a connu les dispositifs canadiens : « À Toronto, il n'y a rien. Ici il y a la salle de repos, le café, l'attention médicale, le social. C'est énorme. » Un autre : « Il n'y a qu'ici que je peux consommer normalement. » Normalement, c'est-à-dire sans avoir honte, sans se donner en spectacle.

Le concret ensuite. Les papiers refaits : « c'est important de s'appuyer là-dessus, on peut accéder à plein de choses ». Trois nuits d'hôtel par mois quand on n'a plus rien, « un répit. Sortir de la rue, se doucher, se reposer. » Des rendez-vous médicaux qu'on ne trouve nulle part ailleurs. Une infirmière qui bloque une septicémie : « Elle m'a dit : je ne te laisse pas partir si tu ne pars pas avec les pompiers. »

La supervision elle-même : « On est surveillés d'une certaine manière quand on consomme, ce qui peut nous sauver la vie. »

Mais ce qu'ils décrivent le mieux, c'est autre chose. C'est d'être traité comme quelqu'un. Une bonne relation ?



« Que ce soit fluide dans l'accueil, le respect. » Le bon professionnel ? Ils dictent presque une fiche de poste : « La bienveillance. Voir en nous des humains et pas des toxics. Connaître les produits : on ne parle pas à quelqu'un sous médicaments comme à quelqu'un qui prend de la coke. S'adapter à la personne. » Et, deux fois dans la discussion : « Ne pas venir juste pour un salaire. Aimer son travail. Ils viennent par passion. »

Ils regardent aussi du côté de l'équipe et de ses difficultés, avec une attention qui m'a surpris. « Déjà, ils en donnent pas mal, ils sont à bloc. » « Ça doit être compliqué pour eux d'accepter notre délire à nous. » Une femme raconte : incarcérée, elle écrit à la salle sans y croire. « Ils m'ont tous fait un petit mot. Même à mon retour, ils étaient très présents. »

Ne promettre que ce qu'on tiendra

La formule de la "bonne proximité" est de Bruno, arrivé dans l'équipe quelques semaines avant l'ouverture en 2016. Je l'entends chez lui, puis chez Simon, presque mot pour mot, sans qu'ils se soient concertés. C'est le concept maison.

« Si tu mets de la distance, les gens le voient, ils ne font pas confiance, ils se braquent, dit Simon. Ils sont mis à distance partout, tout le temps, par la terre entière. S'ils viennent ici et qu'ils ressentent la distance, ça ne marche pas. » Donc de la proximité : pas de blouse, tutoiement, pas de bureau. Bruno, qui anime des formations, la fonde chez Carl Rogers, psychologue américain, fondateur de l'approche centrée sur la personne : empathie, congruence, regard inconditionnel. « Prendre la personne dans son contexte, dans sa globalité, et proposer un accompagnement vraiment adapté. »

Mais une proximité réglée. Bruno : « Ça ne veut pas dire que parce que j'ai cette proximité-là, j'irai boire des verres avec eux. » Par exemple, il n'écrit plus individuellement aux personnes incarcérées. À propos d'un usager : « Je me suis rendu compte que j'étais peut-être la seule personne à lui avoir écrit. Pour moi ce petit courrier c'était trois fois rien, et c'était devenu quelque chose de trop important dans sa vie. » Un petit geste devient vite une promesse pour ces personnes qui en ont tant manqué... La bonne proximité, c'est ne promettre que ce qu'on tiendra.

Léa, éducatrice, revient de onze mois de congé. Elle pensait n'avoir de lien qu'avec quelques-uns. « Ils étaient contents de me revoir. Hier, une jeune femme pas facile d'accès voulait que ce soit moi qui lui pose le garrot. Elle me disait : "Non, je te connais, je préfère que ce soit toi". »

Le cadre, c'est aussi de l'aide

Autre chose qu'on entend partout : les limites ne sont pas vécues comme le contraire du lien. Claire, médecin psychiatre venue de l'hôpital : « Le cadre, ce n'est pas toujours persécutant. Parfois, c'est aidant, ça permet de savoir où on est. C'est sécurisant. Se poser des limites à soi et en poser aux autres, c'est sain pour l'institution et pour nous. Mettre des limites, c'est aussi les aider. »

Léa le met en scène. « On surprend quelqu'un qui fume, on lui dit : "Tu reviens demain". Il hurle, il s'énervé, on est le mauvais objet ce jour-là. Et le lendemain il revient et il dit : "C'est vrai, j'ai déconné hier". Et on n'en parle plus. » L'exclusion comme recours ici n'a qu'une durée, et elle fixe le jour du retour.

Les personnes accueillies, elles, savent parfaitement qui est qui. « La distance, c'est que chacun reste à sa place : intervenant, consommateur. » Ou, à propos d'un lien qui déborderait : « La personne, elle est là pour travailler, pas pour t'aimer. » Ce qu'elles demandent, ce n'est pas moins de règles, c'est la même règle pour tous. Et du respect dans les deux sens : « Plus de patience et de reconnaissance de notre part, plus de compréhension et de respect. Moins d'insultes. » L'un d'eux y revient en fin de groupe : « Il ne faut pas les bafouer. Il faut vraiment insister là-dessus. »

Ce que l'équipe a construit

Ce qui frappe, ce sont les techniques qui jusqu'ici ne s'écrivaient pas. C'est justement ce que la charte veut fixer.

Passer la main. « Si on sent qu'on va s'énervé, passer la main, demander du relais », dit Hélène, infirmière, qui énumère ses parades : musique douce imposée à l'espace de repos, lumières baissées, parler bas quand ça monte, appeler les médiateurs avant plutôt qu'après. « La désescalade avant que ça escalade. »

Ne jamais dire quand on est interrogé sur sa vie privée « je suis avec quelqu'un ». Léa a reçu la consigne en arrivant : face à une avance, on ne répond pas « je suis en couple », qui laisse la porte entrouverte. On répond : on est dans un cadre professionnel. « Ça m'a parlé immédiatement. »

Faire entrer un tiers dès qu'un lien devient bizarre, trop proche, trop fixé, ou au contraire si pénible qu'on se met à éviter quelqu'un. Le malaise qu'on tait finit en discrimination silencieuse, dit Léa. En briefing, on propose alors une médiation avec un cadre ou un collègue, « pour que ça ne se cristallise pas ».

L'humour, enfin. Bruno, à qui je demandais comment il encaisse la violence verbale : « L'humour. Il m'a fallu du temps avant de comprendre que ce n'était pas moi qui étais visé, mais ce que je représentais. » Hélène : « C'est un cocon, on rigole beaucoup. »

Autour de ces gestes, des dispositifs se sont installés, souvent récents. Deux médiateurs en continu au lieu d'un. Des transmissions trois fois par jour, avec un tour de parole et une « note d'intensité » de zéro à cinq, pour dire ce que la journée a coûté. Deux semaines de doublure pour les nouveaux. Une formation « relation d'aide » avec mises en situation, « pour prendre du recul ». Un staff hebdomadaire où se croisent soignants, éducateurs, travailleurs pairs. Et une règle de confiance qu'Hélène n'avait connue nulle part : « Si quelqu'un veut changer de poste tout de suite, on ne pose pas de questions. Si je dis que cette personne doit sortir, on ne remet pas ma parole en question une





dans la file active, une intensité qui a laissé des traces. Il est arrivé aussi que justement des liens se nouent, trop étroits et donc vite problématiques. Ce que l'équipe en garde: ce qui n'est pas dit à l'avance se règle dans le silence, et le silence coûte à tout le monde.

D'où la charte. Tout le monde en veut une, personne ne la veut bavarder. Simon: « Mon inquiétude, ce serait un truc très cadré qui ne tienne pas compte de la souplesse de l'association. » Léa: « Qu'elle ne soit pas juste remise comme un livret d'accueil. Qu'elle soit discutée. » Claire: « On est une équipe. Ce qu'on fait engage tout le monde. » Moins une liste d'interdits, donc, que l'écriture de ce que l'équipe sait déjà faire.

« Venez comme vous êtes »

Il y a enfin ce que la salle fait et qu'aucun rapport d'activité ne compte. Les personnes

accueillies y prennent part: réunion des usagers, coups de main au quotidien, et cette déambulation de l'automne où équipe et usagers ont défilé ensemble, tract et affiche faits ensemble pour soutenir l'existence même de ce lieu unique à Paris. Nothing about us without us, rappelle Simon. Léa y voit un moment rare: « Ça nous permet de marcher côte à côte. D'habitude, ils ont une demande et nous une réponse. »

Ce jour-là, un usager a pris la parole: « Ici, c'est notre seul lien avec une forme de normalité. » Et Hélène, quand je lui demande comment l'équipe est perçue: « J'entends souvent: vous êtes ma famille. Je vois beaucoup d'amour. Je vois beaucoup de belles choses. »

Quand il fait visiter la salle, Simon dit: « Ici, c'est venez comme vous êtes. » Sauf que, comme au McDo, il faut des règles. Et ceux qui font cuire les hamburgers ne viennent pas les manger avec les clients.

Cette salle, l'une des deux seules du pays avec Strasbourg, vit sous condition: l'expérimentation des HSA a été prolongée de deux ans dans le PLFSS 2026, une avancée que le secteur juge fragile. Le dernier mot à celui qui, dans le groupe, n'avait pas ménagé ses critiques dix minutes plus tôt: « On est à Paris, dans une grande ville d'Europe, et on n'a que deux salles. Si celle-ci ferme, c'est dix ans en arrière. » Puis: « Je trouve que la démarche est excellente. Avant, c'était le bordel. »

Jean-Maxence Granier

Enquête conduite pour l'association Gaïa auprès des membres de l'équipe et d'un groupe de personnes accueillies. Tous les prénoms ont été modifiés.

seconde. C'est extrêmement précieux. » Elle ajoute: « C'est la première fois que je travaille dans un climat d'intolérance à toute forme de sexisme. La première fois. »

Les anciens, les pairs, les codes

Qui tient tout ça? Simon répond en observateur: « Ce n'est pas vrai partout, mais ici les gens qui restent trois ou quatre ans sont attachés au lieu et aux usagers, ils ont réussi à ne pas s'épuiser. » Les anciens portent la mémoire du lieu et des pratiques; l'équipe s'étant beaucoup renouvelée, c'est par eux que ça se transmet. Les usagers pointent le même besoin: ce qui manque le plus à une équipe qui se renouvelle, c'est l'expérience, celle du lieu comme celle des produits. D'où leur demande, répétée dans le groupe, d'embaucher « un pourcentage plus gros de travailleurs pairs ».

Irakli en est un. Arrivé de Géorgie en 2006, professeur de danse, quinze ans d'usage actif, aujourd'hui médiateur-éducateur. Un cinquième de la file active est russophone. Son travail, c'est la traduction dans tous les sens. Aux collègues, il explique ce qu'un sourire veut dire: « Chez nous (dans le monde slave), tu poses une question, la dame rit un peu, tu demandes si elle est célibataire... voilà, ça veut dire bingo. » Aux usagers, la France: « Les gars, arrêtez, ce n'est pas comme ça ici. » Une formation là-dessus, pour les collègues qui arrivent et n'ont pas ces codes? « Pourquoi pas? Je peux expliquer. Qu'est-ce qu'on perd? Rien. Il faut essayer. » L'usager, il essaie, il teste et si ça ne passe pas, il prend son chapeau et il part. C'est nous qui restons. C'est nous qui décidons des limites à donner à la relation. »

Une charte, pas un règlement

La salle sort d'une période dense: un gros renouvellement d'équipe, la place prise par la consommation de cocaïne

Les équipes d'Argos, la halte soins addictions (HSA) de Strasbourg gérée par l'association Ithaque, ont vu apparaître ces dernières années une pratique assez inédite en France : l'extraction de fentanyl à partir des patchs Durogesic® en vue d'une injection intraveineuse. Voir les tendances de consommation émerger et y apporter une réponse en lien avec les usagers fait partie intégrante des missions des HSA.

La HSA de Strasbourg

vigie des pratiques émergentes

La documentation disponible sur le sujet reste rare à l'échelle nationale, et les repères internationaux ne sont pas toujours transposables à cette forme de consommation, qui présente des caractéristiques bien spécifiques. Dès l'apparition de cette pratique dans nos murs, l'équipe a fait le choix d'observer, de documenter et d'adapter son accompagnement en réduction des risques avec et pour les personnes concernées.

Le fentanyl : une molécule d'origine médicale

Le fentanyl est un opioïde de synthèse mis au point au début des années 1960 par le Dr Paul Janssen. Environ 100 fois plus puissant que la morphine, il a d'abord été utilisé en milieu hospitalier pour traiter les douleurs chroniques sévères, notamment chez les patients atteints de cancers avancés. Dans les années 1990, il s'est diffusé en ville sous plusieurs formes galéniques : dispositifs transdermiques, comprimés sublinguaux, sprays nasaux. C'est ce circuit pharmaceutique, et non un marché de synthèse clandestine, qui alimente la pratique observée à Argos.

Ce point est essentiel et mérite d'être souligné : le fentanyl rencontré à la HSA n'a rien à voir avec celui qui circule en Amérique du Nord. Là-bas, le fentanyl retrouvé dans la rue est très majoritairement issu de la production clandestine, coupé de manière incontrôlée avec d'autres produits (héroïne, cocaïne, comprimés contrefaits) dans des dosages totalement imprévisibles d'un lot à l'autre, ce qui explique en grande partie l'ampleur de la crise des surdoses observée sur ce continent.

En France, à ce jour, la situation observée en salle de consommation est différente : les usagers d'Argos utilisent un produit d'origine pharmaceutique, détourné de sa prescription, dont le dosage est connu et indiqué par le fabricant (12, 25, 50, 75 ou 100 µg/h selon les patchs). Cette traçabilité permet aux usagers, avec l'appui de l'équipe, d'adopter des pratiques de consommation plus



maîtrisées et régulières, très éloignées de la loterie mortelle du fentanyl de rue nord-américain.

Les patches Durogesic®

Les patches Durogesic® sont des systèmes transdermiques qui diffusent du fentanyl progressivement. Une seule galénique est observée chez les usagers d'Argos : le patch Durogesic®, très majoritairement dosé à 100 µg/h. Le mésusage consiste à extraire le principe actif du patch pour permettre une injection intraveineuse.

Historique et travail d'observation à Argos

L'arrivée des patches Durogesic® à la HSA remonte à juin 2021. Dès l'été suivant, l'équipe a commencé à recenser les passages liés à cette pratique et à analyser, avec des usagers volontaires, les méthodes de préparation employées.

En partenariat avec le laboratoire de toxicologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, trois échantillons ont été analysés. Les résultats confirment la présence de fentanyl

dans les préparations, une quantité extraite significative, et une répartition homogène de la molécule sur l'ensemble du patch. Les recherches se poursuivent, notamment pour identifier d'éventuels résidus d'autres composants du patch (polymères, adhésifs, encres d'impression) susceptibles de présenter un risque pour la santé des usagers en cas d'injection.

Le risque de surdosage : au cœur du travail de réduction des risques

C'est précisément parce que le fentanyl est un dépressur respiratoire puissant, la dose létale se situant autour de 2 mg, que le risque de surdosage occupe une place centrale dans l'accompagnement proposé par l'équipe. Face au nombre croissant d'usagers concernés, la HSA a structuré sa réponse autour de plusieurs axes :

- mise à disposition de matériel stérile adapté à cette pratique d'injection ;
- distribution de naloxone, antagoniste des récepteurs opioïdes, sous forme de spray nasal ou d'injection intramusculaire ;
- formation des usagers aux gestes de premiers secours et à l'administration de la naloxone, y compris pour les pairs présents lors de la consommation ;
- accompagnement individualisé des primo-usagers, la première étape de découpe du patch étant identifiée comme un moment sensible où le risque d'erreur de dosage est le plus élevé.

En effet, découper le patch matriciel est un geste difficile à standardiser, en particulier pour les personnes novices dans cette pratique. Les usagers le chauffent ensuite dans une quantité d'eau pour préparation injectable souvent supérieure à 1 ml, ce qui donne un volume final important à injecter.

Tolérance, dépendance et sevrage

Comme pour tout usage régulier d'opioïdes, une tolérance s'installe rapidement chez les usagers injectant du fentanyl, nécessitant des doses croissantes pour un effet équivalent. La dépendance qui en découle s'accompagne d'un syndrome de sevrage particulièrement rapide : les premiers signes de manque peuvent apparaître dès deux heures après la dernière injection, ce qui pèse fortement sur le quotidien des personnes concernées et sur l'organisation de leur consommation.

Conclusion

L'équipe d'Argos poursuit son travail d'observation de cette pratique émergente, avec l'objectif d'accompagner les usagers vers des modalités de consommation à moindre risque et de partager, à terme, les enseignements tirés de ce travail avec l'ensemble du réseau de réduction des risques. Cette démarche illustre le rôle des haltes soins addictions : rester à l'écoute des évolutions de terrain, s'adapter aux pratiques réelles des usagers plutôt qu'aux représentations qu'on peut s'en faire, et construire, avec eux, des réponses de santé publique ajustées.

Gauthier Waeckerle, directeur d'Ithaque





CRACK ET MIGRATION

La somme de toutes les peurs

Deux professionnels de l'espace de repos de la porte de la Chapelle, un service expérimental géré par Gaïa et Aurore nous présentent les parcours des usager·ères, exilé·es, consommateur·ices et les solidarités qui s'y tissent. Acteurs de la réduction des risques et sociologues de la migration, ils ont choisi de travailler auprès d'un public exclu. Leurs observations facilitent la rencontre et l'échange avec ces communautés.

Accueillir ceux que l'on ne veut pas voir

L'espace de repos de la Porte de la Chapelle est un service expérimental ouvert en 2019 à l'origine pour accueillir les consommateur·ices de crack de la Colline. Les associations Gaïa et Aurore dirigent ce service au sein duquel les savoir-faire se complètent pour répondre aux besoins complexes d'un public poussé toujours plus loin aux limites de la ville. Ces dernières années, les scènes de consommation sont tour à tour déplacées, éparpillées, contenues. On les "gère", on déplore leur impact sur la "physionomie" des quartiers touchés, et on oublie les personnes qui les fréquentent.

Une partie de la population qui les fréquente est à la convergence de toutes les exclusions : exilé·e, sans titre de séjour,

sans hébergement, consommateur·ice de drogue(s), parfois travailleur·euse du sexe, souvent traumatisé·e par un parcours de vie complexe. Aujourd'hui, rares sont les services proches de ces scènes pouvant répondre aux besoins.

Ce Caarud d'un autre genre cherche à agir à l'intersection de toutes ces problématiques. L'équipe est aussi variée que ses publics, pour répondre au mieux aux demandes qui émergent parfois, malgré un certain renoncement dû au manque de perspective d'un public profondément désaffilié. La population de consommateur·ices de crack dans l'espace public parisien est sans cesse stigmatisée, mais ces « crackeux » sont loin d'être un ensemble homogène. Nombreuses sont les communautés et les parcours que l'on peut découvrir pour peu qu'on s'intéresse à ces personnes.

Sociologues et travailleurs sociaux

Homayoun Mallyar est travailleur social à l'espace de repos et accueil de journée de Gaïa-Paris, et doctorant en sociologie des migrations à l'université de Picardie Jules Verne.

Mamadou Mbaré Fofana est travailleur social à l'espace de repos et sociologue de la migration, chercheur partenaire à l'institut Convergences Migrations. Son propos dans cet article est centré sur la communauté somalienne, qu'il a accompagnée lors de nombreux groupes de parole.

Homayoun Mallyar : Les personnes que je rencontre viennent principalement du Soudan, d'Éthiopie, d'Afghanistan, de Somalie, de Guinée, de Syrie et du Mali. Les hommes sont très majoritaires. Les femmes viennent aussi, en nombre nettement inférieur, à des horaires décalés ou en restant en retrait dans l'espace. Dans ma recherche,

l'une d'elles m'a dit : « Ici ils ne me demandent pas d'être quelqu'un que je ne suis pas avant de m'aider. Partout ailleurs, d'abord tu dois être normal, ensuite ils aident. Ici, ils aident d'abord. »

« Ici, ils aident d'abord »

Ce qui me frappe, c'est que la nationalité est une catégorie moins utile que le statut administratif pour comprendre ce que vivent ces personnes. Dans la même salle coexistent des personnes en attente de première convocation Ofpra [Office français de protection des réfugiés et apatrides], d'autres deboutées depuis plusieurs années, d'autres encore sans aucune procédure – sans dossier, sans adresse. Ces écarts structurent les dynamiques de solidarité entre eux.

Mamadou Mbaré Fofana : J'ai animé pendant deux ans et demi à l'Espace de repos un groupe de parole dit « atelier communautaire » avec Médecins du monde (MdM) centré sur les personnes somaliennes et le « Thé débat », un atelier à destination des communautés d'Afrique de l'Ouest. Je vais ainsi plus parler de la communauté somalienne, qui participe le plus à cet atelier depuis sa mise en place, la présence d'un.e interprète en langue somalie facilitant les échanges. Il s'agit aussi d'une population moins fréquente dans nos structures.

« Quand les personnes arrivent, elles ne commencent pas une histoire. »

HM : Trois configurations reviennent fréquemment. La première : des personnes arrivées directement en France, qui se heurtent à des délais d'instruction interminables et une attente sans horizon. Dans ma recherche, un homme décrit « la boîte aux lettres qui ne produit rien pendant des mois. » La deuxième : des personnes qui ont transité par plusieurs pays avant d'atteindre la France, avec des séjours qui se comptent parfois en années. La troisième : des personnes ayant déjà un passé d'asile dans un autre pays européen, un statut obtenu puis perdu, et qui arrivent à Paris au bout d'une longue chaîne de défaites institutionnelles. Pour ces dernières, la procédure Dublin¹ bloque davantage la situation (1).

Quand les personnes arrivent à l'espace de repos, elles ne commencent pas une histoire – elles arrivent au terme d'une histoire longue dont aucune institution française ne connaît les chapitres précédents.

MF : Ces parcours complexes sont systématiquement traumatiques. Le travail de terrain est d'éveiller la conscience des symptômes traumatiques – souvent « traités » par le(s) produit(s) – puis d'accompagner vers des soins, lorsque cela est possible.

Le crack, une stratégie de survie

Ainsi, le produit est mobilisé pour faire face à une vie traumatisante, atteinte au prix d'un parcours complexe. De ce point de vue, la consommation du produit n'est pas la cause, mais la conséquence de cette vie en marge d'une société qui rejette ces personnes.

HM : Le crack est le produit dominant dans la zone Chapelle-Stalingrad, et le plus fréquemment rencontré dans ma pratique comme dans mes entretiens de recherche. L'héroïne et les opioïdes restent significativement présents, surtout dans la communauté afghane – une partie des personnes avait déjà un usage d'opium avant de partir, et l'héroïne représente ici la forme accessible d'un produit qui préexistait à la migration. L'alcool est transversal à toutes les communautés, les polyconsommations sont fréquentes.

Dans la grande majorité des situations, l'usage commence en France, après l'arrivée. Il ne précède pas la précarité : il lui répond. La séquence est presque toujours la même : arrivée, blocage administratif, absence de logement, concentration dans des zones où la rue et le marché des drogues se superposent, puis initiation – souvent par un geste de solidarité mal calibré. Quelqu'un partage ce qu'il a pour aider un nouveau venu. Personne n'explique que le produit n'est pas anodin.

Il y a un phénomène que je documente et qui n'a pas encore été formalisé dans la littérature : l'usage du crack comme coupe-faim. Des personnes fument le week-end parce que les distributions alimentaires sont fermées ou saturées, et que le crack supprime la faim plusieurs heures. Ce n'est pas une rationalisation. C'est une stratégie de survie dans un contexte de rupture alimentaire structurelle.

MF : Les produits consommés par le public somalien sont l'alcool, le cannabis et la cocaïne (fumée ou sniffée). Il émerge des échanges que les consommations d'alcool et d'autres produits ont débuté à l'arrivée en Europe. L'alcool prend une place importante dans leurs consommations quotidiennes. L'absence d'apprentissage culturel de sa consommation donne lieu à des difficultés supplémentaires par rapport à d'autres communautés : consommation dérégulée, aucune notion des symptômes de manque, voire exacerbation de certains symptômes traumatiques.

L'espace de repos, le dernier endroit

Ces regroupements par communautés partageant une culture, un vécu, un mode de vie impliquent des formes de solidarités parfois inattendues. Elles peuvent prendre de multiples formes selon les besoins spécifiques des personnes.

HM : Les stratégies de solidarité sont réelles et souvent invisibles aux institutions. Ce qui circule dans les réseaux informels – les horaires des distributions, les commissariats à éviter, les avocats bénévoles, les gymnases d'urgence ouverts telle nuit – circule en dari, en arabe, en soninké. Cette information a une capillarité qu'aucun dispositif formel ne reproduit.

Le partage de produits et de matériel est aussi une réalité : à la fois geste de solidarité sincère et vecteur de transmission d'une potentielle dépendance, les deux étant vrais simultanément. Ce que l'espace de repos permet, c'est que ces solidarités se déploient dans un endroit qui n'est pas la rue. Sur un trottoir, l'entraide se fait sous pression et surveillance mutuelle. Dans l'espace de repos, les gens peuvent s'asseoir, prendre le temps, demander quelque chose sans surveiller leurs arrières. Plusieurs personnes de ma recherche ont décrit ces espaces comme « le dernier endroit » – là où, après que l'hôpital, la police et la préfecture n'ont rien produit, on peut arriver et être traité comme une personne.

MF : Il existe une certaine solidarité au sein de la communauté somalienne que l'on constate aussi à l'intérieur de l'espace de repos. Les participants du groupe de parole invitent les usagers nouvellement arrivés à la structure et leur expliquent l'importance d'utiliser ce cadre pour parler de leur situation, la visibiliser et ainsi bénéficier d'accompagnements adaptés. Dépasser cette barrière et exposer ces besoins est une étape difficile de tout parcours et la solidarité communautaire facilite l'émergence d'une demande. Les habitués de notre service orientent aussi des personnes consommatrices de crack vers l'espace pour qu'elles puissent y être accompagnées. On s'oriente les uns les autres vers les services pertinents.

Il y a évidemment une sociabilité marquée autour de la consommation – particulièrement de crack – qui participe à structurer des groupes d'entraide communautaire. Il n'est pas rare que les Somaliens viennent à l'espace en groupe, après avoir déjà consommé ensemble.

Échapper au(x) contrôle(s)

Cependant la vie en marge est de moins en moins possible dans une ville dont les espaces sont régulés et contrôlés. Délinquant-es par leur statut et leurs usages de drogue, parfois aussi pour leur sans-abrisme, ces communautés vivent dans le stress permanent de la répression.

HM : Elle s'exerce à deux niveaux qui se renforcent mutuellement. Sur les pratiques de consommation : la répression policière déplace les usages vers des espaces moins visibles – halls d'immeubles, sous-bois, quais isolés – presque toujours plus dangereux. Elle ne réduit pas les usages. Elle les déplace vers des configurations où le risque d'overdose sans témoin augmente.

Pour les personnes sans titre de séjour, répression liée aux drogues et répression liée à l'irrégularité de séjour forment un continuum vécu. Une interpellation pour usage peut déclencher une vérification de titre, une retenue, une convocation en préfecture qui fragilise une procédure d'asile en cours. J'ai recueilli des témoignages de personnes qui avaient retardé l'appel au 15 après une overdose par peur que les secours arrivent avec la police. Ce délai peut être la différence entre vivre et mourir.

MF : Les violences policières et les discriminations en rue reviennent dans les échanges lors des ateliers. En dépit de la répression, la communauté somalienne de l'espace de repos est parmi celles qui bénéficient le plus de régularisation (asile, protection subsidiaire...).

Réduire les risques

Au carrefour de toutes ces problématiques, la question de la réduction des risques considère de nombreux aspects de la vie des personnes accueillies. Cette approche compréhensive, centrée sur les spécificités de la personne en face de nous à l'instant T, prend d'autres formes.

HM : La RDR est centrale dans ce que nous faisons, mais elle est rarement nommée comme telle par les personnes qui en bénéficient. Ce qui amène quelqu'un à pousser la porte,

ce sont d'abord des besoins concrets et immédiats : l'accès à une infirmière, à un médicament, à des soins de plaies, à un suivi de traitement interrompu. Des choses simples qui manquent de réponse quand on n'a pas de médecin, pas de carte Vitale, pas d'adresse. C'est aussi trouver de la chaleur, du café, quelqu'un qui parle sa langue, sans que personne ne demande de papiers à l'entrée.

Ce que les personnes formulent concrètement sur les drogues est direct : ne pas mourir d'une overdose seul, ne pas attraper le VIH ou l'hépatite C par du matériel partagé. Ces deux choses structurent une partie importante de notre travail. Tout le reste – l'orientation vers le bus Gaïa pour une substitution, l'accompagnement vers une démarche AME (aide médicale d'État) ou Ofpra, le lien avec Assore pour un hébergement – vient dans un second temps, dans le temps que la confiance permet de construire. La RDR n'est pas la demande déclarée. C'est ce qui se passe dans l'espace et qui permet à la confiance de s'installer.

MF : La réduction des risques est importante dans la demande de la communauté somalienne. Les ateliers portaient sur les questions de santé en rapport aux consommations. Mais elle n'est pas l'essence de leur demande qui tourne autour de l'asile, d'un hébergement et du travail.

Conclusion

Au gré des politiques d'urbanisme aux portes de Paris, les espaces de marginalité ont progressivement disparu. Il en résulte une plus grande visibilité des populations sans abri. Parmi elles, les usager-ères de crack sont devenu-es le symbole d'une misère indésirable dont le contrôle serait une nécessité. Pourtant, les usages de cocaïne basée ne se limitent pas à l'espace public, comme en témoigne la hausse continue du nombre de pipes à crack délivrées dans tous les Caarud de France. Donc, c'est la visibilité le problème.

Les solutions, pour les usagers de drogues comme pour les personnes migrantes, se réduisent encore lorsque l'on cumule les deux. L'absence de papiers limite l'accès aux soins, à l'hébergement, et la judiciarisation de la consommation dans l'espace public limite l'accès au droit en conduisant à des OQTF (obligation de quitter le territoire français).

L'offre d'accompagnement doit dépasser les cloisonnements. Les professionnel-le y créent une RDR adaptée à ces multiples problématiques. L'ouverture du lieu à de nombreux partenaires invite à dépasser le clivage institutionnel.

Comme mis en évidence dans l'enquête SEMID [1], la présence de professionnel-les pair-es partageant de l'expérience, une culture, et un parcours avec le public favorise une compréhension des spécificités de chacun et la fonction du produit dans leur quotidien.

Dans ce lieu où l'on expérimente, on tente, par tous les moyens possibles, de faire asile, d'accueillir sans contrainte, pour recevoir, écouter et soigner des personnes en marge du monde.

Victor Detrez, Homayoun Mallyar, Mamadou Mbarré Fofana, Gaïa

1. SEMID-EU : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/thematiques/publics-specifiques/migrations-et-drogues-des-recommandations-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-des-personnes/>



« Une cuillère sale dans chaque famille »

La communauté géorgienne dans les structures de RDR en France

Depuis les années 2000, les Géorgiens représentent, selon l'Inserm, l'OFDT et les témoignages des professionnels, jusqu'à 25 % des personnes suivies dans de nombreux Caarud et Csapa français. Ils représentent 13 % des suivis du Csapa de Gaïa, près de 15 % de la HSA, 25 % du Caarud d'Aulnay. Une présence comparable existe à Strasbourg, Nice, Lyon, Bordeaux ou Marseille. Plongée dans l'expérience parisienne.

Le 11 mars 2026, Khvicha Kvaratskhelia, star du Paris-Saint-Germain, marque deux buts en Ligue des champions et les célèbre en mimant une injection – un clin d'œil au basket, en réalité. Mais parmi les amateurs de football officiant dans la réduction des risques, on préfère y voir un hommage de l'attaquant géorgien aux centaines de ses compatriotes accueillis dans les structures françaises accompagnant les usagers de drogues.

Le lendemain, 12 mars, un homme se présente à la salle de consommation (HSA) de Gaïa, à Paris. Il ne parle pas français. Il dit un mot : « Irakli ! ». Les éducatrices comprennent tout de suite. Irakli, ancien danseur devenu moniteur-éducateur à la « salle » après en avoir été usager, est le référent officiel des Géorgiens de Gaïa. Il va chercher le nouveau venu. Lasha, arrivé à Paris deux jours plus tôt, consommateur d'opiacés depuis des années, a quitté une Géorgie devenue, dit-il, invivable pour les usagers.

Son cas n'a rien d'isolé. « En Géorgie, on est soit grand sportif, soit grand usager de drogue », sourit Irakli, en écho à un vieux proverbe : « Il y a une cuillère sale dans chaque famille ». L'injection y est une pratique banalisée depuis les années 1990, symbole même de réussite sociale. Le pays compterait en 2026 54 000 usagers par injection, pour 3,8 millions d'habitants, soit 2,5 % de sa population adulte. Mais l'État géorgien réprime durement : contrôles urinaires arbitraires, peines lourdes, prix du gramme d'héroïne à 900 euros pour un salaire moyen de 150 euros. Depuis 2024, la loi sur les « agents de l'étranger » étrangle

les ONG communautaires. Les traitements de substitution sont désormais fichés et limités dans le temps, bien souvent éloignés des centres-villes. L'exil, facilité par l'exemption de visa depuis 2017, touche aujourd'hui toutes les classes sociales, et non plus seulement les urbains diplômés des débuts. « Il n'est pas rare de voir débarquer des hommes venus de petits villages des montagnes du Caucase », constate Elisabeth Avril, directrice de Gaïa, aux premières loges de l'arrivée de cette communauté dans les structures de RdR françaises.

Dans la salle, Lasha croise Zaza, frère d'un ami d'enfance. Huit ans en France, ancien militaire, ce dernier vit de larcins (jamais de deal, question d'honneur). Il explique à Lasha qu'il peut faire un TROD, « on sait jamais, l'hépatite C, ça peut revenir ». Leurs retrouvailles bruyantes agacent d'autres usagers : « On est en France, pas en Géorgie ! ».

Champions de judo, danseurs, vétérans de trois guerres, anciens professeurs : les parcours sont variés, avec en commun la dépendance sévère et une grande précarité. Une constante frappe les équipes : leur volonté de rester digne, de rester propre. Fibroscan, formation naloxone, dépistages : la communauté géorgienne est demandeuse de soins.

Les perspectives ne sont pas des plus reluisantes : isolement, barrière de la langue, précarité administrative, OQTF. Une étude Inserm de 2020 sur les usagers russophones constatait que 95 % d'entre eux voyaient leur situation sociale se dégrader après la migration. À la salle de consommation, ces dernières années, une tendance inquiète : l'augmentation de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse parmi les usagers, qui se cantonnaient plutôt aux opiacés. Cette nouvelle tendance contribue à une dégradation de la santé psychique et somatique du public, Géorgiens compris. Phénomène nouveau, beaucoup d'entre eux délaissent les halls d'aéroport et les squats où ils vivaient majoritairement, pour des cabanes construites à la vue des passants.

Giorgi, cinq ans en France, le sait bien. Il pense à rentrer et vient de demander à Irakli comment Gaïa peut l'y aider. À côté d'eux, Lasha nettoie ses chaussures avec les fameuses lingettes bleues distribuées en Caarud : elles brillent encore.

Paul Matthey, coordinateur du Caarud

« JE VEUX TRAITER LES PERSONNES COMME J'AURAIS AIMÉ ÊTRE TRAITÉE »

Sandra H., mère de cinq enfants au sein d'une famille recomposée, vit avec son compagnon. Usagère de drogues depuis l'enfance, elle fréquente la halte soins addictions (HSA) de Gaïa à Paris et suit depuis juin 2026 une formation de travailleuse paire. Elle revient sur sa trajectoire, son recours aux soins, les violences subies et la place du couple et du genre dans les consommations.

Comment vous présenteriez-vous aujourd'hui ?

J'ai 48 ans, je suis Parisienne et je vis dans le 15^e arrondissement avec mon compagnon, dans un appartement diffus rattaché à un centre d'hébergement. J'ai quatre enfants, auxquels j'ajoute le fils de mon compagnon : pour moi, j'en ai cinq. Certains de mes enfants ont été placés à ma demande, quand ma situation, notamment mes consommations et l'hébergement précaire, ne me permettait pas

de leur offrir les bonnes conditions. Aujourd'hui, je perçois le RSA et une rémunération variable liée à ma formation. Financièrement, certains mois sont difficiles, mais nous arrivons à nous en sortir.

En quoi consiste la formation LabExpair ?

LabExpair est un projet de Gaïa qui forme des travailleurs pairs. La formation dure cinq mois, de juin à fin octobre, elle alterne théorie et pratique, avec tous les quinze jours, un point sur notre expérience. En raison de la canicule, le programme a été adapté cette année, la partie théorique a duré un mois et demi. Les enseignements portent sur l'alcool, les drogues et les médicaments. Nous sommes six, avec des profils et des parcours variés : personnes transgenres, travailleuses du sexe, consommateurs ou anciens consommateurs, etc. Chacun effectue sa période de pratique dans une structure différente, en fonction du domaine dans lequel il souhaite se spécialiser ou enrichir ses connaissances. Je suis à l'Arche d'avenirs, une structure de l'association La Mie de pain spécialisée dans la RDR alcool. Nous sommes formées par des professionnels ayant une expérience dans le champ de l'addictologie et de l'accompagnement. Certaines sont consommateurs-trices ou ancien·nes consommateurs-trices. Le statut de travailleur pair n'est aujourd'hui reconnu que dans le secteur médical, mais la formation délivre une qualification attestant que nous pouvons exercer dans le champ social. Je suis très, très satisfaite de cette formation. L'articulation entre la théorie et la pratique est vraiment excellente, et les formateurs sont professionnels, pédagogues et à l'écoute. Une structure envisage d'ouvrir un poste pour moi à l'issue de la formation

Comment s'est construite votre trajectoire d'usage ?

J'ai commencé à consommer du cannabis à neuf ans, avec des jeunes plus âgés, juste avant d'être mise à la rue par ma mère, à neuf ans et demi. Mes premières consommations étaient liées à l'effet de groupe, mais aussi une façon d'échapper à ce que je vivais. À douze ans, j'ai commencé à boire seule. À quinze ans, j'étais



physiquement dépendante de l'alcool. J'ai arrêté à dix-huit, lorsque le médecin m'a dit qu'il fallait choisir entre l'arrêt et l'hospitalisation. À vingt ans, j'ai découvert l'héroïne avec le père de mes garçons : d'abord en sniff, puis en injection. En quelques mois, l'usage occasionnel est devenu quotidien. Vers vingt-cinq ans, épuisée par le manque, les vomissements, les tremblements et les dépressions, j'ai arrêté l'héroïne et suis passée au Subutex®, puis à la méthadone. Je n'ai jamais repris d'héroïne.

Quelle place le crack et l'injection ont-ils ensuite occupée ?

J'ai découvert le crack par l'intermédiaire d'un compagnon. La dépendance n'est pas la même que pour l'héroïne : je la ressens comme beaucoup plus psychologique. On cherche à retrouver l'effet de la première fois, sans vraiment y parvenir. Ma consommation a connu des périodes très intenses et d'autres plus calmes. Aujourd'hui, je fume encore du crack et mes injections, de Skénan® ou de méthadone, sont variables selon les périodes. J'ai aussi connu ce que j'appelle le "syndrome de la fléchette" : l'envie du geste d'injection lui-même. J'ai déjà réussi à rester plusieurs mois sans injecter. Quand mon compagnon consomme devant moi, je lui demande de ne pas le faire sous mes yeux ou de le faire à la salle, pour ne pas réveiller cette envie.

Votre parcours de soins a-t-il été linéaire ?

Non. Au départ, j'ai pris du Subutex® de manière informelle avant d'aller voir un médecin, notamment par peur du regard porté sur moi. Avec le recul, je me dis que j'aurais dû être fière : demander un traitement, c'était déjà décider d'arrêter l'héroïne. Aujourd'hui, je suis sous méthadone et suivie sur le plan psychiatrique. J'ai aussi essayé une cure et une posture, mais le cadre ne m'a pas convenu. Ce qui me donne envie de revenir dans un dispositif, c'est l'accueil et l'accompagnement. Ce qui m'en éloigne, c'est le jugement ou le sentiment d'être renvoyée d'un professionnel à un autre sans réponse globale. J'ai déjà subi des remarques toxicophobes en milieu de soin ; je ne suis pas retournée dans ces dispositifs.

Que trouvez-vous à Gaïa ?

Quand mon compagnon et moi étions à la rue, injecter dehors ou dans certains hôtels était risqué. La HSA nous a offert un lieu propre, du matériel, l'aide de professionnels formés et un accompagnement autour de l'injection. C'est rassurant de consommer à la salle. C'est aussi une mise à l'abri : je pouvais attendre mon compagnon sur place plutôt que de rester dehors avec les sacs pendant qu'il faisait la manche. J'ai beaucoup appris par les échanges avec des professionnels et des usagers, les démonstrations et des outils comme le guide de l'auto-injection. À la salle, je trouve du non-jugement, de l'écoute et de l'accompagnement. Ma fréquentation varie selon ma formation et ma consommation, mais lorsque je ne viens pas pendant plusieurs jours, l'équipe s'inquiète pour moi : ce lien compte.

La question des violences, notamment sexuelles, revient beaucoup lorsque l'on s'intéresse aux femmes usagères de drogues. Comment ont-elles marqué votre parcours ?

J'ai subi un viol collectif alors que j'étais mineure, puis d'autres violences sexuelles durant ma vie, notamment

pendant des périodes de rue. Je n'ai pas porté plainte. Il y avait la honte, le caractère intime de ce qui s'était passé, et la crainte de la manière dont les victimes peuvent être reçues. Je n'ai commencé à en parler à une psychologue qu'à la trentaine, et très partiellement. Certains souvenirs sont toujours là. Je ne me sens pas prête à tout travailler : cela fait partie de moi, même si c'est douloureux. Ces violences ne peuvent pas être séparées de la précarité, de la rue et des vulnérabilités auxquelles les femmes sont exposées.

Quel rôle les relations de couple ont-elles joué dans vos consommations ?

Mes partenaires ont souvent été consommateurs. C'est avec le père de mes garçons que j'ai découvert l'héroïne et l'injection. Au départ, j'étais dépendante de mon partenaire qui m'injectait ; cela créait à la fois une forme de contrôle de sa part sur mes consommations, mais cela me permettait aussi de les réguler. Un autre compagnon m'a fait entrer davantage dans l'usage du crack. Dans certaines de mes anciennes relations, le produit créait du chaos, il pouvait y avoir des vols d'argent et des conflits liés au manque. Avec mon compagnon actuel, nous consommons parfois ensemble, mais le produit prend moins de place et nous avons appris à poser des limites. Le couple peut transmettre des pratiques et augmenter les risques, mais il peut aussi devenir un espace de vigilance et de réduction des risques.

Être une femme et une mère change-t-il le regard porté sur les usages ?

Oui, le jugement et la stigmatisation sont, pour moi, les principaux problèmes rencontrés par les femmes qui injectent. J'ai entendu des remarques parce que j'étais mère et consommatrice, comme si ces deux réalités ne pouvaient pas coexister. Pourtant, j'ai toujours informé les services sociaux et j'ai moi-même demandé de l'aide lorsque je pensais ne pas pouvoir protéger suffisamment mes enfants. Les femmes sont moins nombreuses dans les structures, parfois parce qu'elles craignent d'être cataloguées. Il faut mieux informer, accompagner sans moraliser et apprendre aux personnes à prendre soin de leur corps et de leurs veines. On ne parle pas assez du fait que les femmes ont un réseau veineux plus fin et fragile que celui des hommes.

Pourquoi devenir travailleuse paire ?

Une travailleuse paire, c'est un reflet pour la personne accueillie : j'ai connu la rue, l'alcool, les drogues et les dispositifs. Je peux transmettre ce que j'ai appris et offrir ce que je n'ai pas toujours reçu. Je veux créer un lien professionnel, pas amical, mais sans dureté ni distance inutile. Je sais ce que certains parcours font aux personnes. Je veux les traiter comme j'aurais aimé être traitée : avec bienveillance, empathie et surtout beaucoup d'écoute. Pour moi, l'expérience des personnes concernées n'est pas un problème à cacher ; c'est une expertise qui peut améliorer l'accompagnement.

Propos recueillis et édités à partir d'un entretien réalisé par Sarah Perrin et Nafi Terrasse le 26 août 2026.



500 euros pour un joint

Le 21 juillet, le Parlement a définitivement adopté la loi Ripost, pour « réponses immédiates aux phénomènes troublant l'ordre public, la sécurité et la tranquillité de nos concitoyens ». Le texte contient de nombreuses mesures répressives envers les usagers : il porte l'amende forfaitaire délictuelle (AFD) – qui permet aux forces de l'ordre de réprimer sans procès – de 200 à 500 euros ! Réprimant notamment la consommation de cannabis, l'AFD s'étend à la consommation de protoxyde d'azote, au nouveau « délit de participation à un rassemblement festif à caractère musical », soit une rave party non autorisée... Les organisateurs sont eux passibles de 7 500 euros d'amende et de six mois de prison.

La conduite en état « manifeste » (sans test...) de consommation d'alcool ou de produits stupéfiants sera punie de trois ans de prison et 9 000 euros d'amende. En 2025, selon les données du ministère de l'Intérieur, plus de 309 000 infractions pour usage de drogue ont été constatées, dont près des trois quarts par AFD. Deux recours au Conseil constitutionnel ont été déposés par les groupes parlementaires de gauche (désunie)...

Étude sur le psilo en thérapie : le CHU de Nîmes recrute

Le centre hospitalier de Nîmes coordonne un essai thérapeutique sur l'efficacité de la psilocybine contre l'addiction à l'alcool, ou plus précisément, « dans la prévention des rechutes chez des patients souffrant d'un trouble sévère de l'usage de l'alcool associé à des symptômes dépressifs persistants après sevrage ».

Cet essai clinique randomisé, multicentrique, en double aveugle, de phase III, associe sept autres centres hospitaliers universitaires français et s'inscrit dans la continuité des résultats encourageants obtenus lors d'une étude pilote « PAD » (*Psilocybin Alcohol Depression*) qui a montré que 55 % des patients traités par 25 mg étaient abstinents, contre 11 % dans le groupe contrôle (essai sur 30 patients). La phase III de ce nouvel essai prévoit d'inclure 172 patients (86 par groupe), sur une période de 36 mois. Chaque participant est suivi pendant 12 mois, la psilocybine étant administrée en complément d'un programme intensif de prévention de la rechute (soin habituel).

Les personnes vivant avec un trouble de l'usage de l'alcool avec symptômes dépressifs persistants après sevrage, souhaitant participer à l'essai ERPPAD peuvent se rapprocher de l'équipe investigatrice via ce lien : <https://redcap.link/ERPPAD>.



Berlin, le cannabis triste

La légalisation du cannabis en Allemagne, c'est un feuilleton assez long et plein de rebondissements. Dernier épisode en date : la fin du remboursement par l'assurance maladie des fleurs de cannabis prescrites et des conditions plus strictes pour le remboursement des extraits de cannabis, exigeant que les patients suivent un traitement obligatoire de six mois avec un médicament approuvé. Une réforme présentée par le Parlement comme visant à réduire les dépenses du système de santé public.

Depuis deux ans, l'Allemagne a mis en place une légalisation du cannabis, autorisant la consommation – qui reste interdite à proximité de mineurs, d'écoles, de crèches et d'installations sportives. Chaque adulte a le droit de posséder 25 grammes de cannabis ou de cultiver trois plants de cannabis à domicile (s'il habite en Allemagne depuis 6 mois) ou avec l'aide de « clubs de cannabis » associatifs. Ils peuvent distribuer les boutures et plants (5 par personne), vendre 25 grammes maximum par jour, et pas plus de 50 grammes par mois à leurs membres.

Selon le projet de recherche Ekocan (Évaluation de la loi sur le cannabis récréatif) et son deuxième rapport, la légalisation du cannabis en Allemagne a profondément modifié le marché du cannabis thérapeutique... Il est aujourd'hui plus facile de prescrire du cannabis sur ordonnance et le pays est devenu le plus grand marché commercial : en 2025, jusqu'à 200 tonnes de cannabis médical étaient disponibles. L'Ekocan propose ainsi de limiter la teneur en THC des fleurs médicales délivrées sur ordonnance afin d'endiguer les risques liés aux produits hautement puissants.

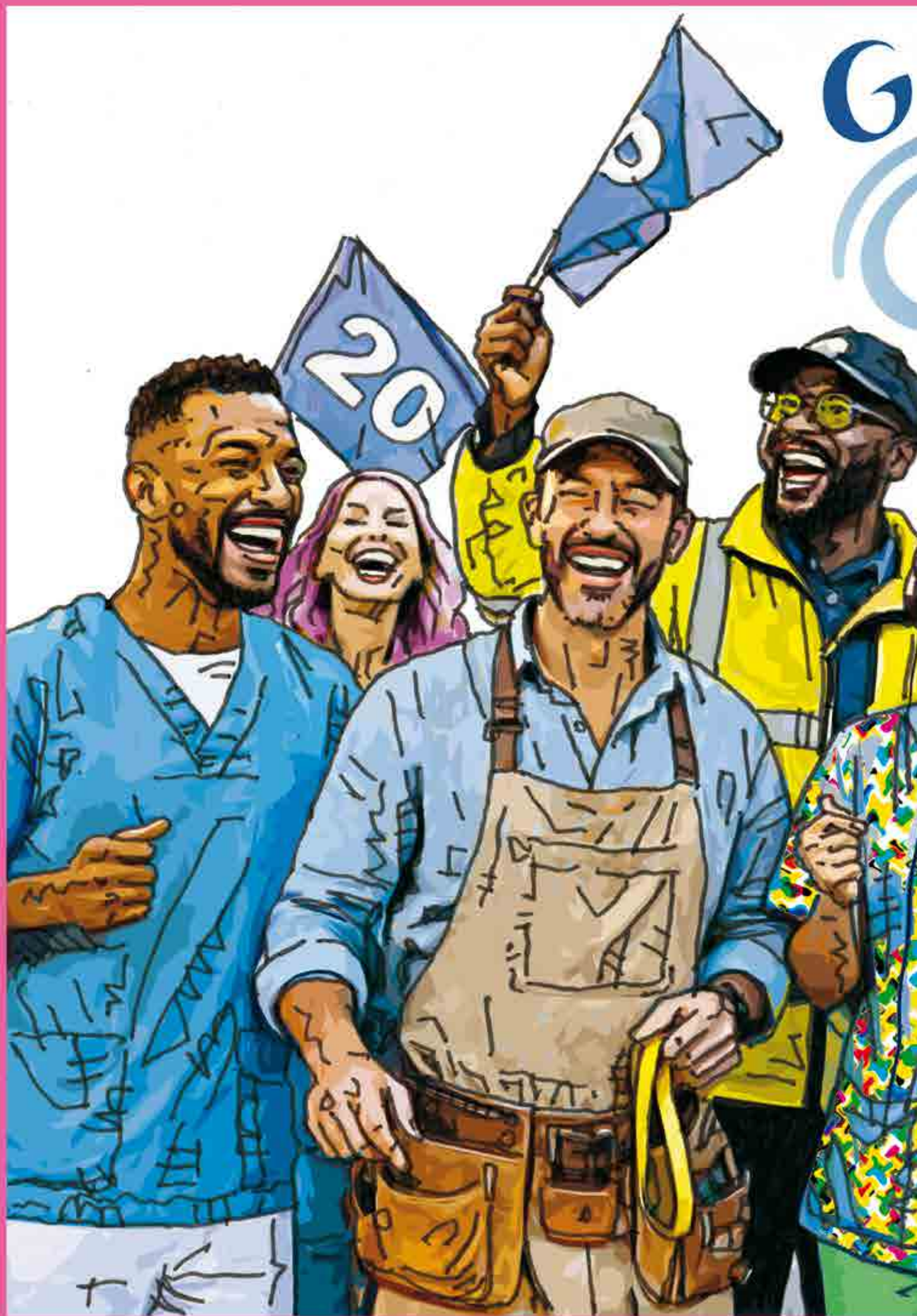


États-Unis : le cannabis toujours hors la loi et plus légal que jamais

Malgré de nombreux coups de boutoir, le *Federal Controlled Substances Act*, la vieille loi fédérale de Richard Nixon, est toujours en place. La législation états-unienne sur le cannabis est conforme à l'ère Trump : paradoxale, imprévisible... et totalement absurde. Si quarante États sur cinquante ont mis en place des dispositifs d'accès à la plante à des fins thérapeutiques ou récréatives, le chanvre non industriel reste une substance de catégorie 1 au niveau fédéral, c'est-à-dire interdite de commerce même à des fins médicales. Si nous ne sommes plus au temps des premières légalisations où les agents de la DEA effectuaient des raids anti-cannabis désapprouvés par les forces de police locales, la grande majorité des élus et des citoyens réclament une cohérence législative pour se prémunir de toutes tentatives de retour en arrière. Todd Blanche, le

procureur général des États-Unis, a ordonné la mise en place d'un reclassement du cannabis du niveau 1 vers un niveau 3 compatible avec à des opérations industrielles et pharmaceutiques. Mais le vent du changement passe aussi par le Sénat où a été réactivé par les démocrates en juillet 2026 le *Cannabis Administration and Opportunity Act* (CAOA) qui propose tout simplement de retirer le cannabis de la liste des substances prohibées. Un test supplémentaire pour le trumpisme tiraillé entre libertariens partisans du cannabis et une base MAGA fortement représentée dans les derniers États hostiles à la légalisation.

(Sources : NORML et News Weed)



20 ANS DE RÉDUCT



ION DES RISQUES



Marée brune chez les latinos !

Une déferlante de la droite radicale, voire extrême, touche depuis ces dernières années plusieurs pays d'Amérique latine après des décennies de gouvernements de gauche. Cette nouvelle situation remet en question la démocratie et les acquis sociaux, mais aussi la lutte contre les discriminations envers les minorités, les réformes agraires et les initiatives courageuses prises ici et là pour trouver une alternative à la guerre à la drogue. Comment expliquer ce changement et quelles en sont les conséquences ?

Un bilan contrasté

Pourquoi, depuis l'élection en 2019 de Nayib Bukele au Salvador (réélu en 2024), le créateur de ces mégabagnes pour soi-disant *narcos* que Darmanin a visités, et celle de Jair Bolsonaro au Brésil¹, assistons-nous à cette marée brune ? Elle a vu successivement arriver au pouvoir, Javier Milei, le Trump argentin libertarien en 2023, Daniel Noboa en Équateur (réélu en 2025) dans la ligne de Bukele, José Antonio Kast au Chili en 2025, nostalgique de Pinochet et fils d'un émigré allemand membre du parti nazi ; puis Abelardo de la Espriella en 2026 en Colombie, l'avocat milliardaire des sanguinaires paramilitaires, alors qu'au Pérou, Keiko Fujimori, fille revendiquée du tristement célèbre Alberto Fujimori, condamné et emprisonné jusqu'à sa mort pour corruption et crimes contre l'humanité, revient au pouvoir.

Bien sûr, il reste toujours deux grands pays à gauche : le Brésil de Lula et le Mexique de Claudia Sheinbaum, et

le plus petit Uruguay de Yamandu Orsi, héritier politique du fameux José Alberto Mujica². Quelques autres pays sont au centre de l'échiquier politique, mais force est de constater que cette nouvelle tendance populiste de droite radicale et extrême a le vent en poupe chez les latinos !

Pour tenter d'expliquer ce revirement, revenons aux années 2000-2020 marquées par des figures de gauche comme Hugo Chávez au Venezuela, Evo Morales en Bolivie, Cristina Fernández en Argentine, Andrés Manuel López Obrador (AMLO) au Mexique et Lula au Brésil ou plus récemment Gustavo Petro en Colombie. Ils avaient ancré le continent à gauche avec de grandes avancées sociales mais « sans arriver à transformer durablement les structures économiques et sociales qui alimentent depuis toujours les inégalités et engendrent la pauvreté »³. Leur bilan n'a pas toujours été à la hauteur des espoirs suscités avec une inflation importante qui a entamé le pouvoir d'achat, en particulier des plus pauvres. Il est vrai qu'ils ont été confrontés – sauf Petro – à la crise financière internationale de 2008, sanitaire du covid 19, aux lourdes conséquences socio-économiques pour les pays émergents.

Les trois peurs

Résultat : augmentation des inégalités, du nombre de travailleurs pauvres, de la précarité, en particulier pour les classes moyennes et populaires. Selon la Banque mondiale, « 32 % de la population latino-américaine est exposée au

risque de tomber dans la pauvreté qui concerne déjà 25 % des individus ». Cette peur a été indéniablement l'un des moteurs qui a poussé un grand nombre d'électeurs dans les bras de l'extrême droite qui a su habilement en jouer !

Peur de la pauvreté, mais aussi peur de la violence réelle et terrifiante des cartels qui gangrènent de plus en plus de pays avec leur pouvoir de corruption, leur fameux et si efficace « plata o plomo » (de l'argent ou du plomb) sapant les fondements démocratiques des États. Cette menace s'est étendue progressivement à d'autres pays que les traditionnels Colombie ou Mexique : notamment au Guatemala et au Salvador pour assurer la liaison entre les pays producteurs de cocaïne et le Mexique, seule porte d'entrée pour le grand marché des États-Unis. Puis, toujours plus avides de profits, en bonnes entreprises capitalistes démultipliées par la prohibition, les cartels se sont étendus récemment à l'Équateur. Pays réputé jusqu'alors comme un havre de paix et de prospérité, il a connu une spirale de violences inédites, le port de Guayaquil étant devenu une porte de sortie très convoitée pour les nouveaux marchés européen et asiatique de la cocaïne.

Pour comprendre le poids des *narcos* dans cette région, quelques chiffres : au Mexique, 185 000 personnes sont rémunérées par les cartels ; en 2023, la lutte contre ces organisations a représenté 20 % du PIB du pays ; depuis 2006, 400 000 personnes sont mortes ! À titre comparatif, la guerre d'Afghanistan a fait 240 000 victimes en vingt ans ; seule la guerre civile en Syrie depuis 2011 les dépasse



avec 500 000 morts. L'extension du crime organisé dans ces pays, liée à celle du trafic de drogue international, a sans aucun doute joué un rôle majeur dans le vote pour l'extrême droite.

Peu en fin de l'immigration, un phénomène totalement nouveau dans cette région. Du fait de la situation économique catastrophique et politique au Venezuela, 7,7 millions de personnes ont quitté le pays, pour aller en Colombie et en Équateur, mais aussi au Chili où ils sont 533 000. Pays de 19 millions d'habitants, le Chili en compte 1,6 million d'une autre nationalité, principalement des Vénézuéliens, mais aussi des Haïtiens et des Péruviens. Si la plupart se sont bien intégrés (même langue, même religion...), ils sont tenus responsables de la hausse de la délinquance et des homicides. Selon un sondage Ipsos, 90 % de la population se sent en insécurité, un terreau idéal pour l'extrême droite qui en a fait un des principaux axes de sa campagne pour l'élection réussie de son candidat Kast... En Colombie et en Équateur, les mêmes griefs contre les immigrés ont produit les mêmes effets.

Un cas d'école : la Colombie

La Colombie est emblématique de cette vague d'extrême droite. Gustavo Petro est arrivé au pouvoir en 2022. Premier président de gauche après des décennies de mainmise de la droite, de conflit armé interne depuis les années 1960 (450 000 morts) et de persistance de plusieurs groupes armés de gauche, de paramilitaires d'extrême droite et de *narcos*, il arrive au pouvoir avec une courte majorité. Il doit donc composer avec des partis centristes et des élus de droite modérée. Plusieurs réformes capotent en raison d'une forte opposition de droite et d'une presse souvent acquise à celle-ci, mais Petro résiste. Il inonde les réseaux sociaux, prononce des discours fleuves à la Fidel Castro, un brin démagogique et pas toujours opportuns. Bref ! il devient assez clivant. Néanmoins, son mandat apporte une augmentation du salaire minimum, une réduction de 5 % de la pauvreté, renforce le droit du travail, permet l'acquisition de 600 000 hectares par le Fonds foncier qui en redistribue 258 251 à 73 000 familles. Alors pourquoi la défaite quelques mois plus tard de son successeur de gauche⁴ Ivan Cepeda, et la victoire de justesse de son opposant d'extrême droite⁵ ?

Aux trois raisons évoquées, il faut ajouter une déception importante par rapport à son projet phare de « Paix totale » avec les groupes armés qui n'a pas abouti. Les accords de paix de 2016 conclus entre les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) et le président J. M. Santos avaient permis la démobilisation de 13 000 combattants, une grande partie des FARC rendant leurs armes sans être poursuivis. Mais les clauses d'intégration à la peine depuis le président Duque compliquent le plan de Petro, qui entame des négociations avec ces groupes comme l'ELN, des dissidents des FARC et des *narcos*-paramilitaires sans succès. Leur fragmentation et leur flou idéologique y seront pour beaucoup.

Avec sa proclamation applaudie par les antiprohibitionnistes du monde entier au début de son mandat « de fin de la guerre contre les drogues, qui est un échec », misant sur la régulation et l'intégration des cultivateurs de coca et la fin de la répression, il a soulevé beaucoup d'espairs finalement déçus. Dans ce pays meurtri par la violence des

narcos, et par les ravages de cette guerre, il voulait en finir avec la stratégie militaire et prohibitionniste des États-Unis qui, selon lui, a entraîné la mort « d'un million de Latino-Américains » depuis les années 1970. Guerre aux victimes souvent sans lien avec les drogues, à grand renfort d'épandages massifs de glyphosate responsables de cancers chez les paysans et de catastrophe écologique ! Il a bien proposé de remplacer la coca par du café et du cacao, mais l'instabilité des cours ne permet pas la régularité des revenus, et sans des infrastructures correctes de transport (routes, camions...), cela restait illusoire. Il a aussi essayé de plaider à l'ONU, comme l'avait fait avant lui Evo Morales en Bolivie, pour que la feuille de coca soit retirée de la liste des stupéfiants. Il y pose en particulier cette question remarquée : « Qu'est-ce qui est le plus toxique pour l'être humain : la cocaïne, ou le charbon ou le pétrole ? » Si, du point de vue du discours sur les drogues, il a rompu avec ses prédécesseurs, que s'est-il passé au niveau des réalisations concrètes ?

Là, le bât blesse : sa politique a été qualifiée de « schizophrénique » entre saisie de 713 tonnes de cocaïne la première année, avant de parler de rétablir un épandage « plus ciblé » de glyphosate ! Il s'est surtout heurté aux conventions internationales, à la réalité du terrain, au poids des États-Unis dans la lutte antidrogue et à celui de toute une économie de la répression dans son pays. Rompre avec celle-ci et la prohibition est une excellente idée qu'il a eu le courage d'affirmer face à Trump, mais la pauvreté rurale reste le point faible de tout changement de politique sur les drogues, en Colombie comme ailleurs. Sans développement accompagnant une reconversion des plantations, les paysans ne sautent pas le pas vers d'autres cultures... Et la persistance d'acteurs armés très souvent impliqués dans le trafic de cocaïne ne l'a pas aidé, comme l'explosion de la demande mondiale de cocaïne en particulier en Europe⁶, qui ont rendu vains tous les efforts locaux !

Quant au nouveau président d'extrême droite Abelardo de la Espriella, qui a déclaré « Je veux un plan Colombie II ! »⁷, il promet un retour massif aux épandages de glyphosate pour « éradiquer » les champs de coca, de « lutter d'une main de fer » contre l'insécurité, de construire des « méga





Une fois au pouvoir, le gouvernement de Milei n'a pas légalisé ni même dépénalisé les drogues, ce qui aurait sans doute évité la dérive mafieuse que connaît son pays, mais il a renforcé le dispositif répressif contre le trafic de drogue. En effet, l'explosion de la demande de coke a fait passer ce pays, jusqu'à présent de transit, en une terre de consommation. En dépit d'un niveau de violence bien moindre que dans d'autres pays latinos, Milei a voulu réagir avec son plan « Bandera » (Drapeau) face à une situation qui commençait, selon lui, à être hors de contrôle.

Très classique, ce plan prône une reprise en main des prisons contrôlées par les mafias, la construction d'une méga-taule « totalement étanche » comme celle du Salvador, le renforcement des moyens et de la lutte contre la corruption au sein de la police fédérale⁹, le durcissement de l'appareil judiciaire. C'est aussi une menace pour les libertés en voulant utiliser l'armée à des tâches de police contrairement à la loi. Ce plan, qui va aussi renforcer le contrôle sur les agences de régulation du cannabis médical, est vu par certains libertariens comme contradictoire avec les idéaux de liberté individuelle. S'engager sur la voie de la guerre à la drogue à outrance ne va déboucher que sur un échec comme au Mexique...

Cette vague d'extrême droite s'enracine en Amérique latine en profitant des peurs. Malgré de bonnes intentions sur les drogues, la réalité impose sa dure loi aux gouvernements de gauche comme de droite. Elle est aussi la conséquence de l'influence que les États-Unis de Trump veulent à nouveau exercer en Amérique latine en renouant avec leur interventionnisme qui, des années 1950 jusqu'à la fin des dictatures d'extrême droite, avait participé massivement au renversement des démocraties existantes... La politique répressive sur les drogues et les consommateurs va s'y intensifier avec ses dommages collatéraux de violence, annonçant des temps sombres pour ce sous-continent pour les droits humains, les acquis sociaux et l'écologie !

Speedy Gonzalez

1. Depuis son mandat catastrophique (2019-2023), il a été battu par Lula aux élections de 2023 puis condamné à vingt-sept ans de prison pour tentative de coup d'État et assigné provisoirement à résidence pour raison médicale. Son fils Flavio Bolsonaro est le principal opposant à Lula pour les élections d'octobre 2026.
2. Dit Pepe Mujica, ancien membre des Tupamaros, une guérilla urbaine contre la dictature (1973-1985), arrêté, torturé, il passera treize ans en prison. Avec la démocratie, il devient député d'un front de gauche puis ministre et président de 2010 à 2015. Il approfondit les réformes sociales, légalise le mariage homosexuel, dépénalise l'avortement et l'Uruguay est le premier pays à encadrer la production et la vente de cannabis. Cet homme sobre et modeste décède en 2025 à 89 ans.
3. Cf. « L'ère des proconsuls » de Christophe Ventura, *Le Monde diplomatique*, juillet 2026.
4. En Colombie, on ne peut faire qu'un mandat à la présidence.
5. Moins de 1 % a séparé les deux candidats.
6. Selon l'ONU, avec les États-Unis, ces deux régions représentent environ 25 millions de consommateurs contre 17 millions il y a dix ans pour un marché estimé de 100 à 200 milliards de dollars.
7. Le plan Colombie I entraîna l'installation de troupes des États-Unis pour lutter contre les guérillas.
8. Il vient de se faire photographier devant les cadavres de 23 « terroristes » de groupes dissidents des FARC.
9. Ceux que l'on appelle là-bas les *polinarcos* seraient au nombre de 13 000 sur un total de 100 000 hommes !

prisons » et de mener une guerre à outrance, aidé par les États-Unis, contre les groupes armés et les cartels. Sa lutte cible déjà les premiers cartels de gauche⁸ mais on peut douter qu'elle visera les seconds tant ses liens avec les paramilitaires sont étroits ! Tout cela remet en cause les avancées politiques et sociales de Petro, et bien sûr, l'effacement total de sa tentative d'ouverture sur les drogues.

L'iconoclaste Argentin Javier Milei

Dans cette marée brune, seraient-ils tous des va-t'en-guerre de la guerre à la drogue ? À première vue, l'Argentin Javier Milei, fidèle à son idéal libertarien, défendait une approche philosophique libérale de la consommation de drogues, tout en maintenant une politique sécuritaire stricte contre le narcotrafic. Il estimait que la consommation de drogue relève de la liberté individuelle et du choix de chaque personne : si quelqu'un choisit de s'autodétruire en se droguant, c'est sa responsabilité. Mais l'État n'a pas à assumer les conséquences de cette dépendance, car sinon le contrat social est rompu.

Paris sous coke

La salle de consommation sous pression

Depuis son ouverture, la salle de conso accueille des usagers qui, à 80 %, consomment du crack ou de la cocaïne basée par inhalation en plus de leur pratique d'injection d'opioïdes. Récemment, la cocaïne shootée se répand, avec son lot de difficultés...

Pour notre public, souvent sans domicile fixe et souvent sans téléphone, difficile de réunir 60 euros et de contacter un livreur via une messagerie sécurisée. Pas évident non plus de se rendre dans un four en banlieue, pour choper un 20 euros de C sans se faire arrêter par la police, les contrôleurs, et se faire traiter de « shlag » par des vendeurs pas toujours portés sur la qualité de leur service client.

Avec des unités de vente entre 5 et 15 euros, le crack, sous forme de « caillou » ou de « galette », reste accessible dans les rues et le métro parisien pour des personnes dont les revenus proviennent majoritairement de la mendicité. En revanche, la cocaïne chlorhydrate, généralement vendue au gramme, reste hors de portée des consommateurs les plus précaires.

La cocaïne injectée représentait jusqu'en juin 2023 environ 1,3 % des consommations de la HSA, une proportion infime du demi-million d'injections pratiquées dans ce lieu depuis son ouverture en octobre 2016. Pourtant, en 2024, dans un contexte marqué par l'accueil des Jeux olympiques et le renforcement des opérations de police sur les points de vente de crack, nous avons observé l'émergence de points de vente de cocaïne proposant des unités aux alentours de 10 ou 20 euros dans le nord-est parisien.

Cette pratique de vente en petites unités, courante dans plusieurs grandes métropoles françaises, restait jusqu'alors moins commune à Paris. Cet ajustement du marché a rendu ce produit plus accessible à la population fréquentant la HSA. Aujourd'hui, en 2026, la cocaïne injectée représente 45 % des consommations enregistrées dans la salle de consommation.

Quelles conséquences ?

Les personnes injectant de la cocaïne dans notre espace ont tendance à multiplier les injections sous l'effet du *craving*, et à perdre en technicité au fil de leur session. Cela entraîne de nombreux abcès ainsi qu'un risque accru d'infections graves.

Nous observons une recrudescence des endocardites, parfois mortelles : des infections graves des valves cardiaques,



favorisées par de mauvaises conditions d'hygiène lors de l'injection, ainsi que par la réutilisation et le partage du matériel.

On ne le dira jamais assez : lavez-vous les mains et utilisez du matériel stérile, à usage unique, tout au long de votre session. À défaut, utilisez des lingettes désinfectantes.

Nous observons également, chez certaines personnes pratiquant régulièrement l'injection de cocaïne, une dégradation importante de la santé physique et psychique. Cette consommation constitue un facteur supplémentaire de vulnérabilité pour des personnes dont le parcours est déjà marqué par une grande précarité, une santé mentale dégradée, des expériences traumatiques et la polyconsommation de produits psychoactifs dans la rue. Certain-es se replient sur eux-mêmes, sont moins dans le contact, plus difficiles à aborder. Chez une partie des usager-ères, on voit apparaître des symptômes psychotiques liés à la consommation de cocaïne, tels que des hallucinations acoustico-verbales et des épisodes paranoïaques, que les personnes ne présentaient pas avant.

La multiplication des consommations et les difficultés liées à l'injection augmentent les temps de passage dans nos

La pompe ou la pipe ?

Cette question fait-elle encore débat : le fix du junkie a-t-il encore un avenir face à la pipe du cracker ? L'histoire étant bien souvent un cycle immuable de répétitions, je me garderais bien de toute affirmation définitive sur le sujet. Toutefois, les données collectées en Caarud semblent indiquer que les usager·ères ont tranché. Malgré quelques disparités régionales que je concède volontiers, le constat global est celui de la diminution de la demande de matériel d'injection.

Au cours des dix dernières années, la baisse est régulière et importante. Au Caarud Asud, 18 213 seringues ont été distribuées en 2015, 3 138 en 2025, soit 83 % de baisse en dix ans. Sur la même période, la demande de pipes et kits base passe de 271 à 1 282 unités, soit une augmentation de 79 %. La diminution de l'injection est évidemment une bonne chose d'un point de vue sanitaire, on pourrait penser qu'elle résulte d'une baisse de la consommation d'héroïne au profit de la cocaïne. C'est

oublier que la cocaïne s'injecte également et que ce fut un mode de consommation ultra-privilegié parmi les usagers en traitement méthadone à la fin des années 1990 et début des années 2000.

Aujourd'hui, la moyenne d'âge au Caarud est de 42 ans, ce sont donc des usagers plus jeunes qui délaissent l'injection et ses risques sanitaires au profit de l'inhalation. Si cette évolution peut être portée au crédit de la RDRD, elle ne règle pas la question des risques sanitaires. Désormais, l'abus de stimulants souvent associé à une forte consommation d'alcool parmi un public en grande précarité, isolé et vulnérable, constitue un nouvel enjeu, celui de la santé mentale. Je reprends la formule emblématique « du milieu du gué » apparue en 1997 lors de la conférence internationale de RDR à Paris : trente ans plus tard nous sommes à nouveau au milieu du gué. Notre combat est trop important pour l'abandonner.

Jef Favatier

locaux. Une attention particulière est donc portée par l'équipe aux besoins accrus de ces usager·ères, que ce soit en matière de surveillance des malaises et des surdosages, de réassurance après un épisode de consommation ou de travail sur les pratiques d'injection.

Overamping!

Aujourd'hui encore, le surdosage est souvent associé aux opioïdes. Les symptômes d'une intoxication à la cocaïne restent encore mal connus, y compris par certains professionnels.

À la différence de l'héroïne, où la sédation de la personne et la baisse de la fréquence respiratoire sont simples à observer, les manifestations d'un surdosage de cocaïne peuvent, dans un premier temps, être d'ordre neurologique ou psychiatrique.

Les Anglo-Saxons utilisent le terme *overamping*, que l'on pourrait tenter de traduire par surtension, surstimulation ou surchauffe. L'*overamping* peut se traduire par une grande agitation, une incapacité à contrôler ses mouvements et à maintenir son attention, un débit de parole soutenu, l'apparition d'hallucinations et une forte anxiété. À cela viennent s'ajouter des symptômes physiques : sueurs importantes, augmentation de la température corporelle et accélération du rythme cardiaque.

Face à ces symptômes, plusieurs mesures en première intention :

- arrêter la session de consommation,
- installer la personne dans un endroit calme et, si possible, l'isoler dans une logique de réassurance,
- lui proposer de s'hydrater,
- la refroidir à l'aide d'une serviette mouillée ou de glace.

De manière générale, des douleurs thoraciques, des maux de tête ou céphalées importants, ou une température corporelle supérieure à 40 °C doivent conduire à appeler immédiatement les secours.

Ces symptômes sont encore parfois attribués à un produit jugé « mauvais » ou « coupé ». Ils peuvent pourtant être directement liés aux effets pharmacologiques de la cocaïne, notamment lorsque les consommations sont importantes ou rapprochées.

Maintenant, on fait quoi ?

Nous pouvons, encore une fois, avoir une pensée pour nos voisins suisses qui, face au développement de la consommation de cocaïne, multiplient les lieux de consommation, avec des services proposés en journée comme en soirée, et répartis dans les métropoles qui en ont le plus besoin.

Avec une seule salle de consommation pour un bassin d'agglomération de 11 millions d'habitants en Île-de-France, la réponse en termes de RDR et de prise en charge des consommations de rue de cocaïne est loin d'être à la hauteur.

Avec plus de 300 visites par jour, le développement de la consommation de cocaïne met l'équipe de la HSA parisienne à rude épreuve et ne permet pas de proposer un service adapté à toutes les personnes qui en auraient besoin. Les réponses en termes de réduction des risques, d'hébergement et de soins existent, mais sont insuffisantes : la HSA parisienne est saturée ; les dispositifs d'hébergement et les centres de soins ne prennent plus de nouveaux patients. Une mise à l'échelle est plus que souhaitable, mais est-ce l'orientation prise par les pouvoirs publics aujourd'hui ?

Jamel Lazic, chef de service HSA, Gaïa

LOI NARCOTRAFIC

l'impasse d'une stratégie politique accro à la répression

Narc-homicides, narco-terrorisme, narco-r Corruption, autant de mots-valises qui ont infiltré le débat alors qu'ils étaient auparavant réservés aux cartels sud-américains. Volonté de faire peur ou de manifester la transformation réelle d'un secteur en plein développement ? Remettons un peu de contexte autour des évolutions historiques du trafic en France.

Des fourmis aux usagers revendeurs de cité

La naissance du trafic sous sa forme moderne remonte aux années 1970, avec le renouveau de la consommation de drogues (principalement cannabis, héroïne et LSD). Les données manquent sur son organisation réelle, mais l'implication du milieu du grand banditisme et de consommateurs pouvant tenir le rôle de distributeurs (usagers revendeurs) est certaine. Avec l'augmentation du tourisme international et la chute de la *French connexion*, ces derniers prennent plus d'importance. On parle de « trafic de fourmis » pour désigner ceux qui rentrent d'Asie ou du Maroc avec quelques centaines de grammes d'héro ou quelques kilos de shit.

Dans les années 1980, la conso se massifie avec l'empilement des générations de consommateurs et la diffusion des produits dans les quartiers populaires, notamment chez les jeunes issus de l'immigration. Certains s'engouffrent dans le deal qui leur permet de consommer gratuitement et d'arrondir les fins de mois. Dès le début des années 1980, certains médias évoquent des « supermarchés de la drogue » pour désigner des quartiers (îlot



Chalon, Belleville, la cité du Luth à Gennevilliers...). Le stéréotype du dealer de quartier, violent, vicieux et... basané vient de naître en France. L'instrumentalisation xénophobe de la peur suscitée par les trafiquants (et les consommateurs) existait depuis longtemps (sinophobie avec l'opium, négrophobie avec la cocaïne) y compris en France (beatniks étrangers...). Toutefois, ce nouvel avatar aura le succès durable qu'on lui connaît.



De l'héro...

Dans les années 1980, les transactions ont surtout lieu en appartement, dans des bars ou directement dans la rue. À la fin des années 1990, le deal entre dans les parties communes des grands ensembles et le *trafic de cité* émerge sous sa forme actuelle : il s'industrialise, le travail se divise (guetteurs, charbonneurs, ravitailleurs, gérants, etc.) et les revenus explosent avec la consommation. Les produits changent aussi, l'héroïne qui dominait le marché (hors cannabis), disparaît sous plusieurs coups de boutoir : le VIH, la figure du junkie, les overdoses, la prison... En prendre est mal vu, en vendre aussi, au point que des chasses aux dealers (et aux consommateurs) ont lieu dans certains quartiers. De nombreux usagers profitent de l'arrivée de la substitution en 1996 pour stopper l'héro. La demande chute et l'offre s'adapte : en quelques années, on passe d'un produit disponible à chaque coin de rue à une substance difficile à trouver, quasi confidentielle !

à la coke

Parallèlement, une autre substance arrive avec une image inverse : l'héroïne était perçue comme une drogue de pauvres, passifs, en mauvaise santé. La coke apparaît comme une drogue de riches, associée à la réussite sociale, à la productivité... Elle a tout pour plaire et son ascension, commencée il y a plus de trente ans, n'est pas terminée aujourd'hui. En 2026, année charnière, le marché français de la cocaïne a officiellement dépassé celui du cannabis !

La diffusion de la cocaïne s'appuie sur la facilitation de son accessibilité. Avec la saturation du marché nord-américain et la concurrence de la meth puis des opioïdes, son prix baisse fortement. Les trafiquants sud-américains cherchent un nouveau marché et visent l'Europe. Au cours des années 2000, la coke arrive de partout (ports

d'Anvers et de Rotterdam, Galice...) et la *route de l'Afrique* est ouverte. Pour écouler la marchandise, la coke se greffe sur le circuit de distribution du cannabis et apparaît sur des terrains de cités jusqu'alors spécialisés dans le shit. Partout en France, la coke devient subitement beaucoup plus accessible ! Cette nouvelle manne financière va booster le développement de nombreux réseaux de trafiquants, notamment la N'Dranghetta calabraise et ceux issus de la diaspora marocaine au Benelux, que les médias surnommeront *Moccro mafia*, comme s'il s'agissait d'un réseau uniforme et structuré hiérarchiquement.

Uberisation et diversification

Le grand bond dans l'accessibilité s'opère dans les années 2010, avec le développement de la livraison à domicile. Jusqu'alors réservé aux plus fortunés, ce mode de revente se diffuse à grande vitesse, répondant parfaitement aux besoins et aux envies d'une large part des consommateurs. En quinze ans, la livraison à domicile s'est diffusée sur tout le territoire national, elle s'est professionnalisée à tel point que certains réseaux proposent plusieurs dizaines de produits et de variétés différentes, du gramme au kilo, couvrant des régions entières ! Sur la même période, le nombre de points de vente traditionnels a été divisé par trois. Ce n'est pas le trafic qui diminue, ce sont ses modalités qui évoluent.

Cette explosion du trafic est rendue possible par un fait important : la demande de stupéfiants ne cesse d'augmenter, de la banalisation du cannabis (dans les années 1980) à l'explosion de la conso de cocaïne (cinq fois plus de consommateurs en vingt ans !), de la kétamine, du protoxyde d'azote et des cannabinoïdes de synthèse (PTC, V-Mac...), en passant par le chemsex (cf. encadré)... Or, en matière de stups comme pour n'importe quel marché,

Des effets pervers de la prohibition : la grande pénurie de MDMA de 2009

C'est une histoire méconnue qui a radicalement transformé le paysage des drogues en France. En 2008, Interpol localise dans une jungle cambodgienne la source unique de l'huile de sassafras, un des produits utilisés par les laboratoires clandestins pour synthétiser la MDMA (principe actif de l'ecstasy). Une opération est menée, les raffineries sont démantelées, les stocks saisis et les raffineurs empêchés de revenir. Du jour au lendemain, les labos se retrouvent dans l'incapacité de produire de la MDMA. Les stocks mettent quelques mois à s'écouler puis la pénurie est totale, mondiale. La demande est toujours vive, et en moins de six mois, un nouveau produit envahit le monde de la fête. Présenté comme un « substitut » ou un « dérivé » de MDMA, sa composition est mystérieuse. Des associations prélèvent des échantillons et après analyse le résultat tombe, il s'agit de méphédron ou d'autres cathinones (une famille de produits assez proches de la MDMA). Les noctambules apprécient et en redemandent ; en trois mois les cathinones deviennent le 3^e ou 4^e stupéfiant le plus consommé en Occident ! Elles auront ensuite

la carrière qu'on connaît, accompagnant le développement du chemsex.

Coup de théâtre, fin 2010, les labos clandestins trouvent une nouvelle voie de synthèse, qui remplace l'huile de sassafras par le PMK glycidate, un dérivé de l'industrie pétrochimique peu contrôlé et surtout très bon marché. Ce changement de recette permet de diminuer radicalement les coûts de production de la MDMA. Les effets sur le marché ne se font pas attendre : l'ecstasy revient dans une version sous stéroïdes, passant de 60 mg de MDMA en moyenne à 150 à 300 mg ! Les incidents sont nombreux et font les gros titres. Mais le changement principal réside dans le prix de la MDMA, passé de 20 000 euros le kilo à 2 500 aujourd'hui.

L'une des plus éclatantes victoires de la guerre à la drogue a donc eu pour effet pervers de provoquer l'arrivée durable d'une nouvelle famille de substances et la réduction drastique du prix du produit qu'elle visait.

offre et demande interagissent mutuellement : l'offre rend concrètement possible la consommation, tandis que la demande augmente les revenus des trafiquants, rendant l'activité plus attractive. La dynamique est à la hausse et rien ne semble pouvoir la stopper : les produits sont toujours plus nombreux, toujours plus purs et toujours plus accessibles.

En bref, l'échec de la guerre à la drogue, déjà patent en 2010 lorsque nous « fêtons » les quarante ans de la loi de 1970 (cf. *Asud Journal* n° 44), n'en finit pas de se confirmer. Pourtant, médias et politiciens proposent à chaque fois la même voie : renforcer la répression. Il faut dire que cette stratégie semble payante sur le plan électoral. Mais peut-elle vraiment inverser la tendance ?

Narcotrafic et droits humains

La dernière loi sur le narcotrafic (cf. article p. 43) à cet égard a été bien pensée. Création d'un parquet spécialisé, procédure « coffre » (qui permet au juge d'utiliser des preuves sans informer la défense sur les techniques policières utilisées pour récupérer ces preuves afin de ne pas dévoiler les techniques d'enquête), prisons promettant un isolement total de l'extérieur pour éviter le maintien des activités criminelles ou encore lutte contre le blanchiment et facilitation de la saisie des avoirs criminels, les mesures qui la composent constitueront à l'évidence de réelles épines

dans les pieds des trafiquants, y compris de ceux du haut du spectre.

Cependant, les enquêtes prendront toujours du temps et le nombre d'enquêteurs et de magistrats reste limité. Dans un contexte de hausse de la demande en drogues et des inégalités sociales (qui demeurent de puissants moteurs de l'inscription durable dans les trafics), qui peut sérieusement imaginer que le système policier/judiciaire parvienne à réduire réellement l'accessibilité des produits sans d'énormes investissements ?

Et, certains articles de cette loi posent de sérieuses questions du point de vue des libertés individuelles : la procédure coffre est une entorse aux principes du droit français, et l'isolement forcé des détenus semble difficilement acceptable dans un État de droit.

La prohibition, jusqu'à quand ?

Jusqu'où sommes-nous prêts à investir collectivement (en argent public et en hypothèque de nos droits fondamentaux) pour augmenter l'efficacité de la répression ? Dans une économie aux ressources limitées, quelles politiques

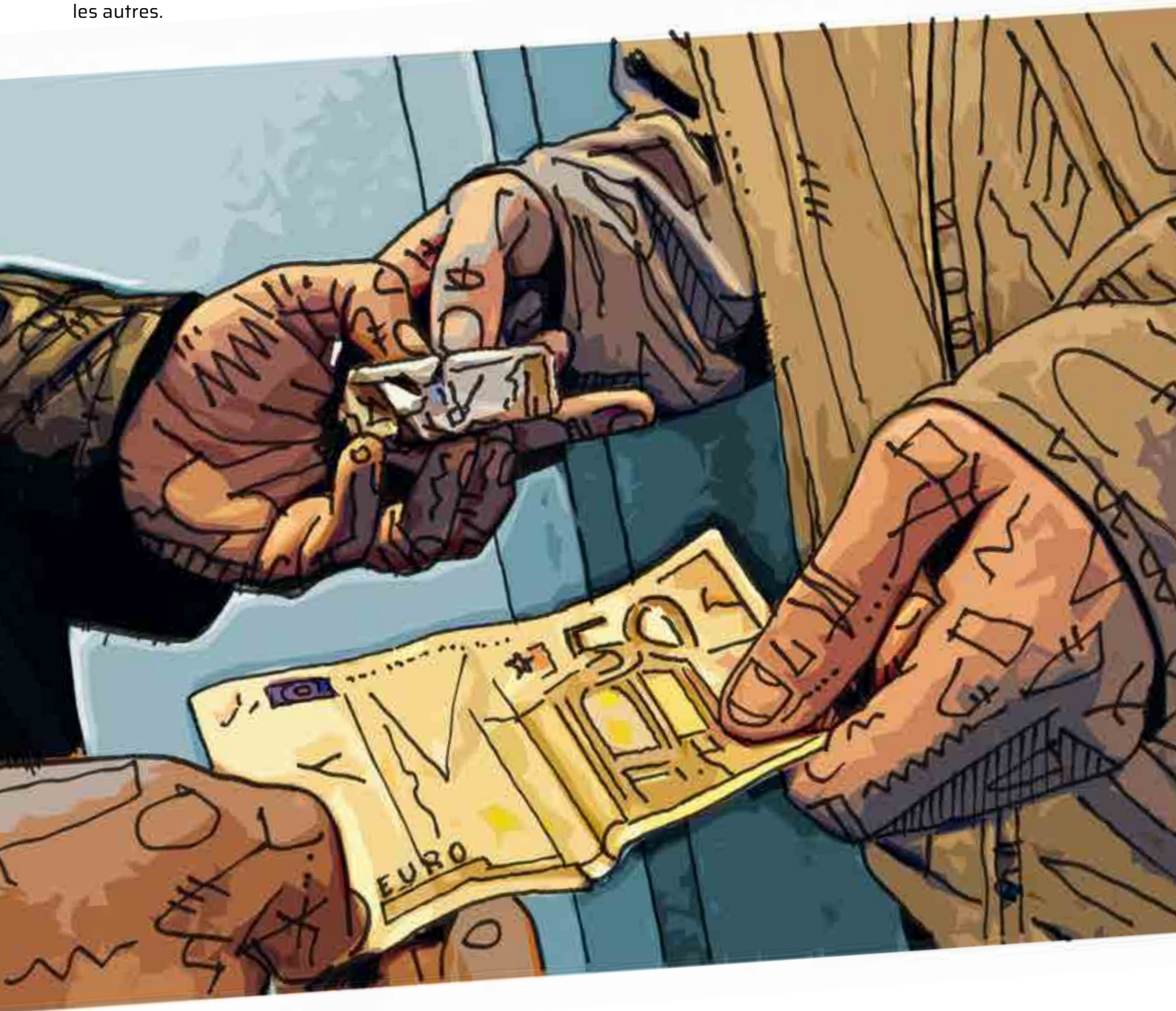
cesseront d'être prioritaires : les violences faites aux femmes, la protection de l'enfance, l'aide aux personnes âgées, la défense, l'éducation, la santé ?

Il faut poser la question des effets pervers de la prohibition. En 1991, C.H. Choiseul Praslin publiait un livre au titre clair *La drogue, une économie dynamisée par la répression* (voir *Asud Journal* n° 62, août 2019). Sans parler des effets psychologiques de l'interdit et de la transgression, chaque personne exclue du trafic crée un vide aussitôt rempli par une autre. La répression fait certes peser un risque sur les trafiquants, mais la matérialisation de ce risque crée des opportunités pour les autres : ce que l'on perd d'une main, on le regagne de l'autre. Par ailleurs, en déstabilisant les réseaux, la prohibition crée du désordre et augmente le niveau de violence. Enfin le caractère inégalitaire de la lutte contre les drogues fait désormais l'objet d'un consensus : les personnes racisées, les moins fortunées, les malades, les marginaux paient un tribut plus lourd que les autres.

Quelle est l'utilité réelle de la prohibition des drogues ? Les exemples de prohibition musclée ne manquent pas dans le monde, mais qu'il s'agisse de l'Iran (plus de 500 exécutions par an pour trafic de drogues), de la Thaïlande de Thaksin Shinawatra ou des Philippines de Duterte, les résultats n'ont pas été au rendez-vous.

Envisager une autre voie est difficile et le mot légalisation continue de faire peur. Pourtant des modèles de légalisation contrôlée et progressive existent, avec des résultats probants pour le cannabis. Dans un pays en pleine déboire budgétaire et où certaines substances parmi les plus dangereuses sont en vente libre à chaque coin de rue, on peut s'étonner de la difficulté à faire entendre l'intérêt de se diriger vers ces modèles.

Vincent Benso



Les amendes forfaitaires délictuelles.

UN OUTIL POLICIER POUR LA CHASSE AUX « INDÉSIRABLES »

Les amendes forfaitaires délictuelles (AFD) plébiscitées par les forces de l'ordre pleuvent de manière disproportionnée sur certaines populations, notamment les Noirs ou les Arabes. Une enquête demandée par la Défenseure des droits l'atteste. Mais que fait la police ?

D'abord utilisées pour des délits routiers, appliquées à l'usage de drogues depuis 2020, puis élargies à quelque trente délits, les amendes forfaitaires délictuelles (AFD) ont été plébiscitées par les policiers. L'avantage de ces sanctions, c'est qu'elles sont appliquées immédiatement et de façon systématique par les policiers sans passer par un procès. Leur nombre est passé de 57 300 en 2019 à 499 900 en 2024, pour un total d'1,6 million dont environ 40 % pour usage de drogues. Alertée par des réclamations portant sur la multiverbalisation de jeunes perçus comme « noirs ou arabes », Claire Hébron, ancienne Défenseure des droits, a demandé une étude à deux chercheuses sur la gestion des indésirables au regard de l'accès aux droits, de la lutte contre les discriminations et du respect des libertés individuelles¹.

Comprendre comment se construit la catégorie d'indésirables, qui sont les jeunes sanctionnés, avec quelles conséquences, telles sont les questions que se sont posées Aline Daillère et Magda Boutros. « Indésirable », le mot est violent, il avait disparu des textes officiels après la Seconde Guerre mondiale, compte tenu de ses conséquences dramatiques. Si la catégorie « indésirable » n'a plus de définition juridique, elle fait partie des catégories du logiciel informatisé de la police nationale. L'éviction hors de l'espace public est une des missions assignées aux policiers par leur hiérarchie. Elle peut aussi être demandée par les autorités municipales, des riverains et des commerçants, comme le montre l'enquête menée dans le 12^e arrondissement de Paris citée par les chercheuses. D'autres acteurs, publics et privés, chargés de sécuriser des espaces – parcs, métro ou lors d'événements culturels – contribuent à la construction de la catégorie des indésirables qui peuvent être, selon les contextes, des migrants, des SDF et des mendiants, des Tsiganes, des prostituées, des toxicomanes et des trafiquants. Toutefois, quel que soit le contexte, un groupe social est une cible systématique de la répression policière : les jeunes d'origine

afro-subsaaharienne ou nord-africaine, désignés comme « noirs et arabes » par la police et par ceux qui justifient ces pratiques discriminatoires.

Des jeunes multiverbalisés et endettés

Telles sont les caractéristiques des jeunes multiverbalisés, comme le montrent les données recueillies sur des relevés des AFD. De 2016 à 2021, 19 jeunes ont été sanctionnés de 5 à 102 amendes, soit en moyenne 38 amendes par personne. Les dettes s'élèvent de 2 000 à 32 500 euros pour un montant total de 2 200 000 euros. Cet endettement est dû en bonne part aux majorations qui sanctionnent l'impossibilité d'acquitter le montant des AFD. Ainsi Abdel (24 ans) a été verbalisé 44 fois entre 2016 et 2021 : le montant initial de 5 852 euros atteint 14 766 euros après majoration. Les AFD sont réservées aux majeurs, mais les mineurs peuvent être verbalisés pour différentes nuisances ou incivilités. Amadou a ainsi reçu sa première amende à l'âge de 14 ans, puis il a été verbalisé au moins 15 fois par an jusqu'en 2021. Il se retrouve, à 19 ans, avec une dette de 32 000 euros.

Ces endettements massifs ont de lourdes conséquences : ils font obstacle à l'insertion sociale et professionnelle, le Trésor public pouvant se saisir des sommes dues au logement du débiteur, prélever une partie de la dette sur salaire ou sur certaines prestations sociales comme les indemnités journalières de maladie ou de chômage. Quelques-uns parviennent à maintenir leur emploi avec différentes stratégies comme vider leur compte bancaire dès que le salaire a été reçu, mais c'est impossible pour Lamine, éboueur de la ville



de Paris en 2020. Aussi a-t-il vu son salaire mensuel réduit à 651,60 euros, et ce pendant plus de quinze ans, pour payer une dette de 12 900 euros. La disproportion entre le montant de l'endettement et les salaires est particulièrement dissuasive : plutôt que de « travailler pour rien », nombre d'entre eux recourent à des emplois non déclarés, des « bullshit job » souvent réservés aux sans-papiers. Ces jeunes sont pourtant des Français, mais les sanctions qui les frappent en font des Français de deuxième classe qui n'ont plus accès à l'espace public, que ce soit en bas de chez eux, à la sortie de l'école ou encore à l'entrée du métro ou du RER. Très vite, une part de ces jeunes apprend à fuir les policiers, à se rendre invisibles dans leur quartier, vécu comme un territoire occupé par l'ennemi. Il leur faut en particulier éviter de rencontrer leurs amis dans le quartier, les groupes, si limités qu'ils puissent être, étant une cible privilégiée, mais d'autres, sans doute déjà ciblés par la police, ne renoncent pas à cette sociabilité essentielle à ce moment de leur vie. Ils manquent d'échappatoire et ils le savent. Le message est clair : ils n'ont pas leur place ici.

verbalisés pour ce qu'ils font, mais pour ce qu'ils sont et ils ont de bonnes raisons de le croire : ainsi au temps du covid, les sanctions ont été en moyenne 14 fois plus fréquentes pour eux que pour la population d'Île-de-France. Les jeunes vivent ces sanctions comme un prétexte à la répression. C'est aussi que, au-delà de leur expérience, le transfert des sanctions pénales aux forces de l'ordre a bien pour conséquence une disqualification des objectifs propres à chaque délit, la priorité étant accordée à la sécurité publique. Peu importe pour les autorités si les victimes des multiverbalisations sont enfermées dans l'exclusion et/ou la délinquance, si le code de la route est ou non mieux respecté ou si le nombre d'usagers ne diminue pas.

Pour les AFD comme pour toutes les actions comptabilisées par les services de police, un principe prévaut : l'efficacité se mesure au nombre d'interpellations, de délits élucidés et de contraventions, auxquels s'ajoutent ces amendes. Cette politique du chiffre mise en place par Nicolas Sarkozy depuis



La politique du chiffre

Les sanctions pénales regroupées dans les AFD relèvent de différentes politiques publiques, dont la lutte contre la délinquance, contre les drogues ou encore de la santé publique. Pourtant, ces jeunes sont persuadés qu'ils ne sont pas

2002 repose sur la doctrine de la tolérance zéro qui exige des sanctions systématiques et immédiates de tous délits ou incivilités. En 2005, la tolérance zéro a été appliquée à la lutte contre la délinquance, en 2007 à la lutte contre les drogues. En 2004, la réduction des risques avait obtenu un statut légal qui aurait impliqué à minima de renoncer à la criminalisation des usagers. Mais pour Nicolas Sarkozy, pas

question : comme tous les tenants de la guerre à la drogue, il est persuadé que si la loi de 1970 a échoué, c'est qu'elle n'a pas été appliquée. Un argumentaire a mis les magistrats au banc des accusés : les policiers font leur travail, le nombre des interpellations augmente chaque année, mais à quoi bon si les délinquants sont remis en liberté ? Avec pour certains un simple rappel à la loi, et pour d'autres des peines d'incarcération trop légères, si bien que les policiers les retrouvent trop rapidement dans la rue. Cet argumentaire a légitimé la logique de la tolérance zéro dans une partie de l'opinion, tandis qu'officiellement, il s'agit de simplifier les procédures pour répondre à des délits trop massifs pour les moyens des magistrats.

Violence d'État

Reste à savoir si la sécurité publique est mieux garantie avec ces nouvelles pratiques policières. Répondre à cette question exige de considérer les différents territoires de l'intervention policière. Dans les centres-villes, la sécurisation vise à garantir la tranquillité des classes moyennes qui y habitent. Des frontières invisibles ordonnent la ségrégation sociospatiale qui exclut a priori toutes celles et ceux qui n'appartiennent pas au même monde. Les travailleurs indispensables, éboueurs ou femmes de ménage, font exception à condition d'être invisibilisés parce que la misère, le racisme, les inégalités sont pénibles à voir. En complément, des policiers municipaux ou autres médiateurs sont chargés de garantir la qualité de vie des habitants ainsi que des touristes qui favorisent le développement du commerce. Lorsque les médiations ne suffisent pas à pacifier les relations, la police nationale est sollicitée pour faire face aux violences individuelles ou collectives, par exemple lors des manifestations ou pour exclure les indésirables, ce qui contribue à la gentrification de la ville. Chargée des basses œuvres, la police peut recourir à la violence autant qu'elle l'estime nécessaire, exonérée par les pouvoirs publics du respect des droits humains et autres lois qui pèsent sur la justice.

Cette violence est exacerbée dans les quartiers périphériques où l'objectif de la police n'est pas d'exclure les indésirables – ils y sont légion – mais de tenir en main « les jeunes des quartiers ». Voilà qui n'a rien d'évident : « Aujourd'hui, y'a plus de peur (...) pour eux, on est une bande rivale », déplore un policier (BFM 18 mai 2021). Des policiers peuvent en effet être harcelés, victimes de jets d'objets et de caillassages, mais les jeunes connaissent d'expérience l'inégalité des forces entre eux et ceux qui représentent la puissance publique. Si guerre il y a, elle est asymétrique. Les violences policières, les humiliations, les injures racistes provoquent un sentiment d'injustice que partage une grande majorité des habitants. Dans les représentations collectives, les quartiers déshérités sont associés à la violence, aux migrants, au trafic de drogues. Or loin de s'apaiser, les violences s'exaspèrent, comme en témoignent les fusillades de plus en plus nombreuses dans les quartiers où le trafic de drogues est implanté. La répression des délinquants n'est-elle pas assez systématique ?

Les pouvoirs publics, imprégnés de la tolérance zéro, en sont persuadés, il faut renforcer le pouvoir de la police. C'est ignorer les conséquences de la stratégie française en matière de lutte contre les drogues qui privilégie la lutte contre les consommateurs de drogues au détriment de la lutte contre le trafic. Avec la multiplication des fusillades,

des enquêtes judiciaires ont révélé l'emprise croissante d'organisations criminelles. Aussi la lutte contre le crime organisé est-elle devenue une priorité politique, mais sur le terrain, les policiers continuent de se consacrer essentiellement aux usagers de drogues, contrairement à la majorité des pays européens qui ont de bien meilleurs résultats que nous pour ce qui est de la violence du trafic local.

C'est ignorer aussi qu'en matière de lutte contre la délinquance, d'autres stratégies que la tolérance zéro parviennent à limiter délits et crimes et pacifier leurs territoires, particulièrement avec des possibilités d'insertion professionnelle. En France, les pouvoirs publics sont pris d'une frénésie d'escalade des sanctions. Dans un rapport remis en avril 2026, la Cour des comptes a bien pris acte des « fragilités structurelles » de la mise en œuvre, aussi elle préconise un pilotage du dispositif, mais elle ne remet pas en cause le principe même de la substitution de l'autorité judiciaire par l'institution policière : les lois ont été votées, elles doivent être appliquées. Sans doute, mais qu'en est-il des droits de l'Homme ? Dans la Constitution, ces droits l'emportent sur toute autre considération, ce qui vaut – entre autres – dans la lutte contre les drogues et ceux qui les consomment. Voilà qui ne va pas de soi, et c'est pourquoi il importe de les faire valoir.

Anne Coppel

1. A. Daillère, M. Boutros, *Amendes, évictions, contrôles, La gestion des « indésirables » par la police en région parisienne*, Éclairages SciencesPo, Centre de recherche sur les inégalités sociales, avril 2025. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2025-04/ddd_eclairages_amendes-evictions-controles_gestion-des-indesirables_20250327.pdf



Loi Ripost: l'usager-paria

Un bâton sous forme de carotte. Nous avons ainsi qualifié le projet d'amende forfaitaire délictuelle (AFD) appliquée à « l'usage illicite de stupéfiants ». Présentée le 14 septembre 2017 par la mission parlementaire chargée d'auditionner les associations, cette proposition se dissimulait alors derrière le terme trompeur de « dépénalisation ». Neuf ans plus tard, solidement encadrée dans une loi baptisée « Ripost », cette mesure a confirmé toutes les craintes que nous avons exprimées : double peine, flou administratif et surtout profilage des populations cibles. Yann Bisiou détaille les nouveaux pièges tendus aux usagers-ères par ce dispositif pénal.

L'AFD, stérile et discriminatoire

Depuis le 22 août 2026, l'amende forfaitaire délictuelle pour usage de stupéfiants est passée de 200 euros à 500 euros, de 150 à 400 euros en minoré, si le paiement intervient dans les 15 jours, et de 450 à 1000 euros en cas d'amende majorée pour paiement tardif (art. L.3421-1, al.3 C. de la santé publique et art. 495-18 C. de procédure pénale). On peut déjà regretter cette aggravation de la répression aussi stérile que discriminatoire.

Stérile, car le taux de recouvrement ne dépassait pas 35 % lorsque l'amende minorée était de 150 euros. Porter le montant à 400 euros, c'est prendre le risque de réduire encore ce taux de recouvrement et de renforcer l'inefficacité policière au profit d'une politique du chiffre sans impact réel.

Discriminatoire, car contrairement aux déclarations tonitrueuses du ministre de l'Intérieur de l'époque, Gérald Darmanin, en août 2020, l'amende forfaitaire délictuelle ne sanctionne pas « une barrette de shit ou un gramme de cocaïne... dans les quartiers de Créteil comme dans le 16^e arrondissement de Paris ». Cette amende vise presque

exclusivement les consommateurs de cannabis et plus spécialement les jeunes hommes de 18 à 25 ans issus des quartiers populaires. Augmenter son montant revient donc à faire preuve d'une rigueur particulière pour ces populations déjà stigmatisées, sans effet sur la santé publique et avec le risque de conduire à des situations de surendettement insurmontables (voir article précédent).

Ripost : feu à volonté

Et l'obsession répressive à l'égard des consommateurs de stupéfiants ne se limite pas à l'aggravation du montant des amendes forfaitaires délictuelles. La loi Ripost (pour réponses immédiates aux phénomènes troublant l'ordre public, la sécurité et la tranquillité de nos concitoyens) fait feu de tout bois. L'interdiction par le préfet de paraître en certains lieux, hors domicile de l'intéressé pour faire cesser les troubles à l'ordre public liés aux points de deal, passe d'un à trois mois en cas de réitération dans l'année (art. L.22-11-1 C. de la sécurité intérieure). Le critère, « en lien avec des activités de





trafic », est tellement vague qu'il peut parfaitement s'appliquer aux usagers.

Les dispositions de la loi contre le narcotrafic destinées à faciliter l'expulsion des bénéficiaires de logements sociaux lorsque sont constatés des « agissements en lien avec des activités de trafic de stupéfiants de l'occupant habituel du logement », sont étendues à tous ceux qui troublent l'ordre public de façon grave et répétée « notamment » en lien avec le trafic (art. L.442-4-3 C. de la construction et de l'habitat). Là encore, ce ne sont plus les dealers qui sont visés, mais leur environnement et, aussi, les usagers.

Le préfet pourra également suspendre le permis de conduire ou interdire sa délivrance pendant six mois en cas d'infraction d'usage de stupéfiants en réitération, même en l'absence de tout dépistage positif au volant (art. L.224-7 C. route). Il pourra porter cette suspension à un an en cas de dépistage positif ou de refus de dépistage (art. L.224-8 C. route). Et ce n'est pas tout ! Une nouvelle infraction de dépistage positif au volant d'un bateau de plaisance à moteur est créée, punie de trois ans d'emprisonnement et de 9 000 euros d'amende (art. L.5242-26 C. des transports). Désormais les usagers devront se déplacer en vélo sur la terre ferme et à la force des rames ou dans un voilier sur la mer ou les fleuves s'ils veulent échapper à la répression !

Inscription au casier judiciaire

Mais c'est avec la modification du casier judiciaire que l'os-tracisme des tenants de la loi Ripost est le plus évident. La loi prévoit en effet que les amendes forfaitaires délictuelles seront inscrites pendant trois ans au bulletin n° 2 du casier judiciaire, un bulletin auquel ont accès de nombreuses

institutions chargées de contrôler le recrutement ou le maintien dans l'emploi ou encore les marchés publics (art. 775, 17° et R.79 C. procédure pénale). L'accès à la fonction publique risque ainsi d'être interdit aux usagers si l'administration considère que les mentions au bulletin n° 2 sont « incompatibles avec l'exercice des fonctions » (art. L.321-1, 3 °C. général de la fonction publique). De même pour certains postes dans les établissements sociaux ou médicosociaux, à la SNCF, à la RATP, chez EDF ou GDF, pour les médecins, les dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens, les experts-comptables... la liste est longue des professions dans lesquelles l'arbitraire peut exclure des usagers condamnés à une simple amende forfaitaire délictuelle.

Certes, la loi Ripost étend à ces amendes forfaitaires délictuelles la possibilité de demander la non-inscription de la condamnation au casier judiciaire (art. 775-1 C. procédure pénale). Mais dans ce cas, l'utilisateur devra saisir un tribunal d'une requête spécifique dont le traitement va prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Quand on sait que ces amendes visent principalement des jeunes précarisés, on peut légitimement douter qu'ils soient en mesure d'entreprendre une telle démarche.

Finalement, le seul moment où l'État fait preuve de mansuétude à l'égard des usagers, c'est quand il se perd dans l'accumulation des mesures répressives et commet une erreur. Ainsi, depuis une décision du Conseil constitutionnel du 13 mars 2026, il n'est plus possible de confisquer les biens ayant servi directement ou indirectement à commettre un usage de stupéfiants (décision n°2025-1185 QPC et art. L. 3421-3 C. de la santé publique), mais ça la loi Ripost a oublié de le corriger !

Une machine à exclure

Alors que l'on s'inquiète des fractures qui traversent la société française, la loi Ripost n'est qu'une machine à exclure : les usagers de stupéfiants, les jeunes des banlieues, les teufeurs, les militants engagés, les gens du voyage, etc. Provoquer le surendettement des consommateurs de cannabis en multipliant les amendes forfaitaires, les chasser de leur logement social, les écarter des lieux qu'ils fréquentent, les priver d'emploi, de voiture et même d'un bateau à moteur, ce n'est plus les considérer comme les victimes des trafiquants comme en 1916, ni comme des malades qu'il faut forcer à se désintoxiquer comme en 1970, ni même les considérer comme des délinquants comme depuis les années 2010, c'est en faire des parias, les bannir de la société. Là se trouve la principale rupture de la loi Ripost.

Les acteurs de la réduction des risques l'ont souligné jusque devant le Conseil constitutionnel. Ce qui justifie la lutte contre les drogues, c'est la santé publique, un objectif qui ne peut être atteint en rejetant les consommateurs aux marges de la société. Pourtant, malgré ces alertes, c'est une nouvelle surenchère dans la « guerre à la drogue » que le législateur a préféré engager, une guerre dont les consommateurs de stupéfiants sont les premières victimes.

**Yann Bisiou, maître de conférences en droit privé,
Université de Montpellier Paul-Valéry**

Régulation radicale

Réguler, démarchandiser et réparer !

En France, le mouvement antiprohibitionniste est squelettique comparé au foisonnement des organisations anglo-saxonnes qui s'expriment pourtant au sein de sociétés où les drogues sont beaucoup moins réprimées. Nous avons donc le plaisir de vous présenter un petit nouveau, Révolution radicale, une organisation qui rejoint un constat partagé dans nos colonnes : réformer la politique des drogues, c'est réformer la politique tout court.



Régulation radicale est née en 2026 avec un constat sans appel : plus que jamais, la lutte contre la prohibition des drogues est éminemment politique. Clairement ancrée à gauche, notre association défend la légalisation des drogues avec un angle antiraciste et la sortie d'un modèle marchand comme horizon. Les associations historiques ont, pour la plupart, abandonné ces questions au profit d'une approche libérale qui tend à se rapprocher d'un nationalisme crasse. Les arguments sécuritaires et capitalistes ont pris la place de la réduction des risques, tandis que la réparation pour les usagers et les acteurs du marché informel peine encore à trouver sa place dans le discours antiprohibitionniste. Encore une preuve du glissement à droite de la société. La critique des structures est absente et la responsabilité individuelle imposée.

Fort de ce diagnostic, Régulation radicale veut pousser un autre récit. Car légaliser ne suffit pas. Légaliser pour qui ? Par qui ? Au profit de qui ? Voilà les vraies questions ! Le Canada et une partie des États-Unis nous montrent ce qu'il ne faut pas faire. Un cannabisbusiness aux mains de multinationales

cotées en bourse, des licences inaccessibles aux premières victimes de la guerre contre les drogues, des quartiers populaires toujours surveillés pendant que des actionnaires encaissent. Le transfert vers un marché légal ne doit pas se faire sans les acteurs actuels de cette économie informelle.

Nous le disons sans détour : la prohibition est un outil de contrôle social et racial, inscrit dans des logiques coloniales et impérialistes. En France, elle organise le harcèlement policier des quartiers populaires, justifie les contrôles au faciès, alimente la multiplication des amendes abusives et remplit les prisons de jeunes hommes racisés pendant que la consommation des centres-villes bourgeois reste tranquille. Aucune sortie de la prohibition ne sera juste sans amnistie,

sans effacement des casiers judiciaires, sans réparation pour celles et ceux que l'État a broyés pendant cinquante ans.

C'est pourquoi nous défendons la démarchandisation des drogues et voulons ouvrir la réflexion sur les formes que pourrait prendre la transition vers un modèle non marchand : production publique, autoproduction, coopératives d'usagers et de petits producteurs, interdiction de la publicité, réinvestissement des recettes dans la santé communautaire, le logement et les territoires sacrifiés. Les acteurs du marché informel ne sont pas un problème à éradiquer, mais des travailleurs à intégrer s'ils le souhaitent. Toute légalisation qui les exclut reproduira la violence qu'elle prétend abolir.

Nous voulons aussi mettre les usagers et usagères au centre, dans la tradition de l'autosupport que porte Asud depuis ses origines. Nous ne voulons pas de politique des drogues décidée par des experts déconnectés, des flics reconvertis ou des lobbyistes du chanvre. La réduction des risques n'est pas une pratique sanitaire neutre, c'est un projet politique de dignité et de responsabilisation, et nous refusons qu'elle soit prise en main par nos ennemis politiques.

Face à un anti-prohibitionnisme droitisé qui parle rendement fiscal et urgence sécuritaire, nous opposons un anti-prohibitionnisme de justice sociale qui parle santé, réparation et collectif. Le premier veut faire des drogues une marchandise comme les autres ; le second, mettre fin à cette machine répressive qui frappe toujours les mêmes.

La bataille qui s'annonce avec l'élection présidentielle de 2027 sera décisive. Dans ce contexte, Régulation radicale appelle les collectifs, les syndicats, les associations et les usagers organisés à construire ce front commun. Nous ne laisserons pas ce sujet à l'extrême droite et aux néo-libéraux.

Retrouvez-nous ici : <https://regulation-radicale.fr/>

Régulation radicale

Réduction des risques en ligne

Le géant invisible

Le plus gros dispositif de réduction des risques (RdR) n'a pas de local, pas d'antenne mobile, pourtant il touche 4,6 millions de personnes par an. Des acteur·ices de cette RdR numérique se rassemblent dans le réseau e-RdR pour améliorer et valoriser leurs actions. Scrollez pour en savoir plus.

1971, Richard Nixon déclare « la guerre à la drogue ». La même année, la légende veut que la première transaction « commerciale » d'internet soit un deal de *weed* entre étudiants américains¹. Depuis, le Web et les drogues ne se quittent plus. Les actions de RdR y fleurissent généreusement mais discrètement. Jamais les consommateur·ices de substances n'ont été aussi en lien, jamais les infos utiles aussi disponibles. Cette éducation psychoactive à grande échelle, qui change et sauve des vies, reste cependant ignorée des politiques de santé publique. Il est temps que ça change !

Se compter pour compter

Le réseau e-RdR est porté par l'association BPM, fusion de PROSES et du Bus 31/32. Il réunit associations, collectifs et initiatives personnelles. Le dernier recensement de 2025 chiffre ainsi l'activité de la RdR en ligne :

- 46 projets, de 2 à 27 ans d'ancienneté,
- 141 canaux couverts (sites, médias sociaux, chaînes vidéo, groupes de messagerie, applications, permanences en visio...),
- 4,6 millions de personnes touchées par an,
- 86 temps plein répartis entre 133 salarié·es et 188 bénévoles,
- 2 millions d'euros de budget cumulé, mais la moitié des projets fonctionnent avec moins de 460 euros par an !

Ces projets proposent de l'info et de l'entraide, essentiellement entre pairs. Ils s'adressent à la partie immergée de l'iceberg des amateur·ices de substances. Les 147 Caarud accompagnent environ 150 000 personnes par an (2 millions de passages). L'e-RdR, pour le budget de quatre Caarud, sert deux fois plus de monde tout en restant dans l'angle mort des politiques de santé pensées par territoires.

Internet, un territoire comme un autre

L'e-RdR couvre presque tous les services de RdR : diffusion d'infos sur les produits et les pratiques, conseils personnalisés, permanences en direct (chat, vocal, visio), entretiens individuels, orientation, accompagnement de personnes sous produit (tripsitting), "aller-vers" sur les espaces numériques (forums, serveurs, groupes, petites annonces), outils

de gestion de la consommation, formation, analyse de drogues et envoi de matériel par la poste.

En plus des compétences habituelles en RdR, les intervenant·es en ligne doivent maîtriser les codes de chaque plateforme, la création de contenus (textes, images, audio, vidéo), parfois le marketing ou la programmation informatique. Certain·es influenceur·ses santé/drogues excellent dans l'art de renouveler les messages de RdR.

Algorithmes sous influence

Moteurs de recherche et intelligence artificielle donnent de meilleures réponses sur les drogues qu'il y a dix ans², mais elles restent désespérément politiquement correctes. Les sites médicaux ou de prévention (de l'usage) et les injonctions à consulter un·e professionnel·le de santé arrivent en première intention quand les projets d'e-RdR peinent à sortir du lot. Pire : la censure algorithmique étouffe les contenus RdR trop explicites, voire supprime un compte entier et les années de travail qui vont avec. Dans un contexte répressif antidrogue renouvelé (loi Narcotrafic), la surveillance de masse met en danger les consommateur·ices qui s'exposent. Ces expressions numériques de la prohibition dressent des obstacles devant l'e-RdR. Sa reconnaissance institutionnelle pourrait l'en prémunir.

Maximisation des bienfaits

Ce réseau s'est doté d'une charte de fonctionnement et de valeurs. Il vise à créer une communauté de pratiques au service des usager·ères de drogues et du grand public, fondée sur une information objective, sourcée et inclusive. Il reconnaît que la recherche de bénéfices est la principale motivation pour consommer des drogues et œuvre dans une perspective de santé globale et d'émancipation des personnes.

Pour en savoir plus ou rejoindre le réseau, rendez-vous sur e-rdr.fr.

Fabrice Perez, coordinateur du réseau e-RdR

1. *What the Dormouse Said: How the Sixties Counterculture Shaped the Personal Computer Industry*, John Markoff, 2005
2. Rapport ICI Drogues, AFR, 2016 (<https://a-f-r.org/recherche-ici-drogues-recommandations-pour-intervenir-sur-internet-au-sujet-des-drogues/>)



Réglementation

mais pourquoi tant de haine ?

Jef Favatier, figure historique de notre réseau et directeur d'Asud Nîmes, retrace l'itinéraire atypique de ce Caarud issu de l'autosupport, exemple rare de l'institutionnalisation d'une authentique association d'usagers, entre militantisme et professionnalisation.



Asud est né à Paris en 1992 et a débuté à Nîmes en 1994 sous l'impulsion de sa présidente-fondatrice Véronique Cerf. Dès 1995, grâce au soutien financier de Sidaction, nous ouvrons un premier lieu d'accueil et programme d'échange de seringues, qui deviendra une « boutique » au début des années 2000, puis un Caarud en 2006.

L'Everest de l'institutionnalisation

Depuis sa création, la réduction des risques fait régulièrement l'objet de critiques et d'attaques. Le soutien des

pouvoirs publics au secteur a toujours été des plus discrets, sans réelle volonté pédagogique auprès du grand public. L'État, au gré des changements politiques, a préféré l'atavisme, empêtré dans les contradictions de la loi de 1970 : soigner ou punir. Toutefois, discrètement et par décret, les pouvoirs publics ont intégré la RDRD à la loi de santé publique du 9 août 2004¹. Dès lors, nous voilà confrontés à l'épineuse question : perdre ce que nous avons construit ou tendre vers la professionnalisation. En acceptant, nous faisons le choix de l'évolution réglementaire et de la standardisation des processus d'intervention, sans trop en mesurer les conséquences.

Ce fut le choix du médicosocial, sa loi de 2002-2, ses outils et instances obligatoires, son décret n° 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux. Finalement, comparé aux conditions actuelles d'évaluation et de renouvellement des autorisations fixées par la Haute Autorité de santé (HAS), c'était du velours, bien que cela ait demandé un gros travail. En 2006, première étape : engager une concertation avec la DDASS – aujourd'hui avec l'agence régionale de santé² – pour candidater, constituer le dossier de demande d'agrément en répondant à de nombreux critères techniques, administratifs et réglementaires, puis soutenir le projet devant une commission régionale composée de représentants de l'État et d'experts. Enfin, organiser une visite de conformité sur site avec la DDASS dans les douze mois suivant l'avis favorable de la commission. Pour de nombreux groupes Asud, cette procédure relevait de l'ascension de l'Everest. À cette époque, nous avions déjà perdu quelques groupes, par manque de subventions ou crises de leadership, et là, ce fut un coup rude pour l'autosupport. Seuls deux groupes, Asud Nîmes et Asud Mars Say Yeah présenteront une demande d'agrément et obtiendront le statut Caarud en 2006-2007.

Vers la professionnalisation

Assez rapidement, nous constatons des interprétations différentes de la part des DDASS sur certains sujets, dont celui de la rémunération des intervenants pairs non diplômés. À Nîmes, nous étions deux dans ce cas. Mon collègue Yan, n'avait aucun diplôme et moi juste un CAP, alors que j'étais cadre ! Nous avions tous deux une ancienneté de dix ans dans le poste et suivi de nombreuses formations, mais aucune inscrite au RNCP³. Notre situation était connue

depuis la présentation du dossier en commission, aucune remarque ne nous avez été faite au sujet des rémunérations. Et pour cause, puisque ce n'est qu'en 2007 que le législateur impose pour l'ensemble des établissements sociaux et médicosociaux inscrits au Code de l'action sociale et des familles (CASF) une obligation de diplôme pour les cadres.

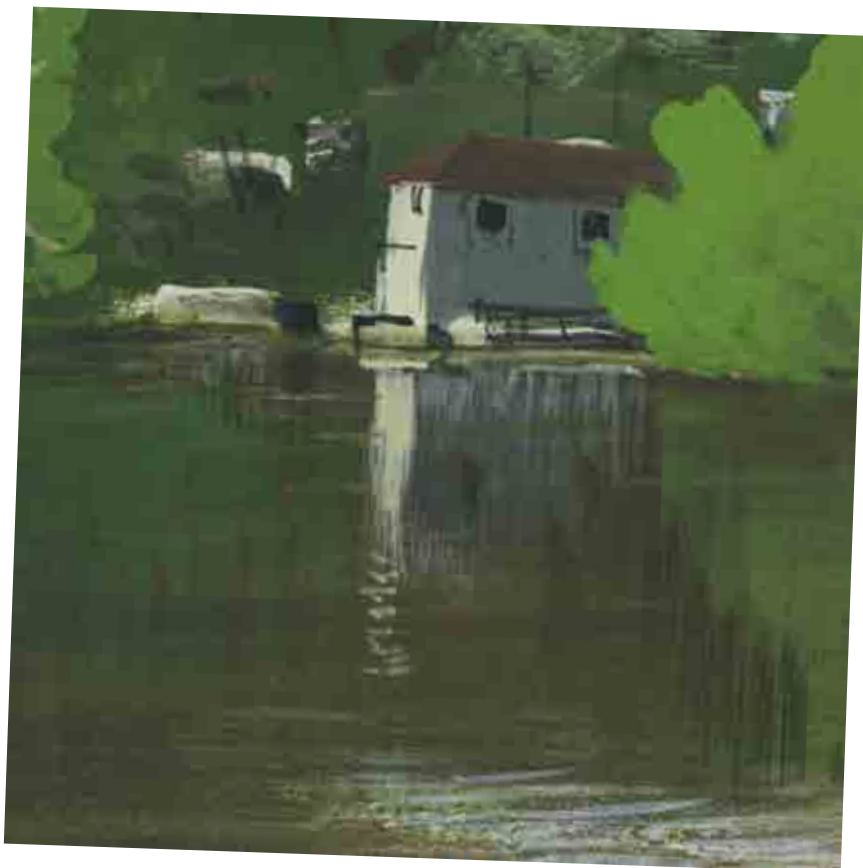
Conformément au décret n° 2007-221 du 17 février 2007, et vu mon ancienneté, je bénéficiais d'un délai de dix ans pour obtenir un diplôme de cadre avec maintien du salaire. Néanmoins, dès le 1^{er} janvier 2009, la DDASS, en qualité d'autorité de tarification, nous imposa une diminution de crédit pour les deux postes. Pour Yan, il s'agissait de passer d'une rémunération d'éducateur spécialisé à celle d'aide médico-psychologique (AMP)⁴, soit la rémunération la plus faible de la convention collective. Pour ma part, il s'agissait d'accepter une rémunération non cadre. Que faire, engager une procédure devant le tribunal administratif ou rechercher de nouveaux financements ? Grâce au conseil régional Occitanie qui finance un projet dédié aux jeunes consommateurs, le salaire de Yan pouvait être maintenu et il débute un processus de validation des acquis de l'expérience. Quant à moi, je concédais une diminution de salaire et je me présenterai plus tard aux sélections du CAFDES⁵.

Malgré le soutien de l'association, cette situation aura des conséquences funestes pour Yan. Chaque rendez-vous dans le cadre du dispositif d'accompagnement à la VAE était un supplice. De rage ou de désespoir, cela finit pour Yan par un grand plongeon dans le produit. Cette mesure était clairement injuste, alors que nous avions anticipé la pérennisation de l'emploi des intervenants pairs en obtenant quatre postes à temps plein en CDI dans le cadre de l'agrément Caarud. Après plusieurs longs arrêts-maladie, Yan a été suspendu par la médecine du travail qui le déclare plus tard inapte. En l'absence de reclassement, il est licencié en mai 2011. Humainement, cette expérience a été compliquée à gérer pour les membres de l'association : comment encourager la pair-aidance, alors que les débouchés professionnels seront limités, la reconnaissance sera faible, et que cela place les personnes dans des situations sans avenir difficiles à gérer ?

Ironie du sort, en 2012 l'ANESM⁶ publie une recommandation de bonnes pratiques professionnelles « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ». Puis, en 2017, une seconde recommandation, « La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ». De l'exercice des droits de la personne prise en charge à la promotion de la pair-aidance, ces recommandations sont des incitations faites aux Caarud et aux Csapa pour améliorer l'intervention en addictologie. C'est une très bonne chose, mais d'autres préoccupations mobilisent désormais l'énergie des établissements.

L'inflation réglementaire

En 2021, par arrêté du ministère de la Santé, un nouveau cadre et surtout une nouvelle philosophie de l'évaluation



s'imposent à nous. Ces évaluations conditionnent le renouvellement de l'autorisation de gestion de l'établissement tous les cinq ans. Ce processus s'applique à l'ensemble du secteur médicosocial et à certains établissements sociaux. Auparavant, les Caarud disposaient d'un cadre spécifique qui imposait une évaluation interne tous les sept ans et une évaluation externe au moins deux ans avant le terme de l'autorisation de gestion, donnée pour quinze ans. Confiée à des cabinets, l'évaluation externe était axée vers le conseil, la coconstruction et l'amélioration de la qualité. Aujourd'hui, la nouvelle évaluation de la HAS nécessite toujours de recourir à des cabinets externes, mais dans une approche différente. Soumis à un haut niveau d'exigence, les consultants sont accrédités et contrôlés individuellement par un organisme, le COFRAC. C'est une tout autre musique. Au passage, le coût de l'évaluation a doublé. La mission de conseil disparaît au profit du contrôle et de la notation ! Vous pouvez consulter le site de la HAS pour comparer les notes obtenues par votre Caarud ou votre Csapa préféré et... changer de crèmerie.

Ce dispositif, plus adapté aux Ehpad et aux établissements du champ du handicap, s'applique donc aux Caarud et Csapa. Le référentiel publié par la HAS le 10 mars 2022 nous gratifie d'un modèle constitué de 3 chapitres, 9 thématiques, 42 objectifs et 157 critères, dont 18 impératifs. La mise en œuvre de ce cadre normalisé nécessite d'appliquer les recommandations méthodologiques de la HAS, en créant différentes procédures et outils que nous devons animer tout au long de l'année avec une communication élargie aux partenaires, à l'administration tout en favorisant la participation des usagers, mais aussi des familles !

Ainsi, nous devons obligatoirement disposer d'une procédure de signalement des événements indésirables. Nous avons dû définir ce qu'est un événement indésirable, son caractère de gravité, décrire des exemples de situations,

établir un critère de récurrence des faits pour aboutir à une grille de cotation : en clair, une insulte excusée entre usagers est-elle de gravité mineure, significative, critique ou catastrophique ? Vaut-elle 1 point, 2 ou 3 points ? Un recueil des événements doit être tenu à jour. Pour les événements les plus graves, une fiche de signalement ou de transmission à l'administration doit être utilisée. Pour Asud, ce signalement pose un réel problème. Quelles utilisations ? Avec qui ? Quand et comment ? Lors de l'évaluation, nous dûmes produire les documents justifiant de la mise en œuvre de la procédure de signalement. Nous avons bien les documents mais aucun signalement n'avait été fait à l'ARS. Nous eûmes une mauvaise note, les évaluateurs ne pouvant concevoir qu'aucun événement grave ne puisse se produire en cinq ans avec des usagers de drogues.

C'est un exemple, mais chaque critère impératif nécessite d'élaborer différents outils méthodologiques et d'assurer une mise en œuvre continue tout au long de l'année. Ces obligations s'ajoutent à l'évaluation des suivis individuels ainsi qu'à d'autres procédures relevant du projet d'établissement.

Un avenir incertain pour les petites structures

Aujourd'hui, plus de 70 % du public du Caarud consomme de la cocaïne basée et de l'alcool, les substances décrites comme les plus problématiques pour eux. Leurs situations sont marquées par la grande précarité, des difficultés d'hébergement et un empilement de vulnérabilités. Les problématiques de santé mentale augmentent, ainsi que les difficultés d'accès aux soins. Les personnes accueillies portent en général peu d'intérêt à ces procédures réglementaires, trop éloignées de leurs préoccupations.

Au moment de l'évaluation, qui dure quarante-huit heures, ce fut délicat de trouver trois candidats qui acceptent l'interrogatoire, pardon, l'interview des évaluateurs. Pour l'équipe aussi, les interviews ont été mal vécues : réduire le travail en vis-à-vis au profit de tâches techniques et administratives conduit à une perte de sens et de motivation. Pour réduire cet impact, les grandes structures ont créé ou mutualisé des postes de responsable qualité pour assurer le suivi de ces tâches. Les petites structures ne le peuvent pas ; elles font avec leurs moyens.

Nous constatons collectivement un impact négatif pour le recrutement et la fidélisation des emplois et ce ne sont pas des conditions incitatives pour la mobilisation des usagers dans une démarche de pair-aidance.

Conclusion

Aujourd'hui, les nouvelles obligations réglementaires et les contraintes méthodologiques constituent un frein à l'innovation. Les Caarud mettent en œuvre une politique de RDRD définie il y a vingt-cinq ans dont les missions ne correspondent plus au contexte de consommation. Les usagers ont délaissé l'usage par voie intraveineuse au profit de l'inhalation (cocaïne basée ou crack). La consommation de stimulants ne se traite pas par TAO, les besoins changent. De nombreuses personnes accompagnées souffrent de troubles psychiatriques et ne disposent pas d'un suivi médical adapté.

Nous maintenons le lien avec ces usagers les plus vulnérables, répondons aux besoins essentiels de la vie

quotidienne, mais nous sommes démunis face aux problématiques de santé mentale, pourtant déclarée Grande cause nationale en 2025, et reconduite en 2026. Les réponses tardent à venir, la tâche est d'ampleur. Ce constat est partagé par de nombreux travailleurs sociaux intervenant plus particulièrement auprès des jeunes.

En l'absence de prise en charge adaptée, les personnes en souffrance psychique recherchent, de façon intuitive, un apaisement dans la consommation de substances. L'ensemble du dispositif en addictologie doit évoluer dans une dynamique de réseau élargi pour améliorer la qualité de la prise en charge. Elle ne peut pas uniquement se mesurer à l'aune d'une bonne application des normes et du rythme des évaluations. La RDRD a démontré la qualité de son modèle par sa capacité d'adaptation, d'aller-vers et de proximité avec les usagers. Il semble essentiel de replacer ces principes au cœur des pratiques en veillant aux équilibres entre obligations réglementaires et intervention de proximité. La recherche de solutions innovantes n'aboutira qu'au prix d'une complémentarité entre petites et grandes structures, en préservant l'agilité des petites structures et en donnant les moyens et le soutien nécessaires aux intervenants sanitaires de l'addictologie et de la santé mentale.

1. Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique-JOFR n°185 du 11 août 2004.
2. Agence régionale Occitanie créée le 21 juillet 2009.
3. Répertoire national des certifications professionnelles.
4. Le statut d'AMP est aujourd'hui regroupé sous le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES).
5. Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale, sanitaire ou médicosocial.
6. Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux.



Cocaïne sur ordonnance

La cocaïne en prescription, comme la méthadone, le Subutex ou l'héroïne ? Ce n'est pas un rêve de tox, mais une hypothèse de travail ancrée dans l'histoire et portée par une école de pensée. Après l'expérience du *British System* en Grande-Bretagne, deux nouvelles expérimentations débutent aujourd'hui en Suisse. Bertrand Leibovici, notre doc, nous en dit plus.

La fin du *British System*

Cher lecteur, y a-t-il un seul programme de prescription de cocaïne en Europe actuellement ? La réponse est non. Un pays, la Grande-Bretagne, a fait, pendant une quarantaine d'années, l'expérience de cette prescription. C'était dans le cadre du *British System* qui n'eut jamais d'équivalent en Europe continentale. De 1924 à 1926, une commission présidée par sir Humphry Rolleston et exclusivement composée de professionnels de santé décidait de permettre à des médecins qui en faisaient la demande de prescrire de la morphine, de l'héroïne et même de la cocaïne ou d'autres stimulants, le plus souvent pour être injectés. Ce qui va dominer à partir de 1926, c'est la prescription d'opiacés, mais quelques centaines de personnes (564 en 1968) bénéficièrent de prescriptions de cocaïne.

C'est à la fin des années soixante que se clôt la période « libérale » du *British System* et pour trois grandes raisons : des *rogue doctors* (médecins voyous) exerçant en cabinet privé se mirent à prescrire des quantités importantes d'héroïne, en particulier. Ainsi, en 1962, une poignée de médecins londoniens prescrivait 80 % de l'héroïne médicale du pays. Il s'ensuivit, en 1967, le *Dangerous Drug Act* qui durcissait beaucoup la prescription, y compris de cocaïne. D'autant, troisième raison, que l'arrêt de la prescription de coke ne provoquait pas de signes de manque. Exit la cocaïne.

De 1982 à 1995, un psychiatre de Liverpool, John Marks, décida d'utiliser toutes les ressources du *British System* alors que ce dernier était déjà en voie d'extinction, une histoire racontée dans *Drogues légales, l'expérience de Liverpool* (Éditions du Léopard, 1995). J'ai rencontré Marks qui m'expliqua : « Héroïne tous les jours, cocaïne le week-end... »



Sortir de l'immobilisme

Aujourd'hui, deux pays tentent de sortir de l'immobilisme : la Suisse et la Hollande. Commençons par cette dernière. Aux Pays-Bas, il n'existe actuellement aucun projet de prescription ou de distribution de cocaïne. En revanche, la maire d'Amsterdam, l'écologiste Femke Halsema, défend une position clairement antiprohibitionniste et plaide pour une légalisation de la cocaïne, considérant que la guerre à la drogue est un échec patent et qu'il faut absolument lutter contre le pouvoir grandissant du crime organisé qui met en danger la démocratie. Elle fait donc partie de ces trop rares responsables politiques qui se battent pour changer radicalement la politique des drogues en Europe.

et dans le monde. C'était aussi le cas de l'ancien président colombien Gustavo Petro avant qu'en juin de cette année, le politicien d'extrême-droite Abelardo de la Espriella soit élu à la tête du pays (cf. article p. 30).

L'expérience suisse

Quelle est la situation qui prévaut en Suisse ? Si certaines villes, Berne, Lausanne, Coire, Zurich et Genève, travaillent sur cette question, c'est d'abord parce que sont apparues des scènes ouvertes de crack qui font inévitablement penser aux raisons pour lesquelles en 1994 furent créés les premiers programmes de prescription d'héroïne médicale. Les projets développent deux modalités très différentes : les programmes médicaux de prescription de cocaïne et les programmes de distribution de cocaïne dans des lieux dédiés. Dans le premier cas, l'objectif est médical et vise

Que la cocaïne soit injectée ou le crack fumé (ou injecté), le rythme n'a rien à voir avec celui de l'héroïne. La fréquence des injections et, plus encore, des inhalations est beaucoup plus rapide. On peut injecter toutes les demi-heures et la limite peut être soit le fait qu'il n'y a plus de cocaïne, soit l'incapacité à injecter parce que l'on tremble trop. Une telle limite n'existe (presque) pas avec le crack fumé. Et c'est peut-être pour cette raison que l'on voit plus de crises convulsives chez les crackeurs que chez les injecteurs.

Au défi du craving

Quoi qu'il en soit, comment gérer une salle de consommation avec les stimulants, à commencer par la cocaïne ? Combien de temps peut-on rester ? Qui décide de la quantité de cocaïne qui va être injectée ?

Car il existe un deuxième problème. Contrairement à l'héroïne dont la toxicité est faible à l'exception de la surdose (pour laquelle on a un antidote : la naloxone), le chlorhydrate et la base de cocaïne ont une réelle toxicité pour le cœur et les vaisseaux : arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral.

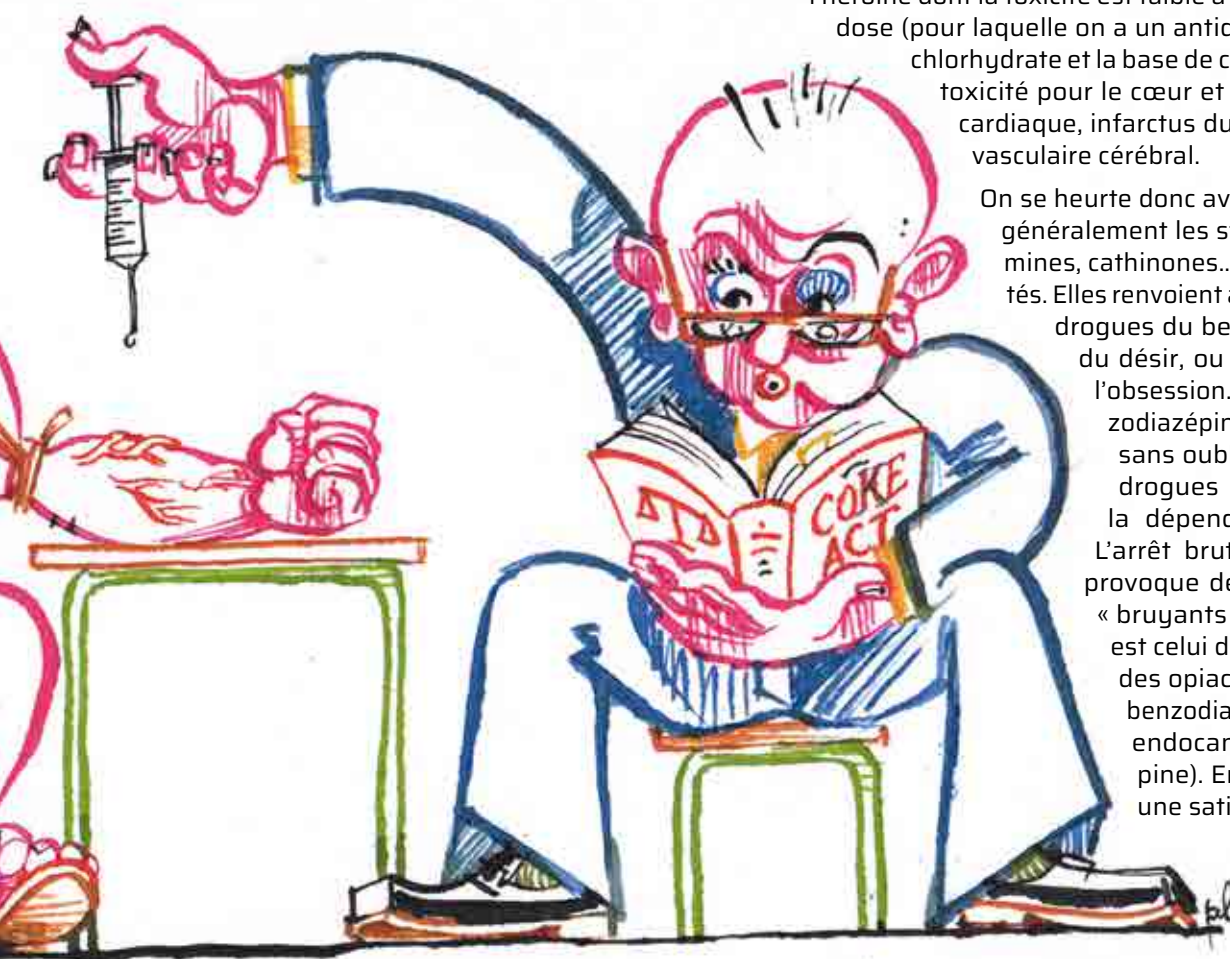
On se heurte donc avec la cocaïne, et plus généralement les stimulants (amphétamines, cathinones...) à de vraies difficultés. Elles renvoient au fait qu'il existe des drogues du besoin et des drogues du désir, ou pour mieux dire, de l'obsession. Les opiacés, les benzodiazépines, les barbituriques, sans oublier l'alcool, sont des drogues du besoin dès que la dépendance est installée. L'arrêt brutal de la substance provoque des états de manque « bruyants ». Le mode d'action est celui du modèle clé/serrure des opiacés, du cannabis, des benzodiazépines (endorphine, endocannabinoïde, endozépine). Enfin, on peut obtenir une satiété.

Au contraire, avec les drogues de l'obsession, il n'y en a jamais assez (« *Hot stuff, cant*

get enough! »), les traitements de substitution n'existent pas et le mode d'action n'est pas celui du modèle clé/serrure. C'est d'ailleurs pour ces drogues-là que le mot « craving » a été inventé pour être ensuite généralisé, à tort selon nous, à toutes les drogues.

Que la guerre à la cocaïne soit un échec complet, un fait le montre clairement : malgré des prises énormes, le prix au détail baisse, tandis que le niveau de pureté reste stable ou augmente. Espérons que la Suisse parvienne à surmonter les obstacles actuels et à réaliser ses projets de prescription et/ou de distribution. Et que Femke Halsema, la maire d'Amsterdam, soit entendue. Rien n'est pourtant moins sûr.

Bertrand Lebeau Leibovici



des personnes lourdement engagées dans l'usage. Dans le second, il s'agit de vendre à des consommateurs même modérés et insérés de petites quantités de cocaïne à un prix inférieur ou égal à celui du marché clandestin pour lutter contre son extension. Bref, et en résumant à l'excès, d'un côté un objectif de santé publique, de l'autre de sécurité publique.

Dans les deux cas, il existe des obstacles juridiques à l'ouverture de ces programmes cocaïne, mais il existe aussi des obstacles techniques. Revenons un instant en 1994. Dans les programmes de prescription d'héroïne, il n'y a pas d'export à domicile (*take home*), l'héroïne est consommée sur place. Les patients du programme viennent une, deux ou même trois fois par jour, sept jours sur sept.

Buprénorphine d'action prolongée

Mise à jour thérapeutique

ou gadget pharmaceutique ?

Les traitements de buprénorphine injectables à longue durée d'action sont prescrits en France. Le saviez-vous ? Pourtant, ils bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché depuis 2021. Cette discrétion est-elle due à une inadéquation de la réponse thérapeutique ou à l'absence d'information ?

La Haute Autorité de santé les désigne sous la dénomination « solution injectable à libération prolongée », les Anglo-Saxons disent *buprenorphine long acting treatment*, Arnaud Vesin, du laboratoire Camurus en charge de la commercialisation, préfère BUP, pour Bupré d'action prolongée. Une tribune a été publiée dans *L'Express*¹ cet été, pour protester contre le manque d'intérêt des autorités pour ce qui est qualifié par les signataires de « TSO innovants ». De quoi s'agit-il ?

Injection retard

Depuis quelques années, une innovation thérapeutique majeure existe en matière de traitements des maladies chroniques, les solutions injectables retard. Grâce aux techniques dites de dépôt à libération prolongée, il est possible d'espacer les prises de médicaments. C'est le cas en psychiatrie où des patient·es sont libéré·es de la prise quotidienne. Cette innovation est également appréciée par les personnes en traitement hormonal ou VIH. Cette technique a donc été recyclée par l'industrie pharmaceutique dans le contexte de la substitution aux opiacés. Pour des raisons pharmacologiques, c'est la buprénorphine, le principe actif du Subutex®, qui a été privilégiée. Cette adaptation pose une question de fond qui traverse la substitution depuis ses débuts : peut-on vraiment assimiler les personnes utilisatrices de traitements agonistes opioïdes (TAO, cf. encadré) à des malades chroniques ?

Donner de la drogue aux drogués

Il ne se passe plus grand-chose dans la planète substitution depuis longtemps. Au-delà de la Bup retard, la plupart de nos contemporains ignorent à peu près tout de l'existence d'une politique de soins fondée sur la prescription d'opioïdes en matière d'addiction. Méthadone, Subutex®, sans parler de buprénorphine, restent



des noms dépourvus de sens pour la population générale. Là réside le vrai scandale, consécutif de trois décennies de silence têtue de la part des autorités sanitaires. Le discours sur l'addiction comme « maladie psychique » qui introduit la tribune de *L'Express* n'est pas exempt d'une



forme de complicité involontaire avec cette invisibilité. Le débat que nous n'avons jamais pu avoir, c'est celui des « dealers en blouse blanches » qui donnent de « la drogue aux drogués », un débat amorcé par les opposants à la substitution dans les années 1990, rapidement dissimulé derrière le concept pratique d'addiction comme maladie chronique. Les TAO devenant l'équivalent de l'insuline ou des antirétroviraux, inutile de s'interroger sur le statut pénal des drogues. Dans la foulée, on a accepté de fermer les yeux sur les refus très fréquents de délivrance ou de prescription (régulièrement dénoncés dans nos colonnes), laissant la substitution dans une zone grise entre addictologie et business qui explique en grande partie l'obscurité qui entoure la mise sur le marché de Buvidal². La buprénorphine longue durée d'action est donc la sous-partie invisible d'un dossier substitution lui-même largement dissimulé au public.

Ou'est-ce que la buprénorphine longue durée d'action ?

Comme le Subutex[®], c'est une buprénorphine haut dosage (BHD). Sa particularité est d'être efficace une semaine ou un mois par le biais d'une injection sous-cutanée, obligatoirement pratiquée par un professionnel de santé. Les signataires de la tribune demandent à l'État un effort financier pour soutenir cette nouvelle galénique aujourd'hui peu accessible dans les petites structures, principalement du

fait de son prix, mais aussi absente des cabinets de généralistes pour une question réglementaire.

S'agit-il d'un nouveau traitement, comme le dit la tribune ?

Pas vraiment. Loin d'être une nouveauté, la buprénorphine haut dosage est utilisée en substitution depuis 1996. Il s'agit donc d'une nouvelle galénique d'une molécule ancienne, dont l'efficacité est prouvée et qui dispose déjà d'une accessibilité sous forme de comprimé sublingual (Subutex[®], Orobupré[®] et buprénorphine générique).

La buprénorphine est un médicament analgésique commercialisé sous le nom de Temgésic[®] dans les années 1980. Avant la substitution, les usagers d'héroïne ont expérimenté les potentialités thérapeutiques de cette molécule grâce à la complicité de quelques médecins compréhensifs. C'est pour répondre à cette demande du terrain que les autorités sanitaires ont validé la mise sur le marché du Subutex[®] en 1996. Ce n'est pas le cas des traitements injectables à longue durée d'action qui sont une initiative des laboratoires pharmaceutiques

Quels sont les avantages de ces traitements de longue durée d'action ?

Comme leur nom l'indique, ces nouvelles galéniques ont une longue durée d'action. Comme rapporté dans notre

contribution à la HAS, certaines personnes usagères de TSO sont pénalisées dans leur vie sociale ou professionnelle par la nécessité de voyager avec des boîtes de médicaments dont le statut diffère selon les réglementations nationales. D'autres considèrent la prise quotidienne d'un comprimé comme une astreinte, ce qui est souvent le signe d'un détachement progressif du « rituel » caractéristique de l'addiction marqué par une attente compulsive du moment de consommer. Il est d'ailleurs dommage que cet argument ne soit pas mis en avant dans la tribune, car la buprénorphine injectable à longue durée d'action pourrait devenir l'outil efficace de sorties des TSO qui manque aujourd'hui cruellement dans la palette des traitements.

Pourquoi Buvidal® n'est-il pas disponible chez tous les prescripteurs ?

Comme tous les médicaments, la BHD longue durée d'action est passée par un processus de fixation des prix tenant compte du service médical rendu (SMR) et de l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Si le premier de ces deux critères est considéré comme rempli, le second reste qualifié de « mineur »³ au regard des incertitudes de l'efficacité globale du traitement par rapport aux comprimés. Cette réserve a diminué la note d'ASMR attribuée à Buvidal®, ce qui fragilise son succès commercial. En effet, un prix trop élevé rend le traitement inaccessible aux petites structures.

Par ailleurs, comme dans le cas de la méthadone, la prescription a d'emblée été réservée aux Csapa et aux centres hospitaliers d'addictologie. Les raisons de « sécurité » invoquées pour exclure les cabinets de généralistes semblent au moins floues, si ce n'est phantasmagoriques. Comme dans de nombreux autres dossiers en addictologie, les interactions de l'industrie pharmaceutique avec la santé publique devraient s'effacer devant l'intérêt des patients et non l'inverse. C'est la lecture qu'il convient d'avoir de la tribune de *L'Express*.

En conclusion, bien que ne procédant pas d'une demande claire de la part des consommateurs·trices d'opioïdes, la BUP semble avoir trouvé un débouché dans un segment de population rétif à la prise quotidienne de comprimés. Cette mise sur le marché ne constitue donc pas une simple opération de marketing sécuritaire visant à rassurer les autorités en prétendant uniquement lutter contre le marché noir. Pour autant, le problème majeur de la substitution en France reste celui de l'absence de débat autour des bénéfices historiques obtenus par cette politique de soins, que son invisibilité ne protège pas d'un possible retour en arrière.

Fabrice Olivet

1. « Dépendance aux opioïdes: en France, moins d'un patient sur cent accède à l'innovation », *L'Express*, 14 août 2026, <https://www.lexpress.fr/sciences-sante/dependance-aux-opioides-en-france-moins-dun-patient-sur-cent-accede-a-linnovation-FMTUZ2DU4NHXBIAJ2Z53KOLFQ4>
2. Voir la contribution d'ASUD questionnée en 2021 par la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'évaluation du traitement: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/buvidal_contribution_asud_ct18922.pdf
3. Site de la Haute Autorité de santé, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3244165/fr/buvidal-buprenorphine

TAO ou TSO, les mots pour le dire

Traitements de substitution aux opiacés, traitements de substitution opioïdes, traitements de maintenance opioïde, prescription médicale d'opioïdes à des fins de substitution... Depuis son autorisation en France, le vocabulaire fluctue pour désigner cet objet complexe, mal aimé et mal connu qu'on appelle couramment « substitution ». Le choix des mots est loin d'être anodin. Comment désigner un acte médical qui consiste à prescrire un stupéfiant à des personnes qui prétendent justement souffrir des stupéfiants ? Les pouvoirs publics ont à cœur d'éviter de mettre les pieds. La liste des euphémismes destinés à édulcorer cette réalité est interminable. La méthadone « le médicament qui soigne le manque », le Subutex traitement de la « toxicomanie »... Peut-être convient-il aussi de s'interroger sur ce mot de « substitution ». Substitution de quoi, et surtout substitution pourquoi ?

Cette ambiguïté a motivé nos amis d'EuroNPUD¹ pour proposer une nouvelle appellation, celle de TAO, pour traitements agonistes opioïdes (TAO), une traduction de l'anglais *Agonist Opioid Treatments*. Ce changement de vocabulaire est expliqué par le président d'Asud, Miguel Velazquez dans une interview disponible sur le site de la Fédération Addiction.²

« L'appellation traditionnelle était « traitement de substitution aux opiacés », ou TSO. Elle a été remise en cause par des réseaux internationaux de personnes usagères de drogues (PUD), comme EuroNPUD dont Asud fait partie, notamment parce que le terme de « substitution » est ambigu.

On préfère parler désormais de « traitement par agonistes opioïdes », ou TAO. L'expression décrit plus précisément le mécanisme pharmacologique du traitement. Il existe évidemment quelques subtilités : la buprénorphine, par exemple, est un agoniste partiel et possède également une dimension antagoniste. Mais cela ne remet pas en cause l'intérêt général de cette nouvelle appellation.

Le changement de vocabulaire permet surtout de sortir d'une vision morale de la substitution. Il ne s'agit pas d'échanger un produit contre un autre mais de proposer un traitement qui apporte une stabilité physique et psychologique et qui permet à la personne de reprendre le contrôle de sa vie. »

L'appellation TSO est effectivement hypocrite, en ce qu'elle laisse entendre que les patient·es recevraient une molécule différente de celle consommée au marché noir quand, dans les faits, la « substitution » se manifeste surtout dans le caractère légal d'une prescription. Ce qui est « substitué », c'est la possibilité d'une vie familiale et professionnelle stable. Une hypocrisie qui a pu nous faire dire que la prescription de TAO à grande échelle est historiquement la première expérience de légalisation des drogues. Bienvenue donc aux TAO ! Un sigle de plus dans notre lexique qui en compte si peu, les TSO restant évidemment utilisés dans le langage courant par les PUD et la RDR, dans les Caarud, les Csapa, et les HSA !

1. EuroNPUD est la structure qui représente l'Europe au sein de l'INPUD (International Network of People Who Use Drugs) l'association internationale des personnes qui utilisent des drogues.
2. <https://www.federationaddiction.fr/actualites/substances/opiacés/traitements-par-agonistes-opioides-la-substitution-ce-nest-pas-seulement-une-molecule/>

Podcast "Les drogues, c'est compliqué !" (*Drugs it's complicated*)

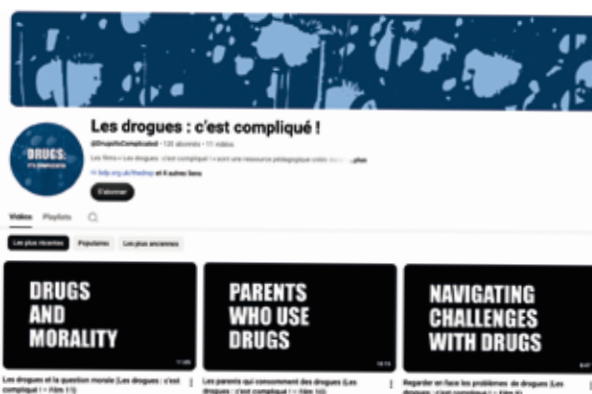
Et si on parlait des personnes qui consomment des drogues ? Doivent-elles être stigmatisées ? Quelles sont les conséquences de cette stigmatisation ? Que penser des sanctions pénales ? Depuis quand les drogues sont-elles interdites et pourquoi ? « Les drogues, c'est compliqué » propose une série de onze petits films sur YouTube qui répondent à ces questions et à beaucoup d'autres, soit un condensé des fondamentaux du journal d'Asud.

Les réponses émanent de chercheur-euse-s, de consommateur-trice-s, de scientifiques et parfois de personnes qui sont les trois à la fois, le tout emballé dans un podcast qui ne tombe ni dans le pathos, ni dans le blabla addicto, bref une réussite. Réalisé par Adam Holland, chercheur en sciences sociales, spécialiste de la réduction des risques, c'est un support particulièrement efficace si vous devez donner un cours, faire une conférence ou tout simplement partager avec ceux ou celles qui continuent de penser que « la drogue c'est mal, point final ! »

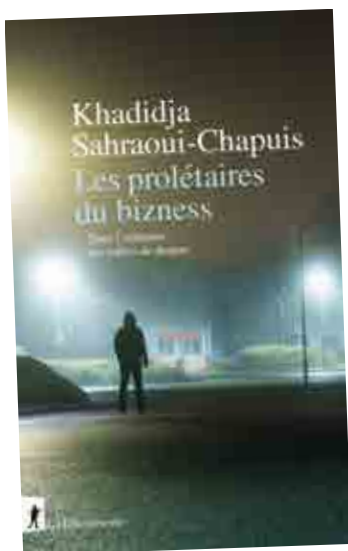
Les onze vidéos ont été conçues à partir d'un travail de recherche mené à l'université de Bristol (Royaume-Uni) intitulé RESPECT pour *Reducing Stigma towards People who use Controlled drugs*. Oubliez tout ce que vous avez pu voir en France comme support pédagogique sur le sujet. *Drugs it's complicated* est une arme absolue anti-stigma.

La série démarre par des questions élémentaires sur la perception de la consommation avant de s'adresser avec humour au jugement que nous portons tous sur les « substances criminalisées ». Le résultat est sans appel : déconstruction des stéréotypes, mise en évidence des effets discriminatoires, analyse du moralisme. Les vidéos sont en anglais, mais les sous-titrages YouTube en français ont été revus et corrigés par les auteurs. En résumé, un outil original, ultra-efficace, dont on n'ose pas imaginer une version élaborée un jour avec des intervenants français. On peut toujours rêver !

<https://www.youtube.com/@DrugsItsComplicated>



Les Prolétaires du bizness, Khadidja Sahraoui-Chapuis, La Découverte, 2026



Un nouveau livre sur le trafic vient d'être publié et il est assez exceptionnel... D'abord par sa richesse, directement liée à la grande connaissance du sujet de son auteure qui travaille sur les trafics dans les quartiers de Marseille depuis une vingtaine d'années. Ensuite, par sa rigueur, en effet, Khadidja S.C. vient de terminer sa thèse sur cette question, le livre reprend un certain nombre de ses résultats de recherche. Enfin, par son accessibilité, car il ne s'agit pas d'un livre de sociologie avec phrases à rallonge et jargon

de spécialiste mais d'un livre agréable à lire, riche en récits, en histoires de vie et en réflexions personnelles. Ce livre s'adresse à tous et chacun y trouvera son bonheur... À l'éducateur, il donnera des pistes pour mieux accompagner les jeunes. À celui qui ne connaît le trafic que par chaînes d'information interposées, il servira de *reality-check* fort utile en cette période. Et à ceux qui fréquentent les fours comme clients, il permettra de mieux comprendre ceux qui sont généralement leurs interlocuteurs directs : ces jeunes, des centaines de milliers en France, qui jouent parfois les durs devant les clients mais qui constituent le prolétariat d'une économie florissante (chiffre d'affaires annuel estimé à 6,5 milliards d'euros en France, soit + 189 % entre 2010 et 2023 !).

Khadidja S.C. n'est pas seulement sociologue : habitante des quartiers populaires de Marseille, ancienne travailleuse sociale dans ces mêmes quartiers, elle bénéficie d'une triple expérience qui nourrit le récit en amenant des questionnements à plusieurs niveaux. La focale est donc plus large que la simple description des logiques internes du trafic, des positions dans les réseaux etc. Ici, il s'agit aussi d'analyser les effets réels des politiques de lutte contre le trafic, le rôle de la violence – seule régulation possible dans un marché illicite – les trajectoires des jeunes engagés dans les trafics et les mécanismes par lesquels la plupart d'entre eux finissent par en sortir spontanément... L'enjeu autour de la sortie des réseaux est de taille : les affaires d'emprise se multiplient et la violence inter-réseaux a beaucoup augmenté. Khadidja lâche ainsi un chiffre glaçant : parmi les jeunes qu'elle a interrogés, une dizaine sont décédés de mort violente.

On disposait déjà d'excellents témoignages d'habitants de cités gangrénées par le trafic (*La Laverie*, S. Spencer) ou de proches (*Marianne, la sœur du dealer*, M. Allie), des textes de sociologues (voire C. Duport, C. Ben Lakhdar, T. Sauvadet, M. Mohammed, M. Kokoreff...) ainsi que de travailleurs sociaux confrontés au trafic (K. Esseki ou les travaux de P. Roche et P. Jamouille). On a désormais un livre qui fait la somme des trois points de vue et qui le fait bien !

En bref, un livre hautement recommandable qui montre qu'il est possible de traiter du trafic de façon prenante et intelligente, sans tomber dans le sensationnalisme !



Captain Cavern, alias Didier Duriez, nous a quittés. Pendant de nombreuses années, ses peintures qui donnent le vertige ont illuminé les pages d'Asud. Didier était un artiste rare,

généreux et profondément attachant. Ses images restent, et avec elles une part de lui, qui continuera longtemps à nous accompagner. Il va terriblement nous manquer.

captaincavern.com

<https://youtu.be/04L8pELHJXs>

<https://www.instagram.com/didiercavern/?hl=fr>



Kiki Picasso, œuvres réunies rassemble deux publications : *Les Chefs-d'œuvre de Kiki Picasso* parue en 1981 et le catalogue de l'exposition *Bilan provisoire* accrochée dans l'espace Niemeyer en 2024, auxquelles s'ajoutent archives et documents rares. Kiki Picasso a souvent dessiné pour Asud, où son travail a trouvé un terrain particulièrement libre. Son trait saupoudre à merveille notre journal qui refuse les discours convenus sur les drogues.

L'ouvrage, hors du temps, restitue un parcours artistique marqué par le dessin, la peinture, l'image imprimée et une attention constante aux événements de notre époque.

Kiki Picasso, œuvres réunies est un objet de mémoire, parfois énigmatique : un livre où les œuvres, les documents et les images racontent aussi les lieux dans lesquels elles ont circulé. Et parmi ces lieux, il y a les pages d'Asud.

kikipicasso.com / bilanprovisoire.com

Éditions Les Arts dessinés



DES OUTILS POUR RÉDUIRE LES RISQUES

DOCUMENTS PRATIQUES, PENSÉS POUR ET AVEC LES USAGERS SUR L'AUTO-INJECTION À MOINDRES RISQUES



Comment limiter les risques liés à l'injection ? Comment réutiliser ses cotons ? Pourquoi l'hygiène des mains compte-t-elle ? Le Fonds de Recherche et de Prévention Addictions Savoir + Risquer – met gratuitement à disposition des CAARUD, des CSAPA et des usagers des outils d'information et de réduction des risques pour répondre à ces questions.

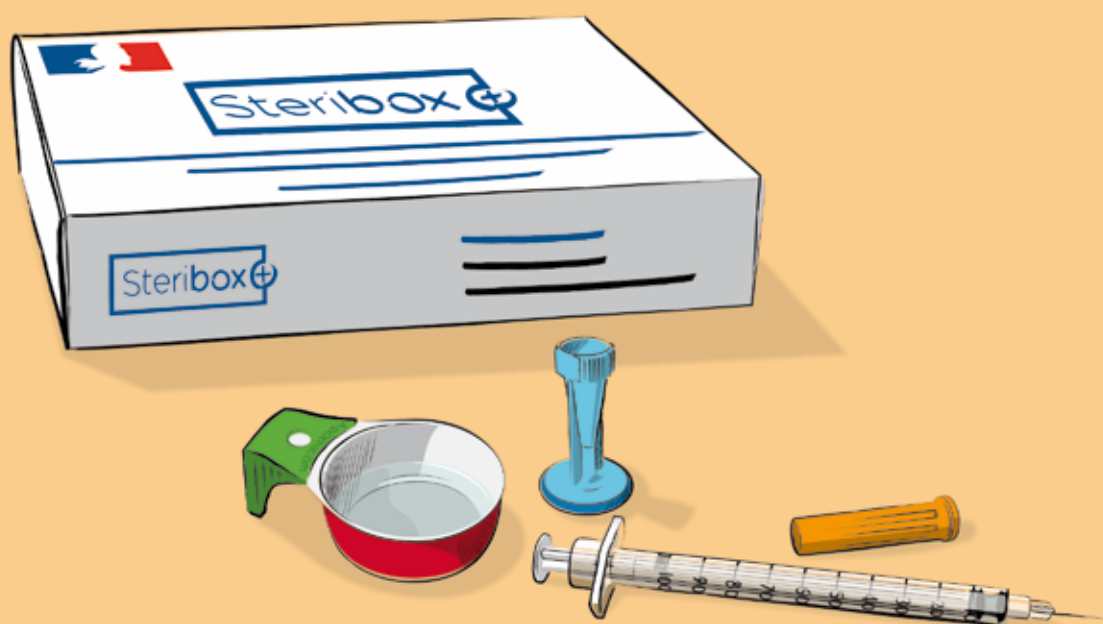
Savoir + Risquer – est un acteur de la réduction des risques et des dommages (RdRD) lié aux pratiques de l'injection en France.

Savoir + Risquer – a publié plusieurs guides en français et en anglais :

- L'auto-injection, le guide
- Faire les cotons à moindres risques
- L'auto-injection et l'hygiène des mains

Documents et demandes d'envoi : www.savoirplus-risquermoins.net et contact@frpa.net

Apothicom, expert du matériel de RDR *depuis 30 ans*



Retrouvez nos outils sur **www.apothicom.org**
et le Steribox® en pharmacie.

Recevez notre nouveau catalogue :

