



SWAPS

RdR

**de la
diabolisation
à l'oubli**

La revue sur la réduction des risques, les drogues et la santé des usagers N° 110 / Été 2025

Usagers :
de la diabolisation
à l'oubli / 13

L'aide-mémoire
sur la RdR (réédition) / 15

Les salles
de consommation
mobilisées / 18

La halte soins addictions :
un dispositif très évalué / 21

Adversité dans le travail
de réduction des risques / 23

RdRD ? des pratiques
professionnelles à risques / 26

« Réduction des méfaits » :
Canada, terre promise hier,
terre fragile aujourd'hui / 29

Récréatif ou thérapeutique,
le cannabis en question / 31

1989-2024,
Safe a 35 ans / 6

Soumission chimique,
les petits pas / 9

La loi
sur le narcotrafic
adoptée / 11

Marché des drogues :
le règne incontesté
de la « Reine Coco » / 35

Brèves / 2

Publications / 38

Édito / 44

BRÈVES

FRANCE

Cannabis médical, l'attente

Le ministère de la Santé a annoncé le 20 mars 2025 que les textes définissant le cadre de production et d'autorisation du cannabis à usage médical ont été notifiés à la Commission européenne. Il s'agit de trois textes portant sur le cadre du futur dispositif (demande d'autorisation, évaluation, pharmacovigilance, circuit etc.); les critères de qualité et de sécurité des médicaments à base de cannabis; les modalités de culture du cannabis à usage médical sur le territoire national. Cette notification ouvre une période de *statu quo* de trois mois durant laquelle la Commission et les États membres pourront examiner les textes et émettre des observations. En l'absence d'objections majeures (qui prolongeraient la période de *statu quo* de trois mois supplémentaires), ces textes pourraient être publiés dans les prochains mois, après leur examen par le Conseil d'État.

C'est un ouf ! temporaire de soulagement pour les quelque 2 500 patients enrôlés dans l'expérimentation de l'usage médical du cannabis mise en place en mars 2021. Car jusqu'au 31 mars 2026, leur prise en charge sera assurée dans les mêmes conditions et à titre exceptionnel avec les médicaments ayant été autorisés au titre de l'expérimentation.

Le ministre de la Santé, Yannick Neuder, qui a indiqué ne pas avoir de « tabou » sur la voie thérapeutique du cannabis, a une position « très claire et très ferme : c'est non au cannabis récréatif. »

<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/cannabis-a-usage-medical>

Légalisation du cannabis, les « pour » Les écolos

La dépénalisation des drogues fait l'objet en cette année 2025 de nombreuses propositions... D'une part, le groupe écologiste du Sénat, dont Anne Souyris, ancienne adjointe à la santé à la mairie de Paris, a déposé une proposition de loi le 27 janvier « relative à la dépénalisation de l'usage de drogues pour mieux soigner les personnes dépendantes et apaiser l'espace public des députés ». Son article unique vise à redresser l'arsenal législatif français du côté de la prévention et du sanitaire, en s'inspirant du modèle portugais qui a dépénalisé l'usage de toutes les drogues en 2021. Constatant que la France est le pays européen le plus consommateur de cannabis, que la « répression XXL » échoue à contrer, que les dépenses liées à la répression (1,72 milliard d'euros) pourraient être mieux affectées, le texte propose de dépénaliser le simple usage de drogues. L'objectif est de désengorger les services de police et de justice – qui pourraient se concentrer sur leurs missions prioritaires et lutter contre le narcotrafic – et de se concentrer sur la santé publique. Ainsi, une commission médicosociale serait chargée d'évaluer la situation sociale et sanitaire de l'usager-e, et de lui proposer des soins en lieu et place de la pénalisation actuelle. La PPL est déposée, en attendant qu'elle soit inscrite à l'agenda...

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl24-272.html>

LFI et EPR ensemble

De leur côté, les députés Antoine Léaument (LFI) et Ludovic Mendes (EPR) ont déposé un rapport le 17 février à l'Assemblée nationale, formulant 46 propositions pour lutter contre les trafics de stupéfiants. Parmi elles, la suggestion de la légalisation du cannabis « à la française », c'est-à-dire en créant une agence publique chargée d'encadrer la culture et la vente de cannabis en attribuant des licences à des agriculteurs, des revendeurs, des pharmacies, voire des « clubs cannabiques ». Le rapport propose aussi de permettre la culture d'un nombre encadré de plants de cannabis à domicile ou de dépénaliser la détention de moins de trois grammes de cocaïne et d'agir contre la corruption dans les entreprises en créant un statut de lanceur d'alerte. Ceci dans un premier temps, car les « rapporteurs proposent d'aller plus loin en engageant une réflexion sur l'encadrement de l'ensemble des substances psychoactives ». Notant que « la prévalence de l'usage dans l'année de la cocaïne de l'ecstasy/MDMA, des champignons hallucinogènes, de l'héroïne et autres amphétamines a plus que doublé dans la population entre 2014 et 2023 », ils suggèrent « une dépénalisation simple de leur usage et de leur détention afin de concentrer l'action répressive sur les trafiquants. »

À l'instar de la proposition écologiste, les deux députés ont dans le viseur la santé publique. « Il faut redonner sa place, dans la lutte contre les trafics de stupéfiants, au ministère de la Santé, qui sera selon nos préconisations, chargé de la nomination de l'agence de régulation du cannabis », ont-ils déclaré au *Monde*.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion_lois/117b0974_rapport-information#_Toc256000119

https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/02/17/drogues-tuer-les-trafics-passe-par-la-legalisation-c-est-le-meilleur-moyen-d-assecher-le-marche-illicite_6551212_3224.html?random=1629083739

Et pendant ce temps, les consommations flambent

Selon la dernière étude de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), la demande de cocaïne n'a jamais été aussi forte en France :

1,1 million de personnes en ont consommé au moins une fois en 2023.

Même si le cannabis reste la drogue la plus consommée, avec plus de cinq millions d'usagers répertoriés dans le pays. Les drogues de synthèse poursuivent leur percée, les consommateurs de MDMA sont passés de 400 000 à 750 000 personnes entre 2019 et 2023.

<https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>

Choc

Ces propositions vont à l'encontre des actions du ministre de l'Intérieur Bruno Retailleau, qui a lancé début février une campagne pour culpabiliser les consommateurs (<https://www.youtube.com/watch?v=51RtigSvIuI>). Ou de son collègue Gérald Darmanin, à la Justice qui envisage de créer un quartier de haute sécurité dans la future prison de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane, pour y incarcérer « les profils les plus dangereux du narcotrafic ».

Recréer le sinistre bagne n'a pas plu aux élus locaux et de la Collectivité territoriale de Guyane, qui reprochent par ailleurs un manque de concertation. « C'est une insulte à notre histoire, une provocation politique et une régression coloniale. Faire de la Guyane un bagne 2.0 pour les narcotrafiquants, les fichés S et les terroristes, c'est faire le choix du mépris, a écrit le député Jean-Victor Castor sur les réseaux sociaux. C'est exposer sciemment notre population à des risques majeurs. C'est instrumentaliser notre territoire comme un outil de communication électorale. »

Depuis, le ministre de la Justice a exclu que ce quartier accueille des détenus venus de l'hexagone... La prison, prévue dans l'Accord Guyane 2017 pour désenclaver le centre pénitentiaire de Rémire devait initialement ouvrir en 2026. Elle est désormais prévue pour 2028, après les élections présidentielles.

https://www.lemonde.fr/comprendre-en-3-minutes/video/2025/05/30/c-etait-quoi-le-bagne-de-guyane-comprendre-en-trois-minutes_6609258_6176282.html



BRÈVES

FRANCE

MDM attaque l'État pour « inaction »

« Médecins du monde, aux côtés de plusieurs autres associations, exprime aujourd'hui une profonde inquiétude quant à l'avenir des programmes de réduction des risques. Les HSA, encore en phase d'expérimentation jusqu'en décembre 2025, n'ont aucune garantie de pérennisation. Bien au contraire, les récentes décisions des autorités, comme le refus d'ouvrir une HSA à Marseille, laissent présager une volonté de faire reculer un dispositif pourtant reconnu par différents rapports scientifiques et répondant à un besoin crucial. » C'est en ces termes que Jean-François Corty, président de Médecins du monde, qui travaille depuis quarante ans avec et pour les usagers de drogue, introduit les deux recours en contentieux que l'association a déposés contre l'État le 14 avril dernier. Le premier porte sur la pérennisation des haltes soins addictions et le second, cosigné par Aides, porte sur la reprise de projets arrêtés à Lille et Marseille, ou suspendus comme à Lyon et Bordeaux. « L'État doit enfin prendre ses responsabilités et mettre en œuvre une véritable politique de réduction des risques, pour que chaque personne puisse accéder de façon indiscriminée aux soins nécessaires à son bien-être et à sa sécurité », insiste Jean-François Corty.

https://www.medecinsdumonde.org/press_release/

[haltes-soins-addictions-medecins-du-monde-attaque-letat-en-justice-pour-inaction/](#)

MONDE

Belgique

La police belge a annoncé le démantèlement d'un réseau lié au trafic de cocaïne entre la Colombie et l'Europe, le 27 mai. La marchandise transitait par le port du Havre, en Normandie, où une importante saisie de drogue a été réalisée, les douanes mettant la main sur 667 kg de cocaïne. L'enquête avait démarré en 2022 avec l'interception par des policiers belges de données suspectes partagées sur la messagerie cryptée Sky ECC. Elle a révélé l'existence d'« une organisation criminelle italo-albanaise » avec des ramifications dans au moins six pays européens dont l'Allemagne, la France et l'Italie. C'est en Belgique qu'un laboratoire clandestin a été démantelé et des véhicules, dans lesquels étaient aménagées des caches pour transporter la drogue, saisis. La police belge a salué l'implication des *Carabinieri* italiens et des autres partenaires européens dans ces investigations coordonnées par l'agence Europol, qui ont permis l'arrestation de quatorze personnes.

UNION EUROPÉENNE

Un inhalateur d'extrait de cannabis reconnu dispositif médical en Union européenne

Curaleaf, fournisseur international de produits de consommation à base de cannabis, a annoncé la certification de son nouveau dispositif médical d'inhalation de liquide portatif pour l'administration de cannabinoïdes. Développé en collaboration avec l'entreprise Jupiter Research, le dispositif a obtenu la certification de dispositif médical de classe IIa de l'Union européenne en vertu du règlement (UE) 2017/745. « L'obtention de la certification médicale de l'UE est plus qu'une étape réglementaire – c'est un signal que l'innovation dans le domaine du cannabis médical est en train d'entrer dans le courant dominant des soins de santé mondiaux », a indiqué Boris Jordan, le directeur général de Curaleaf.

ÉTATS-UNIS

Antalgique non opioïde

Les autorités américaines ont autorisé un médicament antidouleur, a priori sans risques addictifs, qui cible un nouveau mécanisme pour la prise en charge des douleurs aiguës modérées à sévères. Journavx (suzetrigine), développé par le laboratoire américain Vertex, cible une voie de signalisation de la douleur impliquant les canaux sodiques du système nerveux périphérique, selon la *Food and Drug Administration* (FDA). C'est le premier antalgique non opioïde approuvé par la FDA, qui cherche des alternatives aux opioïdes, responsables d'une crise majeure dans le pays. « Une nouvelle classe thérapeutique d'analgésiques non opioïdes pour la douleur aiguë offre la possibilité d'atténuer certains risques associés à l'utilisation d'un opioïde pour la douleur et offre aux patients une autre option de traitement », a ainsi souligné la directrice par intérim de la FDA, Jacqueline Corrigan-Curay.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-novel-non-opioid-treatment-moderate-severe-acute-pain>

COLOMBIE

Légalisation du cannabis

« Je demande au Congrès colombien de légaliser la marijuana et de sortir cette culture de la violence. L'interdiction de la marijuana en Colombie n'apporte que de la violence », a écrit Gustavo Petro, le chef d'État colombien, sur X début mars. Il a lié cette question à des préoccupations plus larges concernant le crime organisé : « La chute de Namoussir Mounir [Marocain maillon du trafic entre la Colombie, le Mexique et l'Europe arrêté fin février, NDLR], un lien entre les cartels colombiens et mexicains et les cartels des Balkans, [...] montre le degré de multinationalisation des mafias de la cocaïne. »

Le dirigeant de gauche avait déjà proposé en 2022, au début de son mandat, d'étendre les permis pour l'usage du cannabis. La Colombie a légalisé le cannabis médical en 2016, mais son usage récréatif reste interdit. En tant que premier producteur mondial de cocaïne, le pays est confronté à des défis complexes entre réforme de la politique des drogues, application de la loi et pression internationale pour réduire le trafic.

<https://x.com/petrogustavo/status/1896184180909740416?>

CPI

Rodrigo Duterte arrêté

Visé par un mandat d'arrêt de la Cour pénale internationale, Rodrigo Duterte, ancien président philippin de 2016 à 2022, a été arrêté le 11 mars à l'aéroport de Manille. Il fait l'objet de poursuites pour la lutte sanglante contre le trafic de drogue qu'il a menée à partir de 2016, faisant entre 12 000 et 30 000 victimes selon la CPI. L'ancien président a mené des opérations antidrogue, qui se sont révélées des opérations antidrogués... appelant les forces de l'ordre à tuer les « trafiquants ». Les données officielles publiées par les Philippines font état de plus de 6 000 personnes tuées lors de ces opérations, les procureurs de la CPI évaluent que le nombre de morts se situe entre 12 000 et 30 000.

NOUVELLE-ZÉLANDE

Psilo autorisé pour traiter la dépression

La Nouvelle-Zélande a annoncé mi-juin avoir donné son feu vert à l'usage médical de la psilocybine, composé naturellement présent dans certains champignons hallucinogènes, dans l'espoir de lutter contre la dépression.

« La psilocybine reste un médicament non approuvé, mais un psychiatre très expérimenté a été autorisé à la prescrire à des patients souffrant de dépression qui résiste au traitement », a déclaré le vice-Premier ministre David Seymour dans un communiqué. « C'est une avancée considérable pour les personnes atteintes de dépression qui ont tout essayé et qui souffrent encore », a-t-il ajouté.

Seuls des psychiatres ayant été impliqués dans des essais cliniques sur la psilocybine pourront à leur tour prescrire cette substance à leurs patients, selon un protocole très strict. En 2023, l'Australie avait autorisé à des fins médicales les champignons hallucinogènes, mais aussi l'ecstasy, afin de lutter contre certaines pathologies mentales.

1989-2024, Safe a 35 ans

Florence Arnold-Richez / Swaps

Né en 1989, Safe célèbre 35 ans d'engagement pour la réduction des risques. L'association publie un document retraçant son histoire depuis l'implantation des premiers distributeurs de seringues dès 1994 jusqu'au programme de prévention complet.

Safe naît d'une initiative militante pour lutter contre le VIH, indique le document édité pour le 35^e anniversaire de l'association¹, qui a vu le jour grâce à des professionnels qui, avant que ce ne soit autorisé par la loi, ont décidé de faciliter l'accès inconditionnel et gratuit aux matériels stériles d'injection pour les personnes qui consomment des drogues. Depuis trente ans, elle gère 300 automates qui délivrent des kits de matériels de prévention en France. Au fil des années, Safe a construit son action autour de quatre engagements :

- l'accès à la réduction des risques pour tous ;
- la performance des outils mis à disposition des usagers pour mieux lutter contre les contaminations et prévenir les dommages liés aux consommations des drogues ;
- le renforcement de la capacité à vivre en bonne santé ;
- l'engagement sociétal et le plaidoyer pour l'amélioration des politiques de santé.

En 2009, elle s'associe au « collectif du 19 mai » pour l'ouverture à Paris d'une salle de consommation à moindre risque. En 2011, vingt ans après les premiers programmes d'échange de seringues, cinq ans après la création des Caarud (centres d'accueil et d'accompagnement à la RdR pour les usagers de drogues), elle ouvre son programme de RdR à distance (RdRAD), qui délivre, par envoi postal, du matériel de consommation de drogues à moindre risque avec un service d'accueil et d'orientation.

Objectif : offrir aux usagers de drogues une prévention à domicile, surtout ceux habitant en zones rurales et semi-rurales, qui ne peuvent pas ou ne veulent pas fréquenter les Caarud et Csapa, mais aussi, par exemple, les sportifs ou ceux qui sont en traitement pour une transition de genre.

Des kits d'injection au programme de prévention complet

En 2018, l'association lance le dépistage à distance du VIH et VHC, élargi depuis au VHB et à la syphilis, pour permettre le prélèvement à domicile, puis l'envoi postal du test dans un laboratoire. Le résultat est donné par téléphone à l'utilisateur par un médecin partenaire de Safe, ou choisi par l'utilisateur. Le parcours d'entrée en soins est préparé par l'association.

Le programme RdRAD, qu'elle anime, mis en œuvre en coordination avec onze autres structures régionales, a donc vite évolué vers un dispositif complet, avec l'ajout de nouveaux services : supports d'information « *Les experts RdR* », orientation vers les Csapa et Caarud, études et recherches pour évaluer et adapter les stratégies de réduction des risques, conception de nouveaux outils, récemment mise au point du site www.naloxone.fr de formation en ligne pour la diffusion de la naloxone pour lutter contre les surdoses d'opioïdes, soutenu par plusieurs associations et l'État* (...), analyse des produits...

¹ https://www.safe.asso.fr/images/Documents/250406_35%20ans%20safe.pdf

* Retrouver les 35 ans d'histoire, de luttes et d'engagement contre le VIH et les hépatites, les dommages liés aux pratiques à risques, les décès par surdose. Mais aussi les résultats de 35 ans de recherche participative pour innover en réduction des risques : safe.asso.fr

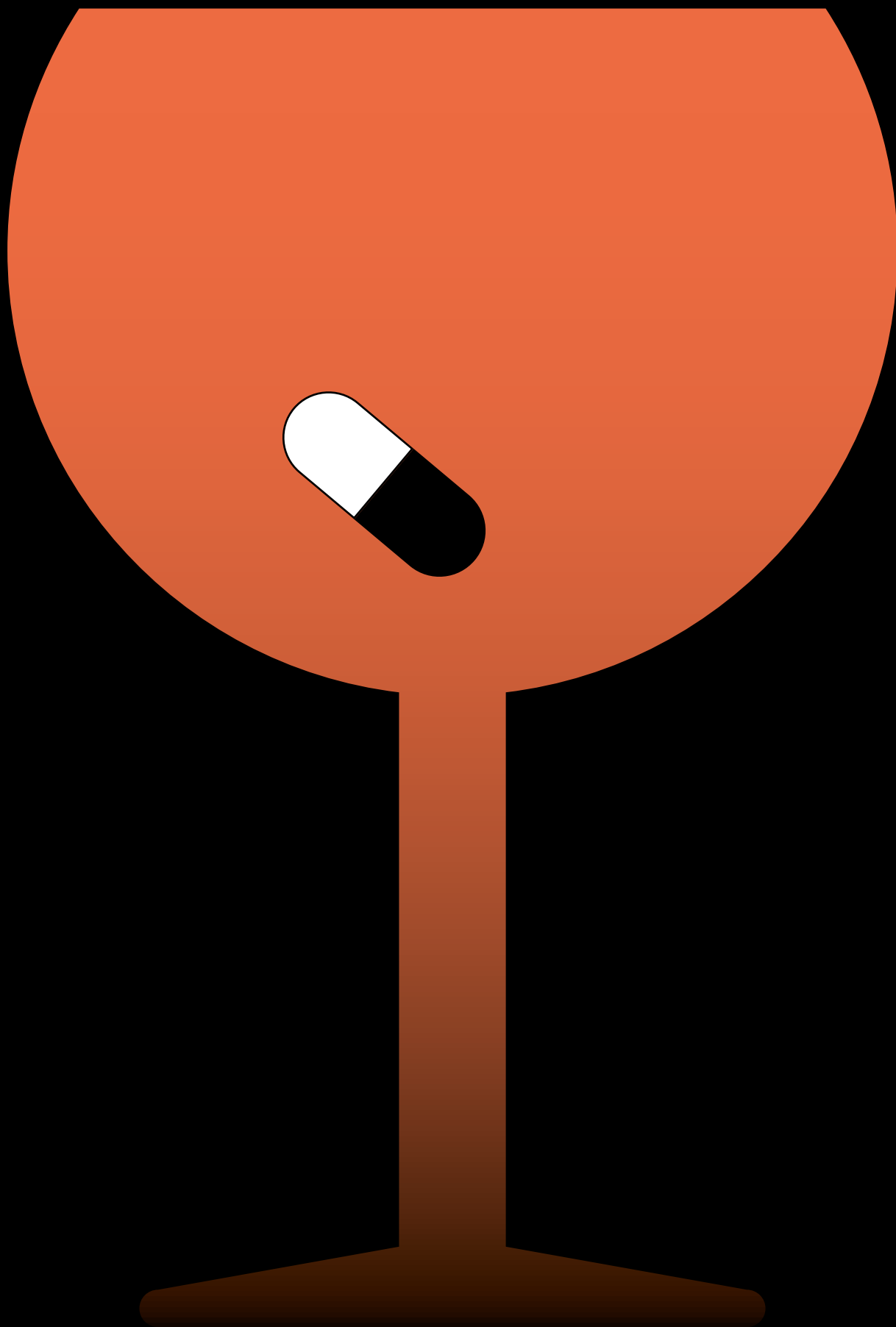
Safe accompagne aujourd'hui près de 1 500 usagers et propose plus de 120 outils de consommation et de réduction des risques, pour l'injection, l'inhalation, le sniff, le *plug*, la RdR sexuelle, etc.

Un engagement dans la recherche

Safe s'appuie sur des recherches-actions avec des équipes de RdR, des chercheurs et des pairs, afin de fournir le matériel de RdR adapté aux produits. C'est ainsi qu'elle a fait évoluer les trousses de prévention pour les usagers de drogues injecteurs, fait produire et expérimenter une crème cicatrisante adaptée aux injecteurs de drogues, fait évoluer les dispositifs d'inhalation du crack pour limiter les risques d'infection pulmonaire ou produit un kit d'atomisation nasale, moins abrasif pour les muqueuses...

Ces différents projets ont pu donner lieu à publication et à présentation dans des colloques. Dernier projet, en cours d'évaluation : le recours à une consultation infirmière pour accompagner les consommations de drogues et prendre en charge les dommages liés aux pratiques, notamment auprès des chemsexuels (voir *Swaps* spécial chemsex).





Soumission chimique, les petits pas

Christelle Destombes / Swaps

Comment mieux prendre en charge les victimes de soumission chimique ? Après la forte médiatisation du procès Pelicot, et l'augmentation des signalements post-covid, le sujet fait l'objet de diverses initiatives afin d'être suffisamment considéré par les différentes institutions et aboutir à une meilleure prise en charge des victimes. Mais à petits pas...

L'affaire des viols de Mazan, ou le procès d'un homme ayant soumis sa femme aux viols de plusieurs hommes après l'avoir droguée, mais aussi l'affaire Guerriau, ce sénateur accusé d'avoir drogué la députée Modem de Loire-Atlantique Sandrine Josso lors d'une soirée privée, ou encore les dénonciations sur les réseaux sociaux de pratiques de soumission dans les espaces festifs (#Balancetonbar, #MetooGHB...)... La soumission chimique est devenue un phénomène qui interpelle la société et les pouvoirs publics.

Former la police

Ainsi, la Défenseure des droits a été saisie par une femme de 30 ans se plaignant de l'absence d'ouverture d'une enquête préliminaire par les policiers, alors qu'elle présentait un « faisceau d'indices (femme seule, sans souvenir, désespérée...) pouvant laisser soupçonner une agression sexuelle avec une soumission chimique ». Dans sa décision n°2024-215 du 23 décembre 2024, la Défenseure des droits insiste sur la nécessité « au regard de l'enjeu public majeur que représente la détection d'une agression sexuelle en cas de soumission chimique, que des mesures efficaces soient prises en vue d'améliorer les techniques de détection de la soumission chimique,

notamment en sensibilisant les services de police dans le cadre de leurs formations et en facilitant l'accès à des kits de détection dans les commissariats de police, les brigades de gendarmerie et les unités médico-judiciaires »¹. Pour une démarche proactive de la part des

policiers, la « Défenseure des droits recommande au ministre de l'Intérieur et au ministre de la Justice que des mesures efficaces soient prises en vue d'améliorer les techniques de détection de la soumission chimique ».

Rembourser les tests de dépistage

L'article 68 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 favorise quant à lui la réalisation d'analyses toxicologiques, en permettant leur remboursement par l'assurance maladie, ceci « à titre expérimental et pour une durée de trois ans ». Il s'agit des « tests et analyses, permettant de détecter un état de soumission chimique résultant des faits mentionnés à l'article 222-30-1 du code pénal, même en l'absence de plainte préalable, pour améliorer la prise en charge, y compris psychologique, des victimes potentielles ». Un décret, pris au plus tard le 1^{er} juillet 2025, définira les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation qui sera menée dans trois régions². C'est une avancée importante, car les analyses toxicologiques pour détecter les substances utilisées ne peuvent être réalisées que dans des laboratoires de toxicologies experts, avec un coût élevé (jusqu'à 1 000 euros) selon Elsa Supiot, professeure en droit privé à l'université d'Angers³. Ces analyses ne sont remboursées qu'en cas de dépôt de plainte. Or, ces tests doivent être réalisés dans de brefs délais, la plupart des produits utilisés étant éliminés rapidement de l'organisme (le GHB disparaît par exemple en moins de 24 heures) et les victimes, choquées, peuvent ne pas avoir le réflexe du dépistage, ou du dépôt de plainte.

¹ https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=53251

² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorff/id/JORFTEXT000051269481>

³ <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/favoriser-la-prise-en-charge-des-victimes-de-soumission-chimique/>



Alerter les professionnels du médicament

L'ANSM s'est également saisi du sujet pour prévenir le risque de soumission chimique et le risque du détournement d'usage des médicaments. Dans un document de décembre 2024⁴, l'agence du médicament rappelle que la soumission chimique « désigne l'administration d'une substance psychoactive à une personne, sans qu'elle en ait connaissance ou sous la contrainte, dans le but de commettre un délit ou un crime, comme un vol, une agression sexuelle, un viol... ». Cette substance est le plus souvent un médicament (antihistaminique, sédatif, benzodiazépine, antidépresseur, opioïde, kétamine...), mais cela peut aussi être une substance non médicamenteuse (MDMA, cocaïne, 3-MMC, GHB et ses dérivés ou l'alcool). Elle peut être ajoutée à une boisson, à de la nourriture, ou encore être injectée avec une seringue.

La dernière enquête nationale « soumission chimique » réalisée par le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A) de Paris constate une augmentation significative des signalements : 1 229 signalements de soumission chimique suspects en 2022 contre 727 en 2021 et 539 en 2020, soit une augmentation de 69 % par rapport à 2021. Les agressions sexuelles sont les signalements suspects les plus mentionnés (58,4 %) aussi bien par les femmes (63,9 %) que les hommes (33,3 %) et quel que soit l'âge, suivies des tentatives de soumission chimique (9,6 %), des vols (7,1 %), des violences physiques (5,1 %).

Les médicaments psychoactifs restent majoritairement impliqués, utilisés notamment pour leurs propriétés sédatives. Le bromazépam arrive en première position, suivi par le tramadol, la codéine, la zopiclone et l'hydroxyzine, selon l'enquête des CEIP. L'ANSM mène des démarches auprès des laboratoires titulaires d'une AMM de tels médicaments à risque d'être utilisés pour la soumission chimique afin de mettre en place des mesures pour limiter leur détournement : rendre le détournement plus difficile en modifiant la couleur ou le goût des médicaments, alerter les victimes potentielles en modifiant la formule du médicament. L'agence indique travailler également à « des solutions à long terme pour que les nouveaux médicaments mis sur le marché intègrent d'emblée ces caractéristiques permettant de rendre leur détournement plus détectable ».

Le rapport de la mission d'information

Elle-même victime de soumission chimique, la députée Sandrine Josso a dirigé une mission gouvernementale lancée par le gouvernement Attal en 2024. À l'origine de l'amendement qui permet le remboursement des tests (cf. supra),

elle espère voir aboutir l'accès pour tous aux « kits du lendemain », disponibles en pharmacie.

Dans son rapport remis mi-mai 2025⁵, la mission formule une cinquantaine de recommandations dont quinze à mettre en œuvre en priorité et dès cette année. En matière de prévention, elle demande une campagne de sensibilisation annuelle sur le sujet et un renforcement des moyens dédiés à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Elle recommande également l'organisation d'une « Conférence nationale annuelle relative à la lutte contre les violences, intégrant les faits de soumission et de vulnérabilité chimiques, afin de rassembler les professionnels, les associations et les victimes expertes et de définir les moyens de combattre les atteintes aux personnes commises ».

Pour mieux cerner le phénomène, la mission souhaiterait compléter les outils de suivi existants, en distinguant les deux sujets (soumission et vulnérabilité chimiques) dans les enquêtes nationales relatives à la violence : l'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité du ministère de l'Intérieur, les statistiques des observatoires territoriaux des violences faites aux femmes de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) et les enquête de Santé publique France.

Côté accompagnement des victimes, la mission souhaite que la Haute Autorité de santé élabore un référentiel sur le dépistage, l'orientation et l'accompagnement des victimes sur le plan médical et psychologique. Dès la prochaine loi de financement de la Sécurité sociale, la généralisation de l'expérimentation sur le remboursement des prélèvements biologiques devrait être réalisée et les moyens dédiés aux Maisons des femmes devraient être augmentés, grâce à un accroissement de la contribution de la mission d'intérêt général (MIG) Violences. La mission recommande l'autonomisation du centre de référence des agressions facilitées par les substances (CRAFS⁶), « comme structure nationale d'information et de coordination auprès des victimes et des professionnels » dotée là aussi de moyens humains, matériels et financiers « en conséquence ».

Des mesures concernant les aspects pénaux et de recherche sont également suggérées. À l'issue de la remise du rapport, Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, a déclaré : « Le Gouvernement est pleinement mobilisé pour traduire rapidement ces recommandations en actions concrètes, pour mieux prévenir, mieux protéger, mieux sanctionner. La soumission chimique ne doit plus être une zone grise de notre droit ni de notre système de santé. »

⁴ « Prévention de la soumission chimique : l'ANSM engage de nouvelles mesures afin de réduire le risque du détournement d'usage des médicaments », 20 déc. 2024).

⁵ <https://egalite-femmes-hommes.souv.fr/remise-du-rapport-issu-de-la-mission-gouvernementale-sur-la-soumission-chimique>

⁶ <https://lecraps.com/>

La loi sur le narcotrafic adoptée

Christelle Destombes / Swaps

La loi sur le narcotrafic a été promulguée le 13 juin, avec sa publication au Journal officiel et après le passage — et la censure de quelques dispositions — devant le Conseil constitutionnel. Inspiré par le rapport des sénateurs Blanc (LR, Rhône) et Durain (PS, Saône-et-Loire), le texte vise à répondre à l'essor du narcotrafic en France en 64 articles.

Cette proposition de loi transpartisane, adoptée le 29 avril avec un large soutien des parlementaires, est une priorité sécuritaire pour le gouvernement, notamment le duo Intérieur-Justice, Bruno Retailleau et Gérard Darmanin.

Elle crée un parquet national spécialisé dans l'étude des affaires liées au narcotrafic (Pnaco), sur le modèle des parquets financier (PNF) et antiterroriste (Pnat). Une loi organique fixant le statut du procureur de la République anticriminalité organisée accompagne cette loi¹ et un État-major interministériel de lutte contre la criminalité organisée (Emco) est chargé de coordonner l'action interministérielle en matière de lutte contre le narcotrafic. Il a été inauguré le 14 mai dernier, à Nanterre, par le président de la République Emmanuel Macron².

Pour lutter contre le narcotrafic sur les plans administratifs et financiers, plusieurs mesures étendent les capacités d'enquête de Tracfin, le service de lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et la fraude fiscale. De nouvelles catégories de professionnels

seront soumises à des obligations de vigilance et de déclaration en cas d'opérations suspectes. Une procédure administrative de gel des fonds des narcotrafiquants est aussi instituée, comme en matière de lutte anti-terroriste.

Les préfets pourront procéder à des fermetures administratives des commerces soupçonnés de blanchiment d'argent pour six mois maximum, pouvant être prolongées de six mois sur décision du ministre de l'Intérieur.

Surveillance numérique

La loi étend les pouvoirs des services de renseignement en prolongeant jusqu'à fin 2028 le dispositif expérimental d'interceptions satellitaires concernant les atteintes graves à l'ordre public, s'agissant de criminalité organisée. Les enquêteurs pourront procéder à des infiltrations civiles et à l'activation d'appareils fixes et mobiles. Ont cependant été censurés par le Conseil constitutionnel l'article 5, qui permettait aux services de renseignement dits du « premier cercle » d'accéder aux bases de données fiscales ; et l'article 15, qui autorisait le traitement algorithmique des adresses des sites Internet (URL) pour détecter des comportements suspects en lien avec la criminalité organisée.

Arsenal répressif

Le texte entérine le « dossier coffre », inspiré du droit belge, qui permet de masquer, dans un dossier de procédure pénale, certaines informations relatives à des

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051734847>

² <https://www.police-nationale.interieur.gouv.fr/actualite/nouvel-etat-major-interministeriel-dedie-a-lutte-contre-criminalite-organisee>



techniques d'enquête. Cette disposition a été limitée par le Conseil constitutionnel, mais le principe très contesté du dossier coffre n'est pas remis en question.

Un amendement du gouvernement cher à Gérard Darmanin permet la création dans les prisons de « quartiers de lutte contre la criminalité », où peuvent être assignés les détenus mis en cause ou condamnés pour des infractions en lien avec la criminalité organisée, pour une durée de deux ans renouvelables. Parloirs séparés par une vitre, fouilles à nu systématiques, pas d'accès aux unités de vie familiale, gardiens anonymes... Ces mesures ont rallié contre elles l'Observatoire international des prisons, la Ligue des droits de l'homme et la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. Mais elles n'ont pas été retoquées par le Conseil constitutionnel, qui a cependant émis une réserve sur la question des fouilles intégrales. Celles-ci ne doivent être réalisées que lorsque la surveillance par un agent pénitentiaire « a été empêchée par des circonstances particulières tenant à l'intimité de la personne détenue, à la nécessité de préserver la confidentialité de ses échanges ou à des difficultés exceptionnelles d'organisation du service pénitentiaire »³.

Le ministre de l'Intérieur a d'ores et déjà annoncé l'aménagement dans l'hexagone de deux prisons pour accueillir les cent narcotrafiquants les plus dangereux : l'une à Vendin-le-Vieil (8 500 habitants, Pas-de-Calais) et Condé-sur-Sarthe (2 500 habitants, Sarthe). Des travaux sont réalisés dans ces prisons pour empêcher « qu'on communique vers l'extérieur » selon le ministre.

D'autres mesures répressives

Pour lutter contre les troubles à l'ordre public, le préfet pourra interdire l'accès aux lieux de deal – « portion de la voie publique, d'un équipement collectif ou des parties communes d'un immeuble à usage d'habitation, en lien avec des activités de trafic de stupéfiants » – pour une durée d'un mois. Son non-respect se voit assorti d'une peine de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende.

Le « concours à une organisation criminelle » est puni – jusqu'à sept ans de prison et 150 000 euros d'amende. Aussi, la garde à vue des « mules » pourra être prolongée jusqu'à 120 heures, et l'État pourra se substituer aux bailleurs sociaux publics ou privés pour enclencher des procédures d'expulsion de logement des trafiquants.

Ont cependant été retoqués l'article 55, qui envisageait une garde à vue pouvant être prolongée jusqu'à 96 h pour des délits de corruption, et l'alinéa 10 de l'article 56, qui imposait la visioconférence pour la comparution de détenus en quartier de lutte contre la criminalité organisée. Le Conseil juge en effet que « ces dispositions contestées portent une atteinte excessive aux droits de la défense. » Le statut du repent, nommé « collaborateur de justice » dans le texte, est réformé : les personnes responsables de crimes et délits en lien avec le grand banditisme qui acceptent de collaborer avec la justice pourront voir leurs peines réduites jusqu'aux deux tiers de la peine initiale. Bruno Retailleau a réagi sur X : « la peur change de camp, ces outils permettront de mener cette guerre totale contre le narcotrafic, le blanchiment et la corruption que les Français attendent ». Pour la Quadrature du net, engagée contre les mesures de surveillance algorithmiques, entre autres, « bien que le processus législatif soit terminé, la lutte contre le narcotrafic continue cependant d'être instrumentalisée par les marchands de peur du gouvernement ».

³ https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2025885de/2025885de.pdf

Usagers : de la diabolisation à l'oubli

Yann Bisiou / maître de conférences en droit privé et sciences criminelles
Université de Montpellier Paul Valéry

Le point de vue, ou coup de gueule de Yann Bisiou, maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, sur les angles obtus de la politique de répression des usagers qui fait aujourd'hui office de politique publique en matière de drogues. De l'amende délictuelle à la nouvelle loi sur le narcotrafic en passant par les haltes soins addictions...

La prévention des addictions est au point mort. Face à des ministres de la Santé mutiques, les ministres de l'Intérieur se sont emparés du sujet pour en faire un marqueur d'autorité. À coup d'amendes forfaitaires délictuelles et de spots télévisés simplistes diabolisant les usagers, ils ont brisé le cadre juridique de la lutte contre les stupéfiants qui, depuis 1970, avec maladresse parfois, faisait de la question des drogues un enjeu de santé publique, pour en faire un enjeu de sécurité publique.

Les interpellations pour usage de stupéfiants ont explosé sous l'impact de « l'amende cannabis ». En 2024, police et gendarmerie ont constaté près de 260 000 faits d'usage dont 196 000 amendes forfaitaires (Min. Int., SSMSI, Analyse, n° 76, juil. 2025). C'est à la fois beaucoup, près du double par rapport à la période précédant la mise en place de l'amende forfaitaire, et insignifiant comparé aux cinq millions d'usagers qui consomment du cannabis et au million de personnes qui consomment de la cocaïne dans l'année (OFDT, Chiffres clés, 2025). La mesure n'a aucun effet dissuasif ou pédagogique, d'autant que ces amendes sont rarement payées. Le taux de recouvrement ne dépasserait pas 35 % ce qui signifie que dans deux cas sur trois, l'amende ne sert qu'à gonfler artificiellement les statistiques du ministère de l'Intérieur.

Les dernières estimations sur l'ampleur des conduites addictives publiées par l'OFDT confirment l'échec de cette stratégie. Les indicateurs des « 3 P », Prévalence, Prix, Pureté, sont dans le rouge. La prévalence est stable ou en forte augmentation pour la cocaïne, les prix augmentent moins vite que ceux de la baguette de pain et la pureté atteint des niveaux inégalés. Et dans le vide laissé par le ministère de la Santé, rien n'est fait pour accompagner les usagers.

Les usagers abandonnés

Les haltes soins addictions ? Non seulement aucune n'a vu le jour, mais les deux qui subsistent contre vents et marées sont en sursis jusqu'au 31 décembre 2025. Pourtant, en créant les HSA, Olivier Véran, dernier ministre de la Santé à s'être préoccupé des addictions, avait levé tous les obstacles en conférant au seul ministre de la Santé le pouvoir de créer une HSA. Le Conseil d'État l'avait d'ailleurs rappelé précisant qu'aucun texte ni aucun principe n'impose de prendre l'avis du préfet de police (CE, Ass. Union Parisienne, 2 oct. 2023, n° 463428, §11). Mais l'hostilité de ces préfets, relayée au plus haut sommet de l'État, a eu raison de tous les projets d'ouverture (*Le Quotidien du médecin*, 14 avr. 2025).



Le cannabis thérapeutique ? Après le piteux abandon de l'expérimentation, deux arrêtés devaient permettre de relancer un embryon de réponse médicale pour les patients laissés sans soins et renvoyés à leurs dealers. Le ministre a transmis les textes à Bruxelles et paraît les avoir oubliés là-bas. Alors qu'ils sont publiables depuis le 20 juin, rien n'est sorti au *Journal officiel*.

Mais c'est avec la loi narcotrafic que l'on mesure à quel point le gouvernement actuel ignore totalement les consommateurs de drogues. Fort heureusement les usagers ne sont pas concernés par cette loi liberticide. Du moins en principe, car plusieurs dispositions sont susceptibles de leur être appliquées de façon totalement involontaire.

Le diable et les détails...

À titre d'illustration, le ministre de l'Intérieur a obtenu que la garde à vue soit portée à cinq jours lorsqu'une personne est soupçonnée de transporter des stupéfiants *in corpore* (art. 706-88-2 c. proc. pén.). L'expression a un sens précis et renvoie juridiquement aux « mules » interpellées dans les aéroports. Sauf que le texte retient finalement une formule plus générale. La garde à vue de cinq jours est possible « lorsque la présence de substances stupéfiantes dans le corps de la personne gardée à vue est établie ». À ce compte-là, tous les usagers sont potentiellement concernés ! Il faudra compter sur le caractère « exceptionnel » du dispositif et sur la lourdeur de la procédure pour que les usagers y échappent.

Autre exemple avec l'interdiction définitive du territoire obligatoire pour les étrangers condamnés pour trafic (art. 131-30-3 c. pén.). Ce sont les trafiquants qui sont visés, mais le législateur a oublié qu'il y a aussi des usagers condamnés pour détention, acquisition ou transport, des faits qui relèvent de la qualification juridique de trafic. Là encore, il faudra compter sur le discernement des magistrats pour rétablir un peu de justice et protéger les usagers.

Pire encore, ceux qui s'occupent des consommateurs sont suspects. La loi narcotrafic autorise les préfets à fermer pour six mois tout établissement ou lieu ouvert au public ou utilisé par le public lorsque les conditions de son exploitation ou de sa fréquentation rendent possible la commission d'une infraction de trafic ou encore en cas de troubles à l'ordre public résultant de ces infractions rendus possibles par les conditions de son exploitation ou sa fréquentation (art. L333-2 et L333-3 C. sec. Int.). La formule est tellement vague que c'est un pouvoir quasi-discrétionnaire qui est donné à l'administration. Et le ministre de l'Intérieur ne s'en est pas caché : il vise en particulier les locaux associatifs (JO Débat, Sénat, séance

du 28 janv. 2025, p. 1626). Non sans hypocrisie le Conseil constitutionnel a émis une « réserve » invitant à ce que la mesure soit « strictement nécessaire, adaptée et proportionnée, notamment par son périmètre et sa durée, aux objectifs recherchés », mais il a laissé passer (C. constit., 12 juin 2025, n° 2025-885, § 45 à 47).

Exception des mineurs

Et les mineurs me direz-vous ? Effet pervers de la politique du chiffre, la police n'interpelle plus les mineurs consommateurs parce qu'ils ne peuvent pas faire l'objet d'une amende forfaitaire. De 2106 à 2018, les mineurs représentaient 17 % des auteurs d'infractions pour usage. En 2023, le taux est tombé à 4 % (Min. Int., SSMSI, Analyse, n° 76, préc.). Parce que la procédure pour les mineurs est chronophage, on attend qu'ils aient 18 ans. Certes, on ne va pas regretter que les mineurs échappent à la répression tous azimuts qui sert de politique publique contre les addictions. Mais rien n'a été organisé pour que les acteurs de la santé et de la réduction des risques prennent le relai de la répression et interviennent auprès de ce public particulièrement fragile. Ils sont juste tombés dans l'oubli, comme les autres usagers, les acteurs de la réduction des risques et l'idée même d'une société inclusive, respectueuse des différences.

L'aide-mémoire sur la RdR (réédition)

Pierre Chappard / président de Psychoactif et chef de service du Csapa Trait d'union

Fabienne Pourchon / fondatrice de Psychoactif et directrice de structures médico-sociales

et Jean-Pierre Couteron / vice-président de la Société française de santé publique, président des associations

Clémence Isaure et Oppelia

Treize ans après sa première édition, l'aide-mémoire de la RdR dresse un bilan de l'histoire de cette politique, née de l'épidémie de sida, mais surtout appelle à une reconstruction. Nécessaire à l'heure d'un backlash sécuritaire sur la question des drogues.

Cet ouvrage, co-écrit par une trentaine d'auteurs, professionnels de la RdR et de l'addictologie, chercheurs et personnes issues de l'autosupport, est codirigé par Pierre Chappard, Jean-Pierre Couteron et Alain Morel. C'est une réédition du premier aide-mémoire publié en 2012, entièrement réécrit. Il est composé de deux parties : une partie théorique, qui reprend l'histoire de la RdR et les concepts qui la sous-tendent comme l'*empowerment*, la stigmatisation, les savoirs expérientiels, et une partie dédiée aux pratiques avec une attention particulière à certains milieux (situation de précarité, festif, chemsex...).

Cet aide-mémoire V2 arrive après la loi de 2016 qui redéfinit la RdR et permet l'installation des deux salles de consommation à moindre risque, mais aussi après l'audition publique 2.0 sur la RdR, toujours en 2016, qui reste la dernière tentative de débat public sur la RdR. Si les conclusions de l'audition publique invitaient à une nouvelle étape de modernisation collective des pratiques et des dispositifs en addictologie, notamment en accentuant les liens avec les personnes utilisatrices de drogues (PUD), aujourd'hui, l'élan apporté par cette manifestation n'est plus qu'un souvenir. Et même plus, on peut dire que la RdR traverse une période difficile, subissant des attaques et une marginalisation tant politique qu'administrative : elle est sommée « d'être la première marche vers le soin », restant cantonnée dans les limites étroites de la prévention des maladies infectieuses et la distribution d'outils pour

lutter contre les méfaits sanitaires de l'usage de drogues. Et cela, dans un contexte où l'ambition d'une société sans drogues est créée haut et fort par les responsables politiques.

Cet aide-mémoire arrive à point pour prendre un peu le large et se donner de nouvelles perspectives. Nous n'en ferons pas ici un résumé, mais il semble opportun de faire un focus sur des notions qui traversent particulièrement la RdR en 2025, et qui ont particulièrement animé les auteurs.

Une RdR sociale

L'aide-mémoire s'appuie sur la nouvelle définition de la RdR par l'*International Harm Reduction Association* (IHRA) : « La réduction des risques fait référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les impacts négatifs sanitaires, sociaux et légaux liés à la consommation de drogues, aux politiques et aux lois sur les drogues. La réduction des risques se fonde sur les droits humains et la justice. Elle se concentre sur les changements positifs et le travail collectif sans jugement, sans obligation, sans discrimination et n'exige pas l'abstinence comme condition pré-requise. L'implication significative des personnes utilisatrices de drogues dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des politiques qui les servent est au cœur de la réduction des risques ». Cette définition n'ambitionne



pas d'en imposer une vision unique, mais elle invite à en respecter la dynamique : notamment une RdR qui va au-delà des seuls risques sanitaires de l'usage de drogue, et qui affronte les questions sociales et leurs conséquences négatives sur l'usage, en y impliquant les risques liés à la prohibition, à la stigmatisation, aux questions raciales et de genre, à la violence sociale et économique.

Lutte contre la prohibition

Les auteurs de l'aide-mémoire reviennent plusieurs fois sur l'impact du contexte juridique et économique des usages, entre prohibition des drogues pour les unes, et hyper-commercialisation des drogues pour les autres. Dans tous les cas, les bénéfices économiques sont énormes, soit pour les réseaux, soit pour les lobbys, jamais pour les producteurs ou les petits revendeurs. Les dépenses pour l'État sont énormes, les coûts sociaux le démontrent, toujours plus de police, de justice, de prison. Mais sans jamais oser changer ce qui rate, et tant pis si, pour les drogues « ill-cites », les effets néfastes de la prohibition pèsent largement plus sur la personne usagère de drogue que sur le trafiquant. La prohibition surproduit des risques sanitaires, judiciaires, financiers, relationnels, etc. envers les PUD. Accompagnant les risques de l'usage, la RdR vient inévitablement poser la question du statut pénal des drogues. La définition de l'IHRA inscrit même la RdR dans la lutte contre les lois qui créent des dommages pour les PUD.

La balance bénéfices-risques

La plupart des auteurs de cet aide-mémoire ont intégré des réflexions sur les bénéfices de l'usage de drogue dans leur chapitre. Revenir à la dimension première de l'usage, celle d'une stratégie adaptative, c'est assumer qu'elle s'attache à en optimiser les effets positifs, les bénéfices, tout en en réduisant les effets négatifs, les risques. Il s'agit pragmatiquement de respecter la dimension d'ubiquité des drogues, à la fois solution et problème, remède et possible poison. Dans sa dimension clinique, la RdR ne peut pas être une longue liste de risques qui ne prend pas en compte les bénéfices de l'usage pour les PUD. C'est s'exposer à créer de la violence et de la stigmatisation en proposant des solutions qui ne correspondent pas aux PUD. La place des bénéfices est aussi un véritable objectif clinique pour aider les PUD à sortir de l'autostigmatisation et regagner du pouvoir d'agir. (Chappard & Pourchon 2025)

Par ailleurs, contrairement à une idée reçue, respecter la fonction bénéfique de l'usage ne conduit pas à priver ou à éloigner la personne d'un accès à une thérapie

mieux que la fonction bénéfique aura été respectée. Comme le souligne justement Catherine Delorme¹ « C'est aussi ce que nous enseigne la clinique – dont l'étymologie nous ramène au chevet du patient – qui ancre son intervention dans la réalité des pratiques, qui ne pré-juge pas (en tout cas qui s'y efforce) mais qui tente de comprendre en quoi certains comportements non prescrits, voire contraires à ce qui est prescrit, ont une utilité, une fonction positive pour les individus et les collectifs. »

Savoir expérientiel et pair-aidance

Cet aide-mémoire laisse une large place aux savoirs expérientiels issus de l'usage de drogues, mais aussi sur leur implication dans les structures institutionnelles, notamment à travers la pair-aidance. Tous les auteurs de l'aide-mémoire appellent à une deuxième vague de pair-aidance, que ce soit dans le milieu de la précarité, du festif, ou de la RdR sexuelle. L'institutionnalisation et la professionnalisation de la RdR a conduit à la disparition de la première vague de pair-aidants des Caarud durant les années 2000. Depuis 2012, les acteurs des Csapa et Caarud ont réintégré l'importance des savoirs expérientiels et une deuxième vague de pairs-aidants semble faire son entrée dans les structures addictologiques. Mais ce n'est pas sans poser de difficultés systémiques. Les nouvelles initiatives pour inclure le savoir expérientiel sont marquées par une asymétrie de pouvoir en défaveur des pairs-aidants : l'injustice épistémique qui touche les groupes dominés dans la reconnaissance de la légitimité de leurs savoirs les empêche de développer leur cadre de pensée et leur savoir expérientiel. Beaucoup de pair-aidants se replient ainsi sur le savoir médical, qui a toute la légitimité, et n'utilisent qu'à la marge leur savoir expérientiel.

L'autosupport

Les réflexions sur l'autosupport, sur sa place dans la RdR, sont centrales dans cet aide-mémoire. Ce dernier donne une place importante aux différents acteurs de l'autosupport d'usager-e-s de drogues. La RdR ne peut se faire sans ces personnes usagères de drogue particulières, qui politisent leurs savoirs expérientiels et instaurent le dialogue entre leurs savoirs expérientiels et ceux des professionnels. Ces personnes, dans leur diversité, sont les premiers experts d'une ambition terriblement humaine, celle de cheminer entre les bénéfices et les risques ressentis, pour aller mieux dans sa vie, ou parfois pour survivre.

Ce mouvement se porte relativement bien, alors que la santé publique s'est coupée de celui-ci durant les années 2000. En vingt ans, l'autosupport s'est épanoui grâce aux

¹ Delorme, C. (2025). *Éthique d'intervention, éthique de responsabilité*. Psychotropes, 31(1), 13-18. <https://doi.org/10.3917/psyt.311.0013>.

Au contraire, ce chemin se prendra d'autant

outils de l'internet participatif (forums, réseaux sociaux) mais aussi grâce à l'anonymat d'internet qui protège les PUD de la stigmatisation sociale et de la prohibition. Ce sont les communautés Psychoactif et Psychonaut qui se sont créées à partir de forums internet, ou plus récemment ce sont les groupes fondés sur les réseaux sociaux, comme Deltaplane sur le réseau social Discord. Mais ces communautés ne sont pas reconnues par les pouvoirs publics et par les acteurs de la RdR institutionnelle et de l'addictologie. Cette RdR numérique redéfinit la RdR par le bas (Boothroyd, 2016). Elle représente clairement un changement dans la manière dont on parle, et qui parle, de réduction des risques. À travers le prisme de l'expérience et une forme d'essais et d'erreurs collectifs, on peut discerner une contre-voix au discours dominant et au contrôle de la notion de réduction des risques par les experts. Grâce au numérique, la RdR passe de ce qui peut être considéré comme un discours descendant et professionnalisé de réduction des risques (modèle *top-down*) à un discours généré par les pairs et dirigé par les PUD (modèle *bottom-up*).

Ces groupes sont des outils d'*empowerment* social et politique qui proposent un projet de transformation sociale : tout en se revendiquant de la politique de RdR, ce sont des arènes publiques où le droit de consommer des drogues et de maximiser les bénéfices de la consommation sont revendiqués. Ces groupes, visant un idéal de « bien vivre » avec les produits et le mode de vie qui y est lié, résistent au jour le jour à la politique de prohibition, ainsi qu'à une partie de l'addictologie qui tend à envisager l'addiction comme une maladie du cerveau, en ouvrant des voies alternatives à la répression et à la médicalisation.

L'empowerment

L'aide-mémoire s'intéresse à l'état de l'*empowerment* en RdR. C'est-à-dire redonner du pouvoir d'agir aux PUD sur leur santé, qu'il soit individuel, collectif ou politique, il a toujours été une composante importante. Mais Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener dans leur livre « *Empowerment, une pratique émancipatrice ?* » mettent en lumière la manière dont l'*empowerment*, au fil de son intégration dans les politiques publiques et les institutions, a souvent été dévoyé de son objectif initial pour servir des logiques néolibérales, en abandonnant ses dimensions sociales, politiques et parfois collectives au profit de l'unique démarche de responsabilité individuelle. C'est ce qui s'est passé avec l'*empowerment* des PUD en RdR (Mallet, 2025) : elles sont présentées comme des personnes responsables et autonomes capables de faire des choix éclairés sur leur santé en adoptant des

comportements jugés moins risqués par la santé publique et la société.

Mais l'*empowerment* social et politique promu par les associations d'autosupport a disparu du discours de RdR en santé publique : il n'y a plus de contre-pouvoir, plus de perspective politique, de remise en cause des structures de pouvoirs existantes (prohibition, stigmatisation et autre système de domination) et, parfois, il est demandé aux PUD de se conformer à ces injonctions. Elles sont alors perçues non pas comme des acteurs capables de transformation sociale, mais comme des « entrepreneurs de leur propre vie », responsables de leur réhabilitation dans un cadre prédéfini par des logiques de marché et de gouvernance néolibérale.

« Rien pour nous sans nous »

La RdR est à la croisée des chemins. Elle est encore politiquement et structurellement construite sur les risques de transmission des maladies infectieuses, telles que le VIH et les hépatites B et C, mais elle se situe à une phase où elle doit également s'en émanciper au risque de ne pas pouvoir réellement répondre à l'ensemble des besoins des personnes utilisatrices de substances. La RdR doit retrouver la dimension affirmative, positive, de ses origines. Moins « réductrice de risques », sans pour autant les négliger, assumant l'usage et la volonté d'en défendre les bénéfices, mais loin des accusations de pulsions morbides et autres jugements moraux. Certes, ainsi replacée, la RdR n'est plus politiquement correcte, elle dérange. D'autant que cela ne peut se faire sans donner une place pleine et entière aux personnes concernées, aux personnes utilisatrices de drogues. Encore faut-il pour cela accepter cette parole libre et collective des PUD, contre tout stigmatisme, toute culpabilisation, toute déshumanisation : l'entendre, partager et coopérer.

Réf.

- Boothroyd D., Lewis S. (2016), Online Drug Scenes and Harm Reduction from Below as Phronesis. *Contemporary Drug Problems*, 43(3), 293-307. <https://doi.org/10.1177/0091450916654266> (Original work published 2016)
- Chappard P., Pourchon F. (2025) For a renewed harm reduction model, *Harm Reduction Journal* 22, 23. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01165-4>
- Engel L., Bright S., Barratt M., Allen M. (2021), "Positive drug stories: Possibilities for agency and positive subjectivity for harm reduction", *Addiction Research & Theory*, 363-371 - <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1837781>
- Gilles S. (2024), « L'élaboration d'une réduction des risques vernaculaire dans un collectif numérique d'amateurs de drogues », *Déviance et Société*, 48(3), 397-433
- Mallet B. (2025), « Entre Aliénation et Émancipation : Enjeux Éthiques de la Réduction des Risques », *Psychotropes*, 31(1), 73-91. <https://doi.org/10.3917/psyt.311.0073>

Les salles de consommation mobilisées

Christelle Destombes / Swaps

Les 18 et 19 juin, près de 500 personnes étaient réunies au Conseil de l'Europe à Strasbourg pour la quatrième édition du colloque international des salles de consommation à moindre risque. Inquiet pour le devenir des salles françaises, Swaps y assistait pour la première fois.

Organisé par Ithaque, l'association strasbourgeoise qui gère la salle Argos 1 (HSA) et Argos 2 (hébergement), la ville de Strasbourg et le Groupe Pompidou, le colloque réunit les partisans des salles de consommation à moindre risque. Ils en ont décliné les vertus sanitaires, sociales ou en lien avec le respect des droits humains.

Le constat de la pertinence des salles de consommation à moindre risque (SCMR) a été répété à l'envi, de la Suisse où des salles de consommation existent depuis 1986 jusqu'à Dublin, où une salle a ouvert fin 2024 en lien avec une association d'usagers pairs, en passant par la Slovaquie, New York ou la République tchèque. Pendant ce temps, en France, les deux seules haltes soins addictions (HSA) de Paris et Strasbourg connaissent toujours l'incertitude de leur statut expérimental, en dépit d'évaluations répétées et positives.

Le jour de l'ouverture du colloque, Jeanne Barseghian, maire de Strasbourg, explique qu'au sein du conseil municipal, « nous sommes pleinement convaincus de l'intérêt de ces salles, qui apaisent l'espace public : chaque consommation dans la salle est une consommation en moins dans l'espace public ». La fermeture lui paraissant « impensable », elle a invité à « agir en responsabilité, car criminaliser les patients est d'un autre temps ». Avec Anne Hidalgo, maire de Paris, elle a initié

une tribune parue dans *Le Monde* le 18 juin¹, signée par une dizaine de maires de grandes villes. Ils y rappellent les vertus de ces salles

et « appellent le gouvernement à déposer en toute responsabilité un projet de loi afin de transformer ces expérimentations en dispositifs pérennes, et d'envisager l'ouverture de nouvelles haltes soins addictions », le tout « afin d'éviter un recul pour la santé publique de nos concitoyens ».

Santé publique vs politique

En France, les salles de consommation de drogues à moindre risque, évaluées sous cette dénomination entre 2013 et 2021 par l'Inserm (cf. *Swaps* n°100) ont été transformées en « haltes soins addictions », inscrivant le dispositif dans une dimension renforcée de « soins ». C'est le ministre de la Santé de l'époque Olivier Véran, qui indiquait vouloir pérenniser ces structures dans le droit commun, tandis que son collègue de l'Intérieur, Gérard Darmanin, s'opposait à la création d'un espace à Lille, et qu'à Paris, le préfet de police Didier Lallement répétait qu'il était contre « les salles où on se drogue ».

Le rapport de l'Inserm montrait que les consommateurs de drogue qui avaient une fréquentation « moyenne ou haute » de la SCMR, avaient « 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.

¹ « Les "haltes soins addictions", qui ont fait leurs preuves, pourraient bientôt disparaître », *le Monde*, 18 juin 2025

Les projections de l'Inserm indiquent qu'en dix ans à partir de l'ouverture des haltes de Paris et de Strasbourg, elles permettraient d'éviter 6 % des infections par le VIH et 11 % des infections par le VHC. Leur impact est également important pour la prévention des overdoses, des complications médicales et des hospitalisations avec une réduction de 69 % des overdoses, 71 % des passages aux urgences et 77 % des cas d'abcès et d'endocardites associés.

Cette évidence de santé publique est partout répétée : en Suisse, elle a été à l'origine de l'ouverture de la première salle, devant les scènes ouvertes de Zurich ou de Berne, et « la vulnérabilité des politiques répressives qui ne fonctionnaient pas... », relate Thomas Siegrist, collaborateur scientifique de l'Office fédéral de la santé publique suisse. Depuis, le pays a structuré sa politique autour des « quatre piliers » – la prévention, le traitement, la réduction des risques et la répression – toujours à l'œuvre. La Suisse compte une quinzaine de salles à Bale, Zurich,

Genève et Lausanne, l'une s'est ouverte à Fribourg en 2024, en dépit de la tension persistante entre l'accueil inconditionnel et la logique de contrôle. Mais en assurant une collaboration entre la police et le secteur social, « la Suisse réaffirme son approche des droits humains, pour une société plus inclusive, et une politique cohérente, efficace et humaine ».

La question des **droits humains**

« La RdR ne se résume pas à des interventions ou une posture, mais est une éthique globale tournée vers l'écoute, la considération, la compassion, le respect des droits humains », selon Arthur Durrenbach, coordinateur réduction des risques à l'association luxembourgeoise CNDS Abridado.

Ce pilier des droits humains est ardemment défendu par le Groupe Pompidou et par Michel Kazatchkine, membre de la Commission globale de politique en matière de drogues.



crédit photo : Marine Saiah



La RdR s'inscrit dans les droits fondamentaux de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 selon lui, qui propose cinq chemins à respecter : la santé humaine, la régulation pour l'accès aux traitements de la douleur, la fin de la criminalisation et de l'incarcération des usagers et en matière de répression, la nécessité de se concentrer sur les plus hauts niveaux des trafics et de réguler les marchés pour réguler l'accès.

Même Zaved Mahmood, haut-commissaire des droits humains aux Nations unies a fait le déplacement pour rappeler l'évidence : « la guerre à la drogue a échoué ». Depuis quarante ans, insiste-t-il, les politiques de drogues et les conventions internationales pour protéger la santé laissent une part de plus en plus importante à la question des droits humains. « Tout le monde a le droit le plus haut à la santé physique et mentale » dit-il, qu'il s'agisse de prévention, de traitement, de contrôle des maladies, d'accès à un emploi ou un logement. Le gouvernement français entendra-t-il cet argument ?

L'irréductible petit village gaulois

Depuis la première salle suisse ouverte en 1986, treize pays ont créé 101 salles de consommation en Europe, aux modèles variés. L'ouverture récente de salles en Écosse, en Irlande, au Portugal et en Slovénie donne un élan d'optimisme aux participants. D'autant que le plan d'action européen en matière de drogues qui expire cette année soutenait la création de SCMR. Le prochain plan devrait proposer une même approche scientifique et humaine, selon Alexis Goosdeel, directeur – sur le départ...² – de l'agence européenne sur les drogues (EUDA). « Nous sommes à un moment crucial. En Europe, la RdR est étroitement associée aux droits de l'homme et à la reconnaissance de la part d'humanité en chacun d'entre nous, y compris les usagers », défend-il.

Mais le poids reste lourd sur les épaules des Français. Victor Detrez (lire p. 23), directeur adjoint de Gaïa, décrit l'adversité dangereuse que rencontre le personnel de la salle parisienne, vilipendé par certains riverains et par les politiques – surtout à l'approche des élections municipales où le sujet se voit de nouveau instrumentalisé...

Ainsi, début juillet, la Fédération Addiction a porté plainte contre les créateurs d'un site Internet orchestré par les élus du groupe Changer Paris, soutenant Rachida Dati, qui affirmait que la gauche voulait ouvrir 36 « salles de shoot » à Paris³. Attaquant de fait le projet de loi « visant à pérenniser les haltes soins addictions » déposé par la députée Anna Pic (PS, Manche) le 17 avril dernier⁴.

Pour la Fédération Addiction, « instrumentaliser

un sujet de santé publique aussi complexe à des fins électoralistes est irresponsable ». « À Paris comme ailleurs, la campagne électorale des municipales doit être un moment essentiel de débat démocratique. Elle ne saurait toutefois justifier la diffusion de contre-vérités ni servir de prétexte pour stigmatiser celles et ceux qui, chaque jour, œuvrent avec engagement en faveur de la santé publique et de l'accompagnement des personnes confrontées aux addictions », écrit Catherine Delorme, présidente de la Fédération Addiction.

Une énième évaluation positive

En attendant les élections, la Mildeca a publié sur son site la dernière évaluation demandée aux Hospices civils de Lyon⁵. Et elle continue d'affirmer, comme les précédentes, les bienfaits des HSA sur l'initiation et le maintien dans les parcours de santé des usagers, ainsi que sur la perception de la tranquillité publique aux abords de ces structures, les deux questions examinées par les auteurs. Les HSA sont un outil supplémentaire dans l'offre médico-sociale « particulièrement adapté aux publics consommateurs de drogues en situation de grande précarité et souvent en rupture avec les dispositifs traditionnels », et elles « permettent d'initier des parcours de soins ajustés aux réalités des usagers ». De plus, même avec des dynamiques différentes, « les deux villes ont observé une réduction significative des nuisances liées à la consommation de drogues dans l'espace public ». Et les Hospices civils de préconiser des adaptations dans le cadre d'une pérennisation autour d'une « clarification stratégique » en précisant le niveau de médicalisation des HSA, de la modélisation des parcours des usagers, du renforcement des liens avec les soins primaires et de la mobilisation des partenaires. Ou encore en proposant de l'innovation organisationnelle – expérimentation des dispositifs mobiles ou des guichets santé répondant à des besoins non couverts – et un suivi renforcé des parcours par la mise en place d'indicateurs de suivi. Bref ! La position du gouvernement français est la seule inconnue dans cette équation. Va-t-il soutenir cette politique qui a fait ses preuves⁶ ?

² Lorraine Nolan a été élue au poste de directrice exécutive pour succéder à Alexis Goosdeel, pendant le colloque...

³ « La gauche veut-elle vraiment "ouvrir 36 salles de shoot" ? », le Parisien, 9 juillet 2025

⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1325_proposition-loi#

⁵ <https://www.drogues.gouv.fr/evaluation-des-haltes-soins-addictions-hsa>

⁶ https://www.euda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en

La halte soins addictions : un dispositif très évalué

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

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

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

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

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

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

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

Une étude nationale aux résultats clairs

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

niveau de preuve scientifique important quant aux effets des HSA sur :

- La santé des usagers (réduction des risques

infectieux, baisse des overdoses, moins de passages aux urgences),

- La salubrité publique,
- Les impacts économiques (coûts de santé évités et gain en espérance de vie),
- La tranquillité dans l'espace public.

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

L'enquête montre notamment :

- Une baisse de 55 % des seringues retrouvées dans l'espace public,
- Une baisse de 20 % des recours aux urgences,
- Une réduction des overdoses et des infections (VIH, VHC),
- Une diminution des interpellations policières autour de la salle parisienne,
- Une hausse des prix de l'immobilier dans le secteur concerné, supérieure à celle observée dans les quartiers voisins.

Des résultats convergents

En parallèle, en septembre 2018, la région Île-de-France publiait un rapport mené par l'Institut d'aménagement et

¹ Swaps n° 100, « L'Inserm valide les salles de consommation », <https://vih.org/drogues-et-rdr/20211215/linserm-valide-les-salles-de-consommation/>



d'urbanisme Paris Région sur les effets des salles de consommation en Europe et une analyse de l'implantation de la salle parisienne². Ce document apportait déjà un éclairage objectif et étayé sur les impacts de ce type de dispositif.

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

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

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

Et pourtant, encore des évaluations...

C'est donc avec un certain étonnement que nous avons accueilli deux nouvelles missions d'évaluation en 2024 : La première, commandée conjointement par les ministères de l'Intérieur, de la Santé et des solidarités et des Affaires sociales, a été menée par l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Bien que le rapport n'ait pas été officiellement rendu public, plusieurs médias comme *Le Monde* ou *Médiapart* en ont relayé les conclusions, voire l'entière pour le second rapport (voir aussi <https://vih.org/drogues-et-rdr/20241217/efficacite-sanitaire-et-impact-sur-la-tranquillite-et-lordre-publics-les-hsa-au-rapport/>). Celui-ci souligne et complète l'impact positif du dispositif pour les usagers, en réduisant les risques infectieux, les surdoses et les affections somatiques ; et pour la société, avec une réduction des passages aux urgences et des coûts associés, une augmentation de la tranquillité publique, la baisse du nombre de seringues abandonnées, la réduction des consommations en rue, la baisse de la délinquance dans le quartier.

² « Salles de consommation à moindre risque, mise en œuvre et impacts », 2018, <https://www.institutparisregion.fr/nos-travaux/publications/salles-de-consommation-a-moindre-risque/>

³ « Drug consumption rooms », EUDA et Correlation — European Harm Reduction Network, 2023, <https://correlation-net.org/2023/12/19/joint-report-on-drug-consumption-rooms-in-europe/>

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

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

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

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

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

Ainsi les salles de consommation parisienne et strasbourgeoise ont mené respectivement deux évaluations externes (Haute Autorité de santé) depuis 2016 ; de plus elles rendent compte annuellement *via* des rapports d'activité spécifiques et des comités de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs institutionnels.

Si on devait mettre bout à bout les rapports, les évaluations et autres inspections, à notre connaissance aucun autre dispositif médico-social n'a été autant inspecté et évalué.

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

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

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

À l'heure où nous écrivons cet article, il n'y a aucune position officielle quant à la poursuite ou non de nos deux HSA, ce qui occasionne beaucoup de stress et d'anxiété autant auprès des usagers que des équipes investies de longue date dans ce projet.

Adversité dans le travail de réduction des risques

Victor Detrez / directeur adjoint de Gaïa

Le travail auprès d'usagers de drogues n'est pas aisé. Prenant, complexe, il est aujourd'hui en butte à de nouvelles dimensions de l'adversité. Dans cet article, Victor Detrez, pharmacien et directeur adjoint de Gaïa, passe en revue une variété de facteurs externes et internes participant à l'adversité dans le travail de RdR.

Le travail de réduction des risques n'est pas aisé. Travailler au plus près de publics marginalisés entraîne des difficultés évidentes, de posture professionnelle, de relationnel et de capacité d'écoute face aux récits de vécus difficiles. Ces missions et responsabilités ont un fort impact sur la santé mentale des personnes qui les portent. C'est un travail exigeant, au plus près de personnes dont les situations nous touchent. Il est difficile, face au manque de solutions pour elles parfois, de laisser les soucis au travail le soir.

Mais ce ne sont pas les seules dimensions de l'adversité rencontrée au quotidien...

Facteur externe : l'impact des politiques publiques sur le travail quotidien

L'importance accordée à la médiatisation et au financement de la lutte contre les trafics par rapport à l'accompagnement, aux parcours de soin et à la réduction des risques a un impact croissant. Avec parfois, dans le discours associé, une quasi-opposition de ces deux politiques, témoignant d'une perception permissive, voire laxiste de l'accompagnement des personnes consommatrices.

La moindre médiatisation du phénomène, souvent sensationnaliste témoigne d'une connaissance très faible de nos missions de soin par le grand public. La réduction des

où elle est décrite, et elle est parfois opposée aux soins en addictologie.

Malgré une inscription de la réduction des risques dans la loi, l'associant pleinement à la santé publique, le portage politique reste faible et aucune voix publique ne s'en fait l'avocate. Cette façon de porter la réduction des risques – qualifiée de modèle « neutre » ou « faible » selon les articles¹ – se limite aux considérations infectieuses, à la tranquillité publique, explorant moins la dimension citoyenne des consommateurs-ices.

Pour le grand public, lorsqu'une voix médiatique aborde la question de la consommation de drogue, on parle « des addictions », « des soins », en maintenant un flou volontaire, sans précisions, pédagogie, ou temporalité réaliste. Ce flou témoigne d'une volonté de rassembler sans avoir à donner de précisions. Quels sont ces « soins » qui seraient la panacée ?

Comment expliquer que de multiples évaluations indépendantes partageant les mêmes résultats positifs n'aient pas d'impact sur la façon dont les acteurs-ices politiques dessinent les politiques de santé ? Ce manque de connaissance, de volonté politique a un coût et un impact direct sur les professionnel·les de terrain et se manifeste par un sentiment amer au quotidien. Ce sentiment naît notamment de la faible valorisation du travail social, du manque de reconnaissance par l'entourage et parfois de l'incompréhension même des missions menées.

¹ Marie Jauffret Roustide, Caroline Protais
entre autres



Les « mauvais patient-es »

À l'incompréhension de nos missions, s'ajoute la stigmatisation des consommateur-ices de drogue, qui a un impact secondaire sur les démarches que l'on engage avec notre public ainsi que leur résultat. Nous ne nous attarderons pas ici sur la question de la stigmatisation et son impact sur les personnes concernées à qui je laisse le soin d'en décrire les conséquences multiples.

Cet impact secondaire, c'est l'archétype des « mauvais patient-es » qui plane au-dessus de toutes les démarches que nous engageons avec les personnes accompagnées, dès lors que l'on sort du microcosme de la RdR.

L'aspect systémique de cette stigmatisation au quotidien se traduit par exemple par :

- Des délais inexplicables d'accès aux services : dossiers scrutés, délibérations prolongées ;
- Des refus faiblement motivés : « M/Mme n'a pas de projet de soin, ne parle pas français, fait peur à notre médecin... » ;
- Des traitements injustes des personnes accompagnées malgré le travail des structures en amont.

Car sans travail en amont, sans établissement de partenariats et de liens de confiance avec des structures de santé, d'hébergement ou pour toute autre démarche sociale, les personnes que l'on accompagne sont perçues comme difficiles, simulatrices, réfractaires au soin, profitieuses, voire menteuses ou voleuses.

Ces difficultés à des niveaux variés sont rencontrées par nos collègues en continu, lors d'appels à des services, lors de réunions de synthèse ou durant les accompagnements sur des services adaptés. Ces difficultés liées à la méfiance, à la stigmatisation des consommateur-ices de drogues renforcent la difficulté du travail social et médical mené par nos services.

Prenons comme exemple l'articulation entre la RdR et la psychiatrie, où nos médecins font régulièrement face à une remise en question de leurs diagnostics, mettant en difficulté des démarches longuement préparées en amont par manque de connaissance des spécificités de notre public, voire par manque de volonté de s'y confronter.

Cette réalité infuse à tous les niveaux des organisations. Pour la direction d'un établissement lors de réunions avec les acteurs locaux, c'est la suspicion d'un idéalisme, une remise en question de notre engagement, des doutes concernant nos diagnostics de terrain qui émaillent les discussions.

La stigmatisation secondaire des professionnel·les d'un secteur mal compris, engendre des difficultés quotidiennes qui sont la conséquence directe des facteurs externes.

Facteurs internes : l'absence de solution extérieure

Au sein des services, il serait inexact de justifier l'adversité uniquement par des facteurs extérieurs. Une partie des difficultés quotidiennes touche aux spécificités des publics que nous accueillons, exposant avec intensité nos équipes au cumul de problématiques (de santé, psychiques, sociales et pénales), aux difficultés d'un quotidien empreint d'illégalité, aux témoignages de multiples violences vis-à-vis de notre public : symboliques, institutionnelles, physiques, sexuelles...

Mais l'adversité perçue par les professionnel·les de terrain dépasse largement les portes de nos services. On ne pourra jamais assez insister sur l'effet majeur du manque de solutions dans l'accompagnement de nos publics sur la santé mentale de nos équipes. Travailler à motiver le changement, à faire émerger une demande puis l'accompagner pour aboutir après plusieurs mois d'efforts à un refus, porte un coup terrible aux personnes accompagnées et aux équipes.

Le quotidien des services de RdR est émaillé de demandes auxquelles nous ne pouvons accéder :

- Parce que les services adéquats n'existent pas : hospitalisation avec animal de compagnie, hébergement médicalisé tolérant vis-à-vis des consommations, lieux de soins non mixtes prenant en compte les addictions ;
- Parce que le parcours souhaitable n'est pas envisageable sans logement, sans domiciliation, sans titre de séjour ou sevrage préalable ;
- Parce que l'hébergement, la psychiatrie, sont des secteurs saturés, sous-dimensionnés ;
- Parce que l'écrasante majorité des services hors RdR tient rarement compte de l'ensemble des spécificités des personnes consommant des drogues en situation de précarité.

Cela se traduit par des retours à la rue, un sentiment d'échec dans les parcours, prolongeant l'errance et les parcours en dents de scie. Alors certes, cette clinique de la précarité, avec toutes ses limites est stimulante dans sa dimension de débrouille, dans ses aspects militants, et peut motiver les professionnel·les à s'engager à fond. Cependant, son aspect difficile, isolé, avec peu de perspectives (professionnelle ou salariale) et un fort sentiment d'injustice peuvent raccourcir les parcours professionnels.

Or il est clair que la clinique de la réduction des risques, celle d'un lien fort à un public en rupture avec le droit commun, cette clinique de la relation ne peut qu'être fragilisée par un *turn-over*, un sous-effectif et un manque de moyens humains à consacrer aux accompagnements de fond dont les efforts se poursuivent sur plusieurs années.

Un manque cruel de perspectives

Dans le contexte actuel, le champ de la réduction des risques est confronté à un manque de perspective sur la pérennité des services, qu'ils soient expérimentaux ou déjà bien établis. Régulièrement en butte aux voix de quelques opposant-es trié-es sur le volet, les expertises de professionnel-les du champ peinent à se faire entendre alors même que les expériences étrangères et productions scientifiques mènent aux mêmes conclusions. C'est ainsi qu'à Paris le 28 avril 2025, suite aux pressions de riverain-es, la fermeture d'un Caarud a été décidée, afin de protéger les équipes et bénéficiaires. À ce jour, il n'a pas réouvert. De la même façon à moins de six mois de la décision de pérennisation ou non des HSA l'avis du ministère de la Santé ou de la Mildeca tardent à se faire entendre, en dépit de deux évaluations largement positives².

Aujourd'hui, les enjeux sont très concrets. Les équipes des HSA parisienne et strasbourgeoise attendent non seulement un verdict à propos de la pérennisation, mais aussi de savoir si leur emploi sera maintenu à la fin de l'année.

À Paris, 821 personnes ont été accueillies en 2024, donnant lieu à 1 260 consultations sociales et 2 700 consultations médicales. L'accueil de 79 000 injections en 2024 a permis d'éviter les conséquences sanitaires que celles-ci auraient eu dans l'espace public, la répercussion sur la situation judiciaire des personnes et a conduit à 125 orientations vers un Csapa et 55 orientations vers une cure de sevrage.

Quel est le futur de ces services ? Aucune réponse pour le moment, et peu d'informations sur la forme que prendra cette décision.

Conséquences sur les professionnel-les : surinvestir ou partir

Depuis l'émergence de services à destination des consommateur-ices de drogues, nous sommes passés progressivement d'un domaine concentré autour d'acteur-ices militant-es à une institutionnalisation des services et une formalisation des pratiques. Cette transition a eu un impact sur les profils des professionnel-les impliqués ainsi que sur l'investissement sur le long terme dans la réduction des risques.

Comment en vouloir à ces nouveaux collègues qui perçoivent le manque de moyens, de solutions et le doute qui plane sur des perspectives si nécessaires ? La difficulté de trouver une posture professionnelle juste lorsque l'adversité rencontrée au quotidien est aussi présente et diffuse est bien réelle. Comment réussir à la fois à s'engager avec force dans une clinique exigeante tout en maintenant une

juste distance professionnelle avec un public stigmatisé ? Comment travailler armé-e d'un sentiment de légitimité lorsque le travail que l'on mène est méconnu, incompris voire perçu comme étant à la portée de tous ?

Le risque associé à tout cela est un travail en vase clos, un manque d'ouverture lié à la difficulté des liens professionnels à l'extérieur des services de RdR. Il peut s'ensuivre des difficultés à couper avec le travail, à créer un équilibre sain entre le professionnel et le personnel et l'installation de mécanismes d'adaptation ou « *coping mechanism* », comme la consommation de produits – avec l'alcool au premier plan – pour « faire face » à cette adversité, la transition vers une vie sociale composée essentiellement de temps entre professionnel-les ou encore une perte d'équilibre et un glissement vers un surinvestissement.

Ces mécanismes risquent d'écourter le travail dans la durée. Or, dans notre domaine, la longévité des liens, la continuité de l'accompagnement et la constance dans la posture sont des éléments capitaux pour l'accompagnement des bénéficiaires.

Quelles perspectives ?

Ne finissons pas sur ce constat difficile. Des leviers existent à la fois au niveau des organisations et des institutions. Le rapport de Correlation³ sur ce thème est complet et moins sombre que ce que je décris ici... Ces pistes nous permettent de faire avec l'existant du mieux que nous pouvons, tout en continuant à espérer une amélioration des conditions dans lesquelles nous exerçons nos missions. Sans portage politique clair, sans volonté politique de faire avancer les choses, le terrain ne pourra pas s'affranchir d'une grande partie de l'adversité rencontrée et le poids sur la santé mentale des équipes ne s'allègera pas.

Nous encourageons nos interlocuteurs politiques, nos tutelles et nos partenaires à avoir le courage de tenir position, d'assumer de s'appuyer sur les preuves et non des opinions.

La réduction des risques aujourd'hui a cruellement besoin d'une reconnaissance symbolique et matérielle du savoir-faire, de l'expertise et de l'engagement des professionnel-les de terrain notamment au travers :

- De créations et dimensionnement suffisant de services adaptés,
 - De revalorisation des salaires du médicosocial,
 - De travail en collaboration permettant de renforcer la transparence et participation aux choix stratégiques.
- Les services de réduction des risques ne sauraient être uniquement des prestataires de tranquillité publique, nous sommes des acteurs-ices de premier plan de la prise en charge des usages de substances.

² MJR 2021 et HCL Lyon 2025

³ The Mental Health Challenges Faced by Harm Reduction Staff - Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe, 2023

RdRD ? des pratiques professionnelles à risques

Pierre Poloméni / psychiatre addictologue

Sans être quantifiées, les difficultés de nombreuses équipes dans le champ des addictions semblent augmenter. Un climat politique, social (et financier) désastreux, certes. Mais ce qui nous préoccupe ici est la perte d'adéquation des professionnels avec certains usagers ainsi que leurs doutes sur des processus d'accompagnement ou de réduction des risques. Revue des positions possibles pour les professionnels, afin de dépasser les « épreuves » de l'accompagnement.

Les problèmes des équipes dans le champ de l'addiction sont renforcés par des fonctionnements institutionnels variables, influencés par les exigences politiques ou l'évolution – plus ou moins maîtrisée – des concepts théoriques. Devant certaines situations de tensions avec les usagers, les intervenants oscillent entre la nécessité de poser un cadre alors vécu comme maltraitant, et un « laisser-faire » pouvant évoquer un abandon du projet et des soins. Dans les deux cas, ils ressentent un sentiment de malaise ou d'échec.

Dans la pratique de l'accompagnement en addictologie, des objectifs peuvent en effet être contradictoires et induire un trouble chez les professionnels. Brandon Dutilleul¹ observe ainsi une tension entre une « logique d'intégration sociale – voire de pacification sociale – et une logique d'émancipation sociale et existentielle » des individus présentant des conduites de dépendance.

Schématiquement, nous rappelle-t-il, tout se passe comme si, pour certaines situations, les professionnels avaient un choix à faire entre « d'un côté, la sécurité des pratiques avec l'accompagnement vers un projet social convention-

exigences de santé ». Le terme d'insécurité choisi ici est intéressant, car il ne porte aucun jugement moral ou aucune incompétence, mais introduit l'idée du doute. Finalement, que fais-je, pour quel bénéfice et au nom de quoi ? La réduction des risques est un terreau fertile pour ces questions-là. Derrière les postures et outils bien identifiés, tant de situations, tant de personnes, tant de paradoxes institutionnels à gérer ! À ce propos, un autre paradoxe peut bloquer la parole des usagers – qui hésiteront à admettre certains comportements – : « le paradoxe de la sanction ou de la fin d'accompagnement qui consiste, pour les équipes, à sanctionner, voire à arrêter un accompagnement pour les mêmes raisons qu'il a commencé », à savoir les consommations de substances psychoactives (Dutilleul, 2020). Au-delà de cette curieuse logique en effet, c'est la puissante question de la limite qui est posée. Curieuse logique ? Anne Coppel percute : « il existe depuis longtemps des "hébergements pour toxicomanes" mais les toxicomanes doivent être sevrés pour y accéder ; autrement dit, ils doivent être guéris pour être aidés. C'est évidemment absurde : héberger des toxicomanes sans exiger au préalable un sevrage, c'est héberger des drogués qui se droguent » (Fradet, 2004). C'est la naissance du bas-seuil d'exigence d'accès aux soins. Ce point – encore largement interrogé – rebondit actuellement

¹ Brandon Dutilleul, « La "régulation des consommations" en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? », *Sciences et actions sociales* [En ligne], 19 2023, mis en ligne le 24 mars 2023 URL : <http://journals.openedition.org/sas/3636>

avec la question de l'alcool qui est admis dans les institutions.

D'autant que le « bas-seuil » ne peut exclure un cadre, c'est-à-dire à notre sens, un étayage, une boussole, une définition de ce qui n'est pas acceptable pour l'équipe, mais aussi pour l'usager lui-même... Les limites à l'accompagnement s'imposent donc à un moment ou un autre. « Tout » ne peut être accepté en Csapa en ambulatoire ou en hébergement. Si la législation sur les stupéfiants est « métabolisée », la violence, le racisme, et tout « simplement » le non-respect répété du contrat, de la parole donnée... ne peuvent être banalisés. Ces situations de rupture mènent à des actions vécues comme violentes par et pour des personnes fragiles socialement. Une responsabilisation des personnes accompagnées est fondamentale, mais sans déresponsabiliser les institutions dans leurs décisions, ce qui induit des moments déstabilisants pour les équipes.

Les professionnels évoluent aussi entre d'une part, le respect du savoir expérientiel de l'usager, sa non-assignation à un statut d'alcoolodépendant, par exemple, et la reconnaissance du choix de vie « d'une personne qui consomme de l'alcool », et d'autre part le constat de moments, plus ou moins nombreux et fréquents, où une perte de discernement du fait des surconsommations (avec perte de rationalité – analyser logiquement une situation –, perte du contrôle des impulsions, perte de l'anticipation des conséquences) de l'usager amène à des crises et des décisions lourdes de conséquences.

Dans cette logique, les travaux² de T. Besozzi (2021) mettent en avant la complémentarité des approches et la polyvalence des différents acteurs tout en identifiant encore des enjeux symboliques distincts. « L'univers de signification médical » et « l'univers symbolique social » renvoient à des priorités différentes entre prolongation de la vie biologique (*cure*) et construction d'un projet de vie global (*care*). Sur le plan organisationnel, la coordination des rôles thérapeutiques de chacun reste parfois conflictuelle. Les enjeux de place, de rôle et de disciplines perdurent parfois au détriment de la prise en compte réelle des personnes.

Bien sûr, une voie intermédiaire est possible.

Les termes décrivant cette voie sont pour l'auteur : « consommation contrôlée », « consommation modérée », « consommation réfléchie », « gestion des consommations », « consommation non problématique et raisonnée », « zone de confort », etc.

C'est pourtant cette voie, la plus respectueuse, qui génère le plus de situations inattendues, difficiles et cependant « tout à fait ordinaires ».

Les intervenants hésitent, car leurs savoirs sont peu applicables à cet « entre-deux », les normes et les règles sont instables.

« Ils ne sont jamais à l'abri du risque d'un jugement "subjectif", "partial", voire de l'arbitraire », nous rappelle Besozzi.

Ainsi, « les difficultés que rencontrent les professionnels³ engagés dans des relations d'aide et de soin peuvent être considérées comme des "épreuves". Ce rapprochement entre difficultés et épreuves suggère que la pénibilité du travail est source de souffrances – physiques ou morales – et peut conduire, à force de répétitions, à l'usure professionnelle ». Ravon et son collègue définissent la professionnalité comme la « capacité issue de l'expérience, qui permet à des professionnels à la fois de respecter les règles du métier – ils ont été formés dans cette perspective – et de les transgresser afin de s'adapter aux situations ».

Ainsi, lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes, les acteurs doivent faire preuve d'une grande capacité d'adaptation, parfois au prix d'un éloignement du cadre initial qui leur a été fixé. Des imprévus surviennent souvent, des contraintes spécifiques rendent l'application des règles difficile, voire inappropriée. Dès lors, pour répondre de manière efficace aux enjeux concrets qu'ils rencontrent, ces acteurs peuvent être amenés à ajuster leur manière d'intervenir, en s'éloignant du mandat prescrit, afin d'en construire un nouveau, plus en phase avec les exigences du contexte.

Ce phénomène, que détaillent les auteurs cités, est ainsi appelé « auto-mandat » Il désigne ainsi la capacité des individus à redéfinir leur propre champ d'action en fonction des circonstances, plutôt que d'appliquer strictement les directives imposées. C'est une adaptation dynamique qui leur permet de rester opérationnels et pertinents dans des environnements mouvants et complexes⁴.

Avec Ravon et Vidal-Naquet encore, nous voulons mettre en lumière les tensions ou conflits qui peuvent exister entre le mandat prescrit et l'auto-mandat (que résume autrement Christophe Dejours : « Travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif »). Il ne s'agit pas seulement d'opposer ce qui est attendu à ce qui est réellement mis en œuvre, mais plutôt d'examiner comment les individus naviguent entre ces deux exigences, parfois contradictoires, pour construire une pratique qui réponde à la fois aux contraintes institutionnelles et aux réalités du terrain. Associé à ces tensions, nous insisterons sur les charges psychiques et mentales en lien parfois avec une « éthique empêchée » et qui peut conduire à des arrêts maladie ou à des situations de fuite (« il existe plusieurs types d'épreuves : les épreuves émotionnelles, les épreuves organisationnelles et les épreuves politico-éthiques »).

² Thibaut Besozzi, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie [En ligne]*, n° 3, vol. 12, 2021, mis en ligne le 18 août 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/8913>

³ Bertrand Ravon, Pierre Vidal-Naquet « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social » - *Rhizome* 2018/1 (n° 67), pages 74 à 81 - Éditions Presses de Rhizome - ISSN 1622-2032 - DOI 10.3919/rhiz.067.0074)

⁴ Delphine Moreau, Christian Lavale - *Care et recovery : jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord » ALTER, European Journal of Disability Research* 9 (2015) 222–235



En conclusion, notre préoccupation est que les professionnels actuels « doivent accompagner l'usager vers le rétablissement, voire le soigner », alors qu'on leur ôte potentiellement les outils pour le faire, au sens où les cadres sont insuffisamment précis, ouvrant donc la voie à une improvisation à risques. Silvia Rochet puis Eirick Prairat nous proposent un petit décalage, évitant la confrontation, par l'action de « l'influence »⁵.

« L'individu peut et donc doit aspirer à se rétablir dans un cadre agencé pour son bien-être, mais orienté vers la prise de conscience et le travail sur ses comportements. Ce travail de "souci de soi" (Foucault, 1984), en occupant la quasi-totalité du temps de l'usager, permet également de définir (le lieu de soins) comme une institution quasi-totale (Wacquant, 2000), où la vie du résident se voit prise en charge dans ce qui s'apparente à un "entraînement" au monde extérieur. »

Mais, « l'autorité n'est ni contrainte, ni persuasion, elle est influence ». L'influence éducative est libératrice (elle fait grandir), indirecte (« vise à susciter, en l'autre, une activité »), temporaire (« elle travaille à son éclipse »).

Elle n'est pas une volonté qui s'oppose et s'impose à une autre volonté pour la soumettre, mais une volonté qui s'allie à une volonté naissante pour l'aider à vouloir, pour éclairer une liberté qui se cherche. Enfin, l'autorité n'a pas son fondement dans un acte de soumission aveugle mais, tout au contraire, dans un acte de reconnaissance qui « accorde à d'autres une plus grande perspicacité » (HG. Gadamer, cité par Gaziaux⁶).

Cet aspect donne une vision apaisante des tensions décrites plus haut permettant de sortir des confrontations pour aller vers une alliance d'influences, régulièrement adaptée et renouvelée.

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

⁵ « Connaître "les règles du jeu" », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], 29 2023, mis en ligne le 23 octobre 2023, consulté le 20 août 2024. <http://journals.openedition.org/champpenal/14688> - « Autorité et respect en éducation », *Le Portique* [En ligne], 11 2003, mis en ligne le 15 décembre 2005. <http://journals.openedition.org/leportique/562>

⁶ Éric Gaziaux, « L'autorité et ses paradoxes constitutifs », *Revue des sciences religieuses*, 80/4, 2006, 445-461

« Réduction des méfaits » : Canada, terre promise hier, terre fragile aujourd'hui

Louis Letellier de St-Just / avocat en droit de la santé, président de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) et enseignant à la faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

L'approche de santé publique se trouve aujourd'hui menacée au Canada, après des années de déploiement d'une stratégie de « réduction des méfaits ». Comment préserver cette version de la réduction des risques dans un contexte de crise des opioïdes qui s'installe ?

Entre 2016 et 2024, on compte plus de 52 544 décès liés à une intoxication aux opioïdes. Aujourd'hui, c'est 20 décès par jour selon les données disponibles¹. Cette crise a permis la refonte de la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* (SCDAS) et la résurrection de la réduction des méfaits (RDM), un terme que le Canada privilégie à la réduction des risques, en référence aux méfaits ou répercussions négatives de la consommation de substances sur la santé, la société et l'économie². Mais le syndrome « pas dans ma cour », la paresse de politiciens plus enclins à satisfaire les mécontents qu'à agir selon la science et la crise qui se prolonge et se complexifie créent une situation contrastée aujourd'hui. L'état d'urgence a été déclaré officiellement en Colombie-Britannique et au pays en 2016. Le gouvernement fédéral simplifie la démarche d'autorisation de services de consommation supervisée (SCS) pour répondre à l'augmentation des décès causés par la circulation de fentanyl et autres drogues synthétiques. Lors de la pandémie de covid, il autorise la mise en place de nombreux services de prévention de surdoses (SPS) via une procédure plus rapide, temporaire,

compte tenu de l'urgence. Un seul SCS en 2016, plus de trente approuvés et en opération en 2025. Selon les lieux, la drogue y est consommée par injection, inhalation ou voie orale. De l'analyse des drogues est généralement offerte au sein même des SCS. L'accès à la naloxone est facilité. Les policiers et ambulanciers en disposent généralement et elle est offerte en pharmacie sans ordonnance et souvent gratuitement, en plus d'être distribuée dans les SCS.

Le vent qui tourne et la RDM menacée

Ces deux dernières années ont été particulièrement éprouvantes autant pour les initiatives de RDM que pour les organisations qui les supportent et bien sûr, pour les usagers. Face à une crise qui ne s'atténue pas, malgré une baisse récente des décès par surdose (sauf au Québec), alourdie par celles de l'itinérance et du logement, celles-ci sont confrontées à une insistante remise en question de leur efficacité. Il est indéniable que la situation provoque de nombreux désagréments qui ont un impact visible dans l'espace public. Les citoyens se mobilisent et leurs doléances font la une incitant des initiatives politiques réactives mal réfléchies et contestées. Voici quelques exemples.

En Colombie-Britannique, alors qu'un projet de décriminalisation était en cours, la consommation de substances dans les lieux publics s'est avérée nettement plus visible et préoccupante. La pression citoyenne s'est accentuée, soutenue par des municipalités et l'opposition politique. En novembre 2023, le gouvernement adopte une loi qui interdit la consommation de substances dans les lieux publics. Celle-ci a été contestée devant les tribunaux, en évoquant le décalage avec l'esprit de l'exemption fédérale qui autorise la décriminalisation, ou le non-respect de droits fondamentaux relatifs à la vie, la sécurité et la liberté. La contestation judiciaire a réussi et la loi a été retirée. Cependant, le gouvernement de la Colombie-Britannique a atteint ses fins en obtenant du gouvernement fédéral une modification à l'exemption : la consommation est désormais limitée aux résidences privées et aux établissements offrant des services de santé.

¹ Faits saillants 2016-2024 : Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/?a4>

² Contrairement aux pays francophones qui utilisent l'expression réduction des risques (RDR), le Canada privilégie la référence aux méfaits ou répercussions négatives de la consommation de substances sur la santé, la société et l'économie. Évaluation horizontale de la stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : rapport d'évaluation, 2023, Ottawa, Santé Canada



L'approche du traitement contraint du trouble lié à l'usage de substances gagne également la faveur de gouvernements provinciaux. La Colombie-Britannique et l'Alberta sont dotées de loi sur la santé mentale qui permet, dans certaines circonstances, une rétention en établissement et éventuellement le traitement sous contrainte. La Colombie-Britannique, sans modifier la loi, publie des directives cliniques adressées aux psychiatres afin d'utiliser cet outil pour contrer la crise et venir en aide aux personnes souffrant d'un trouble concomitant³. L'Alberta, province aux fortes racines conservatrices et réfractaire aux actions de RDM, agit de manière plus incisive en amendant la loi : elle introduit le recours à une ordonnance de traitement de la dépendance. L'absence de données cliniques probantes pour supporter la décision est fortement décriée⁴. La Loi sur les bons samaritains – qui mettait à l'abri de toute accusation ou condamnation pour possession la personne qui demande de l'aide aux services d'urgence, ou la victime d'une surdose – fait l'objet d'une contestation judiciaire. L'Alberta exige que son interprétation soit révisée afin de permettre aux policiers l'arrestation de personnes à la suite d'un appel aux services d'urgence. La question a été plaidée en Cour suprême en janvier 2025 et une décision est imminente⁵. Le combat principal demeure celui de la survie des SCS. Deux provinces mènent la charge, l'Ontario pour les interdire et le Québec pour encadrer leur implantation. L'intention de l'Ontario est claire : miser exclusivement sur l'abstinence pour le traitement de la dépendance. L'objectif est consacré dans la Loi sur les soins et le rétablissement en milieu communautaire (décembre 2024).

³ Des soins involontaires désormais données en Colombie-Britannique, *L'Actualité*, 24 avril 2025

⁴ <https://www.cpha.ca/fr/alberta-traitement-involontaire>

⁵ Défendre la Loi du Bon Samaritain devant la Cour suprême, *AIDQ*, 2025

⁶ <https://www.aidq.org/fr/actualites-aidq-details/notre-reponse-collective-au-projet-de-loi-103>

⁷ Cohabiter jusqu'à l'intolérable, *Le Devoir*, 3 juin 2024

Sans autorisation ministérielle, nulle structure ne peut solliciter d'exemption fédérale ou leur renouvellement. Ils doivent se situer à plus de 200 m d'une école ou garderie, ce qui entraîne déjà l'arrêt de services pour la moitié d'entre eux (10/19). Les autorités responsables des SCS ont la possibilité d'accepter de changer leur mission pour devenir un centre de traitement où la distribution de matériel de RDM est bannie. À cela s'ajoutent des interdictions

semblables aux programmes de traitement par substitution ou concernant la décriminalisation. Une contestation judiciaire de la validité constitutionnelle de la loi est en cours et une injonction temporaire a été accordée pour permettre le maintien temporaire des activités de SCS en attente de la décision finale.

Le Québec encaisse une hausse de décès par surdoses, traverse une crise de l'itinérance et hésite à renouveler sa Stratégie de prévention des surdoses... En avril dernier, un projet de loi visant à réglementer les SCS a été déposé, afin de favoriser une « cohabitation harmonieuse avec la communauté ». À l'instar de l'Ontario, l'objectif est de les interdire, mais en fonction de règles bien différentes. Autorisés au sein d'établissements publics de santé, et pour les autres à 150 m d'une école ou d'une garderie (ce qui est irréaliste dans le cas d'une ville comme Montréal), ils devront proposer au ministre un plan de cohabitation et seront seuls responsables d'assurer la salubrité et la sécurité dans les environs de leur local. Le ministre se garde tout pouvoir d'autorisation et de renouvellement. Soulevant ses nombreuses incohérences, la proposition a été rejetée par la quasi-totalité des groupes entendus en commission parlementaire. Son examen se poursuit à l'automne 2025 et des amendements sont attendus. Une contestation judiciaire n'est pas à exclure en temps opportun⁶.

Conclusion

Le pays vient de réélire un gouvernement libéral. Même minoritaire, c'est une bonne nouvelle compte tenu de son bilan RDM. Mais ses décisions récentes et son silence face aux mesures décrites ici inquiètent. Dans un contexte politique dominé par les tensions avec les États-Unis et un pays bousculé par des approches qui misent sur la contrainte, influencées par la pression citoyenne, il faut éviter de basculer à nouveau vers des mesures coercitives. Le défi est de taille. S'il reste essentiel de réviser orientations et décisions, malgré notre époque polarisée, la concertation de toutes les parties concernées demeurera toujours la meilleure avenue. En faisant ce choix, nous donnons une chance à la dignité de ressortir gagnante et de satisfaire les attentes du collectif⁷.

Qui fait quoi en matière de législation sur les drogues ?

Dans le système politique canadien, les compétences législatives sont réparties entre le gouvernement fédéral (Ottawa) et les provinces et ses territoires, en vertu de l'acte constitutif du pays. Le premier se voit seul à pouvoir légiférer en matière de droit criminel. La Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LCDAS) en découle, elle régit la possession, la production, la vente, le trafic des drogues et des substances qu'elle répertorie, l'encadrement des sanctions, des perquisitions et des exemptions possibles à son application. Elle a été amendée depuis son adoption en 1996.

Les provinces, dont le Québec, se voient confier la responsabilité de l'organisation et de l'administration des services de santé et des services sociaux. La mise en place et l'encadrement de centres de traitement de la dépendance, les actions liées à la prévention et au déploiement de l'offre de services en matière de RDM et leur financement leur reviennent.

Lois, plans d'action, stratégies et politiques précises, encadrent le tout.

Récréatif ou thérapeutique, le cannabis en question

Fabrice Olivet / Asud

La barrière théoriquement hermétique qui sépare « médicament » et « drogue » est-elle toujours pertinente au regard de l'évolution du marché du cannabis ? À l'exemple des États-Unis, la confusion croissante entre « thérapeutique » et « récréatif » pose la question d'un schéma où la régulation du cannabis « pour rigoler » passe par une étape du cannabis pour se soigner, plus acceptable politiquement.

Le 5 novembre 2024, la Floride a raté de peu la légalisation du cannabis à des fins récréatives. Elle serait devenue le 26^e État d'Amérique à autoriser les adultes à consommer ce produit. Les modalités du référendum imposaient 60 % de votes favorables pour adopter la proposition, laquelle n'a réuni « que » 55,9 % des électeurs. Le candidat Donald Trump – résident local installé dans sa villa de Mar-a-Lago – s'est déclaré favorable à cette mesure, contrairement au gouverneur républicain Ron DeSantis, par ailleurs soutien déterminé de sa candidature à la présidence. La campagne pour le « oui » a été massivement soutenue par l'industrie du cannabis dit « thérapeutique », légal en Floride depuis 2016, dont les poids lourds – les géants Trulieve Cannabis Corp (qui a versé 141 millions de dollars au camp pro-légalisation) ou Tilray – sont devenus de puissantes machines au service d'un lobbying de la vente libre de cannabis. C'est la dernière péripétie d'un virage historique opéré par les États-Unis concernant cette drogue, de loin la plus consommée, qui représente un enjeu économique considérable tout en restant l'objet d'interrogations sur le terrain sanitaire. Ajoutons que l'inexorable montée en puissance du capitalisme chanvrier est un sujet mondial même si la France, comme dans d'autres thématiques liées aux stupéfiants, semble résister à ce mouvement général de régulation par le marché, qu'il soit thérapeutique ou récréatif.

Numéro 1 au hit-parade

Quelle que soit l'appellation sous laquelle elle est désignée, la petite plante à cinq feuilles reste le *golden standard* des drogues dans la longue histoire psychoactive de l'humanité. Son succès ne se dément pas, tout en continuant d'alimenter les polémiques. Longtemps le cannabis a partagé, avec son alter ego l'opium, le privilège d'être considéré à la fois comme un remède et un agréable passe-temps à connotation orientaliste. À l'aube du XX^e s., ces drogues sont peu à peu vouées aux gémonies par les conventions internationales qui installent la prohibition en Occident. Mais, à la différence des stimulants ou des opioïdes, les propriétés du cannabis n'ont jamais suscité l'intérêt des autorités militaires. Le cannabis n'a pas bénéficié non plus du passe-droit octroyé aux anti-douleurs par l'industrie pharmaceutique, il fut donc retiré progressivement de la liste des substances médicamenteuses avant d'être inscrit au tableau IV¹ des stupéfiants de la Convention unique de 1961. Sa faible toxicité, aujourd'hui avérée, ne lui a pas épargné la mise à l'index. Pour autant le caractère particulier de cette drogue universellement appréciée depuis la nuit des temps rend sa diabolisation laborieuse, pour ne pas dire impossible. Un tropisme cannabique qui s'explique peut-être aussi par la faible lisibilité de la barrière prétendument hermétique supposée séparer le paradis artificiel du médicament.

¹ La tableau IV de la convention unique de 1961 est celui qui regroupe les drogues considérées comme dangereuses et ne présentant aucun intérêt du point de vue médical, une formulation que l'on retrouve mot pour mot dans l'annexe I du Controlled Substance Act (CSA), la loi fédérale qui prohibe le cannabis toujours en vigueur promulguée par Richard Nixon en 1970.



Ceci n'est pas une drogue

Tous les « cannabiphiles » vous le diront, leur drogue de prédilection n'en est pas une. Les incondtionnels du chanvre évoquent une substance bénéfique, qui soigne, détend, embellit l'existence sans provoquer de dépendance ni de surdoses, voire une plante miraculeuse propre à guérir toutes les maladies. Un discours qui a réussi à imposer le concept un peu flou de « drogue douce », souvent repris par la presse malgré son absence de bases scientifiques.

La grande vague du *Flower Power* des années 1960-1970 a même réussi à diffuser l'idée d'une relative innocuité du cannabis, au point d'influencer la réglementation. Entre 1973 et 1978, douze États américains ont opté pour la décriminalisation, une tendance qui culmine sous la présidence de Jimmy Carter, qui propose en 1977 une loi fédérale d'exemption de poursuites des consommateurs. Ce vent de tolérance a soufflé aussi sur la Vieille Europe où les Pays-Bas débutent leur expérience de « coffee shops » en 1976, dans le but explicite de « séparer les marchés » entre cannabis et drogues dures.

Même la France adopte en 1978 une « circulaire Pelletier » qui recommande aux magistrats de ne pas poursuivre les simples consommateurs de « haschich et de marihuana »², exemple unique de pause dans la guerre à la drogue dans l'Hexagone. *L'appel du 18 joint*, lancé en 1976 voit plusieurs personnalités comme Bernard Kouchner, à l'époque président de Médecins du monde, ou le philosophe Jacques Derrida, faire entendre cette petite musique qui voudrait faire du cannabis, non un médicament mais une drogue douce, c'est-à-dire une drogue qui ne l'est pas vraiment.

Usages, abus et dépendances

L'avènement de l'addictologie à la fin des années 1990 va dépouiller le cannabis de son image de substance inoffensive tout en ouvrant la voie à l'étude scientifique des propriétés thérapeutiques du chanvre. C'est le temps de la réduction des risques et de la découverte des « usages durs de drogues douces » où les contextes de consommations sont privilégiés dans la lutte contre les dommages. C'est aussi le temps de l'introduction de la biologie et des neurosciences au détriment de la psychologie, une orientation qui permet d'acquérir des informations rationnelles sur les différentes substances en circulation et leurs effets respectifs.

En 1964, le chercheur israélien Raphael Mechoulam synthétise le tétrahydrocannabinol (THC) puis le cannabidiol (CBD), les principes actifs du cannabis, une découverte qui permet de démontrer l'intérêt de la prescription médicale

dans plusieurs pathologies. Une industrie pharmaceutique du cannabis commence alors à se développer. Officiellement, l'accent est mis sur le caractère étanche de la frontière censée séparer les malades qui souffrent des amateurs de vertiges psychoactifs, une séparation qui fait l'impasse sur une zone grise : du fait de la prohibition, la majorité des malades ont découvert les effets bénéfiques de la plante grâce au marché noir.

L'exemple étasunien

Après la vague de tolérance des années 1970, la guerre à la drogue fait un retour en force et renoue avec la théorie de l'escalade. Le cannabis, accusé d'être la porte d'entrée des autres drogues, n'est pas épargné par le « *just say no* » de Nancy Reagan, un slogan principalement destiné aux jeunes. Mais l'argument de la santé n'est pas le cœur de la croisade menée contre « l'ennemi public n°1 de l'Amérique ».³

L'étude scientifique des effets du chanvre n'intéresse pas les autorités fédérales, conscientes de sa faible toxicité comparative. À cet égard, le *Controlled Substance Act* (CSA), imposé en 1970 par Nixon est caractéristique : cette loi fédérale toujours en vigueur, interdit explicitement tout usage thérapeutique de la plante et criminalise la vente et la possession du cannabis. Tout en bloquant la piste du soin, ce qui laisse ouvert le champ des spéculations sur son intérêt médical.

En 1996, la Californie est le premier État à s'engouffrer dans l'espace laissé vacant entre lutte contre la drogue et recherche thérapeutique. La « proposition 215 » autorise un usage dit « compassionnel » réservé aux personnes munies d'une « *medical marijuana identification card* ». Avec un seuil d'accession très bas : une migraine, des douleurs articulaires ou des insomnies sont des symptômes susceptibles de nécessiter un soin à base de cannabis. La continuité entre substance récréative, médicament de confort et produit miracle apparaît de manière précoce dans le modèle de prescription étasunien. La proposition 215 est imitée dans quatre autres États en 1998, douze en 2000 et 25 en 2012, date à laquelle deux États, le Colorado et l'État de Washington, proposent également du cannabis dit « récréatif ». Une évolution linéaire qui semble inéluctable quand on étudie la chronologie des lois qui ouvrent le marché capitaliste du cannabis. Aujourd'hui, aux États-Unis, 40 États sur 52 proposent l'accès à de petites quantités de cannabis pour des raisons médicales, partiellement confondus avec les 25 États ayant légalisé à titre récréatif. Comme le souligne Ivana Obradovic : « *Tous les États ayant légalisé le cannabis non-médical en autorisaient déjà l'usage à des fins médicales.* »⁴

² https://bdoc.oftd.fr/index.php?lvl=notice_display&id=55

³ Célèbre phrase tirée du discours fondateur du président Richard Nixon sur la Guerre à la drogue (*War on drugs*) prononcée le 17 juin 1971, en conférence de presse.

⁴ Ivana Obradovic, *La légalisation du cannabis aux États-Unis*, OFDT, note 2021-1, janvier 2021, https://www.oftd.fr/sites/oftd/files/2023-08/field_media_document-5764-eisxic2a1o.pdf

L'irrésistible **ascension** du cannabis

Aujourd'hui la situation du cannabis dans le monde est à peu près celle de son double inversé du début du XX^e siècle, lorsque les premières mesures prohibitives se sont abattues sur le chanvre non industriel. Pas un mois sans que l'actualité ne relate un assouplissement de la législation cannabique quelque part dans le monde, selon le schéma classique d'un programme médical élargi quelques années plus tard à la consommation, sous la forme d'une dépénalisation ou d'une légalisation.

Dernier exemple en date, la Tchéquie dotée d'un programme thérapeutique depuis 2013 où la Chambre haute a validé en juillet 2025 une proposition de loi autorisant la culture de 3 plants et la possession de 100 g. Dans l'Union européenne, 21 pays sur 27 ont franchi le cap de l'accès au cannabis thérapeutique et trois d'entre eux ont évolué ces dernières années vers le récréatif : Malte en 2022, Luxembourg en 2023 et Allemagne en 2024.

Il semble donc logique de corréler la prescription à but thérapeutique avec la légalisation tout court, même si ce lien est contesté par les autorités sanitaires, inquiètes d'être assimilées à un lobby pro drogues. Seuls quelques rares pays ont franchi le pas de la légalisation sans passer par le préalable d'une expérience thérapeutique. C'est le cas de l'Uruguay en 2013. Ce petit État d'Amérique du Sud constitue une singularité liée à la personnalité de son président José Mujica, un ancien guérillero tupamaro.

La plupart des États ayant désobéi aux conventions ont pris la précaution de faire précéder le passage au cannabis légal par une phase thérapeutique. Au Canada, la prescription remonte à 2002. Au fil des ans, les autorités fédérales ont eu à gérer l'embouteillage créé par une demande exponentielle de cannabis pour se soigner, poussant le gouvernement à autoriser la vente aux particuliers en 2018.

En Suisse, le cannabis médical est autorisé au niveau fédéral en 2022 sans déroger au statut pénal de la plante, suivi en 2024 d'expérimentations cantonales de cannabis récréatif. Ailleurs la situation est plus contrastée avec de larges espaces acquis à une stricte prohibition (parfois assortie à la peine de mort), mais aucun continent n'échappe à ce mouvement général d'émancipation.

En août 2024, le Ghana vote une loi légalisant le cannabis médical rejoignant le cercle des pays africains ayant rompu avec le modèle prohibitif – Lesotho, Zimbabwe et Afrique du Sud. Ce dernier pays se dote en mai 2024 d'un *Cannabis for Private Purposes Act* qui décriminalise l'usage privé et régleme l'accès médical.

En Asie, la Thaïlande offre un exemple des difficultés à tracer une ligne claire entre thérapeutique et récréatif. La présence de millions

d'amateurs de *thai sticks* sur les plages de Phuket et de Ko Phi Phi, avait poussé le Royaume vers la légalisation en 2022. La vente libre, sans contrôle a généré une industrie prospère qui s'impose comme un pilier de l'économie des loisirs. Dans ce flou juridique, un narco tourisme débordant a suscité l'inquiétude des autorités dans un pays pourtant ouvert aux visiteurs. Une nouvelle réglementation est votée le 25 juin 2024 qui oblige les consommateurs à passer par une prescription médicale, fournie sur place par les points de vente.

Le cannabis mère de **toutes les batailles**

La croissance exponentielle du chiffre d'affaires des sociétés américaines qui gèrent l'économie du cannabis thérapeutique démontre à l'envi la puissance des lobbies, qu'ils se prétendent guidés par des motivations sanitaires ou purement marchandes. En économie de marché, ce phénomène impacte toutes les drogues, de l'alcool au tabac, en passant par les médicaments psychotropes et bien sûr les substances inscrites au tableau IV de la Convention de 1961.

« Quel type de marché faut-il mettre en place ? Un marché commercial produit des acteurs économiques qui vont légitimement chercher à maximiser les profits... et s'organiser en lobby ». Comme le précisent Frank Zobel et Jean Félix Savary : « La régulation devient alors une foire d'empoigne entre la santé publique et l'économie ».⁵

Le marché des opioïdes, considérés comme des drogues dures, a généré moins de méfiance de la part des autorités. Ils ont été cadrés de manière précoce par une industrie pharmaceutique qui a défini son champ de compétence : la lutte contre la douleur, et plus tard la production de médicaments destinés à réguler les addictions. Les années « héroïne » et la « crise des opioïdes » tendent à démontrer que le flou existe aussi entre thérapeutique et récréatif dans l'univers opiacé (y compris dans des épisodes de dépendance avérée). Pour autant, la médicalisation reste à l'évidence la solution idoine en matière de marché légal de ces substances.

Pour les stimulants consommés massivement comme la cocaïne ou l'ecstasy, c'est presque l'inverse. Leur utilisation dans le contexte du soin reste marginale, malgré un retour récent de l'intérêt porté à la MDMA en psychiatrie. Le cannabis, lui, pose un problème de fond. Tous les dispositifs institutionnels de chanvre thérapeutique commencent par une rhétorique sans faille sur l'absolue nécessité de ne pas confondre « patient-es » et « consommateurs-trices ». Mais dans l'univers cannabique, la complémentarité naturelle entre plaisir, confort et soin, rend vite inclassable cette substance, malgré la stridence des discours officiels. La demande de cannabis a le don de

⁵ P.P. Bänzinger, M. Herzig, C. Koller, J.F. Savary, F. Zobel, *La Suisse et les drogues*, *Livreo-Alphil, Neuchâtel 2024*, p. 343



s'insinuer dans tous les dispositifs et de déjouer les instruments de contrôle mis en place par les autorités sanitaires ou administratives. Les efforts louables des « cannabis clubs » ou autres « compassion clubs » pour imposer des règles de partages non commerciaux sont confrontés partout à la concurrence du marché noir. Le triomphe actuel du CBD est une preuve supplémentaire de la toute-puissance du profit, même avec un produit « soft », théoriquement voué au soin, qui évolue vers le cannabis-bien-être sous la pression des consommateurs.

La France, « village gaulois » dans de nombreux sujets « drogues »⁶, a reconnu précocement la faille représentée par le chanvre pour son modèle répressif qu'elle voudrait ériger en exemple. Notre pays a multiplié les campagnes pour dénoncer « les dangers du cannabis », quand jamais aucune communication grand public n'a été conçue pour informer de l'intérêt thérapeutique des drogues, qu'il s'agisse du chanvre voire des traitements de substitution opioïdes. La France a également déployé de grands efforts diplomatiques pour s'opposer au CBD dont le commerce a été finalement imposé par la législation européenne. Sous la pression des malades

⁶ Voir article p. 18

⁷ Ce programme expérimental initié en 2021 par l'ANSM concerne actuellement quelques centaines de patients tous atteints de pathologies lourdes (neuropathies résistantes, maladies neurovégétatives, cancer, épilepsie). Après une incertitude réglementaire sur son éventuelle interruption en 2024, le programme a été officiellement prorogé jusqu'en 2026.

⁸ Charles Delouche-Bertolasi, *Les États-Unis s'apprentent à reclasser le cannabis comme drogue moins dangereuse*, *Libération* 30 avril 2024

douloureux, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a mis en place un programme expérimental de cannabis médical très embryonnaire, dont la pérennité est loin d'être assurée⁷. Autant de réticences qui soulignent l'appréhension de certaines officines gouvernementales à l'égard du cannabis, perçu comme le maillon faible de la prohibition à la française.

Au niveau international beaucoup font le même constat mais pour en tirer des conclusions inverses. De grandes ONG antiprohibitionnistes comme Open Society, la fondation du milliardaire George Soros ou l'ACLU (*American Civil Liberties Union*), l'organisation historique de lutte pour les droits civiques, ont fait alliance avec le lobby capitaliste du chanvre dans la perspective d'en faire un bélier contre l'ensemble du dispositif prohibitif américain. Cette stratégie a payé. Elle possède le mérite de parler à la fois aux libertariens à droite, voire à l'extrême-droite, et aux traditionnels *liberals* de centre gauche. Le *Control Substance Act* (CSA) dernier vestige fédéral de restriction de la vente de cannabis est en passe d'être balayé par un tir nourri qui associe défenseurs des droits humains et grandes compagnies chanvrières⁸. À cet égard il est symptomatique de constater que les principaux défenseurs du CSA sont les lobbies de l'alcool et du tabac ainsi que les acteurs de l'industrie pharmaceutique non impliqués dans la production de cannabis médical. *Business as usual*, diront certains.

Recevoir *Swaps*

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

et de le retourner par mail à charlene.alzon@aphp.fr

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

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Marché des drogues : le règne incontesté de la « Reine Coco »

Michel Gandilhon / CNAM

Citius, Altius, Fortius (« plus vite, plus haut, plus fort », devise des Jeux olympiques depuis 2021). Le marché de la cocaïne dans le monde et singulièrement en Europe ne donne aucun signe d'essoufflement. La production mondiale bat chaque année des records, tandis que les consommations ne cessent de se développer. C'est le cas aussi en France, où le marché de la cocaïne en valeur pourrait avoir détrôné celui du cannabis. Des constats fondés sur un certain nombre d'indicateurs produits à l'échelle nationale comme internationale.

Une production très élevée

La production de cocaïne est essentiellement localisée dans trois pays d'Amérique latine : la Colombie, le Pérou et la Bolivie. En 2022, elle atteignait plus de 2 700 tonnes de cocaïne pure soit une multiplication par trois en deux décennies. Un niveau depuis largement dépassé, puisque l'estimation annuelle de la production pour la seule Colombie réalisée par l'Organisation des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)¹ l'estimait en 2023 à près de 2 700 tonnes ! Entre 2022 et 2023, dans ce pays, celle-ci a augmenté de 53 %. En l'espace d'une dizaine d'années, la production y a été multipliée par plus de sept.

Les spécialistes expliquent cet emballement par plusieurs facteurs. L'augmentation des superficies, qui ont crû de 10 % entre 2022 et 2023 pour atteindre 253 000 ha dans un contexte où les rendements à l'hectare ont augmenté pendant la même période de 33 %. Ce phénomène est dû à l'émergence de véritables enclaves agro-industrielles caractérisées par l'adoption des méthodes de production qui vont avec et notamment au recours croissant aux pesticides qui permet la forte concentration des terres productrices. Tout cela intervient dans un contexte politique et sécuritaire tendu. Le gouvernement du président Gustavo Petro semble avoir baissé les bras face à la production de cocaïne. Si les fumigations aériennes de champs de coca n'ont plus cours en Colombie depuis leur suspension pro-

2022 par la cour constitutionnelle, l'éradication manuelle n'en continuait pas moins. Or en 2023, les superficies de coca éradiquées manuellement ont diminué de 70 % par rapport à l'année précédente.

Plus généralement, le gouvernement, qui mise sur le développement alternatif, l'accès à la terre et aux infrastructures dans les villages les plus enclavés, se heurte à la résistance de l'oligarchie agraire et à la présence de bandes armées issues le plus souvent des fractions des Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) qui n'ont pas rendu les armes, des paramilitaires ou encore de la guérilla « castriste » de l'ELN (*Ejército de Liberación Nacional*, armée de libération nationale). Presque dix ans après les accords de paix, intervenus en 2016, des fractions entières du pays sont toujours dans une situation de chaos marquée par l'assassinat de leaders sociaux et des déplacements de population. Si le Mexique est devenu le pays symbole de la violence engendrée par la prolifération des groupes criminels, la Colombie en 2024 le dépasse largement en matière de taux d'homicides : 25/100 000 contre 19/100 000.

Des saisies record

La Colombie étant le principal pourvoyeur du marché européen, les flux l'alimentant ne risquent pas de se tarir. D'ailleurs, en 2023, les saisies dans l'Union européenne ont atteint un nouveau record avec plus de 410 tonnes, contre 323 en 2022, dont 116 tonnes dans le port d'Anvers

¹ Monitoreo de territorios con presencia de coca, 2023.
 noncée en 2015 par le président de la République de l'époque, Juan Manuel Santos, confirmée en



Figure 1. **Cocaïne : saisies en France et production en Colombie**

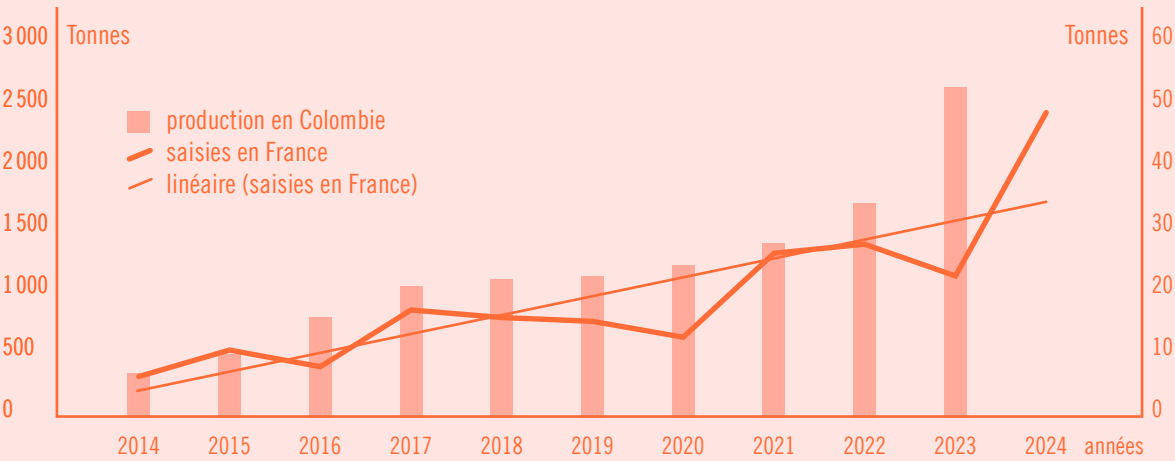


Figure 2. **Prévalence de l’usage dans l’année de cocaïne en France chez les 18-64 ans**

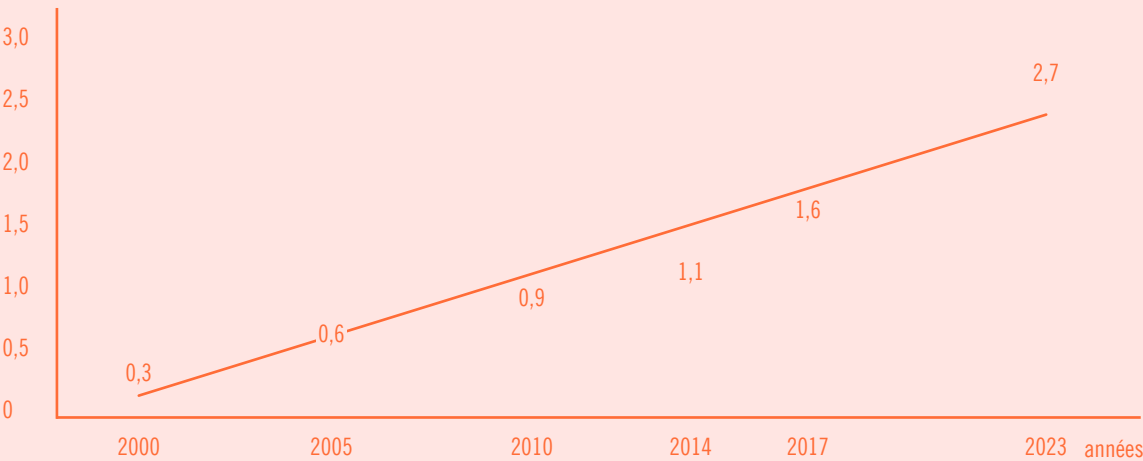
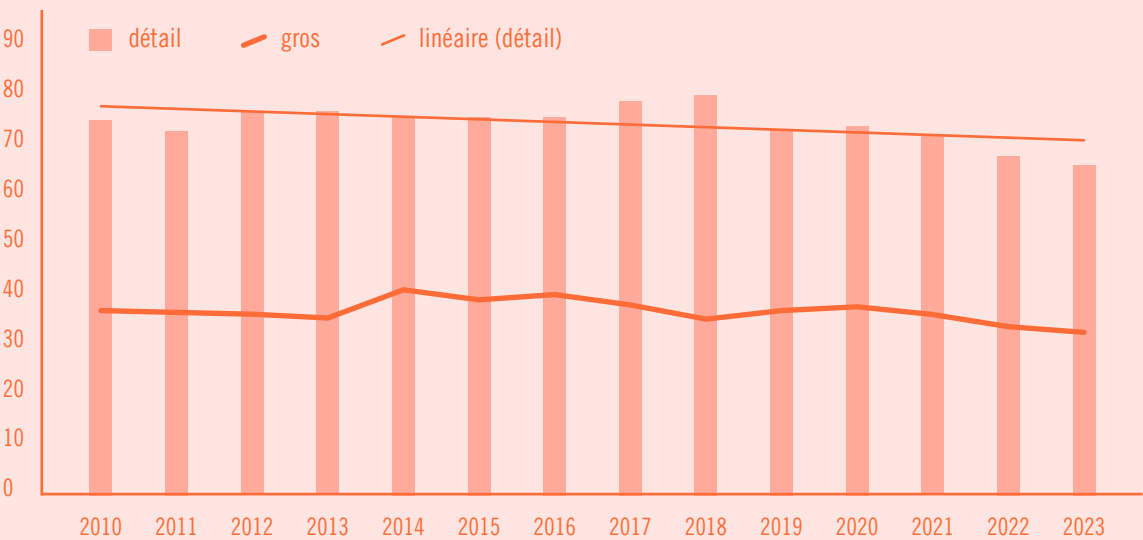


Figure 3. **Prix de détail et de gros de la cocaïne en France (source : OFAST)**



qui faisait jusqu'à récemment figure de première porte d'entrée de la cocaïne en Europe. En France, l'année 2024 a été marquée par des saisies exceptionnelles de presque 50 tonnes. Bien au-dessus du précédent record de 27,7 tonnes de 2022.

Depuis le début de la décennie 2020, la moyenne des saisies annuelles s'établit à 31,5 tonnes par an contre 11 tonnes dans les années 2010, 5 tonnes dans les années 2000 et 2 tonnes dans les années 1990. En mars 2025, le seul port de Dunkerque a été le théâtre, avec 10 tonnes, d'une saisie sans précédent en France sur un conteneur en provenance d'Amérique latine. Soit l'équivalent de ce qui avait été saisi en France pour la seule année 2014. Si l'ampleur des saisies est corrélée à celle de la production, des signes montrent que leur niveau pourrait toutefois affecter les trafiquants. Parmi ces signes, l'implantation de laboratoires de production de chlorhydrate de cocaïne, notamment en Espagne, aux Pays-Bas et en Belgique, constitue un élément majeur. Certains disposent de capacités de production pouvant atteindre 200 kilogrammes par jour. Cette délocalisation en Europe pourrait être un moyen de réduire l'impact financier des saisies pour les importateurs : il est effet moins coûteux de se faire saisir une tonne de pâte-base qu'une tonne de chlorhydrate pure.

Des consommations en hausse

Jusqu'à quand la demande de cocaïne continuera-t-elle d'absorber cette offre phénoménale ? Nul ne le sait. Si le marché américain depuis des années est stagnant, voire en légère baisse, le marché mondial continue de se développer. Entre 2010 et 2022, selon l'ONUDC, le nombre de consommateurs dans l'année est passé de 16 millions à 23,5 millions². Si les marchés africain et asiatique se développent, c'est le marché européen qui est le plus dynamique aujourd'hui. Selon l'*European Drug Agency* (EUDA), qui a succédé à l'EMCDDA, près de 3,4 millions d'usagers consommeraient de la cocaïne dans l'année. En France, la consommation a été multipliée par 9 en vingt ans et la hausse ne cesse de s'accélérer. Entre 2017 et 2023, les usages dans l'année ont crû de près de 70 % pour atteindre 2,7 % des 18-64 ans³, des proportions beaucoup plus élevées qu'aux États-Unis. Au vu de ces données, on peut penser que le marché de cocaïne est devenu le premier en euros, devant celui de cannabis dont les consommations sont stagnantes en France depuis dix ans.

² World Drug Report, UNODC, 2024.

³ Spilka S. et al. « Les niveaux d'usage de drogues illicites en France en 2023 », Tendances, OFDT, juin 2024.

⁴ Labrousse A., *Géopolitique des drogues*, PUF, 20224.

⁵ Sathi Y., « L'offre de stupéfiants en France en 2023 », OFDT, 2024.

Un produit moins cher, plus pur et plus disponible

L'abondance de l'offre et la multiplication des acteurs qui se positionnent sur le marché de la cocaïne contribuent à la baisse du prix de la cocaïne au détail. En Colombie, le prix du kilogramme de la cocaïne pure se situe autour de 1 000 dollars, contre près de 1 700 dollars il y a vingt ans⁴, tandis qu'en bout de chaîne, au plus près du consommateur final, le prix de détail de la cocaïne diminue. Entre 2020 et 2023, le prix moyen de la cocaïne en euros constant est passé sur le marché français de 74 à 66 euros, tandis que le prix de gros pendant la même période passait de 37 500 à 32 500 euros le kilogramme. Force est de constater que les saisies énormes réalisées ces dernières années ne provoquent pas d'impact à la hausse des prix de gros et de détail.

Parallèlement, la pureté du produit qui circule ne cesse d'augmenter. En 2022, en Europe, la pureté moyenne de la cocaïne sur le marché de détail se situait entre 52 % et 83 %. En France, entre 2010 et 2019, les teneurs en cocaïne dans les saisies inférieures à 10 g sont passées de 37 % à 60 %. Si l'on met en relation le prix nominal de détail en euros constants en le divisant par le taux de pureté moyen, l'on constate qu'entre 2010 et 2019, le prix de détail de la cocaïne pure en euros constants est passé de 203 à 122 euros le gramme soit une diminution de 40 %. Malgré cette tendance baissière, le prix du gramme pur est encore beaucoup plus élevé que celui de l'or qui se situe aujourd'hui autour de 90 euros. Entre 2020 et 2023, les teneurs moyennes dans les saisies de cocaïne en France sont passées de 63,5 % à 73 %⁵.

Conclusion

Au sein d'un marché international prospère, caractérisé notamment par une multiplication par trois de la production en l'espace d'une vingtaine d'années, la demande française ne faiblit pas. Au contraire, puisque sur la même période, les consommations dans l'année ont quasiment décuplé, portées par des prix toujours plus abordables. Depuis 2000, le prix de détail a été divisé par deux pour une cocaïne toujours plus pure. Face à un marché du cannabis dont la demande stagne depuis une dizaine d'années, celui de la cocaïne est plus que jamais attractif pour une offre dont les acteurs ne cessent de se diversifier. Du travail en perspective pour le Parquet national anticriminalité organisée (Pnaco) qui sera créé dans les mois qui viennent conformément au projet de loi sur le narcotrafic adopté par l'Assemblée nationale.



Géopolitique du crime organisé 40 fiches illustrées pour comprendre le monde

Michel Gandilhon, Gaëtan Gorce, David Weinberger
Éditions Eyrolles, 184 p., septembre 2024

Bienvenue dans l'ère du crime internationalisé en 40 fiches très documentées, illustrées de cartes, graphiques et tableaux ! « *Géopolitique du crime organisé* » aborde tous les aspects complexes et les impacts systémiques de ces pratiques criminelles. Production florissante de drogues, contrefaçons de médicaments, trafics d'armes et d'êtres humains (les femmes et les enfants en première ligne) dopés, entre autres, à la cocaïne qui finance le terrorisme et divers conflits, le capitalisme criminel est en pleine expansion sur tous les continents. Conséquence : il est au cœur de conflits géopolitiques.

Quels sont les narco-États avérés dans le monde, ceux dans lesquels le crime fait système, qui procure une large partie des revenus au pays dépendant de la production et/ou du commerce des drogues ? L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, les auteurs définissent et décrivent les « entités » criminelles (mafias, triades, cartels et Cie). Dans une deuxième, ils détaillent les « flux » de ces trafics prospérant sur un « néolibéralisme global criminogène » et infiltrant le système financier. Dans la troisième, après avoir cerné la notion de « narco-États », ils font le tour d'un certain nombre de « territoires » gangrenés, fragiles, cibles privilégiées de ces trafics : l'Italie

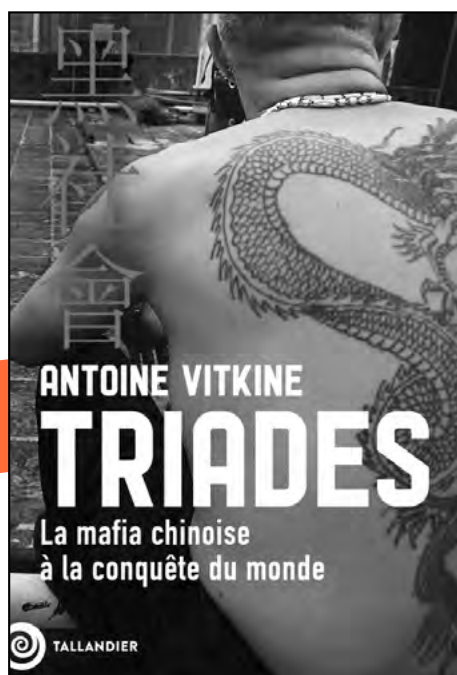
où sévissent les mafias italiennes et leurs différentes familles, Dubaï, émirat-refuge pour leur aristocratie mondiale, Belgique et Pays-Bas, « hub criminel du Nord-Ouest », les ports, points névralgiques de transit si difficiles à contrôler, l'Europe, elle aussi, productrice de drogues, le Rif territoire de la résine de cannabis, la France et ses quartiers « chauds » (Guyane incluse)... La quatrième partie est consacrée, enfin, aux « ripostes » possibles et aux problématiques qu'elles posent. Quelles sont les techniques spéciales de renseignements et d'enquêtes ? Va-t-on vers un retour des frontières ? Faut-il légaliser les drogues ?

Champions, les auteurs de cette « bible » très informée sur la question ! « Un indispensable », que tous ceux qui voudraient préparer des interventions, conférences et débats concernant ce champ, garderont sous le coude.

Triades La mafia chinoise à la conquête du monde

Antoine Vitkine, contributrice Jeanne Pham Tran
Éditions Tallandier, 352 pages, janvier 2025

Brrr... ! Plongez dans les eaux troubles et glaçantes de l'enfer du crime *made in China*, dont l'histoire pittoresque est « une vieille dame » née au XVII^e siècle, avec ses sociétés secrètes, les triades. Elles ont été vent debout contre la dynastie mandchoue des Qing, puis se sont mues, au fil des siècles, en puissantes organisations criminelles. Une gangrène toujours vivace



de la société chinoise, avec ses réseaux ultra-hiérarchisés, configurés façon tentacules de pieuvres, accommodés à la sauce religioso-sectaire. Depuis près de deux siècles, les triades tissent leur toile. Elles ont fait tomber le dernier empereur de Chine, régné sur le Shanghai des années 1920 comme sur les salles de jeu de Macao. Sun Yat-sen, fondateur de la République de Chine, en fut même l'un des « parrains »... Bref ! elles sont aujourd'hui la plus puissante mafia du monde. Antoine Vitkine, l'auteur de cet ouvrage, a également réalisé *Triades. La mafia chinoise à la conquête du monde*, une série documentaire diffusée sur Arte. Il nous raconte comment les triades ont étendu leurs trafics de drogues, d'êtres humains et de contrefaçons, sur tous les continents, façonnant à leurs mains des pans conséquents des économies légales. Elles sont devenues les banques « noires » du crime organisé en Europe et sont à la pointe du blanchiment d'argent et de la cybercriminalité. Pire ! Elles collent aux ambitions de Xi Jinping et de sa guerre contre l'Occident avec son projet stratégique de nouvelle route de la soie, dévoilé en 2013. On les sait derrière la répression des manifestants de Hong Kong, la corruption politique au Canada, l'invasion du fentanyl aux États-Unis... Encore un autre puissant et redoutable ennemi de nos vieilles démocraties...



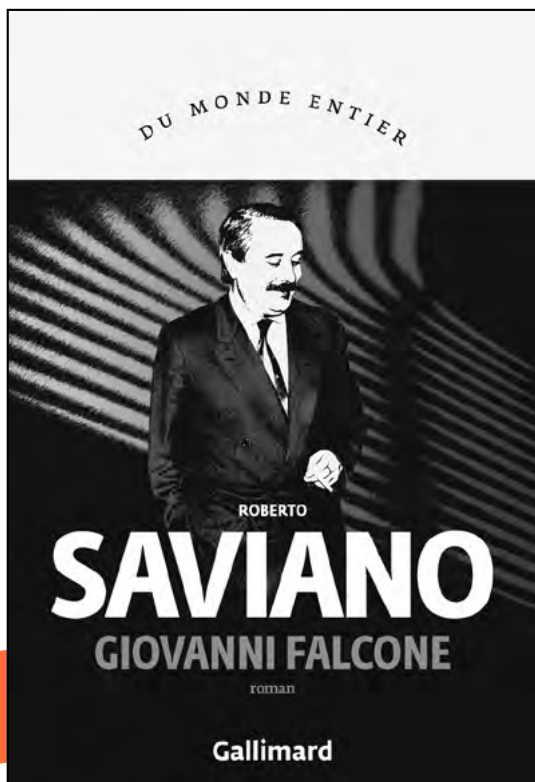
Paris opium

Éric Walbecq et Delphi Fabrice

Éditions L'Échappée, 416 p., novembre 2024

Un bel ouvrage à déguster dès que possible, et offrir en cadeau à celles et ceux que l'on sait férus d'histoire des drogues. Les auteurs, Éric Walbecq (reprenant Delphi Fabrice dont l'ouvrage-témoignage *L'Opium à Paris* (1907), vient d'être réédité), proposent, dans ces 416 pages abondamment illustrées, un panorama historique, sociologique, littéraire du Paris interlope, planant, chic ou glauque, et clandestin de la « Belle Époque ». *Paris opium* nous fait humer à pleins nez les « volutes » envoûtantes, parfois un peu dégoûtantes, de ces quelque 300 fumeries parisiennes, prospérant entre 1890 et 1916 (année de l'interdiction de l'opium). Elles étaient implantées et planquées dans les beaux quartiers (autour de la place de l'Étoile, par exemple) comme dans des bouges de la place Maubert ou de la porte d'Ornano, les « quartiers de plaisirs » des bars de Pigalle, ou moins branchés de Montmartre et des Ternes... Delphi Fabrice, écrivain et journaliste sulfureux de l'Époque, dite La Belle, avait réussi à se faufiler dans tous ces lieux d'extase, fort appréciés d'une faune très composite, faite d'artistes, d'écrivains, de mondains et de marginaux paumés, avides d'oubli donc d'évasion et d'expériences interdites sur fond de débordements coloniaux. Ce sont les récits et témoignages de Delphi Fabrice qui sont le cœur de cet ouvrage qu'Éric Walbecq a beaucoup enrichi d'extraits de presse, de littérature et de chansons, pour broser un tableau très complet de cette addiction singulière, attirante, dans une époque charnière avec ses riches turbulences artistiques, technologiques et sociales.



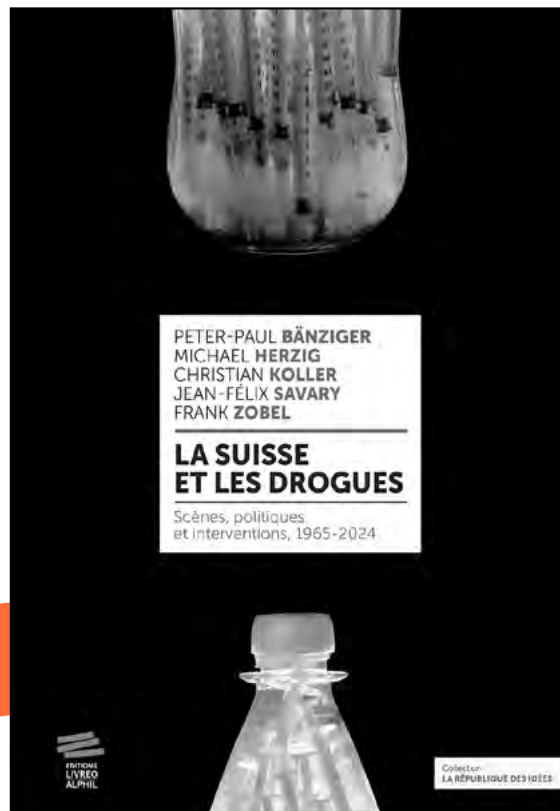


Giovanni Falcone

Roberto Saviano

Éditions Gallimard, 608 p., février 2025

Ce nouveau roman et enquête de l'auteur de *Gomorra* (mars 2006, 4 millions d'exemplaires), retrace les vingt ans de guerre du célèbre juge Falcone contre la Camorra, en décortiquant (et sourçant scrupuleusement) toutes les étapes qui ont mené à son assassinat, le 23 mai 1992, aux abords de Palerme. Il décrit avec minutie le travail des magistrats, l'histoire et les modes opératoires des malfrats, leurs liens avec les milieux politiques. Il replace cette mafia dans le contexte de l'explosion de la société de consommation, sa mondialisation, l'expansion vertigineuse du trafic de drogues, la spéculation immobilière... mais il reste dans les pas du juge héroïque, épris de justice, qui n'a jamais rien lâché. Malgré la peur au ventre, le souvenir des collègues tombés avant lui, les menaces incessantes... et jusqu'à l'étape finale et fatale ! Comme lui, Roberto Saviano, avec son précédent ouvrage, « y a brûlé sa vie », lui qui, sans céder un pouce de ses convictions, vit sous escorte. Il a plusieurs fois déclaré : « la mafia ne m'a pas tué, mais elle ne m'a pas laissé vivant non plus ». *Giovanni Falcone* est bien un roman avec ses suspenses et rebondissements, mais il reste fidèle à la véritable histoire de son héros et au genre de l'enquête. Écrire, les mots... pour rester vivant. Solidarité !



La Suisse et les drogues

Scènes, politiques et interventions, 1965-2024

P.P. Bänziger, M. Herzig, C. Koller, J.F. Savary, F. Zobel

Éditions Livreo-Alphil, 464 p., janvier 2025

La Suisse (comme les Pays-Bas), a longtemps été un phare dans la brume des « no man's land européens » pour la prise en charge des usagers de drogues. Un exemple pour des intervenants en quête de références, soucieux de faire avancer la réduction des risques et l'accès aux soins. Cet ouvrage, de référence justement, décrypte comment, en l'espace de quelques décennies, des jeunes en quête d'expériences hors normes ont glissé de l'exploration des substances illégales à la scène ouverte du parc Platzspitz à Zurich, où sont morts des centaines d'entre eux. Et comment le pays a pu ensuite mettre en place des mesures aussi controversées que les salles d'injection, la prescription médicale d'héroïne et le *drug checking*. Souvent avec l'accord de sa population... Et pourtant, la Suisse, montrée en exemple dans tous les congrès et au travers des publications pour son audace, a continué à pénaliser les personnes usagères de drogues et n'a pas embrayé sur la légalisation du cannabis – en cours d'expérimentation dans sept grandes villes aujourd'hui. Il est juste de dire que la répression constituait bien « le quatrième pilier » de sa politique (la prévention, la thérapie, la réduction des risques... et la répression).

* Pour commander : en librairie ou en cliquant sur le lien

<https://www.alphil.com/livres/1404-la-suisse-et-les-drogues.html>

À L’AFFICHE / Thibault de Vivies

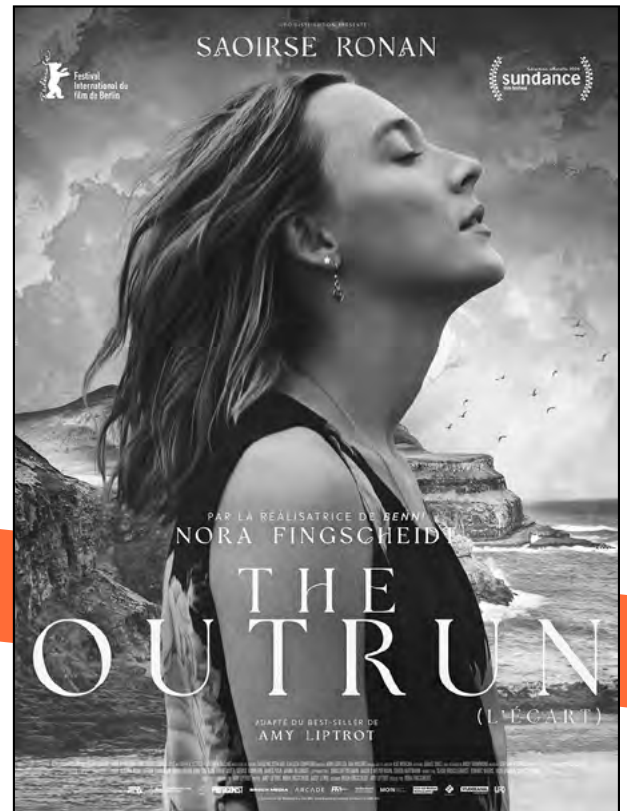


Clean

Un roman de Johann Zarca

Éditions Goutte d'Or, janvier 2025

Cinq personnages en quête d'abstinence... Sonia, Sébastien, Redouane, Aymeric, Lucy, et Johann, le narrateur-auteur, tous anciens consommateurs addicts, liés par le même désir de sevrage... Les choses se compliquent quand les fantômes du passé ressurgissent. L'abstinence est présentée comme une nécessité incontournable pour ces personnages qui ne tendent que vers une sobriété totale, devenir *clean* pour reconstruire une vie endommagée par des usages chroniques et chasser les fantômes du passé : compagnons encombrants et comportements déviants... Chaque parcours est unique. Se cacher d'un ex-compagnon dealer de crack, faire taire ses envies de skenan ou de fentanyl, anesthésier son besoin de violence, construire une famille pour tenter d'éloigner ses défonces passées aux benzos, se reconverter dans l'accompagnement d'usagers, sont autant de chemins



possibles vers un sevrage réussi, bien trop souvent présenté, malheureusement, comme une rédemption, un rachat des péchés du passé... Seul le narrateur, Johann, questionne les vertus de son abstinence nouvelle, car, depuis qu'il est *clean*, il a perdu confiance en lui, et a peur de tout... Fréquenter les centres d'accueil et de soin, les communautés thérapeutiques ou les réunions de Narcotiques anonymes, sont autant d'occasions d'être accompagné, mais en conservant en arrière-plan cette difficulté de retrouver le plaisir de vivre sans produit, et faire que l'abstinence devienne un nouveau mode de vie... Johann Zarca a reçu le prix de Flore pour son roman *Paname Underground*, paru aux Éditions Goutte d'or. Il est l'auteur d'une dizaine de romans noirs où le réel et la fiction sont étroitement liés et il est très actif auprès des usagers dépendants en rétablissement.

The Outrun

Un film de Nora Fingscheidt,

Sortie en salles en octobre 2024

Sortie DVD/VOD février 2025

L'écart

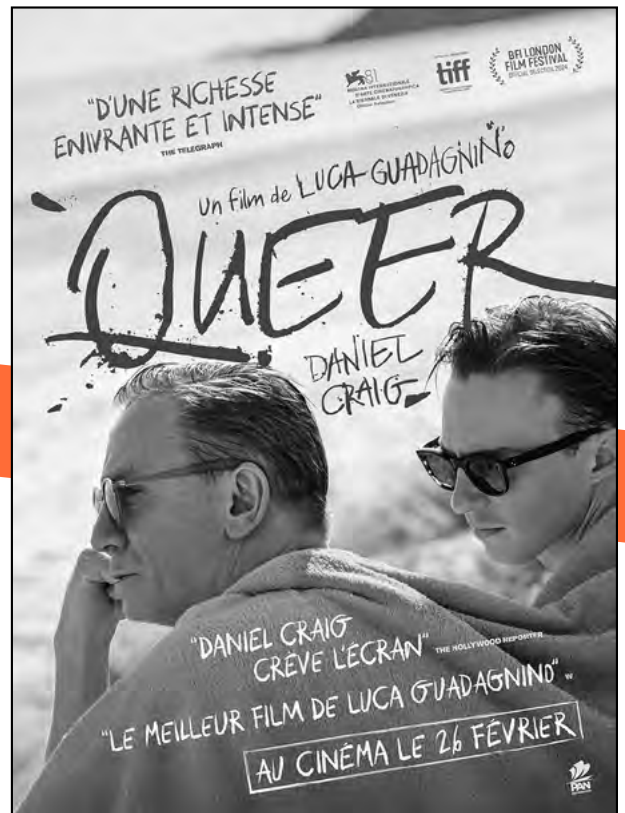
Un roman d'Amy Liptrot,

Éditions Pocket, octobre 2024

Au large des Orcades, un archipel situé au nord de l'Écosse, se trouve l'île de Papay sur laquelle le Roi Caille, oiseau en voie de disparition, a trouvé refuge



sur une bande côtière qui porte bien son nom, *the Outrun* (l'écart, en français). C'est ici que Rona vient s'isoler, loin de l'agitation de Londres où elle a fait ses études et des Orcades où elle a passé son enfance et où vivent encore ses parents désormais séparés. La jeune femme d'une trentaine d'années cherche un refuge pour une tentative de sevrage alcoolique. Elle souhaite mettre à distance les souvenirs douloureux de soirées festives bien trop imbibées où l'alcool est consommé comme une évidence joyeuse, et ceux d'une relation sentimentale avortée par trop d'excès et de souffrances infligées à elle-même et à son compagnon. Le cocon d'une petite maison balayée par grand vent, l'air du large, la beauté des paysages et quelques soutiens bienvenus seront des supports précieux. Même si le combat n'est jamais gagné d'avance, d'autant que Rona n'y croit pas, le temps fera son affaire... Adapté fidèlement du roman de la journaliste naturaliste Amy Liptrot, *The Outrun* nous embarque sur cette terre isolée pour accompagner cette jeune femme dans sa fragile reconquête. Elle aura alors l'occasion de danser avec les vagues, regarder les phoques droit dans les yeux, et souffler avec le vent frais, un mug de café chaud dans les mains, bien emmitouflée dans un manteau doublé pour se tenir droite face à l'océan...



Queer

Un film de Luca Guadagnino,
Sortie en salles en février 2025

Queer

Un roman de William S. Burroughs,
Réédition chez Christian Bourgois, février 2025

Il a fallu attendre 1985 pour que William Seward Burroughs accepte que son roman autobiographique *Queer* soit publié. Écrit au début des années cinquante à la suite de son fameux *Junky* (publié en 1953), à une époque où son homosexualité lui faisait honte, il refusera pendant presque trois décennies qu'il voit le jour. L'adaptation qu'en fait Luca Guadagnino en 2025 est fidèle au roman de Burroughs à la différence près qu'elle propose une expérimentation du *yagé*, plus connue sous le nom d'*ayahuasca*, restée insatisfaite dans le texte d'origine. Dans le roman de Burroughs, seule la quête de cette substance était initiée... L'œuvre cinématographique, avant de nous conduire en Équateur au cœur de la forêt amazonienne, raconte le désir naissant de William Lee, le double littéraire de Burroughs, pour un jeune GI, Eugène Allerton, rencontré dans les bars de Mexico où l'écrivain expatrié traîne sa carcasse de cinquantenaire.

Si *Junky* se concentrait essentiellement sur l'usage d'héroïne de son auteur, *Queer* y fait référence, mais sans s'y attarder. Le désir dont il est question ici est celui de sentiments exacerbés, de sensualité et d'ivresse soutenue, mais aussi de considération perdue, celle



que Lee cherche chez ce jeune homme qui lui échappe malgré leur relation intime. Pour tenter de communiquer avec Eugène, mais sans prononcer un mot, William Lee se met en quête d'une substance dont il a entendu dire qu'elle avait des vertus télépathiques, le yagé. Il ira au bout de sa quête, et le film nous propose alors un trip hallucinogène puissant où les corps se mélangent, littéralement, dans une transe où plaisirs et souffrances semblent étroitement liés...

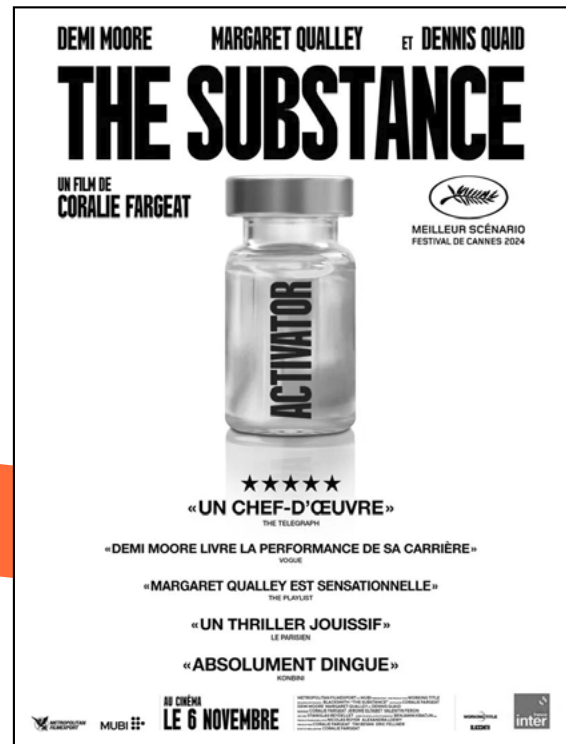
The Substance

Un film de Coralie Fargeat,

Sortie en salles en novembre 2024.

Sortie DVD/VOD mars 2025

Au commencement était le rêve vendu par une publicité, venue de nulle part, d'un produit qui vous offre « une meilleure version de vous-même. Plus jeune, plus belle, plus parfaite ». Ce rêve devient celui d'une actrice de cinquante ans, Elisabeth Sparkle, qui a laissé sa gloire cinématographique, puis son temps d'animatrice de show d'aérobic télévisé, derrière elle. Contrainte et forcée par un directeur de chaîne qui veut libérer la place pour une femme « plus jeune, plus belle, plus parfaite », et surtout plus sexy, Elisabeth succombe à la tentation de la Substance. Ce produit, dont on ne saura pas grand-chose, est vendu clandestinement et permet un dédoublement de soi, aussi bien visage, corps et esprit, mais une semaine sur deux. L'ex-animatrice accepte de s'injecter ce liquide jaune phosphorescent,



et de devenir la matrice prête à libérer Sue, une jeune femme correspondant parfaitement aux standards de beauté de la chaîne... Malheureusement, cette Substance ne se laisse pas administrer sans contrainte. Elle exige de suivre un protocole hebdomadaire très strict : le transfert dans le nouveau corps ayant été effectué, il faut se stabiliser quotidiennement avec une dose de fluide vital de la matrice, continuer de nourrir cette même matrice, inerte, avec un liquide blanchâtre, et ne surtout pas oublier de réaliser une permutation tous les sept jours... Les problèmes apparaissent quand Sue désirera prolonger au-delà des sept jours sa présence sous les feux de la rampe. Pour cela, elle devra grignoter les réserves de vie d'Elisabeth, une matrice qui a perdu le contrôle de sa créature. Cette drogue de fiction, aussi bien remède que poison, a su se rendre indispensable en offrant une jeunesse éternelle à celles et ceux qui, à leurs risques et périls, se veulent toujours plus beaux, plus forts, et plus hauts...

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Rédactrice en chef adjointe
Christelle Destombes

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Vincent Benso
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
France Lert
Alexandre Marchant
Fabrice Olivet
Marie Öngün-Rombaldi
Pierre Poloméni
Charles Roncier

Ont collaboré à ce numéro
Yann Bisiou
Pierre Chappard
Victor Detrez
Jamel Lazic
Louis Letellier de St-Just
Fabienne Pourchon
Gauthier Waeckerle

Réalisation graphique
Céline Debrenne
Impression
Le Réveil de la Marne
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

Swaps est édité
par l'association Pistes
2 rue Conté, 75003 Paris

Téléphone
Charlène Alzon : 01 56 01 74 12
contact@vih.org
<https://vih.org/kiosque/>

Avec le soutien de
la Direction générale
de la Santé

Cette 110^e édition de *Swaps* s'ouvre sur un constat. Celui des chiffres. Non pas ceux issus du ministère de l'Intérieur en matière de répression, mais ceux de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). On y lit que la demande de cocaïne n'a jamais été aussi forte : 1,1 million de personnes en ont pris au moins une fois en 2023. Ce chiffre a quasi doublé en un an (600 000 en 2022). Même si le cannabis reste le numéro 1 des produits classés stupéfiants, puisque cinq millions en consomment. Les drogues de synthèse, in ou hors cadre du chemsex, poursuivent leur percée, les consommateurs de MDMA passent de 400 000 à 750 000 personnes entre 2019 et 2023 (lire p. 3). D'où un nouveau dossier sur la RdR qui est le cœur éditorial de *Swaps*, qui s'introduit par un coup de gueule de Yann Bisiou, maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'Université de Montpellier. Ou comment expliquer que la politique est passée de la diabolisation à l'oubli des usagers. La prévention des addictions est « au point mort », nous dit cet universitaire. Fustigeant que « face à des ministres de la Santé mutiques, les ministres de l'Intérieur se sont emparés du sujet pour en faire un marqueur d'autorité. À coup d'amendes forfaitaires délictuelles et de spots télévisés simplistes diabolisant les usagers, ils ont brisé le cadre juridique de la lutte contre les stupéfiants qui, depuis 1970, avec maladresse parfois, faisait de la question des drogues un enjeu de santé publique, pour en faire un enjeu de sécurité publique ». Pour ne citer qu'un exemple, la loi narcotrafic autorise les préfets à fermer pour six mois tout établissement ou lieu ouvert au public ou utilisé par le public lorsque les conditions de son exploitation ou de sa fréquentation rendent possible la commission d'une infraction de trafic ou encore en cas de troubles à l'ordre public (art. L333-2 et L333-3 C. sec. Int.). Texte suffisamment flou pour menacer les lieux associatifs de RdR. Plus largement, et plus apaisé, on lira avec attention la recension par Pierre Chappard, Fabienne Pourchon et Jean-Pierre Couteron (p. 15) d'une nouvelle version de « l'aide-mémoire de la RdR » à paraître treize ans après sa première édition. Ce dossier RdR se ferme par un voyage de Christelle Destombes à Strasbourg où se tenait, les 18 et 19 juin dernier au Conseil de l'Europe, la quatrième édition du colloque international des salles de consommation à moindre risque (SCMR p. 18). Double constat : celui de la pertinence des SCMR et le retard tout en incertitude de la France. Rappelons qu'en Suisse les salles de consommation existent depuis 1986, il en existe 7 à Berlin, 13 à Barcelone, et seulement 2 en France, à Paris et à Strasbourg, toujours dans la précarité de leur statut « expérimental ». Expérimental, mais parfaitement évalué, comme le développent Élisabeth Avril, Jamel Lazic et Gauthier Waeckerle (p. 21). Rappelant qu'à l'heure où s'écrivent ces lignes, il n'y a aucune position officielle quant à la poursuite ou non des deux HSA au-delà de décembre 2025, « ce qui occasionne beaucoup de stress et d'anxiété autant auprès des usagers que des équipes investies de longue date dans ce projet ». Il est aussi question dans ce numéro d'un autre phénomène surmédiatisé par l'affaire de Gisèle Pelicot et des viols de Mazan, mais encore sous-estimé tant sur le plan épidémiologique, d'offre de prise en charge et de prévention que dans sa réponse juridique (lire p. 9). Une mission gouvernementale conduite par la députée Sandrine Josso, elle-même victime de soumission chimique, formule une cinquantaine de recommandations. Une est déjà activée : le remboursement par l'assurance maladie des analyses toxicologiques. D'autres ressemblent à des vœux pieux comme un renforcement des moyens dédiés à l'éducation affective et relationnelle (école élémentaire et primaire) et à la sexualité (collège et lycée). Les acteurs en santé sexuelle butent (que ce soit contre les violences sexuelles ou pour la vaccination HPV) contre un constat atterrant : selon un avis de 2024 du Conseil économique, social et environnemental (Cese), moins de 15 % des élèves auraient réellement accès à ces cours d'Evares pourtant obligatoires depuis 2001...

Seule bonne nouvelle conditionnelle, le ministère de la Santé a annoncé le 20 mars 2025 que les textes définissant le cadre de production et d'autorisation du cannabis à usage médical ont été notifiés à la Commission européenne (lire p. 2). Ces textes pourraient être publiés dans les prochains mois, après leur examen par le Conseil d'État. C'est un ouf ! temporaire de soulagement pour les quelque 2 500 patients enrôlés dans l'expérimentation de l'usage médical du cannabis depuis mars 2021.

GILLES PIALOUX ET DIDIER JAYLE