

LES UNES DE SWAPS

n^{os} 1
à 100

SWAPS

n^o 100

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 100 / automne 2021

Édito

Didier Jayle, France Lert et Gilles Pialoux

Depuis vingt-cinq ans, et déjà 100 numéros, l'équipe de rédaction de *Swaps* œuvre, édition après édition, à faire connaître et partager l'approche scientifique, sociale, politique et communautaire de la réduction des risques (RdR).

Swaps peut s'enorgueillir d'être une publication conduite par une petite équipe, le tout grâce à un comité de rédaction particulièrement prolixe (voir l'ours) dont les membres sont issus d'univers différents et complémentaires : Fédération Addiction, OFDT, Cnam, Inserm, AP-HP, Association Gaïa, Asud, Nova Dona, Trend, etc. *Swaps*, quadrimestriel, aujourd'hui reconnu nationalement, est né de l'imagination fertile de l'un d'entre nous (Didier Jayle) dans le sillage de *Transcriptases*, dévoué à une autre guerre planétaire : la lutte contre le sida. Au centre de notre projet éditorial, se retrouve depuis le numéro 1 la prise en charge nécessairement pluridisciplinaire des usagers de drogues. Et ce, de l'héroïne du temps de l'Îlot Chalon au crack des jardins d'Éole (cf. p. 9), en passant par le chemsex (cf. *Swaps* n° 92-93).



Pourtant, force est de constater, en compulsant ces 100 couvertures, qu'à l'heure où s'écrivent ces lignes et que se profile l'élection présidentielle, objet central de notre futur numéro, que le débat autour de la guerre aux drogues et de la RdR n'a pas progressé en France. Quand il n'a pas simplement régressé. À commencer par ce qui est improprement appelé les « salles de shoot », *a fortiori* sur les chaînes d'information continue où se rabâche le « tout-répressif » comme seule réponse à la légitime souffrance des riverains des scènes ouvertes du crack (cf. p. 6). À l'instar de l'actuel ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, fermement « opposé à titre personnel » à la réduction des risques et aux salles de consommation à moindre risque (SCMR) pourtant inscrites dans la loi de 2016 : « La drogue ne doit pas être accompagnée mais combattue (...) Depuis le vote de la loi de Santé les services du ministère de l'Intérieur ont pu constater sur le terrain les conséquences extrêmement néfastes de la création des SCMR de Paris et Strasbourg ». Une prise de position politique qui tourne le dos à l'état de la science, comme en atteste le constat de l'Inserm qui a évalué les SCMR de Paris et de Strasbourg à la demande de la Mildeca (cf. p. 14). L'Europe compte pourtant plus de 80 salles de consommations, mais deux expérimentales et fragiles en France. Et la loi de 2016 qui en autorisa l'ouverture n'a pas intégré la question du crack fumé si bien qu'on ne peut aujourd'hui fusionner, sauf dérogations, les centres d'accompagnement tels que les Caarud aux espaces de consommation et ce, simplement parce que la consommation de drogues y est illégale. De fait comme le souligne Yann Bisiou (p. 21) : « l'intervention sanitaire et sociale en faveur des consommateurs de crack repose exclusivement sur le volontarisme des acteurs et militants de la réduction des risques, sans cadre légal ou réglementaire. Un constat sans appel de l'incapacité de l'État de droit à protéger ses ressortissants ». À l'évidence, on observe un recul sur le crack, encore compliqué par de nouvelles populations d'usagers – migrants venus des terres de conflits pour les trottoirs de nos villes et entrés, peut-être par survie, sur la scène du crack – et un contexte général qui brouille les pistes. Le crack est devenu le lot commun des centres de prise en charge des usagers de drogues (Csapa, Caarud, SCMR...). Et les crackers les plus visibles, qui sont les plus précaires, sont diabolisés. En 100 numéros de *Swaps*, ils ont remplacé dans l'imaginaire collectif les « junkies » des années 1970-80. Dans le nord-est parisien, quand la population de riverains n'en peut plus et manifeste, sous les caméras de CNews, on les déplace par la force de 500 m, pour voir le problème se reformer à l'identique, et on les déplace à nouveau de 500 m en 500 m, sans essayer de trouver une solution pérenne et digne depuis plus de 30 ans. Le Plan crack signé entre la mairie de Paris et l'État ne débouche toujours sur rien de concret devant les oppositions de la rue et la peur des urnes. Pourtant un collectif de plus de 80 élus locaux et parlementaires franciliens a appelé l'État, dans une tribune publiée dans *le Monde* le 28 juin 2021, à ouvrir d'urgence des structures de prise en charge pour les usagers de drogues, notamment à destination des crackers en grande déshérence. Sur le terrain, dès qu'il s'agit de passer à l'acte, les protagonistes se renvoient la balle, encore davantage en période préélectorale, en vertu des gages à donner à tous ceux qui pensent qu'il faut plus de répression pour endiguer le problème.

Que dire encore de la possibilité de légaliser le cannabis, qui a reculé malgré l'adhésion assez large de l'opinion, l'expérience de chaque génération d'adolescents sans parler des tergiversations et lenteurs délibérées pour faire du surplace dans l'usage médical ?

Qu'en est-il de la RdR en prison ? Que dire de l'usage de cocaïne qui s'est largement étendu au-delà des cercles mondains ? Dans une étude récente menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes inclus dans l'essai de PreP ANRS-Ipergay, 68 % des volontaires avaient de la cocaïne dans les prélèvements capillaires. Signe que la RdR doit aussi s'écrire dans cette population d'usagers de drogues en contexte sexuel.

Et l'actualité vient aussi questionner nos prises de positions sur la RdR avec la montée de la violence (exemple de Marseille), des meurtres et des menaces du narcotraffic, à l'image du Premier ministre des Pays-Bas menacé par la mafia du deal. Sans compter, au-delà de nos frontières, la situation dramatique qui sévit autour du marché des drogues en Amérique centrale et gangrène des plus pauvres au cercle des puissants. Ou l'échec d'une autre guerre dans la guerre : la politique américaine en matière de drogues en Afghanistan qui peut se résumer en une phrase (cf. p. 30) : en 20 ans, la production d'opium y a été multipliée par 30 et représente, en 2020, selon l'ONU DC, 85 % de la production mondiale. Ce pays, désormais aux mains des talibans, est devenu un acteur majeur du marché mondial de l'héroïne, alors que les productions de haschisch et de méthamphétamine se développent.

La question de l'usage des drogues se transforme de façon continue : des gens, de tous âges et de tous milieux sont attirés par les produits, ces dragons domestiques et prohibés, ceux qui les produisent, les transportent, en font commerce, en sont les grands profiteurs, ceux du bout de la chaîne en paient le prix fort, comme les usagers les plus pauvres. Quand les drogues prennent le dessus dans le quotidien, il faut aller chercher les usagers où ils sont et selon leur état, leur addiction, leurs propres ressources, leur donner tout ce qu'on sait et ce qui a été montré utile pour les accompagner pas à pas vers une vie tolérable pour eux, leur santé, leur place avec les autres. Depuis des décennies, les connaissances se sont accumulées, les preuves ont été apportées de ce qui marche mais qui prend du temps. Le sida a montré ce qu'il en coûte de priver les usagers d'héroïne de la possibilité de s'acheter librement des seringues et montré aussi ce que l'on gagne en leur donnant les premiers moyens de leur santé, d'abord par les quelques lignes du décret Barzach. Aujourd'hui produits, usages, usagers ont changé – comme tout le reste –, les politiques, en particulier ceux qui sont aux commandes, mais la société aussi, doivent être à la hauteur et ne pas persévérer dans une hécatombe invisible. Violences et trafics médiatisés, politisés, popularisés sont autant d'obstacles qui se dressent contre des politiques efficaces de RdR. En un mouvement perpétuel qui fait glisser le débat du sanitaire au répressif, du médicosocial au politique, comme si les deux ne pouvaient coexister dans des sociétés démocratiques.

De tout cela *Swaps* devrait avoir à témoigner. Si la force et les financements (publics et privés) ne nous quittent pas jusqu'au numéro... 200.

BRÈVES

FRANCE

Go pour les « haltes soins addictions »

Le Premier ministre a tranché mi-juillet : les salles de consommation à moindre risque, expérimentées depuis 2016, poursuivront leur activité au-delà de 2022. Olivier Véran l'a confirmé le 23 septembre à la Fédération addiction : l'expérimentation des salles de consommation va être prolongée de trois ans avec un nouveau nom : les « haltes soins addictions ». Une disposition du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, examiné cet automne, précisera le cadre. Si Olivier Véran le ministre de la Santé y était favorable, son homologue de l'Intérieur, Gérald Darmanin s'était opposé à la création d'une telle salle à Lille. Du côté de la rue de Ségur, on reconnaît, dans la foulée de l'expertise de l'Inserm, le bénéfice de ces lieux, qui « constituent vraisemblablement une intervention de santé et de tranquillité publique efficiente ». Ces « haltes soins addictions » pourraient être adossées aux Caarud déjà existants et aux Caarud mobiles.

Filière de cannabis thérapeutique

L'Agence nationale de sécurité des médicaments a annoncé le 18 août mettre en place un nouveau Comité scientifique temporaire (CST) « Culture en France du cannabis à usage médical – spécifications techniques de la chaîne de production allant de la plante au médicament ». L'avis de ce CST devra porter sur les teneurs en THC et en CBD des plantes ou encore sur la variété des plantes utilisées. Il devra définir les modalités de traçabilité des plantes jusqu'à la récolte des fleurs, les formes pharmaceutiques attendues des médicaments à base de cannabis, les critères de qualité pharmaceutiques ainsi que les contrôles nécessaires pour la culture de cannabis médical en France. Il sera composé de représentants de plusieurs ministères (Santé, Intérieur, Agriculture, Économie), de l'Institut national de recherche pour l'agriculture (Inra) et du Conseil de l'ordre des pharmaciens, ainsi que divers experts, nommés en septembre 2021. Créé pour une durée de quatre mois, ce CST devra rendre un avis à l'issue de cette période.

<https://ansm.sante.fr/actualites/decision-dg-ndeg-2021-286-du-02-08-2021-creation-dun-comite-scientifique-temporaire-culture-en-france-du-cannabis-a-usage-medical-specifications-techniques-de-la-chaine-de-production-allant-de-la-plante-au-medicament>

Espoirs douchés

En visite à Marseille le 1^{er} septembre, après un été particulièrement meurtrier, le président Emmanuel Macron a fermé la porte à une légalisation du cannabis et entériné la ligne dure de son ministre de l'Intérieur. Devant des policiers, il a accusé les consommateurs d'être « des complices de fait » des trafics. « L'idée que dans certains quartiers, ce serait branché de prendre de la drogue pendant que d'autres se font tuer parce qu'ils la vendent ou surveillent, c'est terminé », a insisté le président qui cherche à obtenir « l'irréversibilité de certains lieux de point de deal », le démantèlement des réseaux installés en France ou à l'international... Avec 300 nouveaux policiers en 2023 (200 en 2022), déjà promis par Darmanin, et 150 millions d'euros d'investissement pour la police marseillaise, la réponse lorgne du côté de toujours plus de répression. Le maire de Marseille estime qu'il manque 800 policiers, ainsi que des spécialistes de la police judiciaire, financière et scientifique.

Chemsex, une nouvelle étude

Le ministre des Solidarités et de la Santé a confié à Amine Benyamina, chef du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse et président de la Fédération française d'addictologie, une mission de trois mois sur l'usage de drogues dans le cadre du chemsex. La mission a pour but de quantifier le phénomène « au sein des populations concernées », de préciser les produits utilisés « avec un focus sur les nouveaux produits de synthèse » et d'évaluer « les dommages somatiques et psychiques » liés à la consommation de ces drogues. Le ministère souhaite que cette mission soit l'occasion de proposer « une stratégie de réduction des risques » adaptée et une « stratégie de prévention et de prise en charge des patients ». Rendu de la copie en novembre.

Buvidal, enfin une AMM

Suite et fin de l'épisode Buvidal, qui a reçu une autorisation de mise sur le marché en mai dernier et est effectivement disponible depuis juillet. Fadi Meroueh, chef de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve lès Maguelone, avait porté un plaidoyer pour cette solution injectable à libération prolongée de la buprénorphine (cf. *Swaps* n°96). Il explique que les « patients sont satisfaits, se disent plus stables et se sentent bien sans rien prendre ». Après une phase de pédagogie sur la dispensation, 16 patients ont accepté la galénique, sur 50 personnes sous BHD et « personne ne veut revenir en arrière ».

<https://www.vidal.fr/medicaments/buvidal-24-mg-sol-inj-a-liberation-prolongee-197369.html>

MAROC

Cannabis légal

Le Maroc a définitivement adopté une loi relative à la légalisation de l'usage du cannabis à des fins médicales et industrielles, entrée en vigueur après sa publication au Bulletin officiel du 22 juillet dernier. Premier producteur au monde, le Maroc entend avec cette légalisation « profiter de l'occasion offerte par le marché légal mondial du cannabis », mais aussi « améliorer le revenu des agriculteurs et les protéger des réseaux du narcotrafic ». La loi vise à soumettre toutes les activités liées à la culture, la production, la transformation, le transport, la commercialisation, l'exportation et l'importation du cannabis médical, du chanvre et de leurs produits à un système d'autorisations et de licences, en favorisant les acteurs locaux, par le biais d'une agence de régulation nationale. L'usage récréatif reste interdit et passible de poursuites.

SUISSE

Une nouvelle étape vers le cannabis légal

Le Conseil fédéral suisse a ouvert une consultation sur l'ordonnance d'application de la révision de la loi sur les stupéfiants, pour autoriser les médecins à prescrire du cannabis à des fins médicales sans autorisation. Le cannabis, récréatif ou médical, est interdit en Suisse mais les médecins pouvaient prescrire un médicament à base de cette substance après une autorisation exceptionnelle de l'Office fédéral de la santé publique. Près de 3 000 autorisations de ce type sont délivrées chaque année pour des patients cancéreux, souffrant de maladies neurologiques ou atteints de sclérose en plaques. Le cannabis récréatif continue d'être interdit.

<https://www.rts.ch/info/suisse/11425432-le-cannabis-a-des-fins-medicales-bientot-prescrit-sans-autorisation.html>

ÉTATS-UNIS

Fin du dossier Purdue ?

Un juge américain a approuvé le 1^{er} septembre le plan de faillite du laboratoire Purdue, qui devra verser 4,5 milliards de dollars aux victimes en échange d'une immunité partielle pour ses propriétaires, la famille Sackler. Ce plan prévoit la dissolution de la compagnie et le transfert de ses actifs vers une entité dédiée au « bien commun », qui ne sera pas contrôlée par la famille Sackler. « It's shocking » selon Nan Goldin, la célèbre photographe qui s'est retrouvée accro aux opioïdes et menait une lutte contre le mécénat artistique de la famille Sackler (cf. *Swaps* n°92). Le procureur Bob Ferguson, de l'État de Washington, a annoncé le 1^{er} septembre qu'il ferait appel de cette décision... La promotion agressive du médicament antidouleur OxyContin par Purdue est considérée comme le déclencheur de la crise des opiacés aux États-Unis, qui compte plus de 500 000 morts par overdose en vingt ans.

<https://www.nbcnews.com/news/us-news/judge-will-approve-purdue-pharma-bankruptcy-shields-sacklers-opioid-lawsuits-n1278319>

MONDE

Sport et cannabis

La sprinteuse américaine Sha'Carri Richardson, testée positive au cannabis début juillet, n'a pas été sélectionnée par la fédération américaine pour participer aux JO de Tokyo. Le destin de la jeune femme, la 6^e plus rapide du monde, a ému Sebastian Coe, le président britannique de la Fédération internationale d'athlétisme, qui s'est dit favorable à un changement de statut du cannabis dans la liste des substances prohibées. Mi-septembre, l'agence mondiale antidopage a annoncé qu'elle réexaminerait l'inscription du cannabis en 2022. La substance restera donc interdite en 2022, alors que les États-Unis accueillent les Mondiaux d'athlétisme.

Le drame du crack

au risque des médias

Gilles Pialoux / Swaps

Le crack est la quintessence de l'échec de « la guerre contre les drogues », toutes obédiences politiques confondues. La preuve dans une rapide revue de presse partielle et partielle ou comment les mêmes dérives ou raccourcis journalistiques, politiques, sémantiques se retrouvent d'année en année. Et depuis plus de trente ans...

Comme rapporté dans notre dossier « crack » (*Swaps* n° 98-99), le traitement médiatique, et souvent politique, du phénomène crack à Paris se focalise sur un triptyque : le *cracker* précaire, désociabilisé, au bas de la hiérarchie au sein même des usagers de drogues, le dealer ou *modou* (« petit négociant » en wolof) organisé en réseau et sédentarisé et le riverain. Ce dernier personnage est apparu lorsque l'urbanisation du nord de Paris, à la fin des années 1990, a chassé les deux autres des squats où ils ne gênaient (presque) personne pour les mettre à la rue. Plus précisément, de la place Stalingrad (renommée « Stalincrack ») à la « Colline du Crack », sise près de la Porte de la Chapelle (évacuée plus d'une quinzaine de fois depuis le milieu des années 2000), puis aujourd'hui aux jardins d'Éole et Pont Riquet. Comme un jeu de l'oie morbide où chaque emprisonnement, dispersion, interdiction du territoire, déplace le problème d'une case. Soulageant par là-même l'horreur endurée par les riverains vers d'autres. À cela est venue s'ajouter plus récemment une complexité sociologique : la porosité de cette économie parallèle avec d'autres populations notamment migrantes dont la confluence attise les tensions.

« Salles de shoot »

Force est de constater que d'articles en émissions d'information continue, les notions de « sanitaire » et de « réduction des risques » (RdR), voire de « malades », ont totalement disparu du discours derrière le tout-sécuritaire. Alors même que les trois ne sont pas antagoniques. Les mots y ont leur importance. Prenons le terme de « salle de consommation à moindre risque » (SCMR) inscrit dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé. Il a été remplacé, avant même une première ouverture à Paris Nord en 2016, par celui de « salle de shoot » avec toutes les connotations péjoratives par rapport à l'offre médico-sociale que cela induit : « *Le gouvernement veut pérenniser les "salles de shoot" en France* » (*Le Figaro*, 8 juin 2021), « *Le gouvernement simplifie les conditions d'ouverture de nouvelles salles de shoot* » (FranceInfo avec AFP, 18 juillet 2019), « *Vers une pérennisation des "salles de shoot"* » (*Le Monde*, 4 juin 2021, même si l'appellation SCMR est utilisée dans le corps du texte), « *Marseille : le projet de salle de shoot relancé* » (*La Provence*, 8 février 2021). Même quand le message se veut positif, le terme

« salle de shoot » est utilisé : « *Salle de shoot à Paris : “On n’observe pas de dégradation des statistiques de la délinquance dans le quartier”* » (20minutes.fr, 13 mai 2021)... « Salle de shoot » est à ce point devenu le terme de référence qu’il figure même dans « un projet de loi visant à interdire les salles de shoot », enregistré à l’Assemblée nationale le 29 juin 2021 et déposé par Mme Marie-France Lorho, membre de la Ligue du Sud (extrême-droite).

Rappelons que récemment la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, via ses rapporteurs, Caroline Janvier (LREM) et Stéphane Viry (LR), a explicitement demandé de « *ne pas parler de salle de shoot, terme péjoratif pour les personnels du secteur, mais aussi pour les usagers* »¹. *Le Monde* a récemment montré l’exemple : « *À Paris, les nouvelles salles de consommation à moindre risque de crack approuvées par le gouvernement* » (15 septembre 2021). Le rapport de l’Assemblée nationale sus-cité considérant par ailleurs que le dispositif légal autorisant les SCMR « *doit être maintenu, et qu’il est pertinent pour prendre en charge les usagers de crack* ».

Pourtant, outre leur utilité, les SCMR ont montré combien elles correspondaient à la demande, comme l’a confirmé l’étude menée par l’Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et l’Inserm, pour le compte de l’ARS Île-de-France (voir *Swaps* n°98-99). Où il apparaît que les deux-tiers des consommateurs de crack sont sans domicile ou hébergés dans une structure sociale et qu’ils ont des parcours de vie marqués par des traumatismes ayant entraîné de fortes ruptures sociales, relationnelles et familiales. Sans compter les comorbidités liées directement ou indirectement à la consommation (troubles psychiatriques, VIH, hépatite C, brûlures, etc.) dont il est très peu fait écho en dehors de la presse médicale. Évidence sanitaire que conforte la récente analyse indépendante demandée par la Mildeca à l’Inserm (voir l’Inserm valide les SCMR p.14) et qui démontre que les usagers des SCMR sont moins susceptibles que les usagers qui ne les fréquentent pas de déclarer des pratiques à risque d’infection (VIH, VHC) ou des abcès, d’avoir une overdose, d’aller aux urgences, de s’injecter dans l’espace public et de commettre des délits. Bref du coût-efficacité qui n’est quasiment jamais évoqué dans la presse !

La science et la politique

Pas plus que les expériences passées de Barcelone à Rotterdam où le nombre de seringues retrouvées dans l’espace public autour des SCMR diminuait de plus de 75 %. Données scientifiques non prises en compte, ou contredites, par le

ministre de l’Intérieur, Gérald Darmanin, fermement opposé à l’ouverture d’une salle à Lille remettant ainsi en cause la loi de 2016 : « La drogue ne doit pas être accompagnée mais combattue (...) Depuis le vote de la loi de Santé, les services du ministère de l’Intérieur ont pu constater sur le terrain les conséquences extrêmement néfastes de la création de SCMR de Paris et Strasbourg sur l’ordre public » (*la Voix du Nord*, 22 juin 2021). Même son de cloche du côté de Rachida Dati : « Ce sont des endroits où on donne des seringues pour prendre de l’héroïne, aux abords ce sont des lieux de fixation pour tous les dealers (...) On conforte les gens dans leur addiction. » (BFM TV, 10 septembre 2021).

Ce 6 septembre, Pascal Praud, pour sa part, est revenu sur la situation du quartier de Stalingrad. Il a comme souvent joint en direct Tarak Sassi, médiateur sport et insertion et membre du collectif Paris anti-crack. Scène cocasse où l’une des chroniqueuses régulières de l’émission « phare » de CNews ironise sur la décoration du bureau de ce dernier : « C’est quand même étrange que ce monsieur qui est médiateur de la République dans une institution républicaine s’exprime à la télévision avec des drapeaux turcs derrière lui... On a envie de lui demander s’ils accepteraient ça en Turquie ! » Il s’agissait du drapeau tunisien au milieu d’autres...

Même ton un peu plus tôt sur la même chaîne avec l’autre polémiste vedette de la chaîne, Éric Zemmour, sur le glissement sémantique dealer = modous : « *Tous les trafiquants de crack sont sénégalais* » (CNews, 13 mai 2021) même si, en soi, cet adage constitue une partie de la réalité décrite ailleurs : « *De jeunes Sénégalais ont le quasi-monopole du trafic de crack dans le nord-est parisien.* » (JDD.fr, 22 décembre 2020). Mais un raccourci dénoncé par *Jeune Afrique* (19 mai 2021) fustigeant « des journaux français qui établiraient la “sénégalitude” de trafiquants qu’il faudrait “renvoyer” en Afrique, non sans faire pression “sur le gouvernement sénégalais pour qu’il les reprenne” ».

Le poids des mots...

Dans *Paris Match*, le 5 juin 2021 et à la Une, comme au vieux temps de l’îlot Chalon, du parc Platzspitz et de la gare du Letten à Zurich, ce gros titre : « *Paris, le parc de la honte* ». L’histoire se répète mais cette information – parquer les usagers n’est ni une solution sociétale ni une mesure de réductions des risques – est un produit à date de péremption longue. Et très peu de journalistes prennent le temps de l’investigation rétrospective. Poids des photos et choc des peurs : « de ce côté des jardins d’Éole, entre le XVIII^e et le XIX^e arrondissement de Paris, le toboggan accolé à la maisonnette en bois a été délaissé par les

¹ Conclusions de la Mission flash sur l’évaluation de l’expérimentation des salles de consommation à moindre risque, présentées le 14 septembre 2021, <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/404355/3940953/version/1/file/Synth%C3%A8se+mission+flash+SCMR.pdf>



familles. Ce jour-là, une vingtaine de “crack heads” “crackers” s’agglutinent sous le préau durant l’orage tandis que trois enfants déterminés à braver l’averse tentent de se réapproprier les lieux, sous les regards inquiets de leurs parents. Les agents municipaux surveillent la troupe de “toxicos”. » Les mots sont choisis par l’hebdomadaire à gros tirage. Avec l’enfant comme spectre universel de la victime innocente et des guillemets à « toxico » pour en diminuer la portée péjorative, ou bien parce que « usagers de drogues » prend toujours trop de signes dans l’article... Comme souvent dans ce genre de papier, un effort lexical est fait : « caillou », « modous », « galettes », « pipes » sont expliqués aux lecteurs. Mais *Paris Match* n’est pas le seul à aligner les gros titres. Revue non exhaustive : « *Crack sur le trottoir, antidépresseurs chez les riverains : le quartier Stalingrad asphyxié* » (*Marianne*, le 5 mai 2021), « *C’est devenu Zombiland : dans le quartier parisien Stalingrad, le crack est partout* » (*L’Obs* du 29 mai 2021).

Urgence de la prise en charge

Un élément qui n’apparaît jamais dans la couverture médiatique du phénomène, c’est l’impasse thérapeutique et sociétale des consommateurs de crack qui justifie l’ouverture de centre de soins, de repos, de prise en charge sociale, d’expérimentation aussi de protocoles de sevrage ou de substitution et plus globalement de réduction des risques pour les consommateurs volontaires. Ce qui est le cœur du projet porté par la mairie de Paris ; entre autres avec notre amie Élisabeth Avril sur quatre sites parisiens pour régler, en partie tout au moins, le problème de la guerre de Stalingrad. Plusieurs d’entre nous ont vu ces positions partagées par nombre d’experts : « Cela fait des années qu’on déplace ces personnes dans le nord de Paris d’un lieu à l’autre, sans réelle perspective de prise en charge », constate le professeur Laurent Karila ; « Le problème, c’est qu’il n’existe pas de solution miracle ou très vite efficace pour soigner les usagers fortement dépendants au crack », selon Jean-Pierre Couteron (*La Croix* datée du 2 juillet 2021). Dans ce cadre urbain, loin de capituler devant la frénésie sécuritaire, crackers et *modous*, plus ou moins visibles au fil du temps, ne cessent de se réarranger et se ramifier alors qu’on tente depuis trois décennies de les faire à jamais disparaître (voir *Swaps* n° 98-99, p. 7-11).

Un collectif de plus de 80 élus locaux et parlementaires franciliens a appelé l’État, dans une tribune publiée dans *Le Monde* le 28 juin 2021, à ouvrir d’urgence des structures de prise en charge pour les usagers de drogues, notamment à destination des crackers en grande détresse. Parmi eux, Anne Souyris, l’adjointe à la mairie de

Paris chargée de la santé, s’est dite « très inquiète si aucune solution pérenne n’était trouvée. D’autant que (...) le cadre légal empêche d’agir. » Aujourd’hui en effet, on ne peut fusionner les centres d’accompagnement, tels que les Caarud, aux espaces de consommation, et ce, parce que la consommation de drogues est illégale. Résultat : « à chaque fois qu’il y a de l’accompagnement, il s’agit en fait d’exceptions, obtenues par dérogation de la loi, avec l’accord de tous les partenaires, cela nécessite des années de discussions ».

Rappelons qu’il existait avant la crise sanitaire liée au Covid, plus de 80 SCMR en fonctionnement dans neuf pays de l’Union européenne, dont les deux salles françaises. L’injection y est autorisée, mais pas l’inhalation. De tout cela, les médias parlent peu ou prou. Et pas certain que la campagne électorale débutante puisse tirer le sujet vers le médicosocial.

L'émergence des scènes ouvertes de la drogue à Paris dans les années 1980-1990

Alexandre Marchant / docteur en histoire de l'ENS de Cachan

Fin du feuilleton des crackers à Stalingrad, délogés vers les jardins d'Éole puis vers la porte de la Villette ? Entre peurs, réactions, comportements ambigus, chassés croisés police-dealers-consommateurs, les scènes ouvertes de drogue rythment depuis quarante ans la vie des métropoles. Retour sur ces lieux où s'esquissent aussi des logiques de réduction des risques.

La drogue s'est toujours vendue, et parfois consommée, dans la rue, place de la Contrescarpe à Paris ou dans le Panier à Marseille dans les années 1960, même si jusqu'aux années 1980, la vente en appartement entre usagers-revendeurs restait la norme. Soudain, dealers et consommateurs se mirent à investir davantage les rues : des articles de presse sensationnalistes firent les sombres réputations de la « rue de la drogue » de Belleville ou des impasses du faubourg Montmartre. La décennie était marquée par une montée de l'héroïnomanie dans un contexte de crise économique, de chômage de masse et de politiques d'inspiration libérale qui engendraient un coût social important. Dès lors, marginaux, démunis, mais aussi usagers-revendeurs de drogue précarisés ne se retrouvant guère dans l'offre classique de soins de l'époque¹, eurent tendance à se réunir dans les espaces urbains les plus délaissés, glauques et insalubres, à l'abandon ou en chantier, promis à une rénovation qui parfois mettait du temps à venir². Les entrepreneurs de morale montèrent au créneau contre les « supermarchés de la drogue », tel le juge d'instruction Bernard Leroy dans ses notes à la Chancellerie :

« On note l'existence de ghettos tels que l'îlot de Chalon ou la rue de l'Ouest à Paris où il est possible de s'approvisionner aisément auprès de dealers qui agissent quotidiennement en toute impunité, inquiètent et exaspèrent une opinion publique d'autant plus angoissée que tout un chacun se sent concerné et en même temps impuissant »³. Pourtant, ces territoires étaient aussi des refuges pour les populations marginalisées concernées, tandis qu'ils fonctionnaient comme des « zones de tolérance » dans la grande ville... jusqu'à ce que la colère des riverains incommodés ne décide les autorités à intervenir.

Premiers mouvements...

Sur le plan des lieux, la scène ouverte peut parfois ne l'être qu'à moitié, quand elle se loge au cœur des squats, dans un univers régi par le système du trafic, de la combine et du marché noir pour marginaux ou sans-papiers : rue Raymond Losserand (un ancien « squat autonome » tenu initialement par des militants d'extrême-gauche, à partir de 1977), rue de Flandre, rue Myrha... Quelques adresses étaient bien connues des usagers, de la police mais aussi du grand public à l'occasion de « descentes » médiatisées : le 7 juillet 1983, par exemple, la police expulsa près de 500 squatters du 173 rue de Flandre

¹ En gros, de l'abstinence, de la psychothérapie et peu (ou prou) de RdR : cf. BERGERON Henri, *L'État et la toxicomanie (1970-1995)*, Paris, PUF, 1999 ; MARCHANT Alexandre, *L'Impossible Prohibition*, Paris, Perrin, 2018.

² AZOCAR Betty, « Errance urbaine, scènes de consommation de drogues et réduction des risques : les défis pour la ville et les politiques publiques aujourd'hui », in *Mouvements* 2016/2, n° 86, pp. 112-127.

³ Archives du ministère de la Justice, Archives nationales - CAC 19950397/24.



avant que l'immeuble insalubre ne soit démolit au bulldozer. Les forces de l'ordre délogent ce qui était considéré comme la « plaque tournante de la drogue » (haschisch, héroïne et cocaïne) de l'est parisien⁴. Mais les usagers vont simplement s'installer ailleurs. Parfois, le spectacle est davantage visible dans les rues, révélant la ségrégation socio-spatiale croissante de la grande métropole, comme dans le quartier de la Goutte d'Or, quartier pluri-ethnique et enclave insalubre du 18^e arrondissement à la rénovation urbaine à peine engagée. En 1986, l'overdose d'un jeune homme surnommé « Papillon », retrouvé la seringue dans le bras, suscite une telle émotion qu'elle conduit à la création par des riverains de l'association Espoir Goutte d'Or (Ego), qui part de ce triste constat : « On a tellement vu de seringues, d'overdoses, de drogues qu'on a pris l'habitude de vivre avec... ». Pour ensuite pointer du doigt le manque d'investissement public dans un quartier délaissé, comme le constate une psychologue d'Ego dans une école de la rue Cavé :

« Quand on arrive sur le quartier, la première chose qui nous saute aux yeux, c'est la violence dans laquelle les enfants vivent, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas déambuler dans les rues, entrer dans l'école, sans qu'il y ait un car de police. De plus, les enfants sont dans un quartier extrêmement défavorisé. [...] il y a plus de 300 gosses sur la Goutte d'Or qui ne sont pas scolarisés faute d'établissements scolaires. [...] Ils vont quitter l'école primaire en échec : ça ne m'étonne pas que la drogue marche bien dans le coin ! Tout s'enchaîne »⁵.

On relèvera l'ambiguïté de la présence policière, omniprésente et passive à la fois : la surveillance semble être là, mais les interventions demeurent rares.

L'apparition des scènes ouvertes est du reste un phénomène européen, qui touche aussi les grandes villes de Grande-Bretagne, de RFA et des Pays-Bas pourtant plus permissifs. À Amsterdam, dès 1984, la mairie prend pour cible le quartier du Zeedijk, cette artère descendant depuis la gare jusqu'au Quartier rouge, devenue scène ouverte pour les usagers-revendeurs surinamiens et les touristes de la drogue venus des pays voisins. Elle revint

à la charge en 1989 avec des mesures comme le *Binnenstadverbod projekt*, visant à éloigner du centre-ville, « menacé », des personnes à problème. En Suisse, dès 1987, le parc du Platzspitz de Zurich, coincé entre la gare centrale et le Musée national suisse, devient la plus grande scène ouverte d'Europe. Les autorités municipales doivent fermer le parc en 1992, car une centaine de toxicomanes y venait presque chaque jour s'injecter de l'héroïne, laissant derrière eux un grand nombre de

seringues⁶. L'opération ne fera que déplacer les nuisances vers l'ancienne gare de marchandises du Letten, à quelques centaines de mètres, fermée à son tour en 1995. Les images de toxicomanes errant sur les voies ont alimenté à leur manière le débat français sur la tolérance en matière de réduction des risques, comme le souligne le journaliste Marc Traverson dans un essai de 1995 :

« Peu à peu, on a fait du junkie un monstre de la mythologie urbaine, qui hante les rues et agresse les vieilles dames quand il n'est plus l'heure de faire la sortie des écoles. [...] Les télévisions françaises se repaissent de temps à autre des images d'une voie ferrée désaffectée de Zurich où l'on marche sur les seringues au milieu des regards vides. On nous explique que cette situation, fruit d'un laxisme helvétique, c'est ce qui nous pend au nez si l'on assouplissait si peu que ce soit notre politique de « sécurisation », atroce vocable ! En réalité, la plaine du Letten, cette scène ouverte de l'héroïne, nous permet commodément d'oublier qu'en France, à tous égards, la situation des toxicomanes est plus sordide qu'en Suisse. Mais nos drogués, dont les rangs gonflent sans cesse, ont une vertu essentielle : ils sont invisibles. Cela n'empêche pas qu'ils continuent de se shooter, même s'ils le font derrière les murs »⁷.

Les scènes françaises sont de fait plus semi-ouvertes, sur le mode du squat et de la fumerie clandestine. Ce qui n'empêche pas de voir se constituer de temps à autre des foyers de concentration visibles d'usagers et de revendeurs, à l'image de l'îlot Chalon au début des années 1980.

Un cas d'école : l'îlot Chalon en 1983-1985

L'îlot était un petit quartier totalement insalubre à côté de la gare de Lyon, promis à une démolition imminente. Une importante population immigrée (Maghrébins, Sénégalais...), dont une partie clandestine, occupait de nombreux squats. Plusieurs immeubles appartenaient à la SNCF qui y avait logé un temps son personnel cheminot avant de laisser les immeubles à l'abandon, s'obstinant à les déclarer ensuite « vides de tout habitant », ou les confiant à des gérants-marchands de sommeil. L'îlot, déjà rongé par le racket et les bagarres, voit arriver l'héroïne vers 1983, revendue par des dealers sénégalais. On rapporte alors que près de 20 000 toxicomanes parisiens s'y approvisionnent régulièrement, d'autres s'injectent en pleine rue, les dealers campent dans les halls d'immeubles, les rares commerces sont rackettés. *Paris Match* parle de « cancer urbain de la drogue » ou d'une « verrue exotique », *Libération* d'un Lower East Side parisien⁸, *Le Parisien* publie de nombreux clichés aussi glauques que scandaleux. Excédés, les habitants appellent régulièrement le commissariat du 12^e mais les

⁴ Journal TV Antenne 2, 07/09/1983 (Ina).

⁵ Supplément au n° 17 de Paris-Goutte d'Or, EGO, 1990. Archives de la Justice, AN-CAC 19950397/25.

⁶ SCHNYDER Marco, Dans le jeu de la drogue. Souvenirs du Platzspitz, Genève, Georg éditeur, 1993.

⁷ TRAVERSON Marc, Pour en finir avec la prohibition des stupéfiants, Paris, Albin Michel, 1995, p.18.

⁸ Paris-Match, n° 1819, 6 avril 1984. Reportage-photo « Passage pour l'Enfer » ; Libération, 8 mai 1984.

cars de police-secours sont rares dans l'îlot, surnommé le « no flic's land », tandis que la police encourage la main courante plutôt que le dépôt de plainte. Négligence plus ou moins intéressée ? Pour le « Comité de défense des habitants de l'îlot Chalon » constitué en 1983, passivité policière et drogue ne seraient que le fruit d'une stratégie concertée entre les différentes autorités publiques pour laisser pourrir le quartier, faire fuir les habitants et préparer la rénovation urbaine. Une ZAC avait en effet été délimitée en 1980, avec un projet de construction de logements neufs, commerces et bureaux dont les vieux habitants ne voulaient pas : au moment où l'héroïne arrive, le Conseil de Paris vient de désigner la société d'économie mixte qui sera l'aménageur de la zone. En 1984, les riverains s'en plaignent à des journalistes et accusent Jacques Chirac, le maire de Paris, ou Paul Perrin, le maire du 12^e, d'« avoir amené par la main et installé les dealers dans l'îlot Chalon », ou que « les préfets, le maire, les gouvernements ont laissé monter la gangrène pour nous indemniser comme des miséreux le jour où ils se décideront enfin à raser le quartier »⁹. Il est cependant toujours difficile de démontrer parfaitement l'intentionnalité dans ce genre de raisonnement.

D'autant que la mobilisation du comité Chalon finit par payer. Les descentes de policiers se font plus fréquentes dès fin 1983. Puis le procureur de la République, Michel Jéol, se saisit personnellement du dossier. Au printemps 1984, une grande opération de police est organisée contre les clandestins, les délinquants et les dealers, mobilisant 500 CRS et gendarmes mobiles, non sans affrontements avec les squatteurs. Suivent d'autres descentes, conduisant en quelques semaines à plusieurs centaines d'interpellations. Les derniers jours de l'îlot sont marqués par des événements sanglants : en mai 1984, un jeune homme de 19 ans, Christophe Rivière, venu acheter de l'héroïne, est

pris à partie dans l'une des rixes devenues quotidiennes. Blessé à la tête, il s'effondre en sang dans le hall TGV de la gare de Lyon, devenant le sinistre sujet d'une photographie double-page dans *Paris Match*¹⁰. En outre, certains acteurs associatifs s'émeuvent de la brutalité et des amalgames induits par ces « rafles ». Le 14 avril 1984, Gustave Massiah, urbaniste et militant d'extrême-gauche, membre du collectif Cedetim (Centre d'études anti-impérialistes¹¹), publie dans la revue *Peuples noirs, peuples africains*, une « lettre ouverte à François Mitterrand ». Il dénonce les « ratissages » et les expulsions qui brisent les familles, les amalgames entre drogue, immigrés et insalubrité. L'affaire est évidemment suivie par le maire de Paris, Jacques

Chirac, qui sort de sa léthargie et, à l'approche des élections législatives de 1986, fait de l'insécurité son cheval de bataille, créant localement des unités de police municipale de terrain. Il déclare dans la presse en juillet 1984 ne pas vouloir « laisser Paris devenir le Chicago des années 1930 », dénonçant le laxisme du gouvernement devant « l'afflux d'une immigration clandestine de la plus mauvaise qualité »¹².

Mais l'évacuation de l'îlot Chalon ne fera que déplacer le problème. La destruction/rénovation du quartier pousse les populations marginalisées et les dealers vers le nord-est parisien, et notamment la Goutte d'Or. Vers 1985-1986, il n'était guère difficile de se procurer de l'héroïne auprès de revendeurs ghanéens rue Ordener ou rue Stephenson... Et les marchés semi-fermés de la drogue dans les squats ont aussi perduré, se sont disséminés dans Paris ou en banlieue et sont devenus plus difficiles à repérer¹³.

La saga du crack à Paris et la permanence de Stalingrad

C'est au cours de ces années charnières que le problème des scènes du crack prend forme à Paris. Le « caillou », venu des Antilles, arrive dans la capitale vers 1989 et trouve dans les stations de la ligne 9 du métro ses premiers lieux de deal « publics ». Une vente de rue se développe également : place de la Nation, Strasbourg-Saint-Denis, Pigalle... Mais la principale concentration de crackers se retrouve autour de la place Stalingrad, à la charnière des 10^e et 19^e arrdts. Là, un site coincé entre la Rotonde Leroux et le canal de l'Ourcq attire dès 1992 des centaines d'usagers venus se ravitailler ou consommer sur place. Les tensions avec les riverains se multiplient, tandis que la presse s'étend en descriptions apocalyptiques :

« Les dealers ont conquis presque tout le quartier », c'est le constat accablant d'une commerçante de la rue d'Aubervilliers. « C'est terrible. Ici, il n'y a plus que la drogue et toutes les agressions qui vont avec. Je n'habite pas loin de ma boutique, mais tous les soirs, j'ai peur en rentrant chez moi. Ils ont conquis le quartier. » Il est vrai que ce quartier offre au promeneur qui s'y hasarde une image d'abandon, de décrépitude et de désœuvrement. Mise à part l'effervescence qui règne sur le boulevard surplombé par les rails du métro aérien, les ruelles alentour quasi désertes et mal famées n'inspirent guère à la balade, malgré la proximité du bassin de La Villette. »¹⁴ Les riverains s'indignent de la revente de rue, de la consommation et de ces curieuses lumières nocturnes aperçues depuis le boulevard de la Villette provenant des briquets des fumeurs de crack. En octobre 1994, ils organisent une grande manifestation contre la drogue,

⁹ Véronique de Rudder, Michèle Guillon, *Autochtones et immigrés en quartier populaire, d'Aligre à l'îlot Chalon*, Paris, CIEMI-L'Harmattan, 1987, partie 2, pp. 160-222.

¹⁰ *Paris-Match*, n° 1826, 25 mai 1984. Reportage-photo « Chalon, l'îlot sans retour ».

¹¹ Devenu aujourd'hui Centre d'études et d'initiatives de solidarité internationale.

¹² MARCHANT Alexandre, *L'Impossible Prohibition*, Paris, Perrin, 2018, pp. 212-217 ; et « L'îlot Chalon, le ghetto parisien de la drogue au début des années 1980 », in *Swaps*, n° 68, 2012.

¹³ BACQUE Marie-Hélène, « En attendant la gentrification : discours et politique à la Goutte d'Or, 1982-2000 », in *Sociétés contemporaines*, n° 63, 2006.

¹⁴ France Soir, « Fléau numéro un du quartier : Stalingrad assiégé par la drogue », 20 octobre 1992.



fortement médiatisée. En face, les porte-paroles de l'association « Limitez la casse », qui milite pour la réduction des risques et une solution non-répressive au problème, se font copieusement huer¹⁵. Les interventions régulières de la police et de la BAC, la décision de la mairie d'installer des forains à proximité, contribueront par la suite à l'élimination progressive de la scène ouverte de Stalingrad. Des consignes ont été de fait envoyées d'en haut pour la faire disparaître comme l'îlot Chalon dix ans plus tôt. Comme le montrent les archives de l'Office central de répression du trafic de stupéfiants, le préfet de police de Paris décide de mettre en place un dispositif permanent constitué d'agents de la Brigade des stupéfiants, de deux unités de la PJ et d'agents de la sécurité publique. Les policiers arrêtent essentiellement des usagers-revendeurs de rue, tel un Sénégalais de 22 ans, en situation irrégulière et sans domicile fixe qui vendait du crack pour survivre. On retrouve sur lui sept galettes et la police saisit ensuite chez son grossiste 2,5 kilos de crack et 65 grammes d'héroïne, acheminés depuis Dakar : « Il s'agit là de la plus importante saisie de crack effectuée en France métropolitaine. Elle représente plus de 20 000 cailloux à fumer et correspond à une semaine de consommation pour les 500 toxicos qui viennent s'approvisionner régulièrement place Stalingrad et à ses abords. »¹⁶

Répétition ?

Mêmes processus, mêmes effets : les crackers et dealers inquiétés ne feront que se replier vers La Chapelle, ce que les acteurs sanitaires et associatifs constatent au niveau de leur « clientèle ». Quelques années plus tard, les crackers reviennent à Stalingrad, provoquant un regain d'ardeur des riverains et un affrontement à nouveau très médiatisé en 2001-2002. Face au puissant Collectif anti-crack (CAC) qui canalise le mécontentement de nombreux habitants du quartier, avec ses « tournées de pères de famille » et ses conférences de presse, le maire du 19^e arrdt, Roger Madec, met en place un « panel citoyen », dans un compromis entre la répression, la prévention et les soins. Pour la sociologue Anne Coppel qui y participe, c'est là un bel exemple de démocratie locale, mobilisant les comités de quartier et recrutant les riverains par de nombreuses affichettes placardées chez les commerçants. Une question taraude d'ailleurs ses membres (membres du collectif anti-crack, membres de « Quartiers libres », le collectif adverse qui dénonce le « délire sécuritaire ») : comment faire pour ne pas transformer en squat à l'air libre pour toxicomanes les 4 hectares que la SNCF cède alors à la ville pour être transformés

en jardin public : les « jardins d'Éole » ? On ne pourra pas dire que le problème n'avait pas été anticipé... La même question s'était posée pour le parc de la Villette peu de temps auparavant et la sécurité y avait été obtenue par un savant mélange entre gardiennage et club de prévention¹⁷. À Stalingrad, en 2002, la tension retombe de plusieurs crans, ainsi que l'attention médiatique, mais de nombreux problèmes demeurent. Une quinzaine d'années plus tard, les crackers sont revenus en masse. En 2018, nouvelle pétition d'une association de riverains pour dénoncer la présence des toxicomanes... Dans le même temps, une autre scène ouverte retient l'attention médiatique : la « colline du crack », un espace singulier aux portes de la ville, coincé entre le périphérique et la bretelle d'accès à l'autoroute du nord, haut lieu de misère, de trafics en tous genres et de prostitution¹⁸.

Mais que fait la police ?

La police – on l'a vu – n'est jamais très loin. Et en même temps très passive : le squat de la rue Losserand, dans un quartier ciblé en 1984 par d'importantes rénovations immobilières, se trouvait à seulement 100 mètres d'un commissariat. Comment l'expliquer ? Il y a des raisons liées à la hiérarchie des cibles et des compétences : les affaires de drogue sont du ressort de la PJ, dépêchée depuis le 36 quai des Orfèvres. La police « de proximité » préférerait intervenir en priorité sur les bandes violentes qui sévissaient porte de Vanves et non sur le squat, jugé plutôt calme. D'autres ne manquent pas de pointer l'incohérence de cette passivité alors que le squat en question était un centre de criminalité majeure : le jeune Philippe N., 17 ans à l'automne 1981, a eu l'occasion de visiter la place un soir, et d'y voir familles africaines, prostituées et dealers, et des kilos de haschich et produits divers en grande quantité. Pas de chance, trois « képis » le cueillent avec son ami à la sortie de l'immeuble. Les deux jeunes craignent de subir les rigueurs de la loi de 1970, pour la barrette qu'ils viennent d'acheter 50 francs. Mais après avoir patienté 4h au commissariat central du 14^e, ils sont transférés au « 36 », et comprennent alors qu'ils n'ont été interpellés que pour être interviewés par une équipe d'*Envoyé spécial*. Relâchés sans aucune poursuite, les deux jeunes nourrissent jusqu'à aujourd'hui de sérieux doutes sur la duplicité des autorités, des médias et de la police. Stratégie délibérée de pourrissement, corruption, complicité ? On peut certes démultiplier les hypothèses à l'infini, mais on peut en tous cas mettre en lumière une certaine hypocrisie sur la question des scènes¹⁹. D'autres qui avaient fréquenté le squat de la rue Losserand lors de sa période « autonome » soutiennent que la drogue a servi à faire « pourrir » le lieu, transformant l'expérience

¹⁵ DOUBRE Olivier, « La scène du crack », in *Vacarme*, n° 24, été 2003.

¹⁶ Note de la Préfecture de police de Paris, « Nouvelles arrestations de trafiquants de drogue aux abords de la place Stalingrad », 23 novembre 1994, OCRTIS, AN-CAC 19920255/2.

¹⁷ COPPEL Anne, « Le panel citoyen dans le quartier de Stalingrad à Paris, une expérience de démocratie locale », in *Cosmopolitiques*, n° 8, Éditions de l'Aube, 2004.

¹⁸ KAUFFMANN Alexandre, « Voyage dans l'enfer du crack », *Le Monde*, 20 septembre 2018.

¹⁹ Témoignage reçu par mail, été 2021.

libertaire et subversive en un lieu de décadence et de petite criminalité inoffensive²⁰.

Les nécessités poussant à intervenir peuvent être politiques. À l'orée des années 1990, la police prend l'habitude d'opérations « coup de poing » destinées autant à mettre la pression sur les dealers qu'à rassurer l'opinion publique. Il en va ainsi de « l'opération PLM » (Paris-Lyon-Marseille), ébauchée à l'été 1992. Le 27 juillet, une descente-éclair de police autour de la station de métro Strasbourg-Saint-Denis avait permis d'arrêter une dizaine de revendeurs et de consommateurs. Elle a surtout permis de répondre au Comité de défense du boulevard Bonne-Nouvelle qui ne cessait de réclamer pareille intervention, eu égard à la présence de toxicomanes dans les rues et à la multiplication de règlements de compte entre dealers. L'idée vint donc, appuyée en haut lieu par le ministre de l'Intérieur à poigne Paul Quilès (qui avait confié la même année à l'ex-commissaire Broussard la charge d'un rapport censé relancer la guerre à la drogue), de généraliser ces opérations coups de poings destinées à terroriser consommateurs et revendeurs. Il est décidé de cibler quatre sites : Paris, la Seine-Saint-Denis, Lille et Marseille. L'opération sera conduite sous la supervision de l'OCRTIS. Sont ciblés de nombreux squats, dans les quartiers populaires : le 18^e, l'un des « arrondissements les plus criminogènes de Paris » est ciblé sur proposition directe du ministre. Les interventions en Seine-Saint-Denis, avec une vingtaine de cités dans lesquelles les policiers ont du mal à pénétrer, donnent plus de fil à retordre...²¹

Concernant Paris, les grandes scènes de la toxicomanie « visible » sont concentrées dans le nord-est : la rue Myrha, le quartier de Belleville, la place des Fêtes, la Cité Piat-Envierges, Barbès ou Bonne-Nouvelle. Les squats ne sont pas oubliés : rue Pajol, place de Torcy, rue de Tanger, le secteur de la Rotonde-La Villette, la rue d'Aubervilliers, le passage Goix...²² Après un mois d'in-

terventions, près de 560 personnes ont été interpellées. L'opération est très vite généralisée, avec 16 sites nouveaux choisis parmi 27 départements²³. Mais on peut douter de l'efficacité de ces interventions de surface qui n'agissent en rien sur les causes profondes de ces phénomènes.

La RdR et les scènes ouvertes

C'est aussi au cœur de ces scènes ouvertes que prend corps la réduction des risques : dès les années 1980, dans les grandes villes européennes, les travailleurs sociaux ont œuvré avec les groupes d'entraide, les bénévoles et certains riverains pour prendre en charge les toxicomanes de rue. Dès l'été 1992, plusieurs grandes villes européennes adoptent ainsi la « Résolution de Francfort », signée par Hambourg, Francfort, Amsterdam, Rotterdam, Zurich, Berne ou encore Kallithéa (Grèce), par laquelle elles proposent la dépénalisation des faits d'usage simple de drogue et d'autres mesures qui attestent d'un renoncement à une approche uniquement répressive. Car chasser ne fait que déplacer le problème. Plusieurs villes ouest-européennes ont progressivement mis en œuvre des programmes d'aides et des services à bas seuil d'exigence. À Francfort, dès 1991, des bus distribuant des seringues ont pris l'habitude de stationner près du parc fréquenté par les toxicomanes. Ensuite, des centres d'aides ont été créés non loin pour drainer la population du parc et ainsi en diminuer l'atmosphère criminogène. Huit villes suisses se sont ensuite inspirées de ce dispositif pour des programmes-pilotes²⁴. Etc. De l'accompagnement socio-sanitaire des scènes ouvertes, allaient naître les premières expériences de salles de consommation à moindre risque.

²⁰ Témoignage de Cécile, par Sébastien SCHIFRES : <http://sebastien.schifres.free.fr/cecile.htm>

²¹ Note « Réunion préparatoire à l'opération PLM », juillet 1992, Archives du cabinet du ministre de l'Intérieur, AN-CAC 19930395/9.

²² Note de la BSP « Physionomie générale de la toxicomanie de rue et du trafic de stupéfiants sur la capitale », 02/09/1992, AN-CAC 19930395/9.

²³ Note « Extension de l'opération anti-drogue », 11/08/1992, AN-CAC 19930395/9.

²⁴ Forum of the Drug Policy Foundation of Washington, D.C. "Focus on services to hard drug users: Frankfurt, Swiss cities, provide new models for civic drug reform", in *Drugs and Drug Abuse Education Newsletter*, 25(4-5): 25-28, 1994.

L'Inserm valide les salles de consommation

Christelle Destombes / Swaps

Des effets positifs en termes de santé publique. Tel est le constat de l'Inserm qui a évalué les salles de consommation à moindre risque (SCMR) de Paris et de Strasbourg, à la demande de la Mildeca. Éléments clés du rapport paru en mai 2021.

Cette évaluation scientifique¹, conduite entre 2013 et 2021, repose sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, économie de la santé et sociologie) qui a mobilisé plus de quarante scientifiques dans quatre équipes de recherche. Elle se décline en trois volets :

- une cohorte Cosinus pour suivre les indicateurs de santé de 665 usagers de drogues, une partie fréquentant une SCMR, une autre partie d'usagers de Bordeaux et Marseille, deux villes « témoins » sans salle de ce type ;
- une étude Cosinus éco qui fournit une évaluation médico-économique sur le long terme ;
- et une recherche sociologique sur l'acceptabilité sociale de la SCMR de Paris et son impact sur la tranquillité publique.

Bénéfices sur la santé

À l'inclusion dans la cohorte Cosinus, les participants avaient un âge médian de 38 ans, 20 % étaient des femmes, 43 % occupaient un logement très précaire (dans la rue, squat, voiture) et 20 % avaient un emploi.

L'injection quotidienne de substances était pratiquée par 60 % des participants et le partage du matériel d'injection usagé par 18 %. Un quart des injecteurs de l'étude déclarait être infecté par le VHC et 5,4 % par le VIH.

Le rapport met en évidence que les consommateurs de drogue qui ont une fréquentation « moyenne ou haute » de la SCMR, ont « moins de risque de déclarer des pratiques à risque (échange de matériel d'injection usagé), de déclarer des abcès, d'avoir eu une overdose non fatale, d'aller aux urgences, de s'injecter dans l'espace public et de commettre des délits en comparaison à ceux qui avaient une fréquentation basse ou pas de fréquentation » de la structure.

Le constat est plus mitigé en ce qui concerne l'accès aux soins, ce que les auteurs relient à la plus grande précarité des populations utilisatrices des SCMR vs les personnes utilisant les autres structures de soin et de RdR (Caarud et Csapa). La surreprésentation de patients n'ayant pas de couverture sociale et la relative « nouveauté » de ces lieux expliquent ces limites, qui pourraient être dépassées notamment par une articulation plus forte des SCMR avec d'autres services ou professionnels du soin, selon l'Inserm.

Les usagers de drogue interrogés ont confirmé « l'amélioration de leurs conditions d'injection depuis la mise en place de la SCMR et la diminution de leurs injections dans l'espace public. La SCMR leur permet ainsi de bénéficier d'un espace protecteur et d'être moins stigmatisés », précise le rapport.

¹ Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique, Inserm, mai 2021, <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-rapportsalleconsomoinddrisque-mai2021.pdf>

Coût-efficacité

La modélisation réalisée par l'institut pour simuler sur le long terme (jusqu'en 2026) les effets et les coûts des SCMR par rapport à la situation sans SCMR, estime qu'en incluant 2 997 injecteurs à Paris et 2 971 à Strasbourg, pourraient être évités 6 % des infections VIH et 11 % des infections VHC, mais surtout 69 % des overdoses, 71 % des passages aux urgences et 77 % des abcès et des endocardites associées. La réduction de l'incidence de ces événements se traduirait par 22 et 21 décès évités sur dix ans pour les SCMR de Paris et de Strasbourg, respectivement. Soit une économie de coûts médicaux d'environ 11 millions pour les deux SCMR.

La question de l'acceptabilité

La dernière partie de l'étude se fonde sur 160 entretiens menés auprès des parties prenantes, l'analyse des données de l'enquête Eropp sur l'opinion des français sur les SCMR en 2018², une analyse des discours dans la presse et une étude des traces de consommation dans l'espace public avant et après l'ouverture de la salle. Si le dispositif fait désormais l'objet d'un consensus dans l'opinion générale selon l'Inserm – avec 80,2 % des Français favo-

² « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers », Eropp 2018, OFDT, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftrxssz4.pdf>

rables aux SCMR, 75,9 % des Français favorables à l'ouverture de nouvelles salles – le sujet reste « clivant » pour les associations de

riverains : « c'est souvent moins le dispositif même de SCMR qui est critiqué que son emplacement en zone résidentielle ».

Pourtant, l'étude des traces de consommation (seringues, emballages de médicaments, etc.) dans un périmètre proche de la SCMR met en évidence une diminution significative des seringues abandonnées dans l'espace public, leur nombre ayant été divisé par 3 depuis l'ouverture de la salle. Et la proportion de délits commis par les utilisateurs de la SCMR est significativement moins importante comparée aux non-utilisateurs... La persistance d'injections dans l'espace public cristallise les difficultés, ainsi que les troubles à l'ordre public, alors qu'il est impossible de distinguer s'ils sont le fait des usagers de la salle. Pour la Mildeca, ces salles « ne résolvent pas, à elles seules, l'ensemble des problèmes de santé et de tranquillité liés à l'usage de drogues. L'évaluation des expérimentations menées à Paris et Strasbourg démontre cependant que de nouvelles implantations méritent d'être étudiées, en fonction des contextes locaux, en complément des autres dispositifs d'accompagnement, de RDRD, et de sécurisation de l'espace public. »

Recevoir Swaps

Pour recevoir *Swaps*, merci de remplir le coupon ci-dessous

et de le retourner par mail à ingrid.delhaye@aphp.fr

ou par courrier à Swaps / Pistes, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

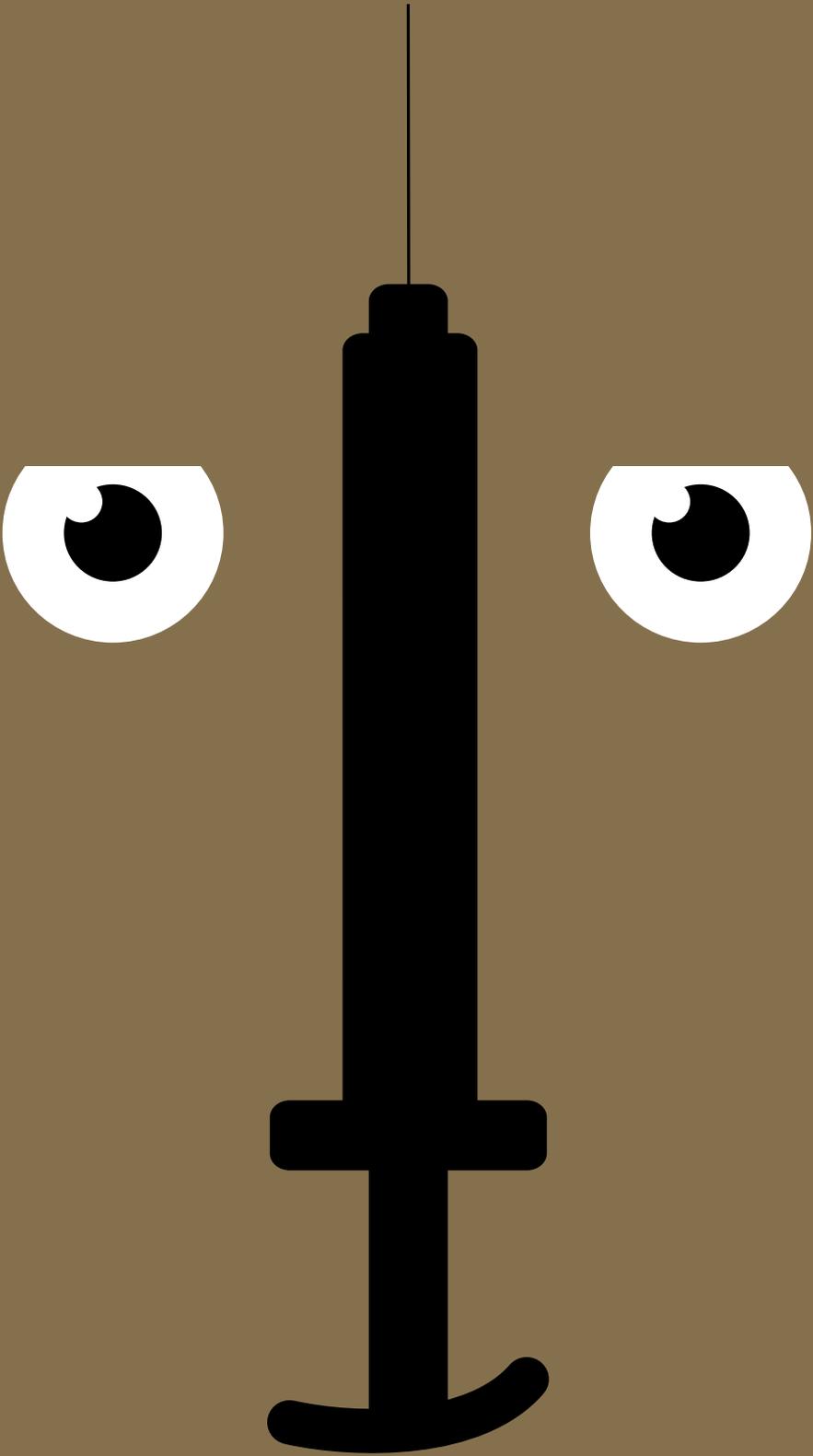
adresse

code postal

ville

tél.

e-mail



Espace de consommation supervisée au sein d'un Caarud

Retour d'expérience à Bordeaux en temps de Covid

Véronique Latour / directrice générale du Caarud La Case

La crise sanitaire liée au Covid-19 a mis en évidence l'urgente nécessité d'adapter les modes d'interventions au sein des Caarud. À Bordeaux, le Caarud de la Case a testé une salle d'injection supervisée, en se saisissant d'une ordonnance du mois de mars 2020.

La Case, association fondée par Médecins du monde en 2006, gère à Bordeaux plusieurs établissements et programmes à destination des usagers de drogues, des personnes qui se prostituent et autres publics précaires, selon les principes de la réduction des risques.

Le Caarud de La Case est situé dans le centre-ville. Son activité, sa fréquentation et sa file active en font l'un des plus importants Caarud du territoire.

Des usagers de drogues confinés dehors

À Bordeaux, comme partout en France, le premier confinement a mis en lumière l'extrême précarité des usagers de drogues à la rue. Déjà en manque chronique de places, les hôtels sociaux et les structures d'hébergement se sont trouvés saturés, laissant de nombreuses personnes sans abri.

Pour essayer de pallier cette situation, une cinquantaine de lits ont été ouverts en urgence dans un lieu alternatif, à destination des publics SDF avec chiens. Cependant, comme dans les structures d'hébergement plus classiques, toute consommation y était interdite. Les autorités sanitaires ont publié par la suite des recommandations préconisant une tolérance pour la consommation d'alcool, sans que les autres consommations y soient évoquées.

Ces contraintes n'étant pas compatibles avec la réalité des usagers de drogues, très peu ont adhéré à cette possibilité d'hébergement.

À la même période, la plupart des associations recevant des personnes précaires en journée ont interrompu leurs services, au profit de téléconsultations et d'une délivrance de matériel à la porte. De même, les douches et buanderies associatives ont fermé, laissant les personnes précaires sans abri ni service d'hygiène.

Le début d'une scène ouverte

De nombreux usagers de drogues précaires et confinés à la rue ont alors convergé vers un grand parking du centre-ville – juste à côté de notre Caarud – et en ont investi les extérieurs. Ce regroupement d'usagers autour du parking Victor Hugo s'est transformé en scène ouverte particulièrement visible (et audible) pour les riverains qui eux, se trouvaient inhabituellement enfermés chez eux en journée.

Des personnes vulnérables dans une ville fantôme

En raison de la situation sanitaire, cette période a été également l'occasion de sorties de prison anticipées ainsi



que de sorties prématurées d'hospitalisations psychiatriques, effectuées sans réelle possibilité de préparation ni anticipation, ajoutant ainsi des publics vulnérables à la rue.

Par ailleurs, en raison du manque d'adéquation des téléconsultations avec ce type de public, les structures ouvertes ont fait le constat de ruptures dans les prises en charge psychiatriques ambulatoires des plus précaires, avec parfois arrêt des traitements.

Les revenus de la manche ont également disparu, laissant les usagers sans ressources.

L'ensemble de ces éléments a engendré chez eux un sentiment d'être laissés pour compte, avec *a contrario*, l'exigence de contraintes nouvelles à respecter (port du masque, distanciation, etc.).

Des expérimentations de produits et des prises de risques

Le début de la crise sanitaire a fortement ralenti le trafic de stupéfiants aux frontières et dans un premier temps, a freiné la revente locale. Il s'en est suivi une baisse transitoire des produits de rue, avant qu'une réorganisation du marché ne s'effectue.

Dans le même temps, les Csapa ont arrêté les inclusions pour les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Mais afin d'éviter les ruptures des traitements déjà en place, les conditions de renouvellement des ordonnances ont été assouplies, avec pour conséquence, une hausse de la disponibilité des médicaments.

La raréfaction de certains produits consommés habituellement (en particulier la cocaïne) associée à l'augmentation de la circulation des médicaments, a amené les usagers à faire de nouvelles expérimentations et des mélanges de produits.

Ainsi, nous avons observé notamment une hausse de la consommation de Ritaline par injection et un développement de l'injection de méthadone parmi nos usagers.

Par ailleurs, le stress, les difficultés à supporter le confinement et la crainte du manque, ont participé à l'augmentation des conduites à risques et des consommations mal contrôlées. L'enquête DRAMES 2020 n'est pas encore finalisée à ce jour, mais les acteurs de terrain partagent le constat d'une hausse importante des overdoses durant cette période.

Une nouvelle organisation et des adaptations nécessaires au Caarud

Le principe de fonctionnement retenu a été de maintenir l'accueil et les activités dans le respect des recommandations sanitaires, tant pour les usagers que pour les intervenants.

Un certain nombre de mesures ont été instaurées à cet effet : limitation à 3 ou 4 usagers simultanément dans les locaux, lavage des mains obligatoire à l'entrée et port du masque, temps de présence réduit à l'intérieur pour éviter les attentes à l'extérieur, gestion des attroupements devant la porte d'entrée (distanciation et nuisances sonores), remise de seringues à l'extérieur le cas échéant pour les usagers ne voulant pas attendre qu'une place se libère.

Par ailleurs, nous avons mis en place une livraison de seringues à la demande dans les squats sur appel téléphonique.

Nous avons également augmenté les plages horaires des douches et de la buanderie pour permettre un accès à l'hygiène au plus grand nombre. Face à la demande, nous avons mis à disposition des produits et des kits d'hygiène de première nécessité ainsi que des sous-vêtements et des chaussettes.

Enfin, malgré des initiatives solidaires et citoyennes et les maraudes des associations, nous avons été sollicités pour de l'aide alimentaire, et grâce à un partenariat improvisé avec la Banque alimentaire et le CCAS de Bordeaux, nous avons mis de la nourriture à disposition de nos usagers (1,4 tonne de nourriture donnée au Caarud pendant le confinement).

En marge de nos activités habituelles, nous avons aussi été sollicités par les pouvoirs publics (agence régionale de santé/mairie de Bordeaux/direction départementale de la cohésion sociale) pour participer à des actions collectives qu'ils organisaient (permanences à Darwin, dépistages sous tente, etc.).

L'activité du Caarud à cette période est restée importante malgré un nombre de passages diminué de moitié (55 passages par jour en moyenne vs 100 passages habituellement), avec des chiffres particulièrement élevés concernant la quantité de matériel délivré, les actes sociaux, les consultations médicales, et les soins infirmiers.

En termes de réduction des risques liés à l'usage des drogues, nous avons renforcé nos messages de prévention autour de la vigilance sur les produits consommés avec incitation à recourir à l'analyse des drogues (nous disposons d'un spectromètre à infrarouge).

Dans le même esprit, nous avons également insisté sur la délivrance et l'utilisation de kits de naloxone auprès des usagers.

Aller plus loin en RDR ?

La situation des usagers de drogues précaires a particulièrement interpellé et questionné les équipes qui se sentaient impuissantes dans ce contexte inédit : usagers confinés à

la rue, scène ouverte à proximité directe du Caarud, mélanges de produits et médicaments, expérimentation d'autres molécules ou modes de consommation, injections à l'extérieur effectuées très rapidement par crainte d'être contrôlés...

En résumé, des prises de risques encore plus importantes qu'habituellement nécessitant d'être prises en compte dans notre travail de réduction des risques. Plus que jamais, une salle de consommation à moindre risque aurait été nécessaire à Bordeaux à cette période.

Une opportunité

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, l'ordonnance n°2020-313 est publiée en date du 25 mars 2020. Elle a pour principe général de faciliter et soutenir l'adaptation des établissements pour répondre aux besoins identifiés lors de la crise.

L'article I prévoit que « Les ESMS [...] peuvent adapter leurs conditions d'organisation et de fonctionnement et dispenser des prestations non prévues dans leur acte d'autorisation. Ils peuvent aussi déroger aux qualifications des professionnels requis applicables [...] »

Article III : « Le directeur informe sans délai la ou les autorités de contrôle et de tarification compétentes [...] si les adaptations proposées ne répondent pas aux besoins identifiés sur le territoire, l'autorité compétente peut à tout moment s'opposer à leur mise en œuvre [...] »

Les autorités de santé ne pensaient certainement pas à une application de cette ordonnance dans le champ de la réduction des risques, mais de fait, ont rendu possible la mise en place d'interventions expérimentales ou alternatives.

Sa publication a donné un cadre à notre travail de réflexion sur l'opportunité d'offrir des conditions d'injections sécurisées aux usagers du Caarud pendant cette période de crise sanitaire.

Un espace d'injection sécurisée

Après plusieurs réunions d'équipe et groupes de travail, nous avons décidé d'ouvrir un espace d'injection sécurisée au sein du Caarud de La Case à partir du 6 avril 2020 et jusqu'à la fin de la période de confinement. Cet espace, destiné aux usagers les plus précaires, visait à réduire les risques liés à l'injection pendant le temps du confinement. Pensé comme une réponse à une situation de crise, il n'avait pas vocation à perdurer par la suite.

Pour ce faire, un groupe de professionnels de La Case volontaires et formés a été constitué. Ces intervenants, de formation sanitaire et sociale, avaient tous suivi auparavant les formations AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) et « Naloxone et gestion des overdoses ».

Les plannings ont été réaménagés afin d'assurer la présence permanente d'un médecin dans les locaux. La direction était également présente en permanence. Par ailleurs, un groupe de travail a été mis en place de façon hebdomadaire afin d'analyser les pratiques, ajuster les modalités et l'aménagement de la pièce, et discuter des situations.

Dans les locaux du Caarud, nous avons libéré un grand bureau pour l'affecter à cet espace, et avons réaménagé la pièce :

- Un poste d'injection avec collecteur de seringues, pour la partie destinée aux usagers ;
- Le matériel de RdR (seringues, aiguilles, Stericups, tampons alcool, Sterifilts, eau stérile, garrots) disposé sur une autre table, ainsi que le matériel pour la gestion des urgences (trousse d'urgence dont naloxone, défibrillateur), pour la partie destinée aux professionnels.

Un règlement de fonctionnement a été élaboré pour spécifier les conditions d'accès à l'espace (gestes barrières), ainsi que les conditions d'injection (les mêmes que dans les SCMR). En raison de la jauge Covid et de la distanciation nécessaire, cet espace ne permettait qu'à un seul usager de s'injecter, en présence d'un unique professionnel.

Pour éviter une affluence à laquelle nous n'aurions pas été en mesure de faire face, seuls les usagers les plus marginalisés ont été ciblés et informés individuellement de la possibilité de s'injecter dans cette pièce. Ils ont par la même occasion été prévenus de l'aspect provisoire du dispositif. Pour la même raison, aucune information n'a été donnée auprès des partenaires.

Conformément à l'ordonnance, l'ARS Nouvelle Aquitaine a été informée de l'ouverture de cet espace d'injection supervisée. Le déploiement du dispositif se trouve par ailleurs officiellement inscrit dans le Plan de continuité des actions du Caarud, et un compte-rendu détaillé a été remis à l'issue de l'expérimentation. L'information a également été donnée à la mairie de Bordeaux par l'intermédiaire de l'adjointe en charge des nouvelles précarités, dans un souci de transparence sur nos actions.

Un déroulement maîtrisé et un bilan positif

L'expérience s'est déroulée sans aucun incident à signaler. La durée du dispositif a été prorogée jusqu'à la fin de la semaine de sortie du confinement afin d'opérer une fermeture « en douceur », soit une durée totale de 22 jours d'ouverture (espace ouvert 5 h 30 par jour).

L'espace d'injection sécurisée a été utilisé effectivement par le public visé (UD très précaires à la rue), avec une fréquentation modérée mais constante, sans problème de gestion d'affluence malgré la difficulté liée à l'accès



strictement individuel. Néanmoins, certains usagers ont dû renoncer à s'y injecter, car ils n'étaient pas en mesure d'attendre que la place se libère. Au total, 162 injections ont été réalisées pendant la période.

Comme attendu, les médicaments ont été les produits très majoritairement injectés sans doute en raison de la baisse de disponibilité des produits de rue. Les quatre produits les plus injectés étant par ordre décroissant la Ritaline, le Subutex, la méthadone et le Skenan.

Le fonctionnement de cet espace d'injection supervisée, soumis aux contraintes inhérentes au Covid et la distanciation nécessaire, a induit une situation de tête à tête entre l'usager et le professionnel installés dans la même pièce. Cette configuration en huis-clos et donc différente de celle d'une SCMR, a nécessité de travailler une posture préservant suffisamment l'intimité tout en assurant la supervision et la réduction des risques.

À situation inédite, intervention inédite

Pour autant, le dispositif a été apprécié par les usagers qui l'ont utilisé et nous en ont remercié. Il a été également jugé satisfaisant par les professionnels comme réponse à cette période de crise. L'équipe était d'ailleurs très motivée et fière d'avoir participé à l'expérience. Le choix d'arrêter à la fin du confinement et non à la fin de la période d'urgence sanitaire, a été fait pour des raisons d'effectifs et de fréquentation du Caarud à la sortie du confinement, mais il a été vécu comme un véritable retour en arrière.

Rappelons en conclusion que cette modalité d'intervention en RdR est certes inédite en France, mais existante dans de nombreux autres pays où les SCMR sont autorisées. Le rapport de l'Inserm publié en mai 2021, portant sur l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque en France, suggère d'ailleurs la possibilité d'intégrer des espaces de consommation aux structures existantes (Caarud).

Les articles
de *Swaps* peuvent
être consultés
sur vih.org

Crack, la RdR au point mort

Yann Bisiou / maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, Université Paul Valéry Montpellier 3, CORHIS EA 7400

L'intervention sanitaire et sociale en faveur des consommateurs de crack repose exclusivement sur le volontarisme des acteurs et militants de la réduction des risques, sans cadre légal ou réglementaire. Un constat sans appel de l'incapacité de l'État de droit à protéger ses ressortissants.

Dans une ambiance très prohibitionniste, le gouvernement vient d'annoncer l'ouverture de plusieurs salles de consommation à moindre risque, en particulier à Paris. Si l'on peut se féliciter de cette décision, le vocabulaire politique qui entoure cette annonce suscite l'inquiétude. L'ouverture de ces SCMR est en effet présentée comme un outil de « *sevrage des toxicomanes* » et non un outil de « substitution » par le porte-parole du gouvernement. « *Sevrage* », « *toxicomanes* », des termes qui nous renvoient aux années 1970, bien loin de la réduction des risques. Quant aux salles, dans la presse elles retrouvent leur surnom stigmatisant de « *salles de shoot* ». « *Salles de shoot* » et c'est tout car, une fois encore, le discours politique et médiatique efface totalement le crack du champ sanitaire et social.

Dans l'imaginaire collectif, l'usager de crack a remplacé le « *junkie* » usager d'héroïne comme symbole ultime de la déchéance « *toxicomaniaque* » et la femme consommatrice de crack est la « *Christiane F.* » du XXI^e siècle. Pour le politique, le crack est la drogue qui légitime la prohibition. En 1990, le rapport Trautmann affirmait ainsi qu'une dépénalisation totale des drogues était impossible, que « le coût pour la Nation serait effroyable » et que la collectivité « devrait faire face en matière de violences et de désordres dans la rue à ce que l'on connaît déjà au États-Unis avec les utilisateurs de PCP ou de crack »¹. Pour les juristes, c'est la drogue qui justifie

toujours en 2017 le prononcé d'une injonction thérapeutique², c'est le stupéfiant que l'on cite en exemple pour illustrer l'abolition du discernement dans un « délire toxicomaniaque »³. Et même les acteurs de la réduction des risques restent très discrets sur la prise en charge des consommateurs de crack. Pour comprendre cette marginalisation des usagers de crack, il faut garder à l'esprit la fragilité historique de la réduction des risques, simplement tolérée par l'État pour lutter contre le VIH et le fait que les pouvoirs publics n'ont jamais envisagé le moindre accompagnement sanitaire et social des usagers de crack laissant aux militants la charge de cette intervention.

Une réduction des risques restreinte aux usagers injecteurs

La réduction des risques n'est pas une politique publique de santé. Elle est le fruit d'un engagement militant. Pendant plus de vingt ans, l'État a été hostile à cette stratégie sanitaire. En 1987, alors que Michèle Barzach, ministre de la Santé, bataillait avec sa majorité pour obtenir un assouplissement des conditions de délivrance des seringues, Charles Pasqua, ministre de l'Intérieur déclarait : « il faut une certaine naïveté pour imaginer que les toxicomanes soient accessibles aux règles d'hygiène qu'on voudrait leur faire observer » avant d'ajouter « Je crains que cette mesure n'apparaisse comme l'illustration d'un certain fatalisme à

¹ C. Trautmann, *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants, La documentation française*, fév. 1990, pp.250/251

² Circulaire du 12 mai 2017 sur les mesures alternatives aux poursuites et référentiel NOR: JUSD1714357C

³ F. Le Gunehec et F. Desportes, *Droit pénal général, Economica*, 12e éd., 2005, n°635



l'égard des comportements toxicomaniaques les plus graves » (*Le Monde*, 18 mars 1987, p.35). Considérer l'utilisateur de stupéfiants comme un citoyen pouvant bénéficier d'un accompagnement médical n'était pas envisageable et la réduction des risques étaient perçue comme une forme de complaisance à l'égard de l'usage de stupéfiants. En 2013 encore, dans un avis relatif au projet de décret créant les salles de consommation à moindre risque, le Conseil d'État rejetait le dispositif au motif qu'il pouvait porter atteinte à la prohibition générale de l'usage de stupéfiants⁴. Il a fallu tous les efforts des militants, la conviction de quelques rares personnalités politiques et l'ampleur de la crise du sida pour que la réduction des risques soit intégrée au droit français avec la loi n° 2004-806 du 9 août 2004⁵.

Tolérée, la réduction des risques a été cantonnée à la prévention de la contamination par le VIH et donc aux usagers injecteurs. Symboliquement, en 2004, elle intègre le chapitre du code de la santé publique intitulé « *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles* » et non le chapitre consacré à la lutte contre la toxicomanie. Elle n'est jamais nommée mais diluée dans les « dispositions générales » et vise à « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ». Il faut attendre la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁶ pour que le code de la santé publique consacre un chapitre à la réduction des risques parmi les dispositifs de lutte contre la toxicomanie. Mais là encore, le crack est absent du dispositif.

Le crack hors de l'action sanitaire et sociale

La loi du 26 janvier 2016 constitue la première reconnaissance institutionnelle de la réduction des risques et elle n'a pas six ans d'existence. Si elle ouvre l'intervention sanitaire et sociale à la prévention des dommages

liés aux consommations de drogue, si elle autorise l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, elle reste focalisée sur les usagers injecteurs et les risques infectieux auxquels ils sont exposés.

Les débats parlementaires se concentrent sur cette seule population et rien n'est prévu pour les consommateurs de crack. L'arrêt du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges des SCMR⁷ explique que le dispositif doit « contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections

et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile » sans évoquer la situation des consommateurs de crack. Certes le texte mentionne la possibilité de créer des « postes d'inhalation », mais la circulaire du ministère de la Justice du 13 juillet 2016⁸ précise que ces « espaces dédiés à l'inhalation de substances psychoactives » sont destinés « aux usagers injecteurs qui font le cheminement vers cette modalité d'usage à moindre risque ». Les usagers de crack ne sont donc pas concernés et échappent de nouveau à toute action sanitaire et sociale.

En prison, la consommation de crack est invisibilisée avec la même constance. La circulaire du 8 décembre 1994 qui transfère la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire à l'administration hospitalière n'en fait pas mention. Les textes qui la compléteront donneront la priorité au repérage des consommations et à la prise en charge des détenus dépendants aux opiacés : Circulaire DGS/DH/HAP n°96739, 5 déc. 1996⁹, note interministérielle du 9 août 2001 (n°0047A), instruction interministérielle du 17 nov. 2010¹⁰ et du 19 déc. 2017¹¹.

Jusqu'à ces dernières années, le crack n'est finalement qu'un item dans le questionnaire que Caarud et Csapa doivent remplir chaque année pour décrire leur file active et recevoir leurs financements publics (Instruction interministérielle du 21 juill. 2020¹²). L'intervention sanitaire et sociale en faveur des consommateurs de crack repose exclusivement sur le volontarisme des acteurs et militants de la réduction des risques, sans cadre légal ou réglementaire. Le contentieux qui les oppose à un industriel à propos de la distribution gratuite de « kits crack » illustre l'indifférence des pouvoirs publics. Il faut toute la sagesse du Tribunal judiciaire de Paris pour que les associations échappent à une condamnation pour contrefaçon¹³.

Bien entendu, personne ne peut se satisfaire de cette situation. L'ampleur des consommations, les risques sociaux qu'elles entraînent, la stigmatisation dont les consommateurs sont les victimes nécessitent un effort soutenu des autorités sanitaires. Comme l'a très justement écrit le juge parisien : « Les pouvoirs publics ne [peuvent] se contenter de promouvoir uniquement l'abstinence face aux risques sanitaires et sociaux encourus par les usagers de drogues. » Tant que les pouvoirs publics n'auront pas pris conscience de « l'importance capitale » de la réduction des risques pour accompagner ces pratiques, le crack restera le symbole de l'impuissance de l'État face à l'usage de stupéfiants.

⁴ Y. Biaisou, *Gazette Santé-Social*, 12 nov. 2013

⁵ NOR: SANX0300055L

⁶ NOR: AFSX1418355L

⁷ NOR: AFSP1601434A

⁸ NOR: JUSD1619903C

⁹ NOR: TASP9630649C

¹⁰ NOR: ETSP1029295J

¹¹ NOR: SSAP1735762J

¹² NOR SSA2017143J

¹³ *TJ Paris*, 6 nov. 2020, E. Py, *Propriété industrielle* n°2, Février 2021, comm. 10

L'expression des attentes et des besoins des usagers de crack

Marie Jauffret-Roustide / sociologue, Inserm, centre d'Étude des mouvements sociaux, EHES

Au-delà du bruit médiatique autour du crack en Île-de-France, quelles sont les demandes des usagers ? Peu audibles, elles esquissent pourtant des pistes pour de nouvelles actions de réduction des risques, plus globales et moins centrées sur la prévention des risques infectieux.

Le crack a été l'objet d'une attention médiatique très importante ces dernières années qui s'est accentuée très récemment avec l'épisode des jardins d'Éole puis de l'évacuation des usagers vers Aubervilliers en septembre 2020¹. Cette question du crack n'est pas nouvelle, car

des écrits avaient identifié la présence du crack dès les années 1980 dans le nord-est parisien².

Dans la controverse médiatique récente, c'est la présence et la visibilité des usagers de crack dans l'espace public qui a suscité des tensions et soulevé des débats quant à son mode de gestion. Des politiques se sont largement exprimés dans les médias³ et certains ont émis des avis sur le meilleur mode de prise en charge des usagers de drogues à promouvoir, en privilégiant pour certains politiques tels que Valérie Pécresse, présidente de la région Île-de-France, « la désintoxication forcée » et pour d'autres, tels qu'Anne Souyris, adjointe en charge des questions de santé et de réduction des risques à la ville de Paris, une « approche intégrée » centrée sur la réduction des risques.

Ce discours médiatique a laissé peu de place à l'expression des attentes et des besoins en matière de prise en charge par les usagers de

crack eux-mêmes. Interroger les personnes concernées sur les modes de prise en charge et de réduction des risques à promouvoir, c'est la démarche que nous avons initiée dans le cadre du plan Crack⁴. Nous avons mené une recherche ethnographique intitulée « Crack en Île-de-France » entre 2019 et 2021 à Paris et en Seine-Saint-Denis afin de décrire la situation en matière d'offre du crack et d'analyser les trajectoires des usagers de crack, leur mobilité spatiale et leurs besoins sanitaires et sociaux. Une méthodologie qualitative a été menée afin de recueillir l'expérience des usagers à partir d'entretiens (54) et d'observations ethnographiques sur les lieux de consommation et de vente, espaces au sein desquels des discussions informelles ont pu avoir lieu. Ces entretiens ont été complétés par des entretiens avec des professionnels de la réduction des risques et de la prise en charge des addictions (46) à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Décalage

Le premier constat de la recherche est que l'expression des attentes et des besoins chez les usagers de crack est souvent difficile en entretien, les usagers ne se sentant pas toujours légitimes pour les énoncer. Ce sentiment de non légitimité est à mettre en lien avec la faible estime de soi éprouvée par une partie de ces usagers, en particulier



¹ Jauffret-Roustide M. Les villes face à l'usage de drogues dans l'espace public : quels modèles en dehors de nos frontières. *The Conversation*, 12 mars 2020. <https://theconversation.com/les-villes-face-a-lusage-de-drogues-dans-lespace-public-quels-modeles-hors-de-nos-frontieres-133083>

² Boekhout Van Solinge T. « L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trajet, usage et politique », 1996. Ingold F.-R., Toussirt M. (1994) *La consommation du crack à Paris en 1993 : données épidémiologiques et ethnographiques*. Paris, IREP, 15 p.

³ Jauffret-Roustide M. Les drogues dans l'espace public : quelle éthique de la ville pour les candidats à la présidentielle. *The conversation*, 3 octobre 2021. <https://theconversation.com/drogues-dans-lespace-public-quelle-ethique-de-la-ville-pour-les-candidats-aux-presidentielles-169141>

⁴ Cadet-Tairou A, Jauffret-Roustide M, Gandilhon M, Dambélé S, Jansal C. Crack en Île-de-France. Note Inserm-OFDT, janvier 2021. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/synthese-des-principaux-resultats-de-letude-crack-en-ile-de-france/>

les plus précaires, qui ont été confrontés au cours de leur vie à de nombreux traumatismes renforcés par la dureté de la vie à la rue et par la persistance de discours discriminants à leur encontre. Un des résultats intéressants de notre recherche est que quand ces besoins sont exprimés, ils peuvent parfois apparaître au premier abord en décalage avec les discours des professionnels. Les usagers de crack rencontrés dans la recherche ont déclaré des besoins simples, à savoir « se loger, se nourrir, être entourés » et mettre à distance le crack par le sevrage. Sur cette dimension du sevrage, les usagers demandent pour la plupart à être partie prenante de ce choix, ils ne font pas mention de « désintoxication forcée », mais de l'importance pour eux de mettre à distance le crack qui occupe trop de place dans leur vie et génère de la souffrance, tant en lien avec l'expérience de l'assuétude qu'en raison de la précarité de leurs conditions de vie. Pour les usagers, ce désir de sevrage est parfois à interpréter comme un « idéal » de rupture avec des contextes de vie éprouvants et des parcours de vie fragilisés. Le sevrage peut être alors perçu comme le seul moyen de rompre avec leur milieu souvent marqué par la précarité et la violence. Les professionnels rencontrés dans la recherche évoquent plutôt la nécessité de proposer dans un premier temps aux usagers « des pauses dans leur consommation » avant d'envisager un sevrage. Cette différence de formulation peut être le reflet de difficultés réelles rencontrées par les professionnels au quotidien dans leur travail auprès des usagers de crack, fait parfois d'échecs de tentatives de sevrage liées au manque de lits disponibles, à la continuité de l'hébergement post-sevrage facilitant les rechutes ou aux rendez-vous manqués par les usagers quand la place de sevrage intervient trop tard après la formulation d'une première demande.

Régulation des usages

Dans la recherche, des exemples réussis de sorties d'un usage problématique du crack ont pu être mentionnés à la fois par les professionnels et les usagers. Les pistes énoncées comme favorisant ces transitions sont la prise en charge des comorbidités psychiatriques, les occupations et interactions sociales, et l'accès à l'hébergement. La pandémie de Covid-19 a été l'occasion de mettre à disposition 400 places d'hébergement pour les usagers de crack à Paris. Cette opportunité créée dans un contexte d'urgence sanitaire a été une forme d'expérimentation en vie réelle qui a montré son intérêt dans la régulation des usages de crack. Une fois mis à l'abri, une bonne partie des usagers rencontrés ont diminué les prises, en particulier celles qui remplissaient la fonction de supporter le quotidien éprouvant de la vie à la rue. Ces dispositifs

d'hébergement de type Phase et Assore ont permis d'introduire une pause dans des vies chaotiques et rudes. Ils ont été prometteurs pour infléchir des trajectoires d'usagers de crack vers l'insertion ou la (re)mise en place de liens sociaux, sanitaires et familiaux, à condition d'inclure des travailleurs sociaux, des psychiatres ou des psychologues. Ces mêmes usagers ont également fait part de l'intérêt des espaces de consommation qui leur permettent de consommer des produits par injection ou inhalation dans un espace sécurisé, à l'abri des regards. Ces résultats de recherche montrent encore une fois qu'au-delà des produits, ce sont les contextes dans lesquels les usagers les consomment qui en accentuent les dommages quand les usages sont dérégulés.

Justice sociale

L'analyse de l'expression des attentes et des besoins issus de la recherche Crack en Île-de-France montre la nécessité d'entrer dans une ère nouvelle de la réduction des risques, plus globale et moins centrée exclusivement sur la prévention du risque infectieux. Notre analyse montre que le sevrage ou la pause dans la consommation ne sont pas opposés à la réduction des risques incluant la mise à disposition d'espaces de consommation. Ces deux approches sont compatibles à condition que la demande puisse venir de la personne concernée et qu'elle ne soit pas imposée comme une contrainte. Les controverses sur les usagers de crack dans l'espace public auront eu le mérite de mettre en évidence l'importance d'enrichir la politique de réduction des risques par une politique de réhabilitation sociale et de justice sociale. Cette politique a démontré son intérêt en Europe en particulier au Danemark où l'usage de crack est en augmentation et associé à la précarité dans sa face visible, sans toutefois avoir donné lieu à des scènes ouvertes en raison de la prise en compte de la dimension sociale de cette question complexe¹.

LES UNES DE SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues

n° 1

SWAPS

n°s 1
à 100

Sommaire

2 Actions et activités des tentes
Sous le soleil exactement

3 La place du pharmacien
Délivrance du Subutex®

4 État des lieux
De la vulnérabilité
des jeunes toxicomanes

6 Culture
Rave-parties et réduction
des risques

7 Feed back: la parole
d'un usager
États de manque

8 Les techniques de substitution
ou question
Comment gérer la méthadone
pendant la grossesse

Éditorial

Didier Jayle et Gilles Pialoux

Parmi les retombées de quinze années de pandémie VIH et de lutte contre le sida figure, à l'évidence, la mise en place des politiques actuelles de réduction des risques liées à la toxicomanie. Celles-ci ont mis l'accent sur la spécificité sanitaire découlant de l'usage de drogues, laquelle ne saurait se réduire à la seule prévention du risque VIH.

C'est dans cet esprit que l'association PISTES, cinq ans après la création de TRANSCRIPTASE — revue interdisciplinaire sur le sida — propose à tous les professionnels — médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, responsables de centres d'accueil et de soins spécialisés — un journal centré sur la Santé, la Réduction des Risques et les Usages de drogues : SWAPS.

L'espace et le contenu éditorial rendent compte de la nécessaire diversité des approches, qu'elles soient cliniques, culturelles, scientifiques ou juridiques. Et cela, à travers différents éclairages apportés par les acteurs de terrain, les professionnels et les personnes concernées.

Avec cinq numéros annuels, SWAPS vise à devenir un outil de communication et d'échange entre tous les partenaires impliqués dans l'accès à la santé et à une reconnaissance sociale des usagers de drogues.

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Un modèle suisse ?
Ecstasy : une autre histoire d'épisode 2017

Les nouvelles orientations de la MILDt

Les 15-19 ans et l'usage licite et illicite de drogues

Helvet underground

Tour d'Horizon

La saga du cannabis

Le Subutex® : une approche de substitution intraveineuse (mais pas sans risques) 2017

Les nouvelles générations et la santé mentale des usagers de drogues 2017

Overdoses de méthadone à Sydney 2017

Mortalité et toxicomanie 2017

Une guerre de trente ans 2017

En bref... En bref... En bref... 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Substituer pour mieux traiter

Réformer la loi de 1970

Les Balkans

Secret-déboisement de l'est de la petite Roine 2017

Bus méthadone bas seuil : Médecins du Monde présente son bilan 2017

De l'insoluble contradiction de la substitution : le point de vue d'un psy 2017

Édito 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Dossier : peut mieux faire : Images d'été

Inciter : les gens à aller chercher l'aide au lieu de la demander

Enquête : en pays varois

Drogues en tous genres pour les 70 ans du C.P.D.D.

Le testing fait du lobbying

Le marché des drogues de synthèse

Usage de drogues : rééducation fonctionnelle

La drogue

Francfort : services en tout genre à l'East Side

Usages de drogue et comorbidités psychiatriques

Éditions du Léopard

Le scoop : n'était pas au rendez-vous

Instruction et secret médical

Ce qu'ils en pensent

MDM : une critique de la pensée prohibitionniste

L'autosupport : des usagers de drogues en France

Le testing au "safer-drug"

Clap de fin

Enquête en pays varois

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Le testing fait du lobbying

Le marché des drogues de synthèse

Usage de drogues : rééducation fonctionnelle

La drogue

Francfort : services en tout genre à l'East Side

Usages de drogue et comorbidités psychiatriques

Éditions du Léopard

Le scoop : n'était pas au rendez-vous

Instruction et secret médical

Ce qu'ils en pensent

MDM : une critique de la pensée prohibitionniste

L'autosupport : des usagers de drogues en France

Le testing au "safer-drug"

Clap de fin

Enquête en pays varois

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Dossier : Jersey 2000 : Pleins feux sur les gens de l'échouage

Miro : la culture de l'écriture, substitution hors cadre

"Chimiocratie" contre Droits de l'Homme

Pas d'alcool : avec la légalisation et le SNS

Ecstasy : science et idéologie politique

Conduite addictive : substitution et grande économie

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Dossier : Jersey 2000 : Pleins feux sur les gens de l'échouage

Miro : la culture de l'écriture, substitution hors cadre

"Chimiocratie" contre Droits de l'Homme

Pas d'alcool : avec la légalisation et le SNS

Ecstasy : science et idéologie politique

Conduite addictive : substitution et grande économie

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Dossier : Jersey 2000 : Pleins feux sur les gens de l'échouage

Miro : la culture de l'écriture, substitution hors cadre

"Chimiocratie" contre Droits de l'Homme

Pas d'alcool : avec la légalisation et le SNS

Ecstasy : science et idéologie politique

Conduite addictive : substitution et grande économie

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Dossier : Jersey 2000 : Pleins feux sur les gens de l'échouage

Miro : la culture de l'écriture, substitution hors cadre

"Chimiocratie" contre Droits de l'Homme

Pas d'alcool : avec la légalisation et le SNS

Ecstasy : science et idéologie politique

Conduite addictive : substitution et grande économie

Édito : Santé, réduction des risques et usage de drogues. N° 13 (Automne) 2017

Édité à Paris

Dossier

de la découverte de l'usage des drogues hallucinogènes

Yves Contassot (Les Veux)
"Chaque fois qu'on découvre un nouveau usage de drogues"

Bertrand Delanoë (PS)
"L'usage des drogues doit être accompagné d'un accompagnement"

Philippe Seguin (RPR)
"On ne peut pas éliminer l'usage de drogues"

Jean Tixier (DVD)

Nice

Patrick Mottard (PS)
"On ne peut pas éliminer l'usage de drogues"

Jacques Peyrat (RPR)
"On ne peut pas éliminer l'usage de drogues"

Caractéristiques, limites et efficacité des programmes d'échange de seringues

Politique de réduction des risques en Amérique du Sud

Édité à Paris

Édité à Delhi

Dossier

La RdR se lève à l'Est

Sharan, l'autosupport à l'indienne

Malaisie, usages et droits de l'homme

Homnibus: bienvenue à bord

Réduction des risques, l'usage des produits sociaux et élus locaux

"Avoir à cœur d'exporter le plaisir de nous-mêmes"

Édité à Delhi

Édité à Paris

Dossier

La circulaire du 17 juin 1999

"Une circulaire qui vise à ne pas réduire le fait est fondamentalement illégale"

Rendre compte des résultats aux enquêtes - un juste retour des choses

Les pharmacies rousselles et la réduction des risques

Comment la société réprime-t-elle l'usage de produits illicites?

L'injection de buprénorphine

Résilience, Stoner Rock: carnet de route culturelle!

Édité à Paris

Édité à Paris

Dossier

La révolution du CNS? Viendra-t-elle?

L'autosupport des consommateurs d'alcool

Des Alcooliques aux "Narcotiques anonymes"

Narcosala: succès ou fausse promesse?

De la réduction des risques dans la lutte contre la tuberculose

Sortie en free party

Édité à Paris

Édité à Paris

Dossier

Bilan et Perspectives

Femmes, enfants, drogues

33 ans d'addiction reconstruite

Autosupport des usagers de drogues

Réduction des risques en milieu festif

www.restim.org

Informez sans ennuyer

Édité à Paris

Édité à Paris

Dossier

Spécial élections présidentielles 2002

Prisons: la révolution des risques à venir

Réduction des risques à Paris 18e

"Nous voulons renforcer la médiation"

Voisage apaisé avec la Roumanie

Édité à Paris

Édité à Paris

Dossier

VHC

Les difficultés chez les usagers de drogues

Réticences en tous genres

Le VIH explose à l'Est

Geopolitique et réduction des risques

Drogue, presse et business

Que faut-il faire de nos discours?

Édité à Paris

Édité à Paris

DOSSIER TREND

Quelle politique de drogues?

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001

Ce qu'on attend de trend

Quand la substitution fait loi

Les inquiétudes du secteur associatif sur les baisses de crédits

Intimidation tabacologique de liaison à l'hôpital

Édité à Paris

Édité à Paris

DOSSIER TREND

"Can Tunis", scène ouverte espagnole

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001

Trend: comment, pourquoi?

www.emcdda.org

Le retour du "péril vert"?

Le VHC en table ronde

Lorsque le cabinet du médecin devient microstructure...

Édité à Paris

SWAPS

Édité par : **DOSSIER TABAC**
Génération fumeurs

Femmes & addictions
Le nouveau Collectif soins et réduction des risques

Les politiques des drogues dans l'Union européenne

Le Kottabos : un outil pédagogique pour réfléchir sur l'alcool

Édité par : **DOSSIER VHC**
Améliorer la prise en charge des usagers de drogues

Les obstacles de la clinique quotidienne

La question morale toujours et encore

Il est interdit d'interdire la drogue

Pour qui "rien" Stupeflip

Édité par : **Deuxième Conférence latine**
sur la réduction des risques liés aux usages de drogues

Le réduction des risques se cherche une définition

Épidémiologie du VHC

Les contradictions des politiques face au marché européen de l'héroïne

comment gérer la crise?

SWAPS

Édité par : **Spécial cannabis**

Sanitaire

Politique

Terrain

Économie

Images des drogues

changer de regard

Tout sur les drogues

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par : **Images des drogues**

Prévention primaire quelle efficacité?

Une analyse des usages des jeunes

agir sinon rien

Sauvons la loi Evin

Édité par : **EGUS**

Journée nouvelles

Substitution aux opiacés en France

Mieux vivre à Stalingrad

Fiat lex*

L'alcool et le milieu du travail

SWAPS

Édité par... **DOSSIER CRACK** **Un cadre explicite**
 sur l'usage concertation

De la coca au **crack** **"Satisfaits"**
 en passant par la free-base

Petite histoire **Marier les approches**
 du crack

Ego **Medecin traitant ?**
 une addiction en pleine voie

11 "L'écoute est primordiale" 11

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **CLAT 3** **La parole**
 de la culture française au monde

Recenser les messages **Made in USA**
 des migrants

difficile **L'émancipation école**
 des migrants

stands sans tabac
 sans tabac

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **BOSSIER** **Aider**
 les migrants de l'Est

Événements de prostitution **drogues** **Problèmes de l'injection**
 de la prostitution

Les chiffres **Salles de shoot**
 pour la ville

Les trans ? **Prévention du VIH**
 et de l'infection

Prévention du VIH **Salles de shoot**
 pour la ville

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **DOSSIER** **"Un message**
 aux professionnels de santé"

L'opium **Voyage dans l'histoire**
 du peuple afghan **LSD**

Personne ne peut prédire **Des conséquences**
 les effets d'une telle mesure **désastres**

Les pharmaciens **Les mots s'impliquent**
 et les mots s'impliquent

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **Le crack** **Reduction des risques**
 et l'enquête Coquelicot **de traitement anti-VIH**

Stimuler **Optimiser les soins**
 la recherche clinique **contre le crack**

Consommateurs **l'herbe qui coupe la fièvre**
 de la cocaïne

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **Plan addictions** **Micro-structures**
 et le social **médicales**

Le volet socio-social **Prévention VHC**
 de plan **Les associations**
 se mobilisent

Fumée **Alcool** **Egus**
 de risques **Alcool** **Egus**
 morbides **Alcool** **Egus**

Alcool **Egus** **Alcool** **Egus**

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

ELECTION PRÉSIDENTIELLE

Édité par... **Les candidats répondent**
 à nos questions

Eurobaromètre **Le sens**
 du crack **à Kaboul**

SDF **Le sens**
 du crack **à Kaboul**

tabac!

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **Mésusage** **L'opinion**
 du crack **de la cocaïne**

Que faire **Un nouvel outil**
 de la cocaïne **de la cocaïne**

surdose **le générique**
 de la cocaïne **BHD**

Prescriptions **suspensif**
 de la cocaïne **relaxé**

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

Édité par... **Drogue et** **Le "management**
 prise de risques **des contingences**
 sexuels **des contingences**

Les gays **Prisons**
 et de rapport **à drogues**
 spécifique **à drogues**

Trend Paris 2006 **Réduire les risques**
 à l'ère de la diversification **à drogues**

Nationalité 11 Publications 11 Rubric... 11

SWAPS

slam et cathinones

Édito 14

Pratiques de slam : le développement de la pratique de l'injection de cathinones 17

L'expérience au centre de santé sexuelle 18

Pratiques de slam : l'interdiction de la méthamphétamine 19

Pratiques de slam : les risques associés 20

La prévention des pratiques à risque 21

Break the cycle : prévention pour rompre le cycle de l'injection 22



SWAPS

SALLES DE CONSOMMATION

Édito 14

« Insite » : entre-dépense pour lutter contre la guerre anti-drogue 17

La misère : vers une prise en compte de la santé 18

L'ouverture de salles de consommation : est-ce un choix éthique ? 19

Bientôt : une salle de consommation à mesure de Paris ? 20

L'« Hot Chalon » : une salle de consommation à mesure de Chalon 21

Ever wonder ON sujet sensible : la toxicité 22



SWAPS

Quelle réduction des risques pour quelles drogues en 2013 ?

Rencontre organisée par le réseau d'addictologie de Caen, A215 et w3.org

Édito 14

Prévalence de la hépatite hépatique : quel est l'impact de l'usage de la cocaïne ? 17

Les politiques de réduction des risques depuis l'appel de Vienne 18

Pratiques de substitution pour la cocaïne : mythe ou réalité ? 19

« slam » : une enquête qualitative pour mieux connaître la pratique, les risques et les écueils 20

Les pratiques de réduction des risques : quel est l'impact de la réduction des risques ? 21

Ever wonder ON sujet sensible : la toxicité 22



SWAPS

CRACK

Édito 14

L'arrivée du crack : vers une prise en compte de la réduction des risques ? 17

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 18

De crack au café : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Medaillés : sevrage des consommateurs de crack 20

Les pratiques de crack du Crapa du Puy-de-Dôme 21

Mises, Passes, Deux (documentaire) 22



SWAPS

ALLER VERS...

Édito 14

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 17

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 18

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 20

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 21

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 22



SWAPS

NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE

Édito 14

Chimie et drogues : vers une prise en compte de la réduction des risques ? 17

Portrait d'un phénomène : la réduction des risques pour les nouveaux produits de synthèse 18

Régulation des NPS : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Arrivée des NPS dans l'espace festif de la France 20

La santé communautaire en action 21

La réduction des risques : quel est l'impact de la réduction des risques ? 22



SWAPS

Alcool Pratiques soignantes et alcoolodépendance

Édito 14

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 17

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 18

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 20

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 21

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 22



SWAPS

DOSSIER E-CIGARETTE

Édito 14

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 17

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 18

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 20

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 21

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 22



SWAPS

RdR SANS FRONTIÈRE

Édito 14

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 17

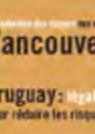
Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 18

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 19

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 20

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 21

Pratiques de crack : quel est l'impact de la réduction des risques ? 22



LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PRATIQUE

FRANCE / ALLEMAGNE / ROYAUME-UNI / PAYS-BAS / ITALIE / ESPAGNE / PORTUGAL / SUISSE

SWAPS

Centre international de réduction des risques de drogues • 10-11 rue de Valenciennes 75011

SWAPS DU CANNABIS

THERAPEUTIQUE À LA RÉGULATION

Californie, le nouvel « weed » ?
 La légalisation de cannabis récréatif au Canada : état et place de weed ?
 L'ONDR propose de mettre le cannabis thérapeutique à l'épreuve
 Le Cannabisol, le vrai cannabis présent dans le cannabis : une aide thérapeutique prometteuse ?
 Juin arrive en France avec l'industrialisation ?
 Drogues en Afrique : comment sortir de l'isolement ?
 L'impressionnisme Prohibitif, 72 ans de cannabis contre les risques d'Alzheimer ?
 Urages de 68L : comment réduire son usage ?
 Drogues et « fake news » : le cas de l'usage de LSD

Le consensus de Vienne

62^e session de la Commission des stupéfiants

Cannabis : vers l'ère industrielle ?
 La légalisation du cannabis : quel impact sur le marché de la drogue ?
 La CND à Vienne : une valeur à notre temps ?
 Sujet(s) récurrent(s) : enjeu et contexte

Que retenir de la 62^e Session de la CND ?
La crise des opioïdes
 Un grand pas pour les droits de l'Homme ?
 Scènes de consommation à haut risque
 Des cannabis à l'épreuve du marché et à l'usage thérapeutique : les conclusions de l'ONDR et de la CND

Chemsex

Une réalité émergente ?
 Troubles psychiatriques et chimex ?
 Réduction des risques : l'intérêt de l'analyse des produits ?
 Picots des drogues dans les cheveux : une priorité pour nous ?
 Le cas anglais, quel savoir peut-on en tirer ?
 Un Plan crack ?
 Le cannabisol, le vrai cannabis thérapeutique ?
 L'e-cigarette : usage de chimex ?

CRISE DES OPIOÏDES
 États-Unis : quel rôle pour la réduction des risques ?
 Morbidité : l'effet France ?
 ONDR : le plan des drogues en l'appart ?
 Psychédéliques et dépression ?
 A-t-on besoin de médicaments de substitution ?
 Drogue et sexe : une chimex à l'épreuve ?

SWAPS Covid-19

La réduction des risques à l'épreuve du Covid-19

Un accompagnement thérapeutique personnalisé des usagers ?
 Plus une variété de produits, plus on France ?
 Les usagers : comment les servir des stocks ?

Les professionnels de la réduction des risques et du soin à l'épreuve du Covid-19 : comment servir nous ?
 Pourquoi continuer à booster le Fluo Covid ?

TESTING

L'analyse de drogues en France : un état des lieux ?
 Techniques de l'analyse de drogues : vers de nouvelles pratiques ?
 La chambre bien être, la réduction des risques à l'épreuve du marché ?
 Les conditions de travail pour l'usage ?
 La police a-t-elle un rôle à jouer dans la lutte contre la drogue ?
 États-Unis : le cas des opioïdes comme chimex ?
 Da l'entente avec le baronnet : un rôle de la CND ?
 Brèves : Publications • Édito

SWAPS 1970

50 ANS DE LA LOI

Le cadre de la loi de 1970
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 Pour une réduction des risques
 Pratiques de réduction des risques : un état des lieux
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 L'impact de la loi de 1970
 Les États-Unis et la France : un état des lieux
 Les États-Unis et la France : un état des lieux
 Les États-Unis et la France : un état des lieux

SWAPS Crack en Ile-de-France

30 ans de la loi Évén

Crack en Ile-de-France : un état des lieux
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 Pour une réduction des risques
 Pratiques de réduction des risques : un état des lieux
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 L'impact de la loi de 1970
 Les États-Unis et la France : un état des lieux
 Les États-Unis et la France : un état des lieux

SWAPS n°100

LES UNES DE SWAPS n°1 à 100

Édito

Un état des lieux de la réduction des risques à l'épreuve du Covid-19
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 Pour une réduction des risques
 Pratiques de réduction des risques : un état des lieux
 Les Français et le cannabis : un état des lieux
 L'impact de la loi de 1970
 Les États-Unis et la France : un état des lieux
 Les États-Unis et la France : un état des lieux

merci d'avoir collaboré à *Swaps*

Kenza Afsahi, Xavier Aknine, Jean-Claude Alvarez, Christian Andréo, Étienne Apaire, Florence Arnold-Richez, Sandrine Aubisson, Victor Aubry, Elisabeth Avril, Betty Azocar, Idrissa Ba, Jérôme Bachellier, Christophe Baconnier, Fabienne Bailly, Sylvain Balester Moutet, Jean-Marc Ballée, Amanda Baptista, Geneviève Baraton, Bruno Baron, Marie-Danièle Barré, Françoise Barré-Sinoussi, Donnatienne Barrier, Marc Bary, Max Basanisi, Marie Bastianelli, Philippe Batel, Anne Batisse, Sandra Batista, Antonin Baudry, Patrick Beauverie, François Beck, Emma Beetlestone, Pierre-Yves Bello, Christian Ben Lakhdar, Esther Benbassa, André Bénézech, Mustapha Benslimane, Vincent Benso, Amine Benyamina, Henri Bergeron, Valéry Berrebi, Bernard Bertrand, Roberto Bianco, Éric Birambo, Yann Bisiou, Sterenn Bohelay, Odile Boissard, Olivier Bonnin, J. Bouchez, Gaëlle Bouju, Jean Bourliaud, Mélanie Bouteille-Gaillet, Betty Brahmly, Marie-Pierre Briand, Anne-Claire Brisacier, Serge Brochu, Barbara Broers, Catherine Brouelle, François Brun, Martin Buisson, Sophie Cachon, Agnès Cadet-Taïrou, Gérard Cagni, Julie Caillon, Tiphaine Canarelli, Catherine Caron, Patrizia Carriero, Laurent Cattan, Isabelle Célérier, Matthieu Chalumeau, Pierre Chamboredon, Pierre Chappard, Mathieu Chappuy, Leila Chauouachi, Faredj Cherikh, Pierre-Arnaud Chouvy, Grégoire Cleirec, Laurène Collard, Joan Colom Farran, Jean-Michel Colombani, Renaud Colson, Anne Coppel, Charles Coppolani, Sarah Coscas, Julie Costa, Jean-Michel Costes, Philippe-Benoît Côté, Bertrand Coustou, Jean-Pierre Couteron, Anne-Claude Crémioux, Renaud Crespín, Ester Croes, William Dab, Michel Damade, Thierry Danel, Jean-René Dard, Laure Dattu, Jean-Pierre Daulouède, Yaelle Dauriol, Bertrand Dautzenberg, Nathalia de Oliviera, Thibault de Vivies, Céline Debaulieu, Thérèse Deborde, Céline Debrenne, Marie Debrus, Damiel Deimel, Hélène Delaquaize, Jean-Michel Delile, Béatrice Delpéch, Sylvie Demathieu, Éric de Montgolfier, Catherine Deschamps, Catherine Desmoulins, Lydie Desplanques, M-C Dessalles, Christelle Destombes, Michel Dheur, Aline Di Carlo, Samira Djezzar, Monique Djuric, Marie Dos Santos, Olivier Doubre, Alain Dru, Gérard Dubois, Catherine Duplessy, Patrick Dupont, Claire Duport, Sylvain Durrleman, Karine Elias, Julien Emmanuelli, Sylvain Enguehard, Chloé Enkaoua, Serge Escots, Jean-François Etter, Claude Evin, Isabelle Evrad, Cedric Fazan, Matthieu Fieulaine, Grégoire Flye Sainte-Marie, Vincent Follet, Astrid Fontaine, Anastasios Fotiou, Patrick Fouilland, Nicolas Foureur, Jean Fournié, Gilbert Fournier, V. Furlan, Denis Galin, Jean-Pierre Galland, Michel Gandilhon, Marine Gaubert, Jean-Michel Gaulier, Jean-Marc Geidel, Clotilde Genon, Bernard Géraud, Clément Gérôme, Gabriel Girard, Isabelle Giraudon, Pierre Goisset, Léon Gomberoff, Olga Gonzalez, Claude Got, Jérôme Goujon, Marie Grall-Bronnec, Yann Granger, Les Graphistes Associés, Isabelle Grémy, Céline Grillon, Etienne Grosdidier, Blandine Grosjean, Olivier Guéniat, Anne Guichard, Sandrine Halfen, Clotilde Hamant, Anastasia Hancock, Jean-Pierre Havrin, David Heard, Isabelle Heard, Mélanie Heard, Dagmar Hedrich, Serge Hefez, François Hervé, Christophe Hézode, Brigitte Hulin, Christian Ilié, Elliot Imbert, Rodolphe Ingold, Marc Jamouille, Eric Janssen, Paolo Jarre, Marie Jauffret-Roustide, Didier Jayle, Thierry Jouet, Danièle Jourdain-Menninger, Kujtim Kaci, Laurent Karila, Sara Karolak, Catherine Katz, Michel Kazatchkine, Lenneke Keijzer, Jimmy Kempfer †, Thierry Kin, Mélanie King, Marie-Pierre Klein, John-Peter Kools, Michel Koutouzis, Alain Labrousse, Vincent Labrouve, Martine Lacoste, François Lafragette, Emmanuel Lahaie, Nacer Lalam, Jean Lamarche, Alain Landau, Laurent Laniel, Anne Laporte, Pauline Lasserre, Nathalie Latour, Véronique Latour, Anne-Marie Latrémolière, Aurélie Lazès-Charmetant, Jamel Lazic, Jean-Marie Le Gall, Margot Le Gallo, Jacques Le Houezec, Olivier Le Nézet, Paul Le Nouvel, Yann Le Strat, Bertrand Lebeau, Stéphane Legleye, Thierry Lematte, Aurélie Lemenier, Brice Lepoutre, Annie Leprêtre, Aurélie Lermenier, Monique Leroux, France Lert, Louis Letellier de St-Just, Yves Lévi, J. Lherm, Mylène Lima, Sébastien Lose, Catherine Loss, Mathieu Lovera, William Lowenstein, Philippe Macquet, Tim Madesclaire, Nicole Maestracci, Olivier Maguet, Johanna Maillet, Daniel Maire, Jean Maisondieu, Éric Malapert, Alexandre Marchant, Kenan Maric-Horstmeyer, Magali Martinez, G. Mathern, Maryvonne Maynard, Evelyne Mazurier, Andrew McAuley, George-Henri Melenotte, Pascal Melihan-Cheinin, Sylvie Merle, Fadi Meroueh, Catherine Miachon, Laurent Michel, Isabelle Michot, Olivier Middleton, Véronique Miollany, Régis Missonier, Jean Moiroud, David Monvoisin, Aline Moreau, Alain Morel, Christian Mouhanna, Samy Mouhoubin, Michelle Mounier, Jane Mounteney, Michèle Moutte, Alain Mucchielli, Chantal Muszynski, Sandra Nahon, Thomas Nefau, Maurice Nègre, André Noor, Frédéric Nordmann, Ivana Obradovic, Fabrice Olivet, Joanne Otis, Vincent Pachabézien, Sophie Pachoud, Xavier Pascal, Luis Patricio, Catherine Paulet, Guillaume Pavic, Catherine Pequart, Bertrand Pénicaut, Patrick Peretti-Watel, Fabrice Perez, Philippe Périn † alias Nestor Hervé, Vincent Perrotet, Gregory Pfaü, Gilles Pialoux, Christophe Piketty, Alessandro Pirona, Stanislas Pol, Pierre Poloméni, Christophe Privileggio, Guillemette Quatremère, Gilles Raguin, Hassan Rahioui, Rosa Ramdani, Michèle Ramis, Brigitte Reboulot, Michel Reynaud, Gwenola Ricordeau, Luis Rivera-Velez, Stéphane Robinet, Muriel Roddier, Daniela Rojas Castro, Benjamin Rolland, Suzanna Ronconi, Frédéric Rouillon, Bernard Roussel, Perrine Roux, Élise Roy, Brigitte Sabatier, Béchir Saket Bouderbala, Roger Salamon, Christiane Saliba Sfeir, Madiou Sampil, Mario Sanchez, Jean-Félix Savary, Yvon Schleret, Florent Schmitt, Aude Segond, Grégoire Serikoff, Djaouida Séhili, Sami Sergeant, Jalpa Shah, Werner Sipp, Olivier Smadja, Frédéric Sorge, Alain Sousa, Stanislas Spilka, Béatrice Stambul, Alex Stevens, Heino Stöver, Marianne Storogenko, Guillaume Sudérie, Christian Sueur, Serge Supersac, Richard Swaenepoel, Agnès Sztal, Jean-Pol Tassin, Andrew Tatarsky, Laïla Tazibt, Manissa Terzidou, Nina Tissot, Abdalla Toufik, Marc Touitou, Didier Touzeau, Alia Trabelsi, Christian Trémoyet, François Trucy, Philippe Tuffigo, Antonio Ugidos, Éric Vaillancourt, Daniel Vaillant, Monique Vallart, Claudine Vallauri, Benoit Vallet, Marc Valleur, Daan Van der Gouwe, Marc Vasseur, Anne Vellay, Annie Velter, Catherine Vidal, Catherine Vincelet, Ai Anh Vo Tran, Florence Vorspan, Rémy Walter, David Weinberger, Laurence Weiss, Jean Nicolas Westenberg, Anne-Sophie Woreth, Aude Wyart, Frank Zobel et tant d'autres...



De quoi le crack est-il le nom ?

Fabrice Olivet / Asud

La crise du crack dans le nord-est parisien a été récemment reléguée à sa périphérie dans une banlieue pauvre. Et si le problème n'était pas celui de la consommation ? Observation en léger décalage, à partir d'une lecture de la géographie urbaine.

« Ballade chez les têtes à crack »¹ est un article écrit par C. Belin, qui fait le récit de la descente aux enfers d'un vétéran de l'héroïne, découvrant les plaisirs de ce qui est alors considéré comme une nouvelle drogue. Aujourd'hui, vingt-cinq ans plus tard, non seulement le crack n'est plus nouveau, mais sa notoriété en fait la vitrine d'une réification des consommateurs de drogues qui rappelle étrangement les stéréotypes accolés trois décennies plus tôt aux héroïnomanes. La fausse nouveauté du « crack » à Paris alliée à la recrudescence d'un discours d'éradication rappelle donc fâcheusement une époque *ante* réduction des risques, synonyme de prison, d'overdoses et de sida pour les usagers. Elle engage plus que jamais à rappeler que la consommation de substances illicites ne se comprend que lorsqu'elle s'inscrit dans une histoire géo-urbaine, sociologique et historique, autant de morceaux d'humanité aujourd'hui honteusement dissimulés derrière un mur... de toxicophobie.

Back to black

Comme le rappelle Jimmy Kempfer dans *Swaps* n°39, le crack parisien est né dans la communauté afro-antillaise installée dans le quartier de Strasbourg-Saint-Denis dans les années 1980. Ils fument la « pasta » ou le « basuco », de la cocaïne-base, une substance située à mi-chemin du processus de raffinage de la coca vers la cocaïne, qui se présente sous forme de blocs, ou de « cailloux ». La cocaïne en poudre est vulnérable à la combustion. Fragile, elle disparaît au-delà de 98°, sauf quand elle est consommée sous cette forme solide et concentrée. De plus, l'action de fumer – « baser la coke » – provoque une saturation des récepteurs cérébraux, comparable à la violence du rush

ressenti lors d'un « shoot », mais sans l'inconvénient de l'intromission d'une seringue dans les veines, en ces temps où le sida commence sa carrière sinistre. Les Antillais ont ensuite initié leurs « frères » d'Afrique de l'Ouest qui partagent avec eux une sainte horreur de la seringue et sont impliqués à la même époque dans la vente au détail d'héroïne et de cocaïne au sein des squats décrits par Alexandre Marchant (voir p.9). Désormais éloignés des zones de production sud-américaines et dans l'incapacité de se procurer l'indispensable caillou, les dealers noirs vont alors « cuisiner » la coke comme aux États-Unis, en utilisant un adjuvant chimique (bicarbonate ou ammoniac) qui « retourne en base » le produit fini et permet de fabriquer du « crack », l'autre nom de cette « cocaïne base ». La seule chose qui différencie les deux produits est leur mode de fabrication². Ces explications techniques sont généralement évacuées du débat sur le « crack à Paris » comme le sont les paramètres culturels qui ont fait de cette drogue des Noirs, une drogue destinée aussi aux pauvres.

Pauvres parmi les pauvres

L'origine du crack aux États-Unis est ancienne. Si l'on en croit Terry Williams³, les fumeurs de cocaïne-base étaient légion dans les années 1970, mais la nécessité d'acheter de grandes quantités de cocaïne pour ensuite la « retourner » à l'aide d'un adjuvant excluait la majorité de la population noire pour des raisons économiques évidentes. De fait, la cocaïne est longtemps restée une drogue de riches jusqu'à ce que les propriétés fortement addictives et euphorisantes de ce produit ne trouvent un débouché dans les ghettos en proposant une offre adaptée. Le « crack » est donc autant une substance qu'un processus caractérisé par la possibilité d'acheter de toutes petites

¹ Un jeu de mot sur la traduction littérale de « crack head » désignant les consommateurs américains. *Journal d'Asud* n°13, 1996.

² Patrick Beauverie, Gilbert Fournier, *De la coca au crack en passant par la free-base*, *Swaps* n°39

³ « Crack House, quatre ans d'enquête au bout de la nuit », Terry Williams, Éditions Dağorno, 1998



quantités de cocaïne, vendue très peu cher, consommée sur place et instantanément. Les propriétés particulières de la cocaïne fumée – un rush intense suivi très vite d'une sensation de dépression – ont fait le reste. Au-delà du lien avec les afro-Antillais, la cocaïne retournée en base « cuisinée » par des dealers puis revendue au détail pour un prix accessible au junkie moyen est le modèle adopté par la communauté des dealers noirs de Paris, culturellement branchés sur la communauté africaine-américaine. On est donc passé au début des années 1990 d'un deal de rue traditionnellement tourné vers la vente conjointe d'héroïne et de coke à une vente exclusive de crack, au grand dam de certains toxicos dépités par l'impossibilité de se procurer le moindre gramme de « brune » rue Myrha ou à Château Rouge, une espèce de comble pour toute une génération.

Vive la RDR

La disparition du junkie, figure pourtant chargée de toute les représentations négatives liées à la drogue de la période 1970-1990 a largement échappé aux commentaires médiatiques. Ce silence paradoxal est dû à la grande discrétion avec laquelle la France a mené à bien le grand tournant de la politique de réduction des risques, objectivement incompatible avec cette loi de 1970 impossible à réformer. En conséquence, la figure du drogué irrécupérable a pu passer tranquillement de l'héroïnomanie au « cracker » sans que les Français ne soient informés des raisons qui ont fait disparaître l'héroïne de nos rues en une décennie. Ni les traitements de substitution qui font de la France le champion du monde de la prescription de buprénorphine, ni l'éradication des supermarchés de l'héroïne en banlieue par les habitants eux-mêmes n'ont fait les grands titres des journaux⁴ à la différence des manifestations de riverains bientôt mobilisés contre cette nouvelle figure de paria que représente le cracker. Peu à peu les *crack heads*, la *crack whore*, les *crack babies*⁵, toutes ces figures de la sous-culture américaine ont fait leur apparition d'abord dans la communauté noire du pavé parisien, puis dans tout l'espace de la rue où survivent des exclus issus de diverses migrations ou de la France profonde, tous réunis par la grande pauvreté. Ces produits de la casse sociale, épaves mal garées dans le centre-ville, sont d'autant plus visibles qu'autour d'eux la sociologie parisienne a été profondément modifiée en trente ans.

Boboïsation

La question de « la drogue » était déjà au cœur de la transformation de l'habitat parisien dans les décennies 1980-90. Successivement dirigée

par Jacques Chirac et Jean Tiberi, la municipalité d'alors a été mise en cause par la justice dans des affaires d'attribution des marchés à une société d'économie mixte, la Semidep⁶, chargée de la rénovation de vieux immeubles à loyers bon marché, transformés en résidences de la classe moyenne. Curieusement, la géographie de cette rénovation est superposée à celle des scènes ouvertes de consommation et des grands squats de vente de drogues. Le triangle rue de l'Ouest-rue Raymond Losserand-avenue du Maine dans le 14^e arrondissement, devenu un joyau d'architecture sous la direction du Catalan Ricardo Bofill, le quartier de Belleville dans le 20^e arrondissement, l'îlot Chalon près de la gare de Lyon, des pans entiers des 18^e et 19^e, supermarchés d'héroïne et de cannabis aujourd'hui un peu oubliés, ont vu leur environnement social bouleversé par la ronde des bulldozers précédés d'expulsions et de relogement des habitants pauvres loin du centre de Paris. Toutes ces zones de deal étaient déjà à l'époque dénoncées par les habitants sans que la police n'intervienne...

Aujourd'hui la situation est inverse. À l'image de la place Stalingrad, devenue un modèle d'urbanisme convivial conçu pour accueillir des villégiatures familiales en bord du canal, tous ces quartiers ont été rénovés de fond en comble. La mairie, aujourd'hui à gauche, est élue par des Parisiens dont le niveau de vie s'est considérablement élevé, notamment dans le nord-est de la capitale. Ces électeurs se caractérisent par leur appétence pour un cadre de vie écologique et sain. Dans un tel environnement, les toxicomanes de rue ne sont plus tolérables. Ce qui était enduré – difficilement – par des habitants, peu fortunés, souvent issus de l'immigration, résignés à partager l'espace avec les dealers de la rue Myrha, est aujourd'hui présenté comme un scandale public.

De quoi le crack est-il le nom ? De la marche du temps qui voit partout en France, les habitants riches des centres expulser leurs pauvres vers les périphéries. D'une certaine « toxicophobie » douée de plasticité derrière laquelle se dissimule à la fois le racisme et le classisme. De l'hypocrisie de notre réduction des risques à la française, qui n'a jamais voulu ou su militer sérieusement en faveur d'un changement législatif susceptible de démontrer à l'évidence que notre relation aux drogues souffre moins de carences sanitaires que d'un problème éthique fondamental. Il n'est peut-être pas indispensable pour la compréhension du débat d'ergoter à l'infini sur la différence entre une salle de consommation et une « salle de shoot », mais plutôt de démontrer que ni le shoot ni la consommation ne sont le cœur des difficultés rencontrées par les riverains.

⁴ Voir Péraldi, Coppel, Kokoreff, « La Catastrophe invisible », F. Olivet, Histoire raciale de l'héroïne.

⁵ Têtes à crack, pute à crack, bébés du crack

⁶ <https://www.liberation.fr/libe-3-metro/1997/03/05/logement-la-semidep-aux-abois-se-fait-a-nouveau-epingle/19970305liberation-revele-un-rapport-d-etape-de-la-e-200710/>

Prise en charge des usagers de cocaïne et de crack au Canada

Retour d'expérience

Jean Nicolas Westenberg / BSc, MSc / Département de psychiatrie, faculté de médecine / Université de Colombie britannique, Vancouver, BC, Canada

Compte tenu de la progression rapide de la crise liée à la consommation de crack dans le nord-est de Paris, la question des besoins en matière de réduction des risques et de mise en œuvre de réponses collectives, afin d'améliorer l'état de santé des personnes qui consomment du crack, est fondamentale. Cet article propose un tour d'horizon rapide des expériences menées au Canada en la matière.

L'Amérique du Nord connaît depuis une dizaine d'années une forte hausse de la consommation de stimulants. Ainsi, aux États-Unis de 2012 à 2019, le taux de décès par surdose impliquant la cocaïne a été multiplié par plus de trois, tandis que ceux impliquant des psychostimulants ont plus que sextuplé¹. Au Canada, la moitié des surdoses en 2020 impliquait un stimulant. La littérature suggère qu'une quatrième vague de mortalité élevée liée à la consommation de cocaïne et de méthamphétamine est en cours dans ces deux pays².

Le Canada en pointe en Amérique du Nord

Compte tenu de cette situation, la question des initiatives visant à réduire les méfaits associés à la consommation de cocaïne est donc capitale. Au Canada, dans certaines provinces, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Saskatchewan, l'Ontario et le Québec, les pouvoirs publics ont su réagir en favorisant la mise en place de centres d'injection où les usagers peuvent consommer de la cocaïne sous la supervision de professionnels de santé. En septembre 2003, le premier site d'injection supervisée sanctionné par la loi

au Canada a ouvert ses portes. Parallèlement, les programmes qui fournissent du matériel d'injection stérile (aiguilles, seringues, tampons d'alcool, acidifiants, garrots non-latex, filtres stériles, cuiseurs stériles et eau stérile), selon les besoins des utilisateurs du service, sont présents dans les centres urbains et dans de nombreux espaces ruraux. Enfin, des dispensaires qui fournissent des pipes, des tiges, des écrans, des bâtons poussoirs et des embouts buccaux stériles pour l'inhalation de crack, sont présents dans un certain nombre de centres urbains canadiens, mais de manière plus limitée, afin de faire face aux niveaux élevés de maladies transmissibles associées à la consommation de cocaïne basée, ainsi qu'aux plaies, brûlures et coupures liées au partage de pipes à crack. Compte tenu de l'exclusion sociale dont sont victimes la majorité des personnes qui fument du crack, certains acteurs, outre le développement des mécanismes favorisant l'intégration sociale, la sécurité, l'accès aux soins, et le soutien psychosocial, demandent l'élargissement des salles de consommation supervisées à l'inhalation, à l'instar de ce qui se pratique en Europe depuis de nombreuses années³. 48 services de consommation supervisée, intégrant des voies de consommation autre

¹ Hedegaard H, Miniño AM, Warner M. Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2019. Hyattsville, MD; 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db394-H.pdf>.

² Ciccarone D. The Rise of Illicit Fentanyl, Stimulants and the fourth wave of the opioid overdose crisis. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021 Jul 1;34(4):344-50.

³ Speed KA, Gehring ND, Launier K, O'Brien D, Campbell S, Hyskka E. To what extent do supervised drug consumption services incorporate non-injection routes of administration? A Systematic Scoping Review Documenting Existing Facilities. *Harm Reduction Journal*. 2020 Dec;17(1):1-7.



CRACK



que l'injection, y fonctionneraient, la majorité d'entre eux étant situés en Allemagne. En Colombie-Britannique, l'épicentre de la mortalité liée aux opioïdes au Canada, il existe une forte demande d'espaces d'inhalation pour les usagers de drogues afin de renforcer la capacité collective à pratiquer des stratégies de réduction des risques, y compris la prévention des décès par surdose. Elle est motivée également par la nécessité de minimiser l'exposition à la violence et à la stigmatisation, qui caractérisent les scènes ouvertes⁴. Outre les pratiques qui réduisent les risques potentiels pour la santé, de nouveaux espaces dédiés à l'inhalation permettraient d'améliorer la protection des femmes qui sont impactées de manière disproportionnée par la violence. Les fumeurs supervisés réservés aux femmes pourraient ainsi leur offrir un répit temporaire.

En février 2018, à Lethbridge (Alberta), le premier site d'inhalation réglementé (avec des espaces pour fumer supervisés) a été ouvert dans le cadre d'une salle de consommation supervisée offrant toutes les options de consommation (c'est-à-dire l'injection, le sniff et l'ingestion). Au-delà de la réduction des risques, dans certaines provinces, l'épidémie de Covid-19 a accéléré la réflexion sur des stratégies thérapeutiques visant à prodiguer aux usagers des alternatives non seulement aux opioïdes, mais aussi au crack. En Colombie-Britannique, de nouvelles directives cliniques ont été publiées par les autorités sanitaires pour aider les personnes qui consomment des drogues à atténuer les difficultés liées aux difficultés d'approvisionnement et à la crise des surdoses, grâce à des protocoles de pharmaco-

thérapie qui recommandent de remplacer les produits illicites par des substances prescrites, appelées *safe supply* ou « approvisionnement sûr ». Pour le crack, les prescriptions de dextro-amphétamine ou de méthylphénidate sont recommandées, pour le moment en temps de pandémie⁵. Et des recherches supplémentaires sont en cours pour évaluer les risques et les avantages de cette politique.

Une réponse limitée

Une revue systématique de la littérature sur la question de la réponse à l'échelle internationale à l'usage du crack en termes de prévention et de traitements, publiée en 2015, n'a malheureusement signalé aucune intervention véritablement efficace⁶. Les mesures de prévention spécifique, comportementale et communautaire, ont montré des effets mitigés et à court terme sur l'utilisation du crack, tandis que les interventions matérielles (distribution

⁴ DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, Wood E. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Cmaj*. 2009 Oct 27;181(9):585-9.

⁵ British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). Risk mitigation: In the context of dual public health emergencies. 2020. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf>

⁶ Fischer B, Blanken P, Da Silveira D, Gallassi A, Goldner EM, Rehm J, Tyndall M, Wood E. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: a comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*. 2015 Apr 1;26(4):352-63.

⁷ Ronsley C, Nolan S, Knight R, et al. Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2020;15(6):1-22. doi:10.1371/journal.pone.0234809

⁸ Tardelli VS, Bisaga A, Arcadepani FB, Gerra G, Levin FR, Fidalgo IM. Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2020;1-23.

Vingt ans de guerre américaine à la drogue en Afghanistan : entre cynisme et fiasco

Michel Gandilhon / Swaps

Il y a vingt ans, le 7 octobre 2001, à l'initiative des États-Unis et avec la participation de l'Otan, l'opération Enduring Freedom était déclenchée. Après les attentats du 11 septembre, elle visait à renverser le régime des talibans suspectés d'abriter les activités d'Al-Qaïda, l'organisation considérée comme responsable de l'attaque contre les tours du World Trade Center. Une des dimensions méconnues de cette guerre contre le terrorisme était la lutte contre le trafic de drogues, notamment d'opium et d'héroïne dont l'Afghanistan était un acteur majeur.

Même si cet aspect a pu être occulté, parmi les raisons avancées par l'administration de George W. Bush et ses alliés, figurait la guerre contre la drogue et la volonté d'éradiquer l'opium d'Afghanistan. Cette « juste cause » permettait aux États-Unis et ses alliés de l'Otan de mettre en avant une dimension morale supplémentaire, propre à renforcer l'adhésion de l'opinion publique occidentale à une énième aventure impériale d'une puissance dont les élites politiques, dominées par le courant néoconservateur, souhaitent opérer, au nom de la lutte contre l'« axe du mal », un remodelage politique favorisant l'installation de la « démocratie ». En 2002, Anthony Blair, le Premier ministre britannique, alors partisan enthousiaste de l'intervention armée, affirmait : « Les armes que les talibans achètent sont payées avec les vies des jeunes Britanniques qui achètent leurs drogues dans les rues britanniques. C'est un autre aspect de leur régime que nous devons détruire »¹. En 2004, Robert B. Charles, secrétaire adjoint de l'*International Narcotics and Law Enforcement Affairs*, un service du Département d'État chargé

de la lutte internationale contre les drogues, déclarait : « Couper l'approvisionnement en opium est essentiel pour établir une démocratie sûre et stable, ainsi que pour gagner la guerre mondiale contre le terrorisme »². La même année, le président de l'Afghanistan, Hamid Karzai, mis en place après l'intervention, lançait un *djihad* contre l'opium après avoir interdit aux paysans de planter le pavot...

Opium et réalpolitique américaine

Cette fermeté affichée contre l'opium en Afghanistan de la part des États-Unis n'avait pourtant pas toujours été à l'ordre du jour. Pendant les années 1980, consécutives à l'invasion soviétique en Afghanistan, dans le cadre de l'opération cyclone lancée dès 1979 par Jimmy Carter, les États-Unis soutenaient le *djihad* afghan contre l'URSS dont de nombreuses recherches ont démontré qu'une partie était financée par l'argent de l'opium³, lequel connaît un développement fulgurant. Si la substance était connue depuis des siècles dans le Croissant d'or (Afghanistan, Pakistan, Iran) pour ses vertus médicinales et accessoirement psychotropes, la production en Afghanistan restait

¹ Alain Labrousse, *Afghanistan, opium de guerre, opium de paix, Mille et une nuits*, Fayard, 2005.

² Christopher J. Coyne, et al. "The War on Drugs in Afghanistan: Another Failed Experiment with Interdiction." *The Independent Review*, vol. 21, n°1, 2016.

³ Peter Dale Scott, *American War Machine, la politique profonde, la CIA, le drogue, l'Afghanistan*, Demi-lune, 2012.

marginale. Quand l'Armée rouge franchit la frontière afghane en 1979, le pays ne produit, selon les estimations du Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (Pnucid⁴), qu'environ 180 à 200 tonnes, tandis que la production d'héroïne est quasiment inexistante dans le pays. Ce sont à la fois les nécessités et les conséquences de la guerre qui vont provoquer l'explosion de la production. Source de financement pour les groupes armés de la résistance afghane, l'opium va acquérir au fil des ans une dimension essentielle pour une part importante de la paysannerie, confrontée à la dislocation de l'économie rurale engendrée par la politique russe de la terre brûlée. Effondrement des productions vivrières traditionnelles consécutives à l'exode des populations et à la destruction d'une partie significative des infrastructures d'irrigation, entre 1979 et 1988, la production alimentaire du pays chute de près de 45%. L'opium s'inscrit ainsi durablement dans les stratégies de survie de la paysannerie afghane. Relativement facile à cultiver, peu exigeant en eau, nécessitant une main d'œuvre abondante, rendue disponible par l'abandon des exploitations, permettant un accès au crédit, le pavot dont l'opium est extrait essaima dans le sud du pays pour devenir un élément-clé de la survie des campagnes du pays pachtoune, l'ethnie majoritaire du pays⁵. Revendu à des seigneurs de la guerre locaux, l'opium est ensuite acheminé vers les zones tribales du Pakistan où il est transformé en héroïne. Vingt après la guerre du Vietnam et la politique de la CIA au Laos⁶, l'opium retrouve sur un autre théâtre d'opération un rôle important comme élément de la politique américaine.

Cette fois-ci, l'implication de certaines fractions de l'État américain ne semble pas directe, mais s'exerce par l'entremise des services de renseignement du Pakistan, allié des États-Unis, soucieux de son influence sur son voisin

afghan. Dès lors, toutes les conditions sont réunies pour une explosion de la production d'opium.

Quand l'URSS quitte le pays en 1989, celle-ci est estimée à 1 200 tonnes et représente déjà 39% de la production mondiale. Cependant, la victoire contre Moscou des insurgés ne signifie pas la fin de la guerre pour les populations afghanes. Elle se poursuit jusqu'à la chute du régime prosoviétique de Najibullah en 1992, puis prend la forme d'une guerre civile entre les anciens alliés, autrefois regroupés dans l'Alliance du Nord de Massoud, Dostom et Hekmatyar, qui menait la guerre de libération contre l'occupant russe. C'est la première prise de pouvoir par les talibans en 1996 qui viendra interrompre provisoirement une guerre intestinale responsable de la mort

de plus de 30 000 Afghans. À l'époque, la production d'opium s'élève à un peu plus de 2 000 tonnes. La position des talibans, vis-à-vis de l'opium et des drogues, est plutôt pragmatique. Elle prend en considération l'importance des cultures pour une partie de la paysannerie, tout en visant à terme l'éradication du pavot au nom d'une lutte contre la consommation jugée contraire à l'islam. En 1997, leur chef, Mohammad Omar, déclare : « Nous ne permettrons pas que l'opium ou l'héroïne soient vendus en Afghanistan même. Notre but est d'éliminer graduellement toute production de drogue afin de protéger notre jeunesse »⁷. Les talibans jouissent alors d'un soutien certain dans une population lasse des guerres, ainsi que dans une fraction de la bourgeoisie, impliquée dans le secteur des transports, excédée par les rackets exercés par les seigneurs de la guerre et aspirant à un retour à l'ordre⁸. Forts de cette légitimité, à la suite de la *fatwa* prononcée en juillet 2000 par le mollah Omar, le chef des talibans qui interdit aux paysans de semer le pavot, le gouvernement réussit à imposer une décision guidée aussi par le besoin d'obtenir une sorte de reconnaissance de la communauté internationale⁹. La production chute à 185 tonnes, soit, à peu de choses près le niveau qu'atteignait la production avant l'intervention soviétique¹⁰.

La guerre à drogue : un prétexte ?

Quand, après les attentats du 11 septembre, les Américains décident d'intervenir en Afghanistan, les superficies de pavot sont résiduelles. Le paradoxe, au vu des objectifs de la guerre contre la drogue, c'est que c'est cette intervention, en favorisant le retour au pouvoir des seigneurs de la guerre, qui va engendrer un rebond massif de la production, tirée qui plus est, par la hausse des prix provoquée par la pénurie. Dès 2002, celle-ci reprenait, tandis que l'argent engendré par l'opium irrigue des pans entiers de la nouvelle administration mise en place par Washington, qui ferme les yeux tout en sous-traitant la lutte antidroque à ses alliés britanniques. Jusqu'en 2005, il semble en effet que le gouvernement américain n'ait accordé, malgré les déclarations officielles, que peu d'intérêt à la question des drogues en Afghanistan. D'une part parce que la production d'héroïne dans le Croissant d'or les affecte peu et d'autre part, pour ne pas s'aliéner leurs alliés dans la guerre contre le terrorisme. L'opium et l'héroïne constituent une source de revenus pour une partie importante du personnel politique mis au pouvoir, à la suite de l'intervention américaine, comme l'illustrent les nombreuses affaires de corruption qui minent l'État afghan. L'argent de la drogue contribue à la criminalisation de pans entiers des institutions, notamment dans les provinces situées dans le sud-ouest du pays. En 2005,

⁴ Le Pnucid est devenu, avec le Centre international pour la prévention du crime (CIPC) l'Organisation des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) en 1997.

⁵ Olivier Maquet, « Drogues et développement : l'éjjet mirage », *Swaps* n°76-77, 2014.

⁶ Alfred Mc Coy, *La politique de l'héroïne en Asie du Sud-Est*, Flammarion, 1972.

⁷ Alain Labrousse, *Géopolitique des drogues*, PUF, 2006.

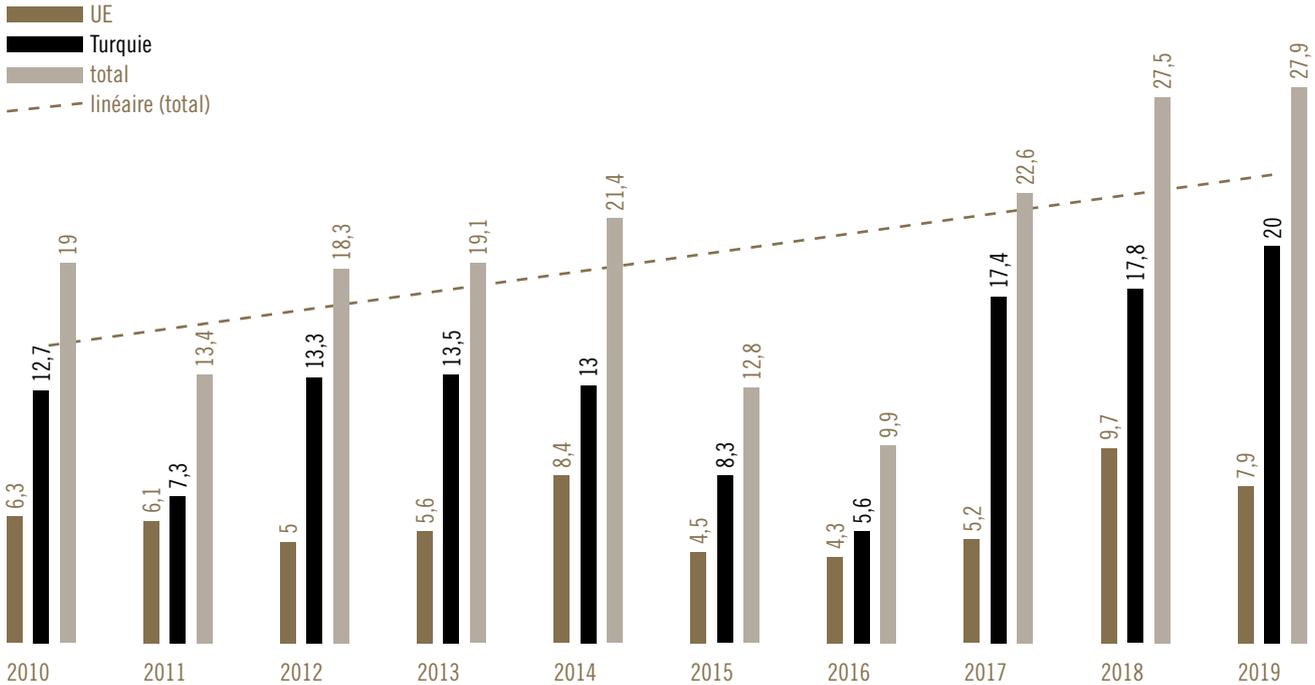
⁸ Ahmed Rashid, *L'ombre des talibans*, Autrement, 2001.

⁹ David Mansfield, *Building on Sand: how Opium undermines Afghanistan*, Oxford University Press, 2016.

¹⁰ Pierre-Arnaud Chouvy, « Afghanistan: 20 ans de suprématie mondiale », *Drogues, enjeux internationaux* n°5, OFDT, 2013 : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efdxp6.pdf>



Saisies d'héroïne dans l'UE et en Turquie (en tonnes)



Source: EMCDDA

9 tonnes d'opium sont retrouvées dans la résidence du gouverneur du Helmand, qui passera du côté des talibans après sa destitution¹¹. La situation change avec la montée en puissance de la guérilla des talibans dont une partie croissante des financements sont obtenus *via* des taxes sur l'opium et l'héroïne.

C'est alors que l'on note un infléchissement de la politique américaine qui mobilise l'arsenal sémantique propre à la drogue les accusant, à l'instar de qu'ils avaient fait pour les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) d'être une narco-guérilla, tout en finançant des campagnes d'éradication des champs de pavots et en bombardant des laboratoires de production d'héroïne. Cette guerre à la drogue devient pour les Américains une sorte de sous-compartiment de la guerre contre le terrorisme. Les Britanniques qui pilotaient jusque-là la politique antidrogue sont jugés trop laxistes. Les maigres acquis en termes de programmes de substitution sont remis en cause, tandis que la politique d'éradication forcée dans le sud du pays favorise

le ralliement d'une partie des tribus aux talibans et la dissémination des cultures dans le nord-ouest du pays, pourtant tenu par les alliés des Américains. L'espoir de tarir les sources de financement du mouvement taliban fait long feu, d'autant plus que les

États-Unis surestiment, à des fins de propagande également, les revenus qu'ils tirent de la drogue. En 2009, une étude de l'ONUDC les situe à 140-170 millions de dollars, soit une petite partie de l'argent engendré par la production et le trafic d'héroïne dans le pays, évalué à 2,5 milliards de dollars¹². Des chercheurs de terrain, comme le Britannique David Mansfield, avancent que cette estimation est probablement encore trop élevée, pour la simple raison que l'essentiel des revenus des talibans est tiré des taxes prélevées sur les flux commerciaux de marchandises en provenance du Pakistan et d'Iran.

Quoi qu'il en soit, le bilan de la politique américaine en matière de drogues est un échec patent, malgré les 8 milliards de dollars dépensés entre 2002 et 2017, dont le prix est payé par l'Europe. Celle-ci constitue en effet, avec la Russie, le débouché principal de l'héroïne produite en Afghanistan, laquelle emprunte la route dite des Balkans, qui passe par l'Iran et la Turquie. Les saisies cumulées d'héroïne dans l'Union européenne et en Turquie atteignent en 2019 des niveaux les plus élevés de la décennie. En outre, il semble que l'on assiste depuis quelques années à un recours accru de la part des trafiquants à de nouvelles routes, en l'occurrence maritimes, comme l'illustrent les saisies considérables en provenance du Pakistan ou d'Iran réalisées dans le port belge

¹¹ Jean-Pierre Filiu, « Comment les États-Unis ont consolidé un narco-État en Afghanistan », *Le Monde*, 25 avril 2021 : <https://www.lemonde.fr/blog/filiu/2021/04/25/comment-les-etats-unis-ont-consolide-un-narco-etat-en-afghanistan/>

¹² UNODC, *The global Afghan Opium Trade, a threat assessment*, New York, 2011.

d'Anvers. La France n'est pas épargnée par l'augmentation de l'offre, puisque les saisies en 2020 y ont atteint le plus haut niveau jamais constaté avec 1,1 tonne¹³.

Conclusion provisoire

Le bilan de la politique américaine en matière de drogues en Afghanistan peut se résumer en une phrase: en 20 ans, la production d'opium y a été multipliée par 30 et représente, en 2020, selon l'ONU DC, 85 % de la production mondiale. Le pays est devenu un acteur majeur du marché mondial de l'héroïne, alors que les productions de haschisch et de méthamphétamine se développent. Comme l'a reconnu Douglas Lute, l'actuel représentant des États-Unis à l'Organisation de l'Atlantique nord (Otan) et ancien conseiller-adjoint à la sécurité nationale pour l'Irak et l'Afghanistan de George W. Bush et Barack Obama, « Nous n'avons aucune compréhension fondamentale de l'Afghanistan. Nous ne savions pas ce que nous faisons. (...) Par exemple sur l'économie. Nous devons établir "un marché florissant". Nous aurions dû spécifier: "un marché de la drogue florissant", car c'est la seule partie qui fonctionne »¹⁴. Une fois encore, les deux décennies écoulées constituent l'illustration éclatante que la guerre à la drogue n'est souvent qu'un théâtre d'ombres où les intérêts géopolitiques du moment prennent le pas sur les objectifs affichés d'un monde délivré des substances psychotropes illicites. Pendant 40 ans, que ce soit au nom de la lutte contre l'expansionnisme russe, ou au nom de celle contre le terrorisme, les gouvernements américains qui se sont succédé ont eu pour alliés dans leur entreprise des groupes fortement impliqués dans les trafics d'opium et d'héroïne.

Alors que les talibans viennent de reprendre le pouvoir en Afghanistan et que les États-Unis ont évacué leurs troupes conformément aux accords signés à Doha au début de l'année, la question de l'impact de cette nouvelle réalité politique sur la production d'opium et d'héroïne est ouverte. Malgré la volonté affichée par les talibans de bannir la production d'opium du pays, certains spécialistes estiment qu'il est douteux, même à des

¹³ OFAST, 2021. fins de recherche d'une respectabilité internationale, qu'ils renouvellent l'interdiction de planter le pavot de juillet 2000, de crainte de

¹⁴ « La vérité est rarement la bienvenue », *Le Monde diplomatique*, septembre 2001.

¹⁵ UNODC, *Afghanistan Opium survey, 2020*: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/20210503_Executive_summary_Opium_Survey_2020_SMALL.pdf

¹⁶ Jonathan Goodhand, "Afghanistan: what the conflict means for the global heroin trade", *The Conversation*, 12 août 2021: <https://theconversation-com.edn.ampproject.org/c/s/theconversation.com/amp/afghanistan-what-the-conflict-means-for-the-global-heroin-trade-165995>

temps plein dans un contexte où, après 40 ans de guerre, l'état du monde rural afghan est plus dramatique que jamais¹⁵. Par ailleurs, l'hypothèse d'une reprise de la guerre civile, du fait notamment de la résistance des populations d'origines tadjike et ouzbèque rétives à l'ordre des talibans, pourrait nourrir la production d'opium et d'héroïne. Dès lors, ce constat du chercheur anglais, Jonathan Goodhand, semble crédible: « Le trafic de drogue est trop profondément ancré dans les stratégies d'accumulation et de survie des talibans, de l'État, des milices qui luttent aujourd'hui contre les talibans et de la population en général. Cela stimulera malheureusement le marché mondial de l'héroïne et alimentera le problème croissant de la drogue en Afghanistan et dans les pays voisins »¹⁶. L'automne 2021, période des semences, permettra de vérifier la pertinence de cette assertion.

planter le pavot de juillet 2000, de crainte de s'aliéner le soutien d'une partie de la paysannerie. Une interdiction à laquelle ils avaient renoncé dans les mois précédents l'intervention américaine, du fait du mécontentement des cultivateurs.

Les activités engendrées par la culture de l'opium selon les estimations de l'ONU DC représenteraient l'équivalent de 350 000 emplois à



Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool

Pierre Poloméni / psychiatre addictologue

Une expertise collective de l'Inserm portant sur la « réduction des dommages associés à la consommation d'alcool » est parue en juin 2021. Swaps peut se réjouir d'obtenir une réponse à une question posée dans son n° 62, en 2011, lorsque l'Inserm avait réalisé son travail sur la RdR et avait semblé oublier la RdR alcool. Extraits résumés et commentaires par Pierre Poloméni, qui a participé à cette expertise.

Une expertise collective consiste à missionner environ douze experts pendant un à deux ans afin de réaliser un travail d'analyse bibliographique (3 600 documents identifiés en 2020) et une synthèse. Ce même type de travail, en 2010, portant sur les risques infectieux chez les usagers de drogues, avait largement contribué à la création des salles de consommations à moindre risque.

Dans le cadre de la stratégie gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la Mildeca et le ministère en charge de la Santé ont sollicité l'Inserm pour la réalisation de cette expertise qui permet d'actualiser les connaissances scientifiques sur l'alcool, ses effets sur la santé, les niveaux et modalités d'usages associés à sa consommation en France ainsi que les stratégies de prévention efficaces¹.

Un temps important s'est déroulé entre la commande et le rendu de la synthèse. Bien sûr, les conditions

sanitaires ont ralenti le travail. Par ailleurs, on peut comprendre une difficile recherche d'équilibre entre les différents aspects couverts par la commande. En effet, en écho à des rapports européens récents ou à l'article du *Lancet* du 23 août 2018², le cœur de cible semblait devoir être un renforcement des recommandations de Santé publique France, et une défense de la loi Évin, largement attaquée ces dernières années. Au-delà de cette démarche politique et de santé publique, plusieurs autres aspects ont dû trouver leur place: une vision très large de la prévention, une analyse implacable du marketing des alcooliers, un expertise des interventions (dans le champ périnatal par exemple) et enfin des réflexions autour d'une RDRD* « clinique », quotidienne, adaptée aux différentes personnes rencontrées... Ces aspects centrés sur l'usager, tel que son accompagnement « inconditionnel » sont traités de façon moins satisfaisante, du fait en particulier de l'écart entre les constats d'actions menées ici ou là, et les preuves d'efficacité de ces actions...

Notons que pour mieux organiser les interventions et évaluer leur efficacité, à partir de « l'Alcohol Use Disorder » du DSM-5, l'expertise a défini trois groupes: les consommateurs à faible risque, les consommateurs à risques, et les personnes dépendantes, chaque groupe relevant d'objectifs et d'actions spécifiques. Cette distinction est incontournable pour explorer les actions de RDRD.

En effet, on compte actuellement en France 42,8 millions de consommateurs d'alcool présentant des profils de consommation différents. Les niveaux de consommation en population générale et notamment chez les jeunes sont élevés, leurs conséquences sanitaires et sociales restent ainsi une préoccupation de premier plan pour les pouvoirs

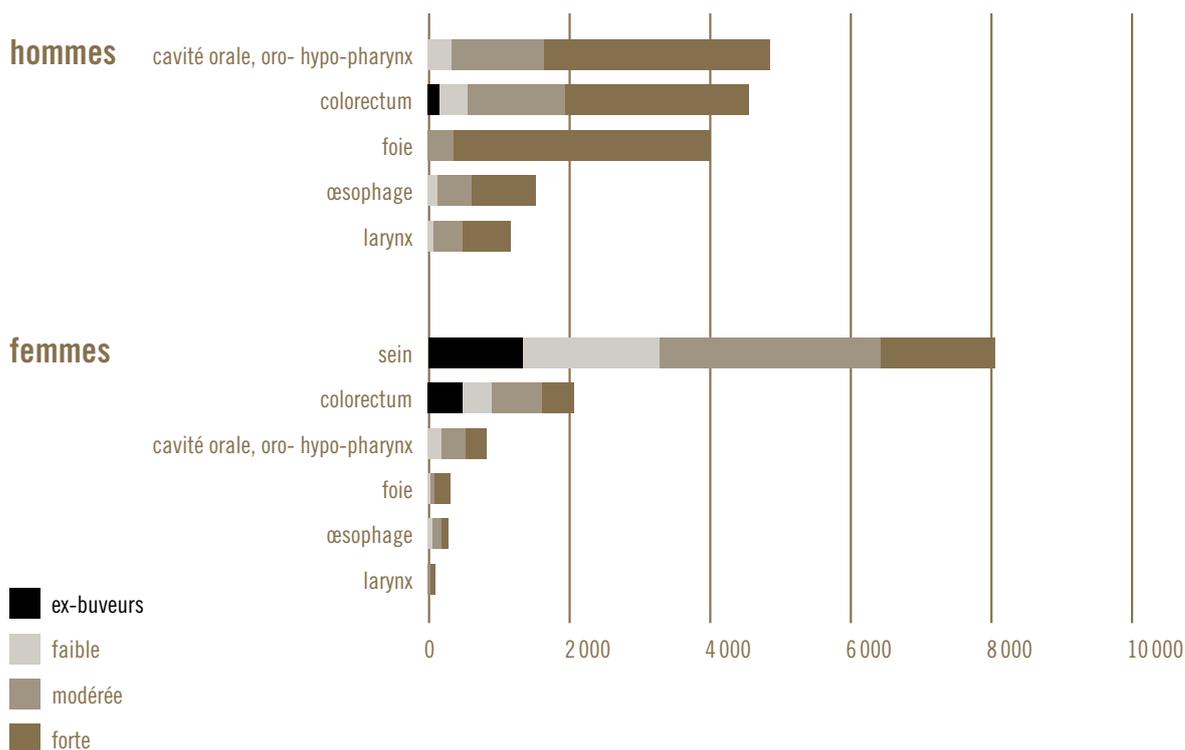
* réduction des risques et des dommages

¹ « Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool », Inserm, mai 2021, Synthèse: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-expertisecollective-alcool2021-synthese.pdf>

² Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *The Lancet*, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)



Figure 1. Nouveaux cas de cancers en fonction du niveau de consommation chez les hommes et les femmes en 2015



publics : mortalité et morbidité sont importantes, pour un coût social estimé à 120 milliards d'euros.

Le « French paradox » n'existe pas, il y a un risque dès le premier verre

La consommation d'alcool est la première cause d'hospitalisations en France. Les derniers chiffres de la mortalité attribuable à l'alcool sont ceux de 2015. Ils sont de 41 000 décès dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes, soit respectivement 11 % et 4 % de la mortalité des adultes de quinze ans et plus. Ils comprennent 16 000 décès par cancers, 9 900 par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.).

Il existe une association statistiquement significative entre les ventes d'alcool et la mortalité liée aux cancers dans la plupart des pays et qui persiste après correction de la consommation de tabac.

Cette étude révèle que les niveaux de consommation faibles à modérés contribuent largement aux nouveaux cas de cancers en France en 2015 (Figure 1), en particulier du sein (alors que les niveaux de forte consommation contribuent au cancer du foie).

Il est frappant de constater que la réduction de 10 % de la consommation d'alcool aurait permis d'éviter 2178 nouveaux cancers [95% IC : 1687-2601] en 2015 en France.

Les effets « protecteurs » à la base du célèbre « *French paradox* » sont en fait dus à des problèmes méthodologiques et en particulier à la présence de nombreux facteurs de confusion. Des études utilisant de nouvelles méthodologies confirment que les courbes en « J » disparaissent et deviennent linéaires montrant ainsi l'absence d'effets « protecteurs ».

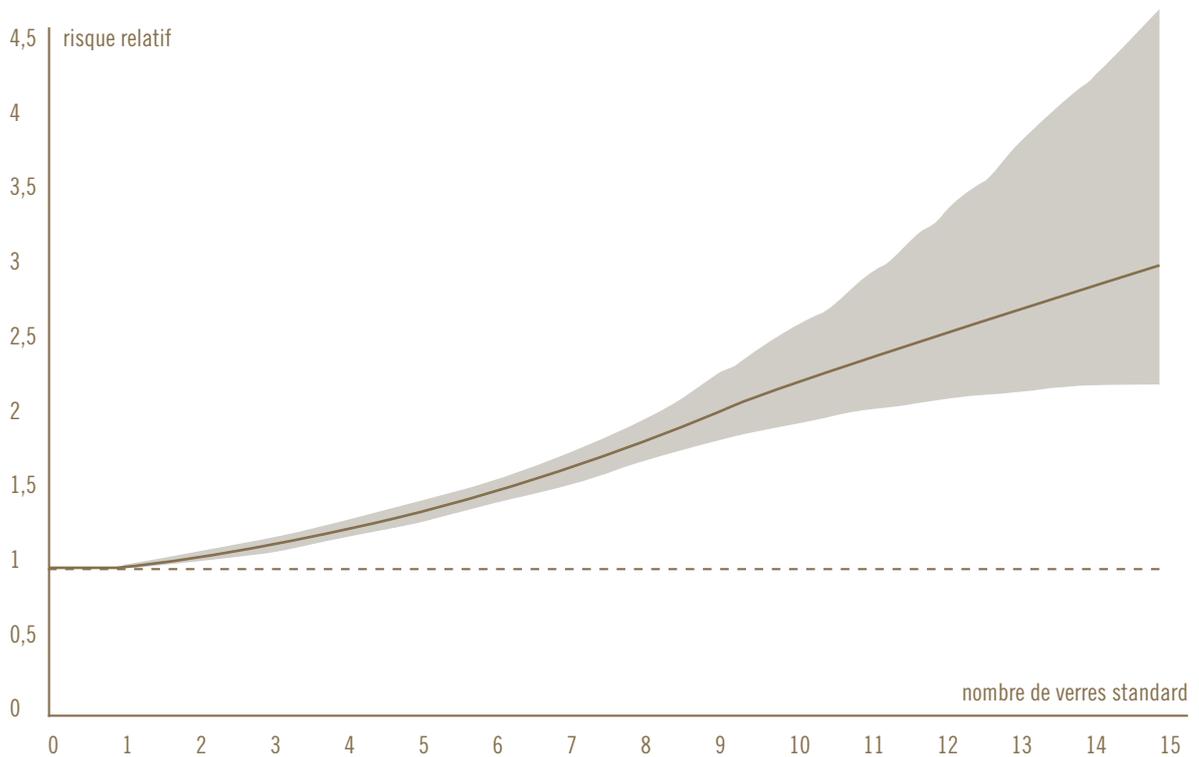
Les recherches sur le seuil de consommation d'alcool à partir duquel un risque significatif de mortalité liée à l'alcool toute cause apparaît, convergent vers le seuil de dix verres par semaine (soit moins de 1,5 verre par jour).

Le niveau de consommation d'alcool pour lequel le risque de dommages est minimal est de zéro verre standard par semaine.

RDD = RDC (la réduction des dommages passe par la réduction des consommations)

Il existe un défaut majeur d'accès aux soins des patients dépendants à l'alcool, car seulement 10 % d'entre eux bénéficieraient de soins addictologiques. Contrairement aux idées reçues, le déficit motivationnel à changer ses

Figure 2. Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues (ajustement sur l'âge) en fonction de la consommation quotidienne d'alcool en 2016 et pour les deux sexes (d'après Griswold et coll., 2018). La consommation d'alcool est exprimée en nombre de verres standard (10 g d'éthanol pur par verre).



comportements vis-à-vis de l'alcool n'est pas la seule explication pour rendre compte de cette situation : ainsi, la moitié des patients passant aux urgences se rend à une consultation d'addictologie qui leur a été préconisée. De plus, il a été montré que la motivation aux soins se renforçait avec la sévérité du trouble. Notamment, lorsque la sévérité du trouble augmente, la probabilité d'évoquer le déni comme raison de non prise en charge diminue au profit d'autres raisons directement en lien avec des difficultés d'accès aux soins.

En parallèle, et en particulier pour faciliter l'accès aux soins, des objectifs de réduction de consommation – et non de sevrage – font la preuve de leur efficacité depuis les travaux de Linda et Mark Sobell en 1973³. La courbe ci-dessous montre des bénéfices proportionnels à la baisse du nombre d'unités consommées (risque relatif 3 = 30 % !).

La réduction des consommations est obtenue grâce à différentes techniques et des méthodes d'entretiens, ciblant en particulier la quantification précise des boissons absorbées, et la fixation d'objectifs réalistes, adaptés aux possibilités des personnes. Des médicaments peuvent être prescrits. Les usagers sont partie prenante de cette technique et de ces objectifs.

Pour cela, ils doivent être suffisamment informés de l'intérêt et des perspectives de la RDRD, et être accompagnés par des professionnels formés, et surtout, intéressés ! De nombreuses publications notent l'absence d'engagement et les doutes des médecins.

L'accompagnement individuel permet aussi d'aborder en consultation les « manières de boire » tels que les horaires, les rituels... et de définir des projets individualisés. C'est une façon importante de réaliser des interventions de RDRD adaptées à la vie réelle, mais l'évaluation de leur efficacité, même si elle est constitutive de la RDRD, est complexe.

Une attention toute particulière devrait être accordée à l'annonce diagnostique.

Le lobbying impressionnant des alcooliers

Les outils classiques du marketing (les 4 « P » : produit, prix, publicité, place – accès aux produits) sont mobilisés par les producteurs d'alcool pour inciter une cible large à acheter et à consommer leurs marques.

Des techniques commerciales spécifiques sont par ailleurs déployées pour toucher des profils particuliers de consommateurs : les jeunes, qui représentent l'avenir de la consommation d'alcool (ciblage avec des produits aromatisés, prix faible, vente à l'unité, publicité digitale,

³ Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther* 1973; 11 : 599-618.



etc.), et les femmes, sous-consommatrices par rapport aux hommes (ciblage avec des produits légers en alcool, arômes fruités, soutien de causes féminines, etc.).

En France, il est estimé que les budgets publicitaires des marques d'alcool, qui ne représentent qu'une partie des dépenses marketing, s'élèvent à 454,6 millions d'euros en 2016. La très grande majorité des recherches résumées dans trois revues de la littérature révèle un lien positif et significatif entre l'exposition au marketing et à la publicité pour des produits alcooliques, les attitudes puis les comportements d'alcoolisation des jeunes (initiation pour les non buveurs, augmentation de consommation pour les jeunes buveurs).

La prévention des dommages passe nécessairement par une réactivation de la loi Évin et le traçage avec information, de toutes les actions directes et indirectes des alcooliers.

Des grands axes de prévention

Ils se conçoivent en fonction des publics, des âges, des moments.

Des campagnes d'information et/ou de sensibilisation sont régulièrement conduites. Le plus souvent, les concepteurs de ces campagnes tablent sur la modification de ce que les individus « ont dans la tête » (croyances, motivations, savoirs, attitudes) pour changer les opinions et comportements. Or, on sait, déjà depuis longtemps, que les résultats obtenus en matière de changements, notamment comportementaux, sont rarement satisfaisants lorsque les concepteurs de campagne tablent sur l'information et sur la persuasion.

Même si cela ne signifie pas qu'informer ou argumenter ne sert à rien.

L'information et l'argumentation servent au fil du temps, à modifier les savoirs, les attitudes et à provoquer des prises de conscience.

De très nombreuses initiatives ont pu être recensées dans les différents pays. Par exemple, en matière d'interventions en milieu scolaire ou dans l'enseignement supérieur :

- Interventions génériques de développement des compétences psychosociales des élèves.
- Interventions de développement des compétences des élèves ciblées sur la réduction des conséquences négatives liés à la consommation d'alcool.
- Interventions de prévention des comportements problématiques des élèves en classe.
- Accompagnées ou non par des interventions auprès des parents et familles (intervention parentale précoce, renforcement des compétences familiales...).

Des interventions en milieu de travail ou des interventions à composantes ou milieux

multiples (interventions communautaires par exemple), ont été analysées.

L'expertise met en évidence les actions présentant des données avec un niveau de preuve suffisant.

Les bénéfices des défis « sans alcool » : une opportunité à saisir

Les forces des opérations du type *Dry January* sont multiples avec l'opportunité de ressentir tous les bienfaits de l'arrêt de la consommation, et de prendre conscience de son propre pouvoir à contrôler son comportement. Un objectif essentiel est de changer son comportement à long terme après avoir mieux appréhendé son rapport à la consommation d'alcool et la gestion de la pression sociale à consommer de l'alcool. Il s'agit donc d'expérimenter l'impact de l'abstinence sur son physique, son mental et la conscience de sa capacité au changement. La « contagion sociale » est un facteur clé de la réussite de ce type de campagne et de manière très intéressante, on peut noter que même si les participants qui s'inscrivent au *Dry January* ne réussissent pas le défi de l'abstinence pendant un mois, ils présentent eux aussi des effets bénéfiques à long terme.

Cette proposition de changement, en toute liberté et avec tous les aménagements possibles selon les envies et compétences des usagers, concerne essentiellement les consommateurs à faible risque ou à risque et n'est jamais une injonction à l'arrêt. Elle tente de faire contrepoids à la promotion de l'alcool qui nous envahit toute l'année⁴.

En consultation, un rapport coût-efficacité clairement établi

Si une consommation à risque ou problématique est détectée, une intervention brève est généralement proposée. Ce terme inclut différents types d'interventions durant lesquelles le clinicien donne des conseils et/ou une aide psychologique visant à faire comprendre les risques et les effets négatifs de la consommation et explore des manières de la diminuer. Les différents modèles partagent les mêmes fondements théoriques, c'est-à-dire les théories sociocognitives et motivationnelles et des modalités pratiques : elles sont conçues pour être effectuées lors de consultations régulières, qui durent de 5 à 15 minutes avec les médecins et, bien que de courte durée, elles peuvent être dispensées en une à cinq séances.

Accès aux soins et accompagnement

Cette expertise ne traite pas des médicaments, mais devait identifier toutes les interventions non médicamenteuses bénéfiques pour les consommateurs à risque (elles sont adaptées pour les patients dépendants).

⁴ Christian Andreo, Christian Trémoyet, « Dry January et loi Évin : quel rapport ? », *Swaps* 98-99

L'activité sportive par exemple, très régulièrement utilisée dans les services spécialisés, agit peu sur le *craving*, mais a montré son utilité pour les aspects associés aux consommations (dépression, sédentarité, isolement...). Dans ces conditions, les niveaux de preuve sont suffisants pour la conseiller.

Les interventions utilisant Internet ou des applications sur un ordinateur ou un *smartphone* connaissent un développement quantitatif et qualitatif massif. Elles facilitent à l'évidence la diffusion d'informations et les possibilités de prévention et d'accompagnement. Les données sont positives en prévention secondaire (réduction de la consommation chez les consommateurs à risque). L'offre est large, mais les critères de qualité et donc d'efficacité ne sont pas définis. Les années qui viennent devront voir la systématisation de critères pour la conception et le suivi des applications; par ailleurs, leur utilisation est à définir chez les patients dépendants.

Les groupes d'autosupport (Alcooliques anonymes par exemple) et la méthode des douze étapes, représentent un socle dans le traitement des addictions: les articles étudiant leur méthode et leur efficacité sont multiples. On note l'orientation d'une partie d'entre eux pour démontrer l'intérêt de la foi et des références divines; les autres insistant sur la solidarité, l'aide constante aux comportements de changements – s'apparentant alors à des techniques thérapeutiques, appliquées avec succès par des non professionnels. L'analyse sur le rôle de ces groupes doit en effet s'intéresser à la spiritualité, et dans le même temps, s'en émanciper: les supports des groupes sont « spirituels, informationnels, émotionnels, instrumentaux ». Ces groupes, auxquels sont parfois associées les familles, agissent sur les sentiments, les capacités, les émotions des usagers, leur permettant dans un cadre de proches, de développer des visions positives d'eux-mêmes. Les associations d'usagers et les patients experts en France interviennent sur le même registre.

À l'inverse, les effectifs, la standardisation et donc la réplique des méthodes, la durée de suivi, sont le plus souvent très insuffisants pour permettre de conclure – à ce jour – à une efficacité constante et durable pour de nombreuses interventions. Les techniques de stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS et rTMS), l'acupuncture, la *neurofeedback* entrent dans ce cas.

Une RDRD sociale ?

La RDRD présente des limites (femmes enceintes, pathologies graves évolutives, milieu du travail...). De plus, faire une promotion forte de la RDRD, au sens par exemple de l'acceptation de l'alcool – régulé – dans les lieux de soins, doit laisser la possibilité de proposer des

espaces ou des lieux où les personnes demandeuses pourraient être « protégées » de l'alcool.

La RDRD présente aussi des extensions particulières pour certains publics (polydépendants, migrants, milieux « festifs », patients sans domicile...). Cette RDRD « sans conditions » est pratiquée en particulier dans les Caarud, les Csapa, les associations... autorisant une distinction entre des actions psychologiques et sociales et des actions centrées sur les dommages physiques ou psychiatriques des produits.

La RDRD est « transversale », et ce qu'on y propose doit être clair dans ses objectifs et réaliste dans ses résultats. La *preuve* fait partie des fondamentaux de la RDR depuis sa naissance, et tous nos efforts à « être avec l'autre » doivent être lus en fonction d'un bénéfice réel pour lui, qu'il soit donc addictologique, somatique, ou social.

Pour l'ensemble des parcours de consommation, le contact avec un professionnel de premier recours est le premier objectif. La RDRD se conçoit comme une prévention – et des interventions – au cours et tout au long du comportement de consommation, ce qui implique des adaptations et des techniques différentes selon les temps de vie de l'usager (qu'il s'agisse d'un consommateur à risque avec ou sans dépendance). Ainsi, « la réduction des risques n'est pas anti abstinence ».

Étant donné qu'il est particulièrement difficile d'inscrire un patient sans domicile fixe dans des soins addictologiques tant l'observance est difficile, l'accès à un domicile devrait précéder la mise en place des soins addictologiques (modèle théorique du *Housing First*), plutôt que de considérer que l'accès au logement doit être conditionné au préalable à une bonne observance des soins. L'accès au logement sans condition est à associer à un accompagnement intensif multidisciplinaire dans l'esprit d'une approche intégrative.

Chez certaines personnes marginalisées, sans hébergement, consommant par exemple des alcools non comestibles ou dans des conditions dangereuses, et étant dans l'incapacité de limiter leurs usages, le fait de créer ou de maintenir du lien et de prioriser la « mise à l'abri » amène à proposer de façon organisée (à l'image des MAP canadiens « *managed alcohol program* ») des boissons dont la quantité, le type et les heures sont convenues. Cette RDRD n'évolue pas dans le champ de la réduction, mais bien dans l'aide à l'aménagement des consommations, dans une prévention des accidents liés à des alcoolisations dangereuses, chez une personne isolée par exemple. Les bénéfices évalués sont sociaux et non addictologiques, et ouvrent des perspectives d'interventions en pratique clinique de façon plus large (« maintenir du lien »).



La dépendance à l'alcool nécessite donc des soins au long cours visant à prévenir les risques de rechute. Or, les soins visant à prévenir la rechute au décours de la phase initiale du traitement sont souvent insuffisants tant en intensité qu'en durée, avec des taux de rechute très élevés, vraisemblablement autour de 40 % à 60 % dans l'année.

Un enjeu majeur est donc l'amélioration de l'observance au long cours afin de prévenir la rechute.

Pour les sujets qui y sont prêts, le sevrage thérapeutique de l'alcool permet de débiter un processus d'arrêt de l'usage complet et durable. En d'autres termes, il n'y a pas d'indication au sevrage dans les situations suivantes : absence de projet de soins au décours du sevrage, absence de désir du patient d'arrêter l'usage de l'alcool, détresse sociale, professionnelle ou émotionnelle actuelle, sans évaluation approfondie préalable des bénéfices attendus de la mise en place d'un sevrage dans ce contexte.

En effet, la balance bénéfice-risque à effectuer des sevrages itératifs sans projet d'arrêt de la consommation au décours n'est pas favorable.

En conclusion

Cette expertise génère plusieurs constats et donne envie d'aller « plus loin ». L'alcool, contrairement au tabac, a gardé une image positive et une place majeure dans les comportements sociaux, en particulier chez les jeunes. Même s'il est clairement facilitateur social et source de plaisirs pour le plus grand nombre, sa consommation est « boostée » par une propagande intensive, à la fois large et ciblée, qui attaque systématiquement toute velléité de contrôle, et par ailleurs met en danger de très nombreux « abuseurs » ou ne pouvant plus réguler leur usage. La distinction doit donc être systématique entre consommateur à faible risque, à risque et dépendant, notion indispensable afin de définir les techniques utilisables.

Le premier axe de cette expertise est donc de dénoncer à nouveau les très importants moyens mis à la disposition de la vente, à tout prix, de l'alcool, sous toutes ses formes, à tout moment de la vie.

L'expertise rappelle par ailleurs, que comme le tabac, l'alcool entraîne beaucoup de dommages, de souffrances, médicales, psychologiques, sociétales. Le risque zéro n'existe pas, renvoyant chacun à sa conception du risque acceptable pour sa vie, sauf si la dépendance altère sa capacité de contrôle. Dans cette logique, elle rappelle les risques liés à toute consommation, et recommande de développer des contre-actions pour informer et prévenir en nommant les reculs dramatiques en termes d'effet de la Loi Évin.

Sur le plan du soin, « révolutionnant » les théories de l'abstinence comme seule voie, de nombreuses publications ou actions au niveau international montrent depuis vingt ans que la réduction des consommations permet de baisser les survenues de pathologies, voire d'atteindre une forme d'équilibre – variable selon les personnes et les moments. Elle est la meilleure réduction des risques et des dommages, pour la majorité des consommateurs à risques, tenant compte de leurs désirs et compétences. Leurs actions doivent se construire avec une bonne définition des objectifs et le respect de la preuve.

Pourtant, la lecture de cette expertise induit un certain niveau de déception ou de frustration, devant le constat du peu d'outils réellement efficaces dans la RDR alcool (contrairement par exemple aux résultats positifs évidents de la disponibilité des seringues et des TSO...), et d'autre part devant le peu d'appropriation par les soignants (et leurs doutes...) des possibilités d'aide. Elle induit aussi, en creux des très nombreuses références, le manque d'imagination et de volonté collectives pour limiter efficacement les méfaits, rappelons-le, individuels et sociaux.

Nous insisterons pour conclure sur l'importance des publications qui font la promotion des rencontres entre soignants, associations et usagers, afin de naturaliser le regard sur « l'autre », de savoir entendre, de savoir proposer.

Paris sportifs, quelle régulation ?

Jean-Pierre Couteron / psychologue au Csapa CJC Le trait d'union, Association Oppélia, Boulogne-Billancourt

À l'occasion du récent championnat d'Europe de foot, les publicités pour les paris sportifs ont attiré l'attention... Sur bien des points, les jeux d'agent partagent les mêmes problématiques que les autres addictions : une grande vulnérabilité des jeunes, des conséquences négatives qui se chiffrent en endettement, une part importante des recettes provenant du pourcentage de personnes les plus en difficulté, etc. Quid de leur régulation ?

Durant le récent championnat d'Europe de foot, l'explosion des publicités a illustré l'augmentation de l'investissement publicitaire amorcé depuis déjà quelques années. Il est ainsi passé de 190 millions d'euros en 2014 à 239 millions d'euros en 2019¹. Cette évolution a conduit les professionnels de l'addictologie et de la santé publique à rappeler leur revendication d'un volet « jeux d'argent » de la loi Évin, afin d'instaurer une régulation de cette pratique potentiellement addictive en jouant des trois outils identifiés : encadrement de la publicité, limitation de l'accessibilité et augmentation des prix.

Il n'est pas inutile, comme pour d'autres « objets d'addiction », d'élargir la focale. Les paris sportifs sont des jeux de hasard et d'argent qui ont leur propre histoire. De leurs origines grecques, puis romaines, pour ce qui est de notre continent, ils ont hérité d'un lien entre l'organisation de compétitions sportives et le pari sur le résultat. Au fil du temps, les sports associés ont changé : aux combats de gladiateurs ou aux courses de char, le moyen-âge ajoutera les joutes ou les défis d'archers, tandis qu'au XIX^e siècle, le pari sur les courses hippiques se développera en France et en Angleterre, accentuant la

¹ Institut Kantar dimension économique. Il concernera autant

les classes sociales les plus aisées que les milieux les plus défavorisés qui y voyaient déjà un moyen de faire fortune.

Un business conséquent

D'activité individuelle, les paris sportifs sont devenus une activité économique générant un business conséquent, avec des enjeux de lobbying qui en découlent. Cette extension des pratiques de pari s'est faite autant par une évolution des lois et mentalités qu'une transformation des techniques. L'État a augmenté les possibilités de jouer aux jeux de hasard et d'argent, pratique différemment considérée par les religions, mais qui lui permet de prélever des taxes. Des loteries avaient traditionnellement pour mission de financer des causes : les loteries royales ont permis de financer la construction de bâtiments, y compris religieux, ou de combler quelques trous budgétaires. La Loterie nationale française, créée par un décret du 22 juillet 1933, voulait venir en aide aux invalides de guerre, aux anciens combattants et aux victimes de calamités agricoles. La loterie du patrimoine s'inscrit dans cette tradition d'une « noble cause » qui atténue la mauvaise image du jeu d'argent. L'arrivée d'Internet dans les





années 1990, permettant le pari en ligne, a accentué l'accessibilité à ces jeux, notamment aux paris sportifs : toute personne possédant un ordinateur et une connexion peut miser depuis chez elle et sur la majorité des compétitions sportives dans le monde. Chacun a accès aux nombreux sites d'analyse et de statistiques pour tenter de gagner. Enfin, le sport professionnel, générant ses propres enjeux économiques, a multiplié les grandes manifestations et championnats, propices aux paris et à leur augmentation. L'ensemble des enjeux financiers s'en sont donc trouvés augmentés. Ainsi, un grand opérateur de paris sportifs vient de devenir partenaire de l'équipe de France de football.

La publicité flirte avec l'interdit

Le récent déchaînement publicitaire a malmené les limites fixées par le décret du 4 novembre 2020 qui interdit de donner une image positive du jeu ou de suggérer qu'il contribue à la réussite sociale. Les messages invitent, en pariant, à « mettre la daronne à l'abri » ou à « basculer dans le *game* ». Une campagne lancée dès l'été 2020 avait habilement précédemment annexé la notion « d'intense », souvent au cœur des enjeux de notre société addictogène, pour la lier au plaisir du pari : « Les matchs de la Ligue 1... deviennent beaucoup trop intenses avec... », le film utilisait l'ambiance visuelle d'un restaurant kebab et sonore d'un *sample* de DJ Snake.

Et en 2019, Winamax avait sorti la campagne publicitaire intitulée « Le nouveau roi », présentant un jeune homme qui porte une chaîne en argent et une casquette à l'envers vissée sur la tête. Il gagne un pari sportif et devient le héros de toute la cité : porté en triomphe, les habitants se prosternent en signe de profond respect sur son passage. Un cowboy fumeur de cigarette avait apporté au tabac l'aura de la nature sauvage, de la liberté et de l'audace, ce jeune gagnant d'un pari sportif risqué veut incarner la nouvelle capacité à provoquer le « respect », comme le décline le slogan « Grosse cote, gros gain, gros respect ». Ces campagnes ciblent un public jeune et jouent sur des valeurs d'argent facile, comme le confirment les slogans des affiches : « Un poteau peut vous rapporter une barre », « Ma devise dans le foot c'est l'argent / But en or, montre en platine / Devenir riche sur un coup de tête » ; « Ici on dépoussière les lucarnes et les comptes en banque ; Ils plantent des buts, je récolte du blé » ; « Obligé de courir après un ballon pour gagner des millions, pauvres joueurs », etc.

Ces campagnes ont pu choquer les uns (voir les réactions d'Addictions France, de la Fédération Addiction, de Rockah Diallo ou les articles de *Libération*² ou du Bondy Blog³). Face aux critiques, l'Autorité nationale des jeux (ANJ) s'est défendue en arguant que ces campagnes avaient été validées dans un contexte de transition, entre la fin de l'Autorité de régulation des jeux en ligne (Arjel) et sa création, en tant que nouvelle institution, sans donc qu'elle ait pu vraiment agir. Elles ont permis au pari de sortir du seul public passionné de sport pour élargir son assise en rencontrant un nouveau public. Le pari est devenu une activité du quotidien dans une approche « lifestyle », « fun » qui le banalise : parier est tendance, un acte social qui permet de vivre ses émotions, bien souvent en communauté. Pour autant, derrière cette image « fun », l'attrait du gain d'argent en quelques clics reste la motivation première, avec ses conséquences négatives évoquées.

En plus des questions marketing et du repositionnement de l'activité paris sportifs dans l'opinion publique, des interrogations sur un traitement différencié des parieurs ont médiatiquement émergé. En quittant un public « averti », amateur de sport, en cherchant à élargir sa base de joueurs pour devenir une pratique sociale parmi d'autres, le pari sportif a dévoilé les particularités de son rapport à l'incertitude, et donc au hasard. Tout amateur connaît la glorieuse incertitude du sport, tout pouvant toujours arriver. La crevasse de l'hyper-favori, le « joursans » ou l'accident musculaire du super champion pondèrent sa supériorité écrasante ; un recrutement hors norme d'une équipe ou l'avance technologique d'une

² https://www.liberation.fr/societe/paris-sportifs-comment-les-operateurs-bloquent-les-joueurs-gagnants-20210702_JXZMB4C2NNA4JP72GJHDXZQXTU/

³ <https://www.bondyblog.fr/societe/dans-les-quartiers-les-paris-sportifs-ont-des-ravages/>

autre peuvent ponctuellement être contredits par un aléa climatique ou un accident... Mais le super champion est quand même plus souvent le gagnant, l'équipe qui a une avance technologique ou un recrutement « hors normes » domine sur la durée.

Illusion de maîtrise

Il est important d'avoir à l'esprit cette différence entre l'aléa du sport et la probabilité du résultat. Elle participe à la particularité des paris sportifs et du sentiment de « contrôle de soi » des parieurs. La connaissance du domaine sportif concerné et/ou la maîtrise des pratiques d'ajustement des cotes par les *bookmakers* des sites, jouent leur rôle dans son illusion de maîtrise, l'une en permettant de savoir quand et comment miser, l'autre en expliquant la disparité des gains pour une même mise selon que le résultat était plus ou moins prévisible – dans les paris à cote fixe, la cote devient définitive au moment où le pari est effectué. Certes, en ligne, le fait de manier un argent dématérialisé tout en étant coupé de repères temporels et loin du regard des autres, la possibilité de jouer sur plusieurs sites en même temps, et, dans le cas particulier des paris en direct, l'excitation qui résulte de l'instantanéité des paris accentuent le risque de perte de contrôle. Mais un connaisseur de sport, bien informé des stratégies de cote, et qui garderait un bon contrôle de soi, serait susceptible de gagner plus régulièrement.

Profitant de cet effet, des pratiques commerciales trompeuses de certains sites de pronostiqueurs (*tipsters*) se sont fortement développées. Or, les sites de jeu en ligne se sont vus accuser de décourager ce type de joueurs, de limiter leurs gains, parfois même en compliquant leur possibilité de jeu. Il en a résulté un combat juridique : ces parieurs plaident le principe de la liberté du consommateur et se prévalant des règles protectrices du droit de la consommation, tandis que l'Association française des jeux en ligne contestait l'obligation de considérer le parieur à l'égal des autres consommateurs. L'affaire est remontée jusqu'au Conseil d'État, dont l'avis du 24 mars confirme que les parieurs, mêmes avertis et habiles, sont des consommateurs comme les autres qu'il n'est pas possible de repousser par des pratiques commerciales déloyales ou des clauses abusives. Et sur un autre versant, c'est la protection des personnes vulnérables qui reste en débat : une ordonnance d'octobre 2019 fait obligation aux opérateurs d'identifier et d'assister les joueurs à risque et problématiques, mais la question reste ouverte quant à la capacité d'un opérateur de jeu d'identifier ce profil de joueurs, dès lors qu'il ne se place pas dans la posture d'un professionnel du soin et du diagnostic.

Un chantier pour réguler

L'ensemble de ces problèmes justifie le processus de régulation que l'ANJ a annoncé fin juillet. Il comporterait 5 chantiers :

Publicité

- Un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre, par les opérateurs, des stratégies promotionnelles approuvées en janvier 2021, l'ANJ se réservant la possibilité de procédures de sanction en cas de non-conformité ;
- Une consultation publique sur la publicité afin d'adresser des recommandations aux acteurs et de proposer de nouveaux outils d'intervention ;
- Une collaboration avec l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité pour émettre d'ici la fin de l'année des lignes directrices précises et opérationnelles sur la publicité.

Gratification

- Une étude des pratiques du marché français et de celles des autres pays européens afin de définir des conditions de gratifications « raisonnables », conformément au cadre de référence, et d'évaluer l'opportunité de renforcer l'encadrement ou la limitation de ces offres.

Identification et accompagnement

des joueurs excessifs

- Organisation d'un séminaire scientifique sur une définition commune et robuste du jeu excessif ou pathologique à l'ensemble des acteurs ;
- Contrôles suite aux plaintes de joueurs problématiques qui n'auraient pas été détectés par les opérateurs et qui auraient été encouragés à continuer à jouer *via* l'octroi de gratifications commerciales.

Limitation des mises

- Une actualisation de la recommandation de l'Arjel de 2017, encadrant plus strictement les limitations de mises, sera proposée aux membres du collège de l'ANJ en septembre avant de mener des actions de contrôle et, le cas échéant, de sanction.

Tipsters avec un contrôle de leur pratiques

À l'issue de ce processus, « ce sera ensuite au régulateur de porter des recommandations équilibrées et efficaces, reposant sur un pacte social partagé par tous », a indiqué Isabelle Falque-Pierrotin, présidente de l'ANJ.

Faut-il légaliser le cannabis ?

Dans ce petit ouvrage, en nombre de pages, d'une grande densité de contenus, les auteurs ne nous donnent pas des clefs mais un trousseau complet pour tout comprendre du débat, complexe, sur la légalisation du cannabis. La dépénalisation du cannabis conduit-elle à une augmentation de la consommation ? Fait-elle disparaître le marché noir ? S'accompagne-t-elle d'une explosion des troubles mentaux ? Que nous disent les expériences étrangères, à géométrie variable, de sortie de la prohibition ? Quelles sont les dix politiques de remplacement du *statu quo*, de la plus répressive à la plus libérale ? Autant de questions délicates auxquelles les auteurs apportent des éléments de réponse.

Pour les Nuls... pas par les Nuls, en tout cas !

Derrière ces titres et sous-titre d'édition rebattus, ce sont Renaud Colson et Henri Bergeron qui « s'y sont collés ». D'illustres connaisseurs du champ des addictions. Le premier est maître de conférences à l'université de Nantes et membre du laboratoire Droit et Changement social (UMR CNRS 6297). Ses recherches portent sur le droit pénal comparé, l'histoire de la criminologie et la politique des drogues. Le second est directeur de recherche au CNRS et du programme Santé du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, coordinateur scientifique de la Chaire santé de Sciences Po et vice-président du comité scientifique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Son « champ » de recherches porte sur les politiques publiques de santé.

Plan ternaire classique

Le livre est divisé en trois parties : la première présente le cannabis et la manière dont il est traité par le droit, la deuxième expose les principaux arguments en faveur et défaveur de la légalisation de cette drogue, la troisième donne des pistes de politiques de remplacement du *statu quo*, des conseils stratégiques et des leviers réglementaires pour une légalisation contrôlée. Les chapitres sont

saupoudrés de citations, règles juridiques déterminantes, chiffres précis sur les usages, le marché et la réglementation du cannabis, faits étonnants, et points terminologiques à préciser, « appelés » par des icônes spécifiques qui font « tilt » immédiatement. Et permettent, en un feuilletage rapide, de retrouver des faits et propos saillants pour accrocher l'attention. Une vraie boîte à outils, non *Pour les Nuls*, mais pour celles et ceux qui auraient, par exemple, une intervention publique à concocter !

Fini le tabou

Aujourd'hui, la question de la légalisation, *ça fait débat*, dans de très nombreux pays du monde, parce qu'elle ne peut plus être taboue : en raison, d'abord, de l'importance des consommations. Comme on le sait, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au monde : l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estimait, en 2019, à 4 % la part de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans à en avoir consommé au moins une fois dans l'année (soit 188 millions de personnes). *A fortiori*, en France, où l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a rapporté, la même année, que 18 millions de personnes l'avaient expérimenté, qu'1,5 million en étaient des usagers réguliers et 900 000 quotidiens. Et le niveau d'usage chez les jeunes de 16 ans demeure en France parmi les plus élevés d'Europe. Pour un pays qui conserve l'une des politiques répressives les plus « serrées » du continent, « *le paradoxe* » montre assez leur inadéquation !

Fini le tabou, ensuite, en raison d'une meilleure connaissance scientifique des effets du produit et du réexamen de la politique publique dans de nombreux pays : la cannabis médical fait son grand retour un peu partout, même en France, bien timidement : en 2021, nous disent les auteurs, plus de 35 États américains (sur 50) avaient mis en place des dispositifs d'accès au cannabis thérapeutique, et 13 autorisaient la consommation de préparations à base de CBD à des fins médicales. Et sa généralisation est bel et bien en marche dans la plupart des pays de l'Union européenne.

Quant à la légalisation, contrôlée, de l'usage récréatif, elle a gagné, dans bien des pays, des grandes parts de « marché » : le plus souvent, à la faveur de référendums d'initiative populaire, comme aux États-Unis, ou pilotée par un État souverain comme en Uruguay ou au Canada. Ainsi, en 2020, ce marché américain du cannabis légal,



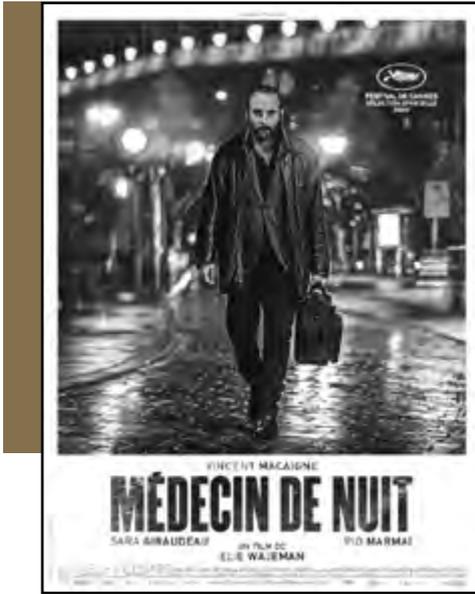
Faut-il légaliser le cannabis ?

Renaud Colson et Henri Bergeron

First Éditions, Pour les nuls, 120 pages, 8,95 euros

médical et récréatif, qui faisait travailler 250 000 personnes à temps plein, était estimé à 15 milliards de dollars !

Dans ces conditions, impossible de continuer à cacher... les feuilles, la résine et les huiles sous le tapis ! Même *chez nous*, la question du statut légal du cannabis est passée par là et plus personne n'entend s'en débarrasser d'un simple coup de balai démagogique ! L'Assemblée nationale a même créé une mission parlementaire sur ce sujet et a remis son rapport le 4 mai dernier. Celui-ci défend « la légalisation avec un contrôle de l'État », et fait référence, à de nombreuses reprises, à l'ouvrage de nos deux auteurs. C'est dire...



Médecin de nuit

Un film de Elie Wajeman, sortie juin 2021

Ça commence par une prescription express de Subutex dans une vieille Volvo break. Drôle d’endroit pour une consultation... Mikaël est médecin de nuit et soigne à domicile les bobos nocturnes, plus ou moins importants, des habitants du 19^e arrondissement de Paris. Mais par souci d’attention aux usagers de drogue du nord-est parisien, il accepte, en marge de son travail pour SOS Médecins, de distribuer, en veux-tu en voilà, des ordonnances de Subutex. Il fait ainsi le jeu de son cousin pharmacien, mêlé à un trafic de médicaments de substitution aux opiacés... Les choses vont se compliquer quand, sous le coup d’une inspection, Mikaël explique

à son cousin qu’il veut mettre le holà sur les ordonnances et affirme son refus de prescrire du Fentanyl. Sa dernière nuit de garde sera l’occasion de questionner son manque de disponibilité familiale, ses aventures extraconjugales mais aussi son engagement professionnel... Les usagers de drogues ne sont ici que de passage, mais gagnent en humanisation grâce à ce médecin de nuit qui saura finalement proposer ses services à Médecins du monde pour approfondir un accompagnement réservé jusqu’à présent aux détenteurs de cartes Vitale en nombre illimité...



Will

Un roman de Will Self Éditions de l’Olivier, mars 2021

Si Will Self, journaliste et romancier, a écrit ce récit autobiographique à la troisième personne, c’est qu’il tient à différencier l’homme qu’il était de celui qu’il est devenu. Il veille à ne surtout pas édulcorer, par orgueil, les souvenirs qu’il garde des événements, pas toujours valorisants, et tente de les retraverser avec objectivité et sans complaisance... « *Admirant* » désormais les drogues « *de loin* », Self revient sur son parcours de jeunesse, entre ses 17 et 25 ans, imprégné d’une culture underground londonienne perfusée aux usages d’héroïne, substance devenue incontournable à la fin des années 1970... Cinq périodes

jalonnent ce parcours, entre 1979 et 1986, autant d’épisodes de vie où défonce et abstinence, forcée ou recherchée, se tirent dans les pattes. Désirant échapper à un environnement familial petit-bourgeois, Will s’essaie à 17 ans à l’usage d’amphétamines (« Les meilleurs 50 pence que j’aie jamais dépensés »). Suivront des usages « immodérés » de cocaïne, de morphine et d’héroïne, portés par cette injonction maternelle gravée en lui depuis sa tendre enfance : « Ne pas gaspiller pour ne pas manquer. » Le manque, il faudra souvent faire avec malheureusement, les overdoses aussi, et enfin la « rehab »...



La loi de Téhéran

Un film de Saeed Roustayi, sortie juillet 2021

Le titre original de ce film est « 6,5 », comme le nombre, en millions, d'usagers de drogues répertoriés en Iran. Tous ces usagers sont soumis à la même loi, celle d'un régime qui ne transige pas avec les usages et surtout le trafic. Au-delà de trente grammes, c'est la peine de mort qui s'applique. Alors, puisque pour cette quantité on risque sa vie, pourquoi pas viser plus haut et satisfaire ses frustrations d'enfant, nous confie Nasser Khakzad, chef de réseau sujet de toutes les attentions de la brigade des stupéfiants de Téhéran. Samad Majidi, directeur du service, est un homme intègre qui ne veut surtout pas tomber dans le piège de la corruption et souhaite plutôt mener la danse quand il s'agit de régler ses comptes avec les dealers. Pour que la confrontation ait lieu entre les deux hommes, il faudra remonter toute la filière, de l'usager des rues à l'ex-fiancée du gros bonnet, en passant par un dealer de quartier

et des mules obèses passant tout juste les portiques aéroportuaires pour faire voyager *in corpore* une quantité non négligeable de produits... La substance dont il est question ici est le crack. Les lieux de consommation se confondent avec les lieux de vie à ciel ouvert où des familles entières s'entassent pour tirer sur des pipes à crack ou chasser le dragon à longueur de journée. À l'écran, les usagers se comptent par centaines, entassés et parqués aussi bien dans leur bidonville que dans des geôles collectives déshumanisantes... N'attendez pas ici, de la part des forces de l'ordre ou de la justice, au vu du traitement expéditif réservé aux consommateurs et dealers, la moindre compassion ou traitement de faveur... « Quand je suis arrivé dans le service, il y avait un million de drogués, maintenant il y en a 6,5 millions », nous explique le chef de la brigade des stups. Combien de Nasser Khakzad faudra-t-il arrêter, aussitôt remplacé, pour qu'un chiffre toujours en hausse, baisse enfin ? À cette question, la loi de Téhéran ne répond que par un acharnement qui n'a que faire du respect des droits fondamentaux des citoyens, en l'occurrence des usagers et dealers de drogue...



Coupable de tout

Un recueil de textes de Herbert Huncke Éditions Poche Points Seuil, juin 2021

« *Man, I'm beat!* » Ces mots sont ceux que Kerouac fera surgir de la bouche d'Herbert Huncke à la fin des années cinquante. Huncke, un auteur que l'on associe facilement à Burroughs, Ginsberg, Kerouac ou Cassidy, même s'il n'est pas aussi connu que ces derniers. Et pourtant, il influencera ses contemporains qui sauront l'introduire en personnage de fiction dans leurs récits romancés respectifs... L'ouvrage qui nous est proposé ici est une réédition d'une compilation de textes : courtes nouvelles, récits de vie, rencontres, entretiens et journaux intimes, écrits accordant à cet écrivain bourlingueur

et galérien une reconnaissance tardive... Il est question d'usages réguliers d'amphétamines, de cannabis, de morphine ou d'héroïne dans le New York des années 1940 à 1960, celui qui a su faire la part belle aux membres de la Beat Generation dont était Herbert Huncke. Cet écrivain à la marge a organisé une partie de son parcours de vie autour de la quête de produits, quête propice à la rencontre d'un monde interlope, prêt à croquer la grosse pomme psychoactive, mais l'invitant aussi à voler à la tire ou dealer régulièrement, ce qui lui vaudra malheureusement quelques séjours derrière les barreaux... Herbert Huncke est mort en 1996 à l'âge de 81 ans.

Sommaire

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Christelle Destombes

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Fabrice Olivet
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Charles Roncier

Ont collaboré à ce numéro
Yann Bisiou
Véronique Latour
Jean Nicolas Westenberg

Réalisation graphique
Céline Debrenne
Impression
Le réveil de la marne
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone
Ingrid Delhaye : 01 56 01 74 12
contact@vih.org
www.vih.org/kiosque

En partenariat avec

îledeFrance
prévention | santé | sida

SOS
addictions
en parler autrement, agir autrement

Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



et des laboratoires

INDIVIOR

ViiV
Healthcare

Brèves / 4

Crack : toujours l'urgence

Le drame du crack au risque des médias / 6

L'émergence des scènes ouvertes de la drogue à Paris dans les années 1980-1990 / 9

L'Inserm valide les salles de consommation / 14

Espace de consommation supervisée au sein d'un Caarud / Retour d'expérience à Bordeaux en temps de Covid / 17

Crack, la RdR au point mort / 21

L'expression des attentes et des besoins des usagers de crack / 23

De quoi le crack est-il le nom ? / 25

Prise en charge des usagers de cocaïne et de crack au Canada / Retour d'expérience / 27

Vingt ans de guerre américaine à la drogue en Afghanistan : entre cynisme et fiasco / 30

Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool / 34

Paris sportifs, quelle régulation ? / 41

Publications / 44

Les articles
de *Swaps* peuvent
être consultés
sur vih.org