



PsychoActif

FANZINE

n°8



Merci à elonx pour l'illustration de la couverture et du sommaire



SOMMAIRE

**RDR et kétamine : savoirs expérientiels
et vide institutionnel p4**

**Les tests salivaires de l'usage de
stupéfiant, vecteur de la persécution
rituelle des drogués p9**

**L'analyse à distance, premiers résultats
statistiques p16**

**Pour un modèle de RDR renouvelée
(extraits) p21**

RDR ET KETAMINE :

savoirs

expérientiels et

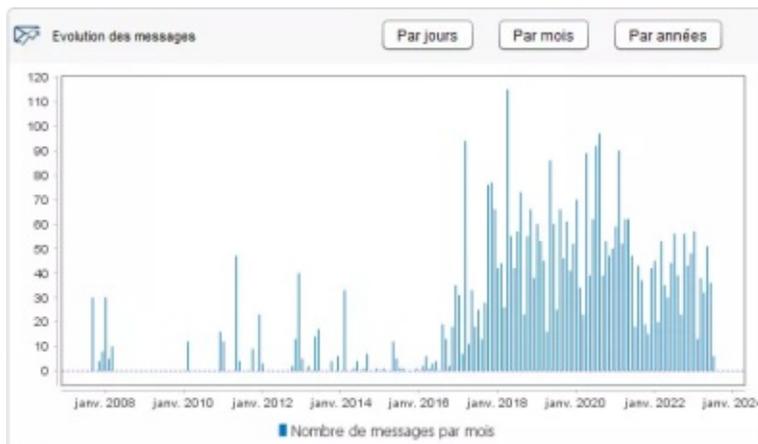
vide institutionnel

Dernièrement, CAARUD et soignants sont pris au dépourvu face aux nouveaux usages et aux pratiques émergentes de kétamine. Peu de services de RDR sont proposés, les pratiques sont peu connues, l'accompagnement parfois réduit au sevrage et le K-hole sème la panique.

Sur Psychoactif, au contraire, ça fait quelques années qu'on a vu émerger ce phénomène. Nous avons vu en direct, depuis 2020, que la kétamine pointe de plus en plus son nez.

Le nombre de posts sur le sujet est parlant, **le forum a enregistré une augmentation notable de discussions au sujet de la kétamine** et de plus en plus de personnes s'inscrivent pour parler de ké (petit nom de la kétamine). Les pratiques concernant la kétamine sortent des teufs, les usages vont bien au-delà des milieux où l'utilisation de la ké s'était développée à l'origine en France. Les





personnes témoignent de plus en plus des usages qui s'intègrent au quotidien. Et cela bouleverse les stéréotypes sur les « kétausaures ».

PSYCHOACTIF : UNE COMMUNAUTÉ EPISTEMIQUE MASSIVE

D'ailleurs, avant même vous présenter ce qui se passe, un petit shoot de rappel. L'absence de solution de la part de la RDR institutionnelle viendrait-elle du mépris pour le savoir expérientiel ? Vous vous souvenez, sûrement, que PA est fondé sur la reconnaissance du savoir expérientiel et vous vous rappellerez, peut-être aussi, qu'il y a des scientifiques qui ont défini le forum Psychoactif comme « communauté épistémique massive » (Heute 2017).

Mais qu'est-ce que cela a à voir avec la Ké ? PA est une communauté qui produit du savoir (en gros la signification d'épistémique) collectivement, grâce aux expériences communes, aux échanges sur notre plateforme. Certes, le savoir expérientiel n'est pas la même chose que le savoir scientifique, mais c'est une forme

tout autant légitime de savoir. **Et il permet notamment de fournir des éclairages là où le savoir académique et scientifique prend du temps et est loin des pratiques et du terrain.** Les personnes qui consomment fournissent des informations de première main et, comme on le verra, élaborent des solutions là où c'est le grand vide coté institutionnel.

PLUS DE 4100 POSTS SUR LA KÉ

Mais, venons en à nous. Il y a plus de 4100 fils de discussions sur la ké, avec une augmentation notable à partir d'un peu avant 2020. L'augmentation de posts correspond aussi, de ce qu'on voit dans les témoignages, d'une augmentation des usages. Augmentation qui concerne les contextes dans lesquels les personnes prennent de la ké, avec un ancrage de plus en plus présent dans des utilisations quotidienne.

Mais qui dit quotidien, dit aussi augmentation de la tolérance (d'autant plus qu'on le sait, avec la ké, ça augmente assez vite). Et l'augmentation de la

tolérance signifie augmentation des doses. Et c'est aussi une augmentation des personnes qui consomment. On voit donc des nouveaux effets qui passaient à la trappe quand la ké était plus « marginale » qu'aujourd'hui.

Pour tout ce qui est conseil RDR sur l'utilisation à long terme, les professionnels n'ont pas beaucoup de formation ni malheureusement beaucoup de solutions à proposer.

Sur le forum on a vu apparaître une question très importante. Parfois, avec des consommations sur le long-terme, on est confronté à des douleurs. Sur le forum, les personnes témoignent de deux phénomènes différents. D'une part le « K-pain » et de l'autre des problèmes à l'apparat urinaire. Les soignants ne savent pas forcément à différencier les deux, alors que les PUDs ont mis en évidence une grosse différence.

LES K-PAINs

Le k-pain commence à être étudié avec quelques publications scientifiques, sans pour autant y apporter des explications certaines. Les personnes concernées parlent de « **crises de douleurs qui irradient comme un poignard** », surtout à niveau du ventre. Cependant, ces douleurs abdominales ne correspondent pas à des problèmes physiologiques à l'apparat urinaire. Grâce au savoir expérimentiel du forum, certaines personnes ont trouvé des petits conseils qui permettent de limiter les crises.

Certaines d'entre elles trouvent que des K aux compositions d'énantiomères peuvent avoir une répercussion sur la survenue de ces symptômes. Toutefois, les analyses à l'HPLC ne permettent pas de faire la différence entre les formes S et les R (un énantiomère est une différente disposition des atomes de la molécule, en



gros c'est la même différence qu'on peut trouver entre une main gauche et une main droite : les deux ont 5 doigts, mais elles sont spéculaires). Il est donc difficile pouvoir valider cette hypothèse qui vient du ressenti des personnes. Cependant, on peut être sûr que les personnes ont trouvé d'autres tips qui permettent de pallier aux symptômes. Notamment, il y a des témoignages qui attestent que l'utilisation de bouillottes d'eau chaude et des compléments alimentaires à base de Curcuma (ou de la curcuma) limitent fortement les crises. D'autres personnes mettent en lien le K-pain avec de l'acidité au niveau de l'estomac et trouvent que le fait ne pas avaler la goutte limite aussi le K-pain (bien que le débat sur la goutte se rapproche d'un débat existentiel pour lequel nous n'avons pas d'éléments établis). Il y a d'autres personnes aussi qui témoignent que le fait de se détendre, ne pas se mettre en boule, de s'hydrater marche bien pour elles. D'autres, se font vomir pour évacuer l'acidité, après avoir bu un litre d'eau, alors que d'autres encore essaient de prendre des doses plus limitées possibles par rapport à leur

tolérance. Certes il est compliqué de généraliser ces conseils, mais dans le vide institutionnel, ils apportent quelques éléments qui aident **déjà les personnes à ne pas culpabiliser de leur conso.**

PROBLEMES URINAIRES

De l'autre côté, il arrive que des personnes dont la consommation de ké est quotidienne signalent sur le long-terme des problèmes à l'appareil urinaire, notamment des douleurs à uriner, du sang dans les urines, voire des calculs rénaux et des problèmes à la vessie. Au niveau officiel, aucun conseil de RDR permet d'éviter ces effets. Les personnes trouvent qu'une bonne hydratation peut limiter les dégâts et aimeraient bien une prise en charge non stigmatisante qui apporte des solutions médicales. Malheureusement, sur le forum on rencontre beaucoup de personnes qui se retrouvent face à une prise en charge culpabilisante (ce qui fait que parfois les personnes repoussent le moment où elles vont voir un médecin et quand elles y vont les effets sont déjà avancés). Encore une fois, nous ne pouvons qu'inviter tous les soignants à remettre en cause la stigmatisation des conso (et des PUDs). Et sur le forum nous voyons des personnes qui subissent l'injonction au sevrage en consultant un chirurgien pour une opération suite à des problèmes urinaires. Inutile de rappeler que, pour nous, le sevrage n'est pas un conseil de RDR ! Et le paradoxe c'est que, même pour les personnes qui souhaitent arrêter ou diminuer leur conso, il y a un manque cruel d'accompagnement au sevrage...

Aucun protocole officiel n'existe pour l'accompagnement au sevrage de kétamine. Pas de substituts, ni de conseil vraiment RDR... Sur le forum, les PUDs qui voudraient arrêter ou diminuer leur conso

ont donc trouvé des tips qui permettent d'essayer d'aboutir à leurs fins. Quelques personnes remplacent la kétamine avec d'autres molécules downeurs (notamment alcool, opiacés, cannabis, GHB, benzo). En barbe au dogme de la diabolisation de la polyconso, cela se fait parfois en diminuant les doses de ké et en accompagnant la diminution avec d'autres produits. Sur le forum se partagent également des stratégies pour réduire les doses petit à petit, notamment en passant par des dilutions ou en switchant à d'autres ROA (par exemple en utilisant le MAD, voire diluer petit à petit la concentration de leur spray nasal).

Gros paradoxe : alors qu'il n'y a pas de solutions officielles pour le sevrage de la ké, il est reconnu que la ké peut être un puissant allié pour réduire ou arrêter d'autres produits. Les quelques études scientifiques sur le sujet ne se traduisent pas avec des pratiques médicales, mais les pratiques des personnes attestent d'une utilisation efficace de la ké pour réduire ou diminuer les opiacés ou les stimulants. D'ailleurs, ce n'est pas seulement des pratiques de sevrage, mais au contraire, la ké peut être utilisée également pour gérer les stimulants. En cassant encore une fois la fatalité d'une conso de stims ingérable, des personnes utilisent la ké dans le cadre de stratégies pour la gestion du craving et de la descente des stims (notamment speed et C).

Là où, par contre, les pratiques médicales sont plus développées, ce sont les utilisations de la ké comme antalgique ou comme anti-dépresseur.

Malheureusement, la diabolisation de la conso récréative fait en sorte que les administrations en milieu hospitalier nient souvent les effets récréatifs de la molécule, qui sont pourtant au centre de l'effet thérapeutique. Sur le forum, on

trouve en effet beaucoup de personnes qui viennent demander des conseils car à l'hôpital ils ont complètement tu les effets récréatifs qui parfois surprennent. Les échanges d'expériences thérapeutiques sur le forum pallient au manque d'accompagnement adapté en hôpital. D'ailleurs, même si les protocoles d'utilisation de ké en antalgique ou AD existent, ils sont souvent limités dans le temps et dans les doses. Parfois, des personnes qui ont débuté leur traitement à l'hôpital finissent par se fournir au marché noir pour continuer hors cadre médical. Nous avons en effet beaucoup de partages qui concernent des expérimentations en automédication. Au niveau du savoir expérientiel, des connaissances importantes sont partagées à propos des RC keta-like (RC pour Research Chemical, une autre manière pour les PUD de dire NPS-Nouveaux Produits de Synthèse), (notamment 2F-DCK) pour lesquels certaines personnes constatent des ressemblances au niveau des conseils de RDR.

LES MELANGES

Un autre point où le savoir expérientiel arrive à combler un vide est le savoir concernant les mélanges. Le dogme de la polyconso comme risque apporte souvent l'injonction à ne pas mélanger les produits et tout spécialement la kétamine (avec les opiacés, l'alcool, etc). Mais en RDR, il ne suffit pas de conseiller de ne pas faire. Les solutions partagées sur le forum invitent plutôt à prendre en compte la tolérance aux produits qu'on mélange, à adapter les proportions en fonction des effets désirés. Et à prendre son pied quand on aime des mélanges célèbres (car pour nous la RDR ne nie pas les bénéfices de la conso !). Comme pour ceux qui ont le luxe de se payer une Calvin-Klein (mélange de

kétamine et de cocaïne).

En conclusion, grâce au savoir expérientiel développé sur Psychoactif, nous avons pu témoigner d'une diffusion large du produit, y compris dans les formes RC K-like. Avec des conso quotidiennes qui sortent de l'espace festif. Alors que des nouveaux besoins émergent (accompagnement de l'usage à long-terme, conseils RDR spécifiques, accompagnement à la gestion et diminution), il y a une claire difficulté à intégrer le savoir expérientiel produit par les PUDs dans les réponses institutionnelles et médicales. Sur Psychoactif, nous sommes fiers de créer du savoir qui naît de l'expérience collective et persuadés de sa légitimité. Nous pouvons espérer qu'il soit reconnu et qu'il permette de bouger les lignes de la RDR institutionnelle et médicale.

Serena

LES TESTS SALIVAIRES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, vecteurs de la persécution rituelle des drogués

.Les tests salivaires de dépistage se sont multipliés sur nos routes au cours des 20 dernières années, utilisés comme véritable bras armé de la répression et de la prohibition des drogues contre les personnes qui les consomment.

On ne peut que constater l'instrumentalisation récurrente de la persécution des Personnes Utilisatrices de Drogues (PUD) au service d'objectifs électoralistes, dans un contexte présentant de nombreuses similitudes avec celui ayant vu le début de « la guerre à la drogue » aux Etats-Unis à la fin des années 60 : cette guerre promue par Nixon vise directement ses opposants politiques dans un contexte de panique morale vis-à-vis des évolutions de la société notamment sur des questions de mœurs (sexualité, drogues), du

mouvement pour les droits civiques ou des mobilisations contre la guerre du Vietnam. Dans ce climat de surenchère, le Ministre de l'Intérieur actuel a redirigé ces dernières années une part importante de la répression vers les consommateurs dans un objectif de « tarir la demande », venant même à évoquer le 21/03/2024 son souhait d'étendre ces contrôles salivaires sur la voie publique. Sur Psychoactif, nombreux sont les témoignages ou les questions de personnes directement concernées par ces procédures de contrôle. À titre

personnel, j'ai d'ailleurs pu faire l'expérience de celui-ci l'année dernière. On profite du Fanzine pour revenir sur cette pratique mettant en œuvre la politique actuelle de condamnation judiciaire des consommations de stupéfiants, en contradiction avec les études scientifiques recommandant une approche liant prévention et tests comportementaux.

CADRE LEGISLATIF

La conduite après avoir fait usage de drogues constitue depuis la loi du 3 février 2003 en France un délit : il donne donc a priori nécessairement lieu à une inscription de la condamnation sur le casier. En cas de conduite après usage de stupéfiants (Chapitre 5 du Code de la route : conduite après usage de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, article L235-1 à L235-5), le conducteur encourt les mêmes peines que la conduite sous l'influence de l'alcool, soit le retrait de 6 points, 4500€ d'amende et deux ans d'emprisonnement, complété d'une suspension de permis jusqu'à 3 ans au maximum. En cas de conduite sous l'influence conjointe d'alcool et de stupéfiants, les sanctions peuvent être portées à 9000€ d'amende, 3 ans d'emprisonnement et une annulation du permis de conduire pour 3 ans. Les peines complémentaires sont l'annulation du permis avec interdiction de le repasser pendant 3 ans, l'interdiction de conduire tout véhicule à moteur même sans permis jusqu'à 5 ans, les travaux d'intérêt général, la peine de jours-amendes, l'obligation d'accomplir des stages de sensibilisation à la sécurité routière et de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, la confiscation ou l'immobilisation du véhicule. (Art. L235-1 du Code de la route) En cas d'accident mortel, les peines

maximales sont de 7 ans de prison et 100000€ d'amende, renforcées en 10 ans de prison et 150 000 euros d'amende en cas de pluralité de circonstances aggravantes. Bref, un arsenal répressif XXL en inflation régulière !

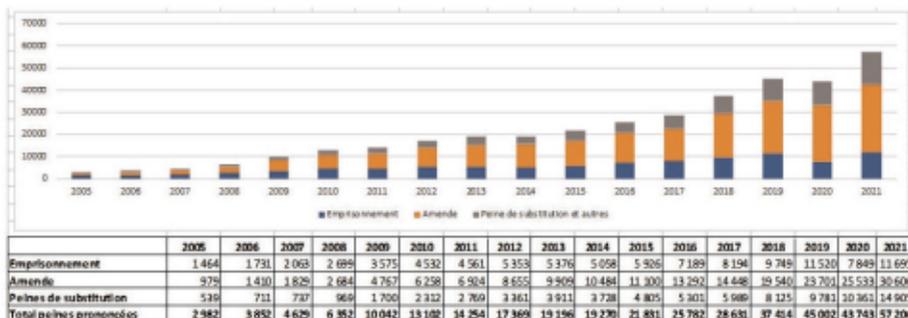
Cette inflation législative est suivie en miroir d'une évolution des peines prononcées pour conduite après usage de stupéfiants (cf tableau ci-dessus). Si en 2009 l'objectif était de réalisés 100000 tests de dépistage, il est pour 2024 d'1000000 !

Et cette inflation prend forme aussi dans d'autres évolutions. On est passé ainsi de la répression de la conduite sous l'influence de stupéfiants à la répression de la conduite après usage, différence fondamentale aboutissant grâce à l'amélioration des techniques de dépistage salivaire à rechercher des niveaux de présence n'ayant aucune influence sur la conduite en l'absence de seuil conventionnel fixé, contrairement à l'alcool et à la conduite sous son emprise.

Encore peu présents en France comparé à d'autres pays comme le Canada, ces tests de dépistage peuvent aussi avoir lieu au travail, pendant l'exercice voire même à l'embauche pour les salariés sur des postes à risques ou à responsabilité, en vertu de l'article L 4121 -1 du Code du Travail demandant à l'employeur de veiller à la sécurité physique et mentale de ses employés. C'est d'ailleurs un axe de développement auquel s'intéresse les fabricants de tests comme nous le verrons après.

Cette inflation législative est suivie en miroir une évolution des peines prononcées pour conduite après usage de stupéfiants (cf tableau ci-dessus). Si en

Évolution des peines prononcées pour conduite après usage de stupéfiants depuis 2005



Source : CJN ministère de la justice

2009 l'objectif était de réaliser 100000 tests de dépistage, il est pour 2024 d'1000000 ! Et cette inflation prend forme aussi dans d'autres évolutions. On est passé ainsi de la répression de la conduite sous l'influence de stupéfiants à la répression de la conduite après usage, différence fondamentale aboutissant grâce à l'amélioration des techniques de dépistage salivaire à rechercher des niveaux de présence n'ayant aucune influence sur la conduite en l'absence de seuil contraventionnel fixé, contrairement à l'alcool et à la conduite sous son emprise.

Encore peu présents en France comparé à d'autres pays comme le Canada, ces tests de dépistage peuvent aussi avoir lieu au travail, pendant l'exercice voire même à l'embauche pour les salariés sur des postes à risques ou à responsabilité, en vertu de l'article L 4121 -1 du Code du Travail demandant à l'employeur de veiller à la sécurité physique et mentale de ses employés. C'est d'ailleurs un axe de

développement auquel s'intéresse les fabricants de tests comme nous le verrons après.

CONDITION DE CONTROLE

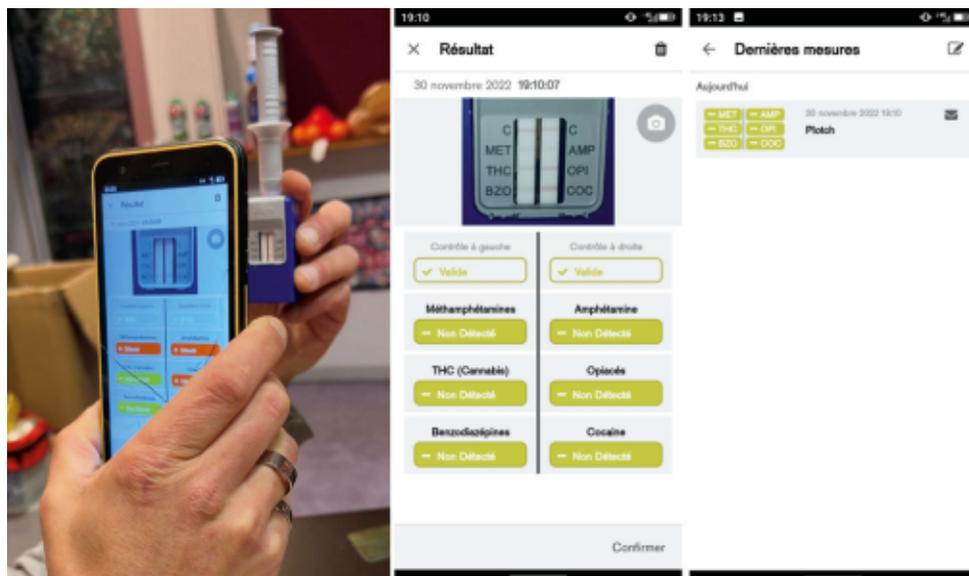
L'article L235-2 précise les conditions de dépistage de l'usage de stupéfiants, automatique en cas d'accident corporel ou mortel, et est possible pour un conducteur « impliqué dans un accident matériel de la circulation ou est l'auteur présumé de l'une des infractions au présent code ou à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants » voire « même en l'absence d'accident de la circulation, d'infraction ou de raisons plausibles de soupçonner un usage de stupéfiants ». En bref, c'est quand ils veulent ou ils veulent dès que vous êtes dans un véhicule sur la route. Il faut aussi rappeler qu'il n'est pas possible de ne pas s'y soumettre sans subir une peine équivalente au moins à celle du délit constitué (Art L235-3).

REALISATION DU TEST DE DEPISTAGE

Les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants, et des analyses et examens prévus par le code de la route sont fixés par un arrêté du 13 décembre 2016. Il précise les familles de substances recherchées (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) et la finalité, rechercher la présence, à l'aide de tests salivaires ou urinaires, et fixe les seuils de détection minima des tests salivaires ou urinaires utilisés (Article 3) comme pour les analyses salivaires ou sanguines effectuées (Article 10). Le test de dépistage salivaire est réalisé sur place, avec : prélèvement de la salive avec un coton tige par le conducteur lui-même, placé ensuite dans un réactif, puis dans le

test à proprement parler.

Parallèlement à ce dépistage, un autre prélèvement de salive est réalisé avec un coton-tige puis placé dans un tube fermé et dans une enveloppe scellée, à destination d'un laboratoire pour confirmer le dépistage initial (À noter que l'article 5 précise que la recherche et la confirmation des produits stupéfiants dans le sang ou dans la salive, s'effectuent en utilisant la technique dite « de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse ».). Si le conducteur refuse le test de dépistage ou n'est pas en mesure de le réaliser ou si le test de dépistage salivaire est positif, dès lors un dépistage sur prélèvement sanguin doit être réalisé, les forces de l'ordre faisant appel à qui de droit pour cela... à moins que le conducteur avoue l'usage ou renonce à son droit de contre-expertise, on y reviendra après. 2 tubes sont alors



Lecture du test du DrugCheck3000 dans un smartphone

prélevés, le premier analysé immédiatement et le second gardé dans l'éventualité d'une contre-expertise. A ce stade si le dépistage est positif, l'officier de police judiciaire sollicite une suspension de 72 heures de votre permis en attendant la suite de la procédure, vous voilà piéton...

Dans mon expérience, le test utilisé était un DrugCheck3000 de chez Dräger... et pour m'être penché sur la notice après le contrôle, l'agent n'a clairement pas respecté les temps indiqués sur la notice du dispositif... Mais comment le faire valoir ? Par ailleurs, les conditions de stockage de ces tests semblent difficiles à respecter dans des conditions extérieures d'exposition au froid et à la chaleur, mais là encore, quel recours possible en cas de doute sur leur validité ? Anecdote : lors de mon contrôle l'agent trouvait que je ne frottais pas assez fort la tige dans ma bouche. Il m'a donc saisi la nuque sans

me prévenir en me maintenant de force avant de frotter lui-même quelques secondes ... 100% illégal mais là encore quel recours ? On comprend aisément que ces possibilités de contrôle tous azimuts ouvrent le champ à de multiples possibilités de violences policières...

Ce test de dépistage peut s'utiliser avec une application Android fournie par le fabricant, qui sert à la lecture des résultats, mais aussi dans le cas de contrôle dans un cadre professionnel à communiquer directement les résultats à la direction ou au service santé en charge de la procédure.... Flippan ! (cd page 11)

FIABILITE ET LIMITES

Ces contrôles se sont surtout multipliés surtout à partir de 2007 grâce à l'équipement en tests de dépistage du cannabis de la police et de la gendarmerie, dans un contexte

Spécificités de détection par molécules pour le test DrugCheck3000 de chez Dräger

T1 – Spécificité

Cocaine related compounds	[ng/ml.]
Benzoylcocaine	400
Cocacethylene	500
Cocaine	10
Ecgoninemethylester	10000
Norcocaine	100
Procaine	10000

Opiates related compounds	[ng/ml.]
6-Monoacetylmorphine	10
Buprenorphine	10000
Codeine	15
Dihydrocodeine	10
GHB	10000
Hydrocodone	2.5
Hydromorphone	4
Morphine	10
Morphine-3G-D-glucuronide	1000
Nalorphine	10
Naloxone	1000
Norcodeine	10000
Normorphine	100000
Oxycodone	1000

THC related compounds	[ng/ml.]
Cannabidiol	90000
Cannabinol	350
delta8-THC	5000
THC (delta9-THC)	15
THC-COOH (11-tetrahydro-9-Carboxy-delta8-THC)	50
THC-OH (11-Hydroxy-delta8-THC)	50
CP 47 797	>100000
JWH-18	>100000

Amphetamine related compounds	[ng/ml.]
Dopamine	40000
MBDB	50000
MDA	40
MDEA	10000
Phentermine	100000
rac-Amphetamine	50
Tyramine	5000
2-Amino-1-phenylbutan (APB)	30
2-Amino-6-methylheptan	>5000
Dimethylamylamin	>5000
mCPP	>5000
Phenylethylamin (PEA)	3500

Methamphetamine related compounds	[ng/ml.]
Chloroquine sulphate	>100000
Ephedrine	25000
Fenfluramine	1000
MBDB	50
MDEA	600
MDMA	50
Procain	1000
Pseudoephedrine	>100000
R-(+)-Methcathinone	30000
Rantidine	>100000
S-(-)-Methcathinone	30000
rac-Methamphetamine	50
2-Ethylamino-1-phenylbutan (EAPB)	100

T2 – Sans interférence

Substance		
Acetaminophen	Acetylsalicylic acid	Ascorbic acid
Caffeine	Cotinine	Ibuprofen
Imipramine	Naprosen	Nicotine
Phenobarbital	PCP	Tetracycline
Tramadol		

d'augmentation importante de la réponse pénale pour infraction aux stupéfiants. La fiabilité de cette première génération de tests a été fortement contesté vers la fin des années 2010, certains n'étaient d'ailleurs que des tests urinaires légèrement modifiés, avec notamment un nombre de faux positifs importants. Mais d'autres tests de détection de plusieurs substances ont été développés depuis.

Sur Psychoactif sur ce thème, régulièrement des personnes témoignent de faux positifs. De plus, les participants partagent en ligne leurs expériences réalisées sur ces tests achetés dans le commerce, pour essayer d'évaluer leur sensibilité dans un but d'éviter des sanctions et d'auto-dépistage. Pour le DrugCheck 3000, on peut déjà noter qu'au sein des différentes familles pharmacologiques recherchées les seuils de détection sont extrêmement variables en fonction des molécules, certains étant même inférieurs au minima fixés dans la loi (cf schéma p12)

CONTRE EXPERTISE

C'est donc directement après le test de dépistage positif qu'est posé la question au conducteur de garder ou renoncer à son droit à une contre-expertise. Celle-ci est définie par l'article R235-11, fixant un délai de 5 jours suivant la notification des résultats de son prélèvement initial durant lequel le conducteur peut demander qu'il soit procédé une analyse du second tube. Cette analyse doit être effectuée par un laboratoire homologué aux mêmes conditions que pour l'analyse initiale, mais dans un laboratoire différent. Par ailleurs, les résultats communiqués au conducteur doivent indiquer les valeurs effectives de concentration trouvées dans le prélèvement et pas uniquement les mentions positif/négatif. Les services de

police ou de gendarmerie poussent souvent les conducteurs concernés à y renoncer sous des prétextes fallacieux invoquant le coût des analyses prétendument à la charge du conducteur, le rallongement de la période de suspension ou encore prétextant que ça n'aura pas de valeur devant le juge... tout ceci étant bien entendu faux, et vise à leur simplifier la procédure au mépris des droits de la défense, une honte en plus d'être un manquement à la loi. En réalité, il est capital de ne pas renoncer à ce droit et la jurisprudence la plus récente du Conseil d'État vient le confirmer par le biais de recours ayant permis d'annuler la procédure. Cette procédure complexe est de fait souvent non intégralement respectée, ce qui ouvre des voies de recours à qui souhaite et peut s'en saisir permettant potentiellement arrêter les poursuites : parfois le même laboratoire est sollicité, parfois le second tube est égaré dans la durée des 5 jours, parfois l'analyse sanguine révèle un test de dépistage salivaire faux positif, le dosage détecté d'une substance est en dessous des seuils de contrôle fixés par la loi, ou encore les résultats chiffrés détaillés de l'analyse ne sont pas communiqués. Bref, de nombreux biais qui peuvent permettre d'échapper aux sanctions... mais à la condition de pouvoir s'engager dans une procédure et donc de prendre un avocat.

MON EXPERIENCE DU DEPISTAGE ROUTIER

Dans mon expérience, le test utilisé était un DrugCheck3000 de chez Dräger... et pour m'être penché sur la notice après le contrôle, l'agent n'a clairement pas respecté les temps indiqués sur la notice du dispositif... Mais comment le faire valoir ? Par ailleurs, les conditions de

stockage de ces tests semblent difficiles à respecter dans des conditions extérieures d'exposition au froid et à la chaleur, mais là encore, quel recours possible en cas de doute sur leur validité ? Anecdote : lors de mon contrôle l'agent trouvait que je ne frottais pas assez fort la tige dans ma bouche. Il m'a donc saisi la nuque sans me prévenir en me maintenant de force avant de frotter lui-même quelques secondes ... 100% illégal mais là encore quel recours ? On comprend aisément que ces possibilités de contrôle tous azimuts ouvrent le champ à de multiples possibilités de violences policières...

Dans mon cas, j'ai choisi de ne pas renoncer à mon droit de contre-expertise et ai nié toute consommation qui aurait pu expliquer les détections... mais les agents ne m'ont pas emmené faire de prise de sang. 72 heures après au commissariat, si le prélèvement salivaire était bien confirmé par la mention positive mais sans valeurs chiffrées de dosage indiquées, en l'absence de prélèvement sanguin initial il n'était pas possible de faire valoir mon droit de contre-expertise... et j'ai directement fait savoir que je souhaitai y avoir recours. Sur ces indications, le procureur de la république a abandonné les poursuites, mon permis m'a été rendu étant donné la fin de la durée de rétention administrative. Ouf, c'est pas passé loin...

SUR PSYCHOACTIF

Les participants partagent en ligne leurs expériences réalisées sur ces tests achetés dans le commerce, pour essayer d'évaluer leur sensibilité dans un but d'éviter des sanctions et d'autodépistage. Une question récurrente porte sur la consommation de CBD et les dépistages routiers: en effet, le faible taux de THC présent dans la plupart des produits CBD vendus légalement suffit à positiver ces

tests de dépistages routiers. Parmi les témoignages de contrôles nombreux, les cas de faux positifs sont récurrents. Ce sont donc sur Psychoactif des démarches collectives d'évaluation des limites des tests et d'évaluation des liquidés visant à les inactiver qui se sont multipliées ces dernières années.

Un besoin d'autosupport sur les questions juridiques apparait comme récurrent, et non couvert... Mais à qui peut bien servir l'actuel observatoire du droit des usagers? Pas à ca en tout cas!

Plotch

L'ANALYSE DE DROGUES A DISTANCE

premiers résultats statistiques

Cela fait maintenant plus de deux ans que le dispositif d'analyse de drogues quantitative à distance existe. Delphes, un utilisateur de ce programme, a compilé quelques statistiques issus des résultats publiques.

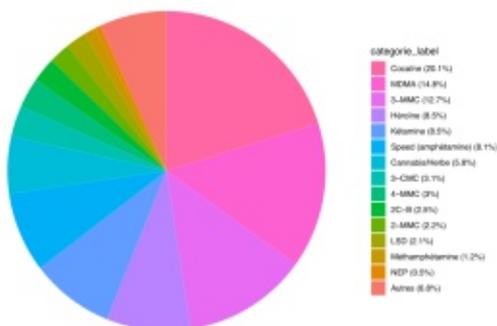
L'équipe de Psychoactif a rencontré le laboratoire ATP-IDF en 2022 pour leur faire part des besoins des PUD repérés sur le forum. Après un an de travail, le dispositif est né : après un contact par mail avec l'équipe de Psychoactif (ou de Psychonaut ou de Safe participant aussi au programme), toute PUD de plus de 18 ans vivant en France peut envoyer un échantillon de sa drogue au laboratoire ATP-IDF, et consulter les résultats publiques sur Psychoactif quelques jours plus tard. Les analyses sont quantitatives, les résultats donnent la pureté du produit et des produits de coupe

L'analyse à distance est un outil puissant d'empowerment. Le fait de savoir ce qu'on consomme change la manière dont on se voit. La connaissance de la composition des produits permet une meilleure connaissance de soi. Les effets et effets

secondaires peuvent être attribués au résultat, et cela change aussi les discussions sur Psychoactif. Quelques exemples parmi les nombreuses discussions qui n'avaient pas de réponses précises avant l'analyse : quel dosage exacte je peux prendre pour ma première fois au MDMA ? Si je ne ressens pas la came après 5 jours sans méthadone, est ce du à la came ou à moi ? Quelle est la composition exacte de la "Comax", vendue pour de la cocaïne synthétique ? Ou de la "cocaïne rose" ? J'ai une douleur au thorax après ma session de crack, est ce dû aux produits de coupe ? Ma kétamine m'empêche de dormir, est ce qu'elle est coupée aux stims ? Toutes ces questions n'avaient pas de réponse avant l'analyse quantitative, il n'y avait que des hypothèses, qui pouvaient donner lieu à des mythes. **Pierre**

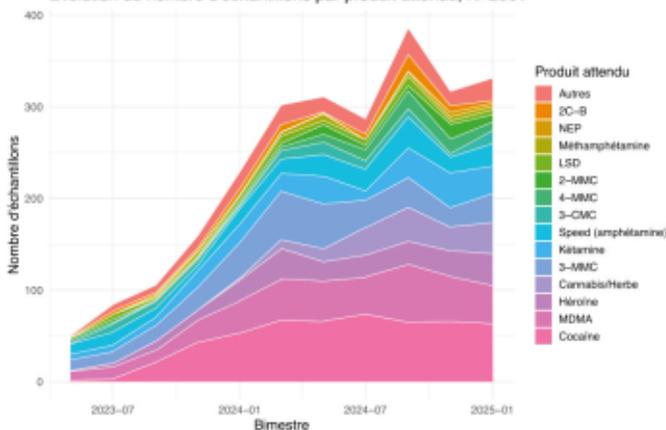
Les statistiques de l'analyse à distance

Répartition des échantillons par produit (%), N=2730



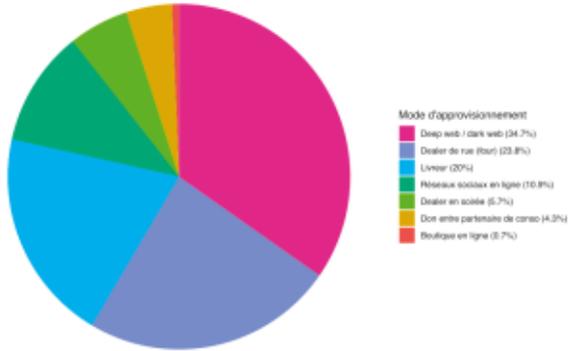
En deux ans, il y a 2730 échantillons envoyés et analysés. La drogue la plus analysée est la cocaïne avec 1/5 des analyses, puis vient le MDMA et la 3MMC, l'héroïne la kétamine et le speed. A noté que pour le cannabis, il n'y a que l'analyse du THC et du CBD qui est proposée, et que l'analyse du LSD n'est pas encore quantitative (on ne peut savoir que si il y a du LSD sur le buvard). Dans la catégorie "Autres", on retrouve le xanax, le dmt, le ghb, le fentanyl, la mescaline, l'opium, le gbl, le crack/freebase, des cannabinoïdes de synthèse.

Évolution du nombre d'échantillons par produit attendu, N=2561



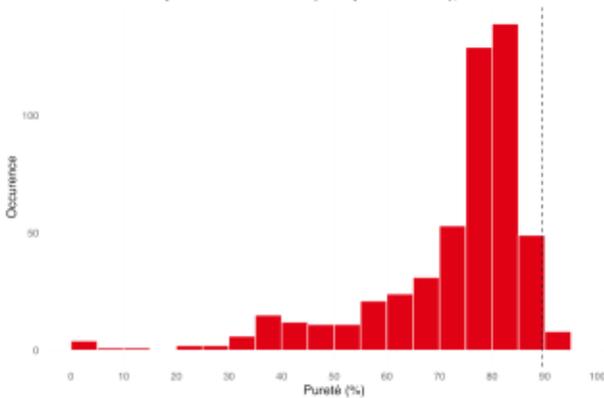
Le diagramme ci-dessus montre l'évolution respectivement du nombre et de la proportion de chaque produit dans les analyses (les valeurs sont agrégées sur deux mois pour lisser l'évolution). La progression des demandes d'analyses est constante.

Répartition des échantillons par mode d'approvisionnement (%), N=519

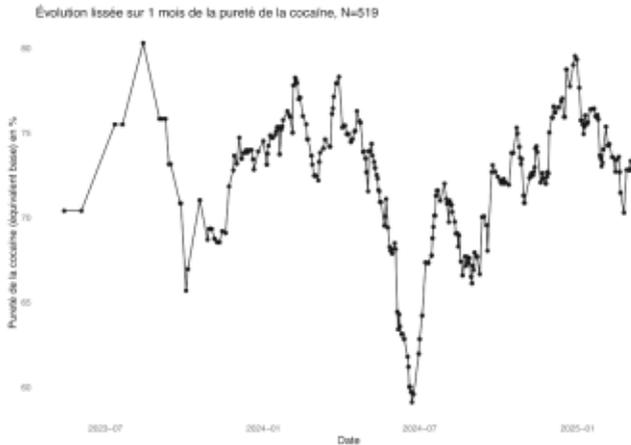


Ci-dessus un diagramme étudiant la répartition des analyses par mode d'approvisionnement de l'échantillon. On note que le mode d'approvisionnement largement privilégié est le Deep web / Dark web, puis viennent les dealers de rue et enfin les réseaux sociaux. On peut supposer que ceci est dû au profil des PUD qui fréquentent Psychoactif, qui ont une connaissance du deep web, mais aussi au fait qu'il y a eu de la communication sur le deep web sur le dispositif d'analyse à distance.

Distribution de la pureté de la cocaïne (en équivalent base), N=519



Regardons désormais la molécule la plus analysée : la cocaïne. Ci-dessus un histogramme de la pureté (en équivalent base) de la cocaïne analysée. Les personnes qui font analyser leur produit pourraient le faire uniquement parce qu'ils ont déjà des doutes quant au contenu de leur produit (un aspect étrange, un vendeur louche par exemple) qui aurait pu se confirmer via l'analyse. On aurait eu alors un biais de sélection, mais ce n'est pas ce qui est observé. On trouve seulement 3 échantillons qui ne contenaient pas du tout de cocaïne (ils contenaient de la Tétracaïne, de la Kétamine et de la 2-MMC respectivement). La majorité des échantillons étaient purs à plus de 78%.



Regardons désormais l'évolution de la pureté. On peut lire la valeur lissée sur 1 mois de la pureté des échantillons (autour de chaque date d'analyse). La courbe semble assez chaotique, bien qu'on puisse voir un creux vers juillet 2024, qui coïncide avec la baisse d'utilisation du Deep web/ Dark web. Il n'y a pas d'explication apparente à ce trou d'air en juillet 2024

	Dépendent variable:	
	pourcentage	
Dealer de rue (four)	-1.489	(2.116)
Livreur	-1.548	(2.259)
Réseaux sociaux en ligne	-5.771**	(2.757)
Dealer en soirée	-2.568	(3.591)
Don entre partenaire de conso	2.071	(4.073)
Boutique en ligne	-7.188	(9.510)
Constant (Deep Web / Dark Web)	73.605***	(1.349)
Observations	418	
R ²	0.014	
Adjusted R ²	-0.001	
Note:	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01	

Dans ce tableau, on peut lire, pour chaque mode d'approvisionnement, l'écart de pureté par rapport au Deep web / Dark web, utilisé comme référence. Pour ce mode d'approvisionnement, la pureté moyenne est de 73.605 %. Pour les autres mode d'approvisionnement, il faut faire la différence. Par exemple, les échantillons achetés à un dealer de rue sont ont en moyenne une pureté égale à 73.605 % - 1.489 % = 72.116 %. On note que, mis à part les dons entre consommateurs, la pureté moyenne est toujours

plus faible pour les modes d'approvisionnement autres que le Deep web / dark web. De plus, la différence est significative à 90%, représentée par les 2 astérisques, pour la cocaïne obtenue via des réseaux sociaux. Pour les autres modes d'approvisionnement, les écarts ne sont pas significatifs, donc les interprétations doivent rester prudentes.

On peut noter que la pureté moyenne de la cocaïne achetée sur le deep web (73%) correspond à la pureté moyenne des cocaines saisies (en 2023). On peut supposer que si l'approvisionnement par le deep web donne la meilleure pureté de coke, c'est du à la concurrence entre les vendeurs et au fait que les utilisateurs peuvent noter les différents vendeurs.

FAITES ANALYSER VOS DROGUES !

Gratuitement et Anonymement
par voie postale

avec



PsychoActif ANALYZE TON PROD



POUR UN MODELE DE RDR RENOUVELEE

Dans le cadre du Réseau Harene, Pierre Chappard et Fabienne Pourchon, co-fondateurs de Psychoactif, ont écrit un article plaidoyer dans le Harm Reduction Journal pour faire évoluer la RDR. Il y a question d'émancipation des Personnes Utilisatrices de Drogues (PUD), d'anti-prohibition, de lutte contre la stigmatisation, de la prise en compte des bénéfices liés à l'usage et de l'utilisation des savoirs expérimentiels. Voici ci-dessous des extraits de cet article : l'abstract et le paragraphe sur les savoirs expérimentiels. Pour lire tout l'article (en anglais) et consulter les références scientifiques, aller sur le site du Harm Reduction Journal : Chappard, P., Pourchon, F. For a renewed harm reduction model. Harm Reduct J 22, 23 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01165-4>

ABSTRACT

Au début des années 90, la propagation du VIH chez les personnes injectrices (d'héroïne) a nécessité une inflexion de la politique des drogues en France et à l'international. Ce changement a permis à une nouvelle politique (dite de RDR) et à de nouveaux dispositifs d'émerger : programme d'échange de seringues,

programme de TSO (méthadone et buprénorphine) pour gérer sa consommation d'opiacés illicites, dispositif d'accueil et d'accompagnement des PUD1 les plus précaires dans des centres même s'ils n'arrêtent pas les drogues. Ce changement de politique qui repose sur l'affirmation qu'il n'y a pas de société sans drogues, qu'il faut faire avec et ne pas chercher à les éradiquer, s'est accompagné de la naissance de groupes

d'auto-support de PUD non repentantes qui prenaient la parole dans l'espace public pour la première fois.

30 ans après, les auteurs affirment que ce début d'émancipation des PUD n'a pas tenu ses promesses. Et même plus, la cohabitation d'une RDR institutionnalisée et bureaucratisée avec la pénalisation et la stigmatisation de l'usage de drogues s'est fait contre l'émancipation des PUD.

En tant que PUD, usager.e.s du système de soins en addictologie, pairs aidants et dirigeant.e.s de structures d'addictologie et de RDR, les auteurs proposent de discuter la tension et les silences qui entourent la RDR et qui coexistent avec la criminalisation et la stigmatisation.

En partageant leur expérience et en réfléchissant sur leur pratique, avec

l'exemple de Psychoactif, une plateforme internet pour les PUD et un groupe d'auto-support qu'ils ont créé, ils proposent d'explorer un nouveau modèle de RDR émancipatrice qui renoue avec les racines civiques et émancipatrices de la RDR des années 1990 : un modèle de RDR basé sur les droits qui permet aux PUD de retrouver leur pouvoir d'agir et d'échapper à l'aliénation causée par la stigmatisation de la consommation de drogues.[...]

SAVOIRS EXPERIENTIELS

Dans divers domaines de la santé, tels que la santé mentale et le handicap, le concept de participation des personnes concernées par les services de santé est devenu central ; représenter les usagers du système de santé, contribuer à l'élaboration des politiques publiques et s'impliquer dans le soutien par les pairs en



sont trois exemples. De même, la participation des PUD aux décisions de politique publique devrait être encouragée comme une approche valable pour l'élaboration des politiques des drogues et des programmes RDR. La participation des PUD garantirait que les décisions soient pertinentes, appropriées et efficaces pour les personnes concernées. (Greer & Ritter, 2019) montrent que les PUD les plus touchées par la prohibition ont des opinions et des connaissances spécifiques sur la politique des drogues. Dans leur étude, ils ont proposé trois pistes hypothétiques de contournement de la prohibition aux PUD fréquentant les services sociaux de Sydney : la dépénalisation, la légalisation et la médicalisation/prescription des drogues. Malgré des avis partagés, une majorité des PUD se sont prononcées en faveur d'une régulation des drogues par la médicalisation/prescription, malgré le fait que « le modèle médical a été largement ignoré par les experts dans les délibérations sur la législation relative aux drogues ».

Malgré tout, le récit de l'expérience d'une PUD est façonné par un profond opprobre social qui le produit et le contraint simultanément ; les seuls discours publics tolérés et sollicités par la société sont les discours de repentance, où les PUD s'excusent de leur consommation et des erreurs qu'elles ont commises. (Valentine, et al., 2020) dans *Defending experience as evidence*, mettent en garde contre cette approche qui s'appuie sans réserve sur des récits « qui suivent un arc de déclin et de rédemption et une trajectoire allant de l'état d'« addict » à celui de « clean ». Pour remettre en question le discours dominant fondé sur la rédemption des PUD, (Engel, Bright,

Barratt, & Allen, 2021) soutiennent que les récits positifs sur les PUD peuvent le contrer et contribuer à le remodeler. Ces récits positifs démontrent qu'il n'existe pas une seule vérité sur la consommation de drogues et soulignent la nécessité de prendre en compte d'autres points de vue lors de l'élaboration des politiques publiques en matière de drogues.

En ce qui concerne la RDR, **(Dertadian & Yates, 2023) soutiennent qu'une RDR fondée uniquement sur les connaissances médicales est rigide. Elle ne s'adapte pas aux besoins des PUD et exclue les personnes les plus stigmatisées.** Elle minimise l'importance de la qualité de vie des personnes, préférant se concentrer sur les problèmes de santé définis par les connaissances médicales. Le savoir expérientiel¹ peut empêcher les connaissances médicales de nuire aux PUD. (Farrugia, et al., 2019) décrivent les pratiques de Dylan, une PUD et bénévole au sein d'une association gérée par des pairs. Cette association enseigne aux bénévoles comment administrer la naloxone² de manière à réveiller en douceur une PUD après une overdose. Cela permet aux PUD de mieux interagir avec les services d'urgence une fois réveillée. (Farrugia, et al., 2019) montrent que cette pratique est plus efficace que celle pratiquée par les personnels paramédicaux qui injectent la dose complète de naloxone, ce qui place la PUD dans un état de sevrage avancé. De plus, l'approche du « réveil en douceur » est supérieure en termes de santé publique, car des expériences négatives antérieures avec la naloxone peuvent dissuader les personnes de l'administrer et de la recevoir.

En matière de consommation de drogues, les savoirs expérientiels concernent les



différents domaines de participation sociale des PUD et leurs conséquences sociales. Ils consistent à savoir identifier et comprendre les effets des drogues, à adapter sa consommation en fonction des effets recherchés et des motivations de consommation, et à gérer les effets indésirables de l'usage. Cependant, les savoirs expérimentiels consistent également à savoir utiliser la RDR et le système de soins, à savoir quoi dire à son médecin concernant sa consommation de drogues et à savoir participer au processus décisionnel concernant le traitement de substitution aux opiacés (TSO) et les autres traitements à suivre. Les auteurs soulignent que l'institutionnalisation de la RDR a entraîné la fin de la participation des PUD à la RDR et, par conséquent, la fin de l'utilisation de leurs savoirs expérimentiels en matière de consommation

de drogues pour développer la RDR (Lalande & Chappard, 2012).

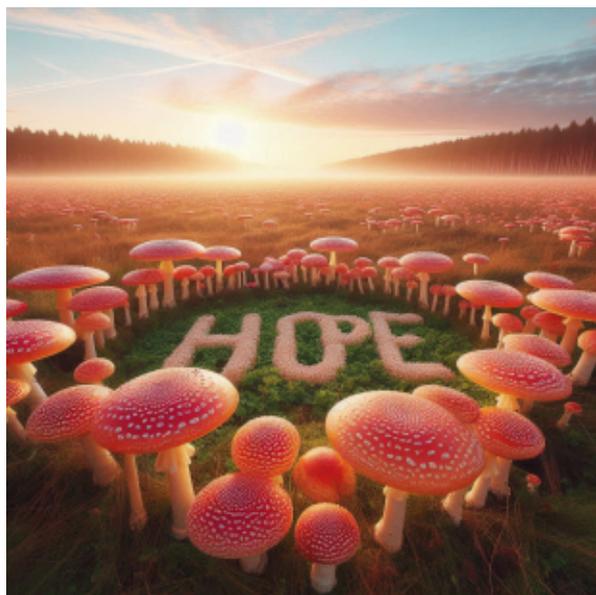
Aux débuts de la RDR en France en 1994-1995, les PUD participaient comme pairs aidants aux programmes d'échange de seringues existants et ont même créé leurs propres programmes (Coppel, 2002, p. 165). La professionnalisation et l'institutionnalisation de la RDR en 2004 ont conduit à l'embauche de personnes qualifiées au sein des CAARUD. Par conséquent, une grande partie des personnes consommatrices de drogues ne pouvaient plus poursuivre leur rôle de pairs aidants. Ceci a conduit à la disparition de nombreux pairs aidants de ces centres. La même évolution s'est produite au sein des CSAPA, qui avaient recruté des « ex-drogué.e.s » au début des années 1970 pour assurer l'accueil

dans leurs centres et conseiller les PUD dans leur parcours de soins. Pour réintégrer les savoirs expérientiels dans la RDR institutionnelle, il est nécessaire d'impliquer des acteurs qui reconnaissent leur valeur et la cultivent. Ces acteurs ne peuvent être que des (ex-)PUD, notamment des pairs aidants ou des professionnel.le.s (éducateurs, infirmiers, managers, etc.) qui déclarent être (ou avoir été) eux-mêmes des PUD.

L'INJUSTICE EPISTEMIQUE

Cependant, de nombreux obstacles restent à surmonter avant que ces savoirs puissent être réintégrés. L'un d'eux est lié à ce que Fricker appelle l'injustice épistémique. Ce terme provient d'auteurs féministes et postcoloniaux. Il est utilisé pour analyser la hiérarchie des connaissances au sein des systèmes de domination. (Fricker, 2007) caractérise l'injustice épistémique comme un tort qui

affecte une personne spécifiquement dans sa capacité à connaître. Rajeev Bhargava la définit ainsi : « **Je définis l'injustice épistémique comme une forme d'injustice culturelle qui survient lorsque les concepts et les catégories par lesquels un peuple se comprend lui-même et son monde sont remplacés ou affectés par les concepts et les catégories des colonisateurs** » (Bhargava, 2013). Marie Dos Santos étend ce terme d'injustice épistémique aux personnes consommant des drogues (en particulier les pairs aidants) en contact avec les professionnel.le.s de l'addictologie et de la RDR. Elle affirme que « la reconceptualisation de l'expérience psychotrope à travers le seul prisme de l'épistémologie médicale et addictologique est une forme de violence épistémologique vécue par les PUD, qui réinterpréteront leur propre monde social et leur propre expérience en utilisant les concepts des professionnel.le.s qui les



entourent, plutôt qu'en utilisant leur propre cadre de pensée » (Dos Santos & Godrie, Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance, 2017, p. 227).

L'injustice épistémique dans le contexte de la RDR réside dans l'impossibilité pour les pairs aidants d'imposer leur point de vue et leur cadre de pensée aux professionnel.le.s.

Autrement dit, il s'agit de la capacité des professionnel.le.s de santé à imposer leurs connaissances au détriment des savoirs expérientiels des pairs aidants. Par conséquent, dans de nombreux établissements, les pairs aidants ont cessé d'utiliser leurs savoirs expérientiels et ont adopté les connaissances des soignants. Leur seul rôle est de transmettre des informations sanitaires.

Dans un système dominé par un discours médical, les savoirs expérientiels individuels ne suffisent pas.

Les savoirs collectifs, qui construisent d'autres normes et renforcent les individus, sont également essentiels. Les travaux de Monica Jane Barrat montrent que les plateformes de PUD telles que Psychoactif génèrent des interactions sociales qui contribuent à la production de savoir, d'identité et de culture (Barrat, 2011). **Grâce à Internet, les PUD produisent leur propre discours identitaire et, ce faisant, résistent à l'identité déviante et pathologique que le modèle médicalisé de l'addiction les qualifie.** Barrat montre comment les groupes s'autogèrent et se prennent en charge en redéfinissant la normalité à partir de leurs propres expériences. Psychoactif est un espace de résistance épistémique qui permet aux individus de se penser différemment dans un contexte plus large que celui du seul champ thérapeutique, et d'expérimenter d'autres façons de vivre avec les drogues. Les

savoirs expérientiels, construits collectivement, peuvent être utilisés pour remettre en question l'injustice épistémique dont les PUD souffrent face au discours médical dominant.

Pierre Chappard et Fabienne Pourchon



Tout les contenus textuels de ce fanzine sont sous licence libre Creative Commun 3.0 BY SA. Vous pouvez librement les réutiliser si vous citez la source et ne les utilisez pas pour une utilisation commerciale.