

PROLOGUE UNE NOUVELLE DONNE

Les toxicomanes ont-ils le droit de vivre ?

Que la protection de la santé des usagers de drogues puisse être un objectif de la politique publique a longtemps été impensable. Pendant les années quatre-vingt, mortalité et morbidité sont l'objet d'une sorte de tabou. En 1993, overdoses sur la voie publique et sida font de la toxicomanie la première cause de mortalité des 18-34 ans en Île-de-France. La prise de conscience de la réalité du risque sanitaire a été d'autant plus difficile que l'information était partielle. Pour reconnaître la catastrophe sanitaire et sociale, il a fallu, au-delà du débat idéologique, accepter de se confronter aux faits.

ÉCHANGE DE SERINGUES, MÉTHADONE, BOUTIQUES OÙ les usagers de drogues sont accueillis avec sandwichs, douches et infirmières soignant plaies et abcès ou encore *testing* dans les *raves* et *free-parties* pour identifier la présence de l'ecstasy, finalement, la France s'est mise à l'heure européenne. Et pourquoi pas des salles d'injection et des programmes d'héroïne ? La question n'est pas sur l'agenda de la classe politique mais l'interdit de penser recule peu à peu. Lorsqu'en 1995 des habitants du X^e arrondissement de Paris découvrent qu'une boutique va s'ouvrir dans leur quartier, que cette boutique va accueillir des usagers de drogues qui se droguent, lorsqu'ils comprennent qu'il s'agit d'une politique publique financée par le ministère de la Santé, la question ne manque pas d'être posée : « Vous distribuez des seringues aux toxicomanes mais où vont-ils s'injecter leur drogue ? Que vont-ils mettre dans leur seringue ? »

Pour une part, la question dénonce le scandale : « Et pourquoi pas leur donner de l'héroïne pendant que vous y êtes ? », mais avec les

expériences suisses, hollandaises, britanniques, la question a acquis une légitimité nouvelle. Elle est posée aussi bien par les habitants qui réclament la fermeture de la boutique que par ceux qui, heurtés par le rejet des toxicomanes, s'organisent à leur tour pour exiger son maintien. Les uns et les autres découvrent en même temps cette politique publique menée quasi clandestinement au cours des années quatre-vingt-dix, que nul parti politique n'a revendiqué et que nul parti, à l'exception de l'extrême droite, ne remet officiellement en cause aujourd'hui.

Les toxicomanes doivent-ils pouvoir protéger leur santé ? Les toxicomanes ont-ils le droit de se soigner même s'ils sont toxicomanes ? Les toxicomanes ont-ils le droit de vivre ? La question, une fois posée, ne prête pas à discussion – à la condition d'être posée. Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix en France, cette question était tout simplement impensable. Inscrit dans le Code de santé publique, le dispositif de lutte contre la toxicomanie a bien pour objectif originel la protection de la santé mais c'est le « péril national » qui préoccupe les législateurs. La cohésion sociale est menacée, les valeurs de la République doivent être réaffirmées. Des années soixante-dix à la fin des années quatre-vingt, l'inquiétude populaire ne cesse d'augmenter – dans certains sondages des années quatre-vingt, jusqu'à 70 % des Français en font leur premier ou second sujet d'inquiétude, avant même le chômage – tandis que l'opinion éclairée tente de résister à la diabolisation croissante, mais ni les uns ni les autres ne s'inquiètent de la santé des toxicomanes, les uns parce que le toxicomane s'est lui-même condamné, les autres parce que la fuite ou la révolte conduisent rarement à la mort. Opinion publique et opinion éclairée sont en désaccord sur l'ampleur du désastre, qui menace la civilisation tout entière pour les uns, limité à quelques malheureux pour les autres, mais tous sont persuadés que la mortalité des toxicomanes est la conséquence de la toxicomanie ou du comportement suicidaire du toxicomane. Personne n'imagine que la mortalité des toxicomanes est la conséquence directe de la façon dont ils sont traités.

La toxicomanie, première cause de mortalité en Île-de-France en 1993

La mortalité des toxicomanes n'est pas connue. La seule statistique officielle est recueillie par les services répressifs¹ : elle comptabilise les overdoses mortelles qui ont donné lieu à une enquête de police, soit

1. Cette statistique annuelle est recueillie par l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants).

essentiellement les overdoses constatées sur la voie publique ; à l'hôpital ou au domicile, les toxicomanes meurent d'un arrêt cardiaque, ils échappent à toute statistique. Les suicides, accidents, septicémies ou autres maladies infectieuses ne sont pas davantage comptabilisés au titre de la toxicomanie. Pendant toutes les années quatre-vingt, il n'est pas question d'étudier la mortalité des toxicomanes, considérée comme trop négligeable. En 1993, les toxicomanes surgissent néanmoins dans les statistiques officielles : avec 9 % des décès des 18-34 ans, les overdoses deviennent la troisième cause de décès en Île-de-France. Si l'on ajoute la mortalité par le sida, la toxicomanie est alors la première cause de mortalité de cette tranche d'âge dans cette région. C'est d'autant plus inquiétant que les overdoses sont sous-évaluées de 75 % à Paris, comme le démontre une étude menée entre 1993 et 1994 ; or la statistique ignore les autres causes de mortalité². Dans un silence général, les toxicomanes ont été victimes d'une véritable hécatombe. Au regard de leurs amis morts, les héroïnomanes vivants au début des années quatre-vingt-dix étaient les survivants d'une catastrophe sanitaire.

Le mot « catastrophe » est violent : dans le débat sur les drogues, il est traditionnellement l'apanage d'une démonologie plus américaine que française et, durant toutes les années quatre-vingt, il ne me serait même pas venu à l'esprit. Comme tous les spécialistes français, je me défiais de la dramatisation qui risquait d'alimenter les peurs irrationnelles. Cependant, la question de la mortalité des toxicomanes me taraudait depuis le milieu des années quatre-vingt. Je savais que les décès que j'avais pu constater dans quelques enquêtes de terrain n'étaient pas comptabilisés dans les statistiques officielles. Je reconnaissais avec les spécialistes qu'il fallait tenir compte des risques d'une exploitation politique des statistiques ; ces risques n'imposaient pas pour autant l'ignorance. Quelle était la réalité des menaces qui pesaient sur les toxicomanes ?

Je me souviens de la première fois que j'ai soulevé en public la question de la mortalité des toxicomanes. C'était en 1992, lors d'une réunion organisée par l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (l'ANIT) avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur l'épidémiologie des toxicomanes. À cette date, je commençais à penser que les toxicomanes payaient le prix fort du silence que nous nous étions imposé. Il fallait prendre la mesure des problèmes. J'ai posé ma question du fond de la salle et des

2. BEH, n° 35, 29 août 1994, « Décès par usage de stupéfiants en Île-de-France ». L'enquête compare les décès enregistrés en 1990 par les deux organismes officiels, l'Institut médico-légal et l'INSERM. 253 décès sont retrouvés alors que la statistique officielle n'en avait retenu que 92.

collègues m'ont rejointe à la fin de la réunion. J'avais rompu le tabou de la mort ; ils ont tenté, amicalement, de me remettre sur le bon chemin : « Voyons, Anne, où veux-tu en venir ? » Je ne savais pas trop où je voulais en venir, mais la minimisation systématique des quelques faits que je connaissais commençait à m'inquiéter sérieusement. En 1988, j'avais entendu le Pr Olievenstein affirmer que 30 % des toxicomanes étaient contaminés par le sida tandis que l'ANIT (Association nationale des intervenants en toxicomanie) écrivait dans sa revue *Intervention* : « Ceux qui prétendent qu'un toxicomane sur deux ou trois est atteint du sida recherchent sensationnalisme ou exclusion³. » Or, à Pierre-Nicole, un centre de soins pour toxicomanes où je travaillais⁴, deux sur trois des résidents étaient bien contaminés par le sida. Pourquoi ces faits devaient-ils être tenus secrets ?

« Une guerre avait lieu, mais qui était donc l'ennemi ? »

Si la pitié ou la compassion ont pu être les ressorts de ces premiers questionnements, j'en étais parfaitement inconsciente. Je me défiais de mes émotions, qui, dans la question des drogues, étaient précisément, nous étions tous d'accord là-dessus, le premier obstacle à une approche scientifique et objective. En spécialiste des politiques sociales, je m'efforçais d'identifier les besoins, je prônais l'évaluation, je réclamaiss une démarche épidémiologique rigoureuse, quantitative et surtout qualitative, particulièrement indispensable dans le champ des drogues, si l'on veut comprendre ce que l'on compte. J'étais persuadée que la sous-estimation faisait obstacle à un traitement efficace des problèmes ; la réponse à l'inquiétude populaire n'était pas le déni mais la prise en compte des réalités. Les toxicomanes de banlieue étaient quasi invisibles dans les centres de soins, et cependant ils existaient bel et bien et il fallait s'en préoccuper ; telle était la démonstration à laquelle je m'attachais au travers des quelques enquêtes de terrain que j'ai menées ces années-là. J'avais adopté le ton mesuré qui convenait, me semblait-il, aux administrations auxquelles ces rapports étaient destinés. Je n'ai pas su me faire entendre.

3. Les intervenants en toxicomanie craignaient que la peur ne conduise à enfermer les toxicomanes dans des sidatoriums. Sur l'analyse des positions adoptées par les intervenants en toxicomanie face au sida, voir COPPEL A., « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », in EHRENBURG A. (dir.), « Vivre avec les drogues. Régulations politiques, marchés, usages », *Communications*, n° 62, 1996, p. 75-108.

4. Le centre Pierre-Nicole est un centre de postcure qui a la particularité d'être situé à Paris afin de favoriser la réinsertion sociale des toxicomanes. Ce centre est géré par la Croix-Rouge. Jusqu'en 1991, il était dirigé par le Dr Charles-Nicolas.

Voilà comment Jean Carpentier, médecin généraliste, décrit son installation avec sa collègue, Clarisse Boisseau, dans un cabinet médical du XII^e arrondissement à Paris : « Dès notre installation [en 1980], nous avons commencé à recevoir des patients héroïnomanes qui nous demandaient de l'aide. Assez rapidement, nous avons eu l'impression de vivre une sorte de guerre.

« Des jeunes gens mouraient d'overdoses dans les encoignures de portes ou de septicémies profondes chez eux et à l'hôpital ; envahis par un insurmontable sentiment d'impuissance, des couples de parents se déchiraient ; les rafles de police se succédaient dans les rues sombres et crasseuses de l'îlot Chalon. Des inspecteurs de la brigade des stupéfiants étaient venus tabasser violemment quelqu'un dans le couloir de notre cabinet médical : "C'est un dealer", m'avait dit l'un des policiers sur un ton hargneux quand j'étais descendu pour suggérer un peu de modération, puisque le présumé coupable avait déjà les menottes aux poignets.

« Dans ces conditions dramatiques, la demande de soins nous obligeait à intervenir. De toute évidence, une guerre avait lieu, mais qui était donc l'"ennemi" ⁵ ? »

J'avais observé des années durant ces mêmes scènes, je me scandalisais de l'exploitation qu'en faisaient les médias, mais jamais je n'aurais osé écrire ce que Jean disait simplement. Et cependant, il a suffi que la question soit formulée pour que, brusquement, l'éclairage change. « Qui était l'ennemi ? » Les usagers de drogues savaient que c'était eux. Dans les années quatre-vingt, nous étions quelques-uns à nous débattre isolément contre cette guerre absurde. Chacun s'efforçait de mener à bien la tâche qu'il s'était fixée, prévention du sida, traitement de la toxicomanie, actions communautaires dans les quartiers, et chacun avait été conduit à expérimenter sans le savoir, comme M. Jourdain de la prose, des actions de réduction des risques. Dans ces premières actions, nous nous heurtions à des obstacles, certains bien identifiés, telles les réglementations et les lois, d'autres beaucoup plus confus, lorsqu'ils ébranlaient nos propres croyances.

Le décalage entre le discours et les faits

Il aura fallu le travail de la commission Henrion pour que le diagnostic de « catastrophes sanitaires et sociales » soit officiellement posé ⁶. La commission Henrion avait été constituée en 1994 à la

5. CARPENTIER J., *La Toxicomanie en médecine générale*, Ellipses, Paris, 1994.

6. HENRION R., *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, La Documentation française, Paris, 1995 (voir commission Henrion en annexe).

demande de Simone Veil, alors ministre des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Ville. Sous la présidence du Pr Henrion, cette commission, formée par des personnalités indépendantes, a mené, selon ses termes, une « réflexion sur la drogue et la toxicomanie ». Comme bien des citoyens français, les sages de cette commission ne soupçonnaient pas la gravité de la situation. Alors que la politique française prétendait « équilibrer soins, prévention et répression », ils découvrent les misérables 4 % du budget consacrés à la prévention et, d'une façon générale, la pauvreté des moyens alloués à la santé ⁷. Au total, le sentiment qui ressort de cette année et demie consacrée à l'enquête et à la réflexion est la surprise que provoque le « décalage entre le discours et les faits ». En 1989, le rapport officiel précédent s'était employé, au contraire, à rassurer l'opinion : la France avait le meilleur des dispositifs de soins, le plus équilibré, qui avait su « résister » au sida, peut-on lire dans ce rapport qui consacre 5 pages sur 266, dont 4 en annexe, à l'épidémie la plus grave d'Europe ⁸. La confrontation systématique avec les faits aboutit à une conclusion très différente. Vingt années après la loi de 1970, le nombre d'usagers avait augmenté continûment, des marchés locaux s'étaient formés dans certains quartiers, tandis que la consommation de drogues s'était étendue à toutes les couches de la société. La France avait un des taux de contamination du virus du sida le plus sévère en Europe ; aux maladies infectieuses s'ajoutait une exclusion sociale tout aussi meurtrière. La prison était la première des réponses apportées aux toxicomanes et bien souvent la seule. La loi de 1970 n'avait pas eu les « effets escomptés », l'injonction thérapeutique qui devait offrir une alternative à l'incarcération n'a pas fonctionné. La politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée selon laquelle « il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales ». Il fallait rompre avec l'exclusion des toxicomanes.

En Grande-Bretagne, en Suisse, aux Pays-Bas, la démonstration était faite qu'il était possible de réduire la contamination par le sida et la mortalité à condition d'associer les usagers de drogues à la protection de leur santé. Nous devons agir. Il fallait d'abord « limiter la casse ». C'est le nom que nous avons donné au collectif que nous avons formé

7. KOPF P. et FENOGLIO P., *Le Coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites*, ODFI, étude n° 22, septembre 2000. Les dépenses publiques des services répressifs (police, justice, gendarmerie et douanes) sont de 3,768 milliards et de 748,62 millions de francs pour les affaires sociales et la ville, soit cinq fois plus pour les services répressifs que pour la santé.

8. TRAUTMAN C., *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, rapport au Premier ministre, La Documentation française, Paris, 1990.

en mars 1993. En octobre 1993, nous publions dans *Le Monde* et dans *Libération* un appel dont les premiers mots sont : « Des toxicomanes meurent tous les jours. Ces morts peuvent être évitées. » Mais qui d'entre nous aurait pensé qu'en cinq ans, de 1994 à 1998, la réduction des overdoses mortelles serait de 80 % ?

L'exception française

Le dispositif institutionnel de réduction des risques infectieux est mis en place et annoncé en juillet 1994 par Simone Veil, ministre de la Solidarité, de la Ville et de la Santé. Ces mesures sont justifiées par la menace du sida et l'état sanitaire désastreux des usagers d'héroïne. Elles avaient été adoptées en Europe entre 1985 et 1992 – non sans difficultés : elles entrent en contradiction avec l'objectif d'éradication des drogues, objectif de la guerre à la drogue. En 1992, la France est devenue une exception en Europe : la vente libre des seringues en 1987 est la seule mesure prise face au sida. La guerre à la drogue, menée au nom des valeurs de la République, fait apparemment consensus. L'opinion éclairée n'était pas convaincue de la réalité du fléau, mais les plus libéraux sont rassurés par l'éthique du système de soins aux toxicomanes, qui refuse contrôle social et traitements obligatoires. Tout changement risquait de menacer une politique qui se voulait « équilibrée », officiellement engagée dans la guerre contre la drogue, secrètement protectrice de la liberté du toxicomane. Dans les années quatre-vingt, quelques acteurs s'affrontent de façon isolée au consensus de l'opinion et des experts. 1992 est l'année de la prise de conscience. C'est aussi l'année de la création de la première association d'usagers de drogues, ASUD. De nouveaux acteurs font irruption dans le champ clos des spécialistes : ils sont médecins généralistes, militants de la lutte contre le sida, militants humanitaires. Ils sont les promoteurs et les acteurs d'une nouvelle conception de la santé publique qui fait appel à la responsabilité individuelle. Avec le soutien de la Ligue des droits de l'homme et de quelques associations de la société civile, lutte contre le racisme ou contre les exclusions, un mouvement social prend forme.

Si la réalité des menaces qui pèsent sur les usagers est longtemps au cœur du débat, c'est que le dispositif de réduction des risques infectieux est justifié par l'urgence sanitaire. Ce dispositif est mis en place et annoncé officiellement par Simone Veil en juillet 1994 alors qu'elle est ministre des Affaires sociales, de la Ville et de la Santé. Il répond à deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et de l'hépatite et permettre aux usagers d'accéder au système de soins. Le dispositif comprend des kits avec seringues stériles vendues en pharmacie, des programmes d'échange de seringues, la prescription de traitements de substitution, des « boutiques » qui accueillent des usagers

sans exiger qu'ils renoncent à consommer des drogues, des réseaux de médecins généralistes et des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital.

Le retard français

1994, c'est bien tard au regard des mesures prises par nos voisins en Europe. Les Pays-Bas ont adopté les premières mesures de prévention du sida en 1985, en cohérence avec leur politique sociale d'intégration des usagers de drogues ; dans tous les autres pays, la prévention du sida impliquait un changement de la politique des drogues ou, du moins, de la politique de lutte contre la toxicomanie (soin et prévention). Le changement se fait en 1987 en Grande-Bretagne, qui baptise cette politique de santé publique *Reduction of drugs related harm*, c'est-à-dire « réduction des risques ou plus précisément des dommages liés aux drogues » (voir en annexe « Réduction des risques, principes »). En Suisse, le changement se fait à partir de 1990. Dans ces deux pays, prévention et soins ont été repensés pour aboutir à une politique cohérente reposant sur l'acceptation de l'usage de drogues. Ailleurs, le changement se fait principalement dans le cadre des villes et régions ; la ville de Francfort s'engage dans une modification de sa politique en 1989 ; à Barcelone, à Rome, à Bruxelles, à Berlin, les mesures sont prises une à une, avec plus ou moins de difficultés selon les contextes. Entre 1990 et 1992, il n'est pas de ville européenne qui n'ait mis en œuvre quelques-unes au moins des mesures de prévention du sida. En 1992, nous sommes quelques-uns à découvrir que la France est devenue une exception en Europe (voir annexe « Chronologie de la réduction des risques en France »). Alors que l'épidémie de sida est la plus grave en Europe, le silence et l'immobilisme ont été les seules réponses et, curieusement, ces mesures ne sont demandées par personne ; la France apparaît parfaitement consensuelle. Tous les Français seraient-ils partisans de la guerre à mort ? N'y a-t-il pas de libéraux dans votre pays ? interrogent les experts américains, qui s'affrontent à une opinion massivement guerrière. Du moins les experts, soutenus par une opinion libérale, ont-ils pris position rapidement.

Guerre à la drogue ou réduction des risques, il faut choisir

Si les oppositions à la réduction des risques ont été si véhémentes, c'est que cette politique entre en contradiction avec le dispositif de lutte contre la drogue. Prévention, traitement et répression s'inscrivent en

principe dans un même objectif : éradiquer la drogue et la toxicomanie. Au centre de la lutte, la répression de l'usage et du trafic ; en amont, la prévention « pour ne pas tomber dedans » ; et en aval, le traitement, pour s'en sortir. La réduction des risques liés à l'usage de drogues se fixe un objectif plus modeste. Elle se propose de réduire les dommages liés à la consommation avec le raisonnement suivant : il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible. Il vaut mieux ne pas s'injecter de drogues ; si, toutefois, vous persistez à vous en injecter, il faut le faire avec une seringue stérile. Un tel raisonnement implique d'accepter l'usage de drogues ; il implique de renoncer à la guerre contre la drogue.

Tous les Français ne sont pas des guerriers ; l'opinion éclairée se défie des discours incantatoires qui célèbrent le consensus national ; elle est loin d'adhérer à l'idéologie du fléau. Selon une étude sur l'opinion des Français, les prises de position sur la question des drogues doivent être mises en relation avec leur système de valeurs ; l'étude oppose les Français qui adhèrent à des valeurs morales traditionnelles et les Français, favorables à une libéralisation des mœurs, qui privilégient les libertés individuelles ; ce sont ceux qui s'opposent à la gestion coercitive et à la stigmatisation des usagers de drogues. Les représentations sont donc loin d'être consensuelles, et cependant la politique française des drogues n'a pas été remise en cause. Pendant les années quatre-vingt du moins, la question des drogues a été la question taboue par excellence, elle n'a pas donné lieu à un débat public. Les Français se sont soumis à l'interdit de dire, qui était aussi un interdit de penser. Personne en France ne s'est opposé publiquement à la politique la plus répressive en Europe.

L'« exception française » a une histoire⁹. C'est progressivement que je l'ai comprise, au fur et à mesure que j'ai pu identifier comment elle influençait mes pensées et mes actes. Et pourtant, j'avais quelques clés qui m'ont d'ailleurs donné plusieurs longueurs d'avance ; je ne suis pas psychanalyste, je savais ce que vivaient quelques-uns des usagers de drogues, que les soignants ne connaissent que dans leurs institutions. Pour *Le Dragon domestique*, j'avais lu une bonne part de la littérature anglo-saxonne, totalement ignorée des Français, mais je l'ai lue avec des grilles de lecture que je partageais, inconsciemment, avec mes compatriotes. La première chose que j'ai partagée a été le silence sur l'épidémie de sida.

9. BERGERON H., *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF Sociologie, Paris, 1999.

Le refus de l'amalgame « toxicomanie-sida »

« Effets de sidération ou refus du catastrophisme, la situation alarmante des toxicomanes face au sida n'a pas suscité de réaction en France. Pendant toutes les années quatre-vingt, le silence a été général : silence de la presse, silence des pouvoirs publics, silence des spécialistes¹⁰. » Jusqu'en 1986, le CRIPS (Centre régional d'information sur la prévention du sida) ne retient aucune référence sur les toxicomanes et le sida ; de 1987 à 1990, il en retient 113 sur environ 7 000. Dans le discours sur le sida, dans les débats publics, dans l'affaire du sang contaminé, les toxicomanes ne sont jamais nommés ; ils hantent les analyses de l'épidémie mais, telle la fée Carabosse, ils n'ont pas été invités. Dans leur analyse de la presse sur l'épidémie de sida, Claudine Herzlich et Janine Pierret, sociologues, ne leur accordent aucune attention.

En 1985 pourtant, les toxicomanes avaient fait une première apparition dans la presse : les gardiens de prison de Draguignan avaient pris peur, ils avaient réclamé des « équipements spéciaux » pour se protéger contre les risques de contamination. Les lecteurs ont pu apprendre à cette occasion que la moitié des détenus toxicomanes seraient séropositifs. La presse s'est faite unanimement rassurante ; la revendication des gardiens de prison devait être interprétée comme le produit d'une manipulation politique. À cette même date, Le Pen avait réclamé des sidatoriums ; pour l'opinion éclairée, il importait de neutraliser l'inquiétude populaire. « Médicalement inepte et sûrement pas innocent », titre *Libération*, qui précise dans l'article que « les statistiques sont alarmistes, basées sur des données partielles ». *Le Monde*, *Libération*, *Le Figaro*, tous réclament « une information honnête et dépassionnée », mais les taux de contamination des toxicomanes ne sont pas publiés. Les études menées entre 1985 et 1986 découvrent des taux de contamination des toxicomanes incarcérés de 70 % à Nice, 61 % à Fresnes, 54 % à Bordeaux. Personne, si ce n'est, peut-être, ces premiers enquêteurs, ne semble s'en inquiéter.

Le silence des journalistes est le produit d'une politique qui a mis un point d'honneur à refuser l'« amalgame toxicomanie-sida ». C'est la politique menée par la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie, la MILT, de 1985 à 1990. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, la DGLDT, qui lui succède, poursuit la même politique. Le « combat pour la vie » que Georgina Dufoix entreprend en 1991 ne fait aucune mention du sida. Sida et toxicomanie ne devaient pas être confondus, telle était la doctrine officielle. Rien ne

10. COPPEL A., « Les intervenants en toxicomanie... », *art. cit.*

devait changer dans la politique des drogues « sous prétexte de sida ». La guerre contre la drogue devait être sans merci.

Tout au long des années quatre-vingt, une seule mesure a été prise : la libéralisation de la vente libre des seringues. Elle avait été demandée par quelques spécialistes du sida en 1985. La décision est prise deux ans plus tard par Michèle Barzach, ministre de la Santé. C'est une décision qu'elle prend seule, contre la classe politique mais aussi contre l'avis des spécialistes, qui, consultés en 1985 dans la Commission nationale des stupéfiants, avaient jugé la mesure parfaitement inutile : « Quand on est prêt à jouer avec la prison, la folie, la mort, on peut tout autant jouer avec le sida¹¹. » Les toxicomanes ne vont pas abandonner leur course mortelle par la magie d'une réglementation, assurent les spécialistes. Un seul d'entre eux avait pris position pour la légalisation de la vente des seringues, le Pr Olievenstein. Il avait toutefois assorti cette recommandation d'un avertissement : il faut le faire, mais il faut aussi savoir que la vente libre des seringues augmentera nécessairement le nombre d'injecteurs. Les spécialistes français partagent avec les tenants de la répression la conviction que l'État français doit dire « non à la drogue » ; mettre les seringues en vente libre, c'est accepter l'usage de drogues, c'est baisser les bras. Ces mesures « laxistes » ne peuvent qu'encourager la consommation de drogues. Tel est le discours tenu par les spécialistes français à partir de l'automne 1992, alors que le débat public s'est ouvert ; avant cette date, le silence est préféré au débat. « Surtout, n'en parlons pas » est le mot d'ordre général.

Un consensus paradoxal

Tout au long des années quatre-vingt, la classe politique est étrangement muette sur le sujet des drogues. La politique de lutte contre la drogue est née avec la loi de 1970 ; elle est fondée sur le triangle d'or « abstinence-désintoxication-éradication », qui met en cohérence la morale, la santé et la politique¹². Qu'il faille éradiquer le mal est une évidence, la classe politique le rappelle lorsque l'inquiétude populaire l'exige ; elle se garde de programmes plus précis. Moins on en parle, moins on y pense, et mieux on se porte, puisque lorsqu'on en parle, il faut hurler avec les loups ; telle a été d'abord la philosophie du parti socialiste. En 1978, alors qu'il part à la conquête du pouvoir, ce parti est favorable à la dépenalisation de l'usage du cannabis. Une fois au

11. CURTET F., « Drogue et sida », *Le Quotidien du médecin*, 3 mars 1986.

12. EHRENBERG A., *L'Individu incertain*, Calmann-Lévy, Paris, 1995.

pouvoir, sa priorité est de donner toutes les preuves de l'engagement de l'État dans la guerre contre la drogue, lutte qui se mène au nom des valeurs de la République. Cependant, les milieux éclairés sont dûment chapitrés : ils doivent comprendre que le problème est purement symbolique, que la dramatisation est une arme aux mains des ennemis du gouvernement. L'inquiétude populaire est traitée sommairement ; la classe politique y répond en renforçant d'année en année l'arsenal répressif jusqu'à aboutir à l'incarcération à perpétuité avec le nouveau Code pénal en 1994¹³. Du côté de la police, les interpellations pour usage de drogue augmentent en moyenne de 10 % par an, sans qu'il s'agisse véritablement de décision ; d'année en année, les services développent leur action dans une logique interne qui n'obéit qu'à elle-même. Ce renforcement continu tient lieu de politique. Pour ce qui est du soin, les politiques s'en remettent aux experts compétents, à une exception près, celle d'Alain Chalandon, ministre de la Justice en 1986, qui veut enfermer tous les toxicomanes. Alain Chalandon échoue, et ses successeurs se garderont bien d'affronter le corps des spécialistes. Henri Bergeron, sociologue, a analysé comment s'est élaborée l'expertise des professionnels du soin, « mélange inextricable de principes éthiques et de réflexion psychanalytique », comment s'est formé le couple administration de la santé et spécialistes en toxicomanie, comment ce couple a détenu le monopole de l'expertise, comment enfin il a éliminé toute pensée concurrente¹⁴. Les spécialistes en toxicomanie et le bureau SP3, chargé de l'organisation des soins aux toxicomanes dans l'administration de la santé, sont également convaincus qu'il faut préserver le système de soins français qui avait su résister aux peurs collectives, aux pressions politiques, aux logiques d'enfermement et de contrôle social. Le système de soins ne devait pas se laisser « intoxiquer » par le sida, il devait tenir le cap ; les changements, quels qu'ils soient, sont vécus comme autant de menaces.

Le consensus français sur les drogues tient d'abord à une conception de la République qui oppose le citoyen à la montée des individualismes. Dans les pays anglo-saxons, l'usage de drogues est considéré comme l'expression d'un choix personnel, la société est faite d'une collection d'individus dont la vie privée n'a pas à faire l'objet d'un

13. Le trafic qui relevait antérieurement de la loi de 1970 (Code de la santé publique) relève désormais du Code pénal. Les peines pour transport, détention, offre et cession sont de dix ans d'emprisonnement et 50 000 000 francs d'amende. Elles sont de vingt ans de réclusion criminelle et 50 000 000 francs d'amende pour trafic international et de réclusion criminelle à perpétuité pour diriger ou organiser un trafic international.

14. BERGERON H., *L'État et la toxicomanie*, op. cit.

contrôle de l'État aussi longtemps qu'elle n'a pas d'effet sur la vie des autres. La politique y est conçue comme le résultat d'une délibération entre des intérêts particuliers. En France, la conception traditionnelle du rôle de l'État est tout autre : les intérêts privés doivent être subordonnés à l'intérêt général. Le citoyen français conquiert ses droits en acceptant de mettre entre parenthèses ses intérêts privés pour se soumettre à l'intérêt général. « La délibération, c'est-à-dire le pluralisme, est considéré comme la porte ouverte à l'invasion des intérêts particuliers qui désagrègent la sphère publique. » La loi de 1970 a été votée à un moment de recomposition des sphères du public et du privé ; elle relève d'une « conception conservatrice de la société : les citoyens doivent se conformer à une norme préétablie et non débattre de ce qui est le mieux pour eux¹⁵ ». Prisonnier de sa vie privée, l'usager de drogues perd ses droits de citoyen. La loi lui rappelle qu'il doit se conformer à la norme.

Le consensus français tient aussi, en bonne part, à une heureuse « coïncidence » ; par un chemin détourné, les experts ont rejoint l'opinion publique. Au contraire de l'opinion publique, les spécialistes sont convaincus que la drogue n'est pas le problème ; l'usage de drogues est interprété comme le symptôme d'une souffrance psychique révélatrice de conflits intrapsychiques¹⁶. Les années quatre-vingt ont été marquées par deux systèmes d'interprétation concurrents : l'un se réfère aux valeurs morales et la lutte est menée au nom de l'ordre social, l'autre est fondé sur la clinique individuelle ; dans cette logique, la « lutte contre la drogue » est une absurdité, il faut simplement aider ces jeunes, révoltés ou désespérés, à se trouver eux-mêmes. Au début des années soixante-dix, les premiers spécialistes ont souvent partagé les idéaux libertaires des usagers de drogues ; ils ont refusé de normaliser ces comportements déviants. C'est pourtant ce que la loi de 1970 leur demande, mais dans la négociation entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé, les experts de la santé ont obtenu que l'accès aux soins soit anonyme et volontaire ; autrement dit, la justice n'a pas les moyens de contrôler qui se soigne et comment il se soigne. Les spécialistes peuvent ainsi offrir un « refuge pour ceux qui se sont rendus trop loin dans une quête identitaire au sein d'une société hostile, productrice de robots¹⁷ ». Cette

15. EHRENBERG A., *L'Individu incertain*, op. cit.

16. Cette interprétation de la toxicomanie était accréditée par la diffusion de la culture psychologique dans la société française dans les années soixante-dix et quatre-vingt. Voir CASTEL R., *La Gestion des risques*, Minuit, Paris, 1981.

17. HEFEZ S., « Toxicomanie : la fin des libertaires », *Libération*, 25 juillet 1994.

définition du soin n'a rien à voir avec celle que la loi encadre : pour la loi, il faut soigner les toxicomanes et, soigner, c'est désintoxiquer ; c'est aussi la vision spontanée qu'en a l'opinion. Lorsqu'ils sont eux-mêmes contestataires, les spécialistes savent parfaitement qu'ils sont « en porte-à-faux avec le versant coercitif de la loi du 31 décembre 1970¹⁸ ». Ils sont protégés par le cloisonnement des services de santé et des services répressifs, justice et police. Protecteurs des marginaux, les spécialistes s'étaient mis eux-mêmes en marge de la loi. La position n'est plus tenable dans les années quatre-vingt. La contestation n'est plus de mise. La drogue est devenue dépendance et les spécialistes refusent désormais d'être les complices de l'héroïne. Insensiblement, une morale de l'abstinence s'impose : elle s'impose par la logique de l'institution qui s'ouvre par la cure de sevrage. C'est ce que demandent les toxicomanes eux-mêmes, et cette exigence-là est collective. Peu à peu, la distance se creuse entre les toxicomanes et leurs thérapeutes. Aux hippies flamboyants ont succédé de petits loubards des banlieues, nettement moins fascinants. Au quotidien, les relations avec les usagers de drogues, que les pères fondateurs voulaient fusionnelles, deviennent chaque jour plus conflictuelles. Au tournant des années quatre-vingt, la psychanalyse devient la référence dominante ; ce nouveau cadre d'interprétation aide les soignants à « supporter les vicissitudes d'une clinique quotidienne très éprouvante¹⁹ » ; elle justifie une mise à distance, nécessaire à la psychothérapie. C'est aussi Freud que les psychothérapeutes invoquent pour justifier la loi pénale. Elle doit aider le toxicomane à intégrer la loi symbolique qui lui fait défaut. Désormais, les psychothérapeutes peuvent entrer en relation avec le monde de la justice. Le rapport Trautman en 1989 célèbre la réconciliation de la clinique et de la loi. « Entre juges et médecins notamment, un consensus existe aujourd'hui sur la notion de loi, à la fois point de repère et rappel aux réalités²⁰. »

Tous les spécialistes français ne sont pas devenus des partisans de la répression et ils ne sont pas tous les tenants du modèle de l'abstinence, mais à cette époque, les plus tolérants se gardent de prises de position publiques. En apparence, ils se sont soumis à l'interdit de l'usage de drogues qui devait satisfaire l'opinion française parce qu'ils

18. VALEUR M., « Drogues et droits du toxicomane », in CABALLERO F. (dir.), *Drogues et droits de l'homme*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1992.

19. BERGERON H., *L'État et la toxicomanie*, op. cit.

20. TRAUTMAN C., *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, op. cit.

sont convaincus qu'ils ont préservé l'essentiel : ils ont refusé les traitements obligatoires, et l'espace du soin reste un espace de liberté. Ces espaces, qui vont à l'encontre de l'opinion générale, doivent rester secrets ou bien ils seront à leur tour soumis au contrôle social. La tolérance à l'usage de drogues est un secret de famille. Les professionnels recrutés dans les années quatre-vingt, souvent psychologues, ne le partagent que s'ils le découvrent par eux-mêmes. La plupart sont piégés par la logique institutionnelle qu'ils servent. Le sevrage est devenu, dans les faits comme dans les esprits, un horizon indépassable. Lorsqu'à la fin des années quatre-vingt quelques acteurs de la lutte contre le sida ou de l'humanitaire interrogent le Pr Olievenstein sur le refus de la méthadone, ce dernier fulmine²¹. Contrairement aux déclarations publiques de ses collègues, qui ne veulent pas « donner de drogues aux drogués », il rappelle les idéaux libertaires à l'origine du système de soins. Le refus de la méthadone, comme le refus des communautés thérapeutiques ou des traitements comportementalistes, est le refus des traitements coercitifs attentatoires à la dignité humaine, qui enferment les toxicomanes dans leur toxicomanie. Le système de soins a choisi un « modèle souple d'accompagnement non coercitif, basé en permanence sur la demande explicite du sujet. Le but du traitement serait idéalement la liberté de choix. C. Olievenstein dirait la « démocratie psychique » et non l'« abstinence obligatoire²² » ». Les opinions les plus libérales avaient toutes les raisons de faire confiance à ces soignants modestes, quelquefois antiprohibitionnistes, qui avaient refusé les traitements attentatoires à la liberté individuelle. Puisque ces opinions étaient minoritaires, elles n'avaient pas intérêt à une expression publique qui risquait de menacer les acquis ; les spécialistes se battaient pour l'éthique du soin fondée sur la demande volontaire du sujet, il suffisait de les soutenir.

21. Dans un article paru dans un numéro spécial d'*Autrement*, le Pr OLIEVENSTEIN rappelle la « menace du plaisir », « plus dangereuse que la révolution sociale ». Il se dit favorable à une « distribution de produit », qui serait en l'occurrence la méthadone, mais refuse que cette distribution soit assimilée à un traitement, raison pour laquelle ni lui ni les spécialistes du soin aux toxicomanes n'ont mis en œuvre de programme méthadone. « En désespoir de cause », numéro spécial, « L'Esprit des drogues », *Autrement*, série « Mutations », n° 106, avril 1989.

22. VALEUR M., « Drogues et droits du toxicomane », *art. cit.*

Naissance d'un mouvement

Les premiers acteurs de la réduction des risques partageaient nombre des croyances collectives qui fondent le consensus français. Lorsqu'en 1985, Daniel Defert, président d'AIDES, veut faire une brochure de prévention du sida pour les usagers de drogues en les y associant selon les principes qui prévalent dans l'association, il s'adresse naturellement au Pr Olievenstein ; un groupe de travail est formé mais il ne parvient pas à une réalisation commune. Les spécialistes refusent que des toxicomanes participent au groupe de travail ; il faut être spécialiste, disent-ils, pour comprendre ce que les toxicomanes veulent dire.

À la consultation « précarité » de Médecins du monde (MDM) ouverte en 1987, les médecins reçoivent quelques toxicomanes. Ils n'en font pas état ; ils conviennent que la « dramatisation » ne peut qu'alimenter l'idéologie du fléau, mais ils s'inquiètent de ces nouveaux exclus des soins. En contact avec les expériences internationales, ils savent qu'ailleurs, des actions de prévention du sida sont menées. En 1988, Patrick Acberad, président de Médecins du monde, prend lui aussi contact avec Marmottan ; il veut ouvrir un centre avec méthadone et, encore une fois, les négociations traînent en longueur. À la fin de l'année 1988, MDM s'engage seul dans le premier programme d'échange de seringues, sur le modèle des actions menées à Amsterdam. Ces médecins ne remettent pas en cause le système français de soin pour autant ; tout au plus déplorent-ils l'immobilisme des institutions françaises et, à cet égard, le système de soins spécialisés en toxicomanie n'a rien d'exceptionnel.

Du côté des médecins généralistes, la remise en cause des croyances collectives est plus difficile encore ; la prescription médicale ne se justifie pas pour traiter ce qui est unanimement considéré comme le symptôme d'une souffrance psychique. Nul ne songe à remettre en cause le sevrage, seul objectif légitime. Associations de lutte contre le sida, associations humanitaires, médecins généralistes, aucun de ces acteurs n'est spécialisé dans le champ de la toxicomanie, et ils n'ont aucune prétention à le devenir. C'est plutôt à leur corps défendant que, dans la logique de leur action, ils entrent en relation avec les usagers de drogues – et c'est la relation qu'ils parviennent à instaurer avec ces usagers qui est le moteur du changement de leurs croyances. Entre 1990 et 1992, chacun de ces acteurs prend de l'assurance, d'autant que la prévention du sida auprès des usagers de drogues est désormais un objectif de la politique publique. Pendant les années quatre-vingt, il n'en était même pas question ; l'administration de la santé chargée de la lutte contre le sida était surtout soucieuse d'éviter la ghettoïsation.

« Le sida concerne tout le monde » est le mot d'ordre. L'Agence française de lutte contre le sida, l'AFLS, marque un tournant dans la politique publique. Association avec mission de service public, elle est chargée de mettre en œuvre des actions de prévention dans les « groupes spécifiques » : homosexuels, toxicomanes, prostitué(e)s, migrants²³. L'AFLS a des budgets mais peu de projets, au point que les chargées de mission se voient contraintes d'animer elles-mêmes les actions que l'Agence subventionne. Quelques nouveaux acteurs apparaissent ; certains sont eux-mêmes usagers de drogues. En 1992, des usagers se regroupent, accueillis par une association de lutte contre le sida, APART. Un nouvel acteur est né, l'usager de drogues. Il va bouleverser le système d'interprétation qui dominait les esprits.

Les vingt dernières années sont marquées par de nouvelles formes d'engagement militant²⁴. Des associations naissent sur des luttes sectorielles : Amnesty international, Greenpeace, SOS Racisme, Droit au logement, AIDES ou Act Up. *A priori*, la lutte contre le sida ne prédisposait pas à susciter, plus qu'un autre thème, « compassion, intérêt et engagement » ; elle est devenue une « cause digne d'engagement » parce qu'elle se réfère aux valeurs universelles de droits des personnes et de lutte contre les discriminations²⁵. L'engagement répond à l'urgence, il se veut concret, solidaire. Ces nouvelles causes sont souvent internationales ; elles font appel au citoyen et elles élaborent une nouvelle forme d'expertise qui confronte savoir de l'expert et savoir d'expérience. Dans la lutte contre le sida comme dans l'humanaire, les associations se réclament d'une nouvelle conception de la santé publique qui ne doit pas être le domaine réservé du médecin ; elle associe les personnes concernées à la définition de leur santé.

En France, ces associations affrontent un système de soin dominé par le curatif selon le modèle « une maladie, un traitement, une profession qui en a le monopole²⁶ ». C'est le modèle qui prévaut dans le traitement de la toxicomanie même si, en l'espèce, la maladie n'est pas

23. L'Agence française de lutte contre le sida est une association créée en 1989. Elle a une mission de service public de lutte contre l'épidémie de sida. En créant une association, les pouvoirs publics ont voulu donner à l'AFLS les moyens de mener des actions souples et innovantes, sans les contraintes administratives imposées aux services de l'État. L'AFLS fut dissoute en 1994, la mission de lutte contre l'épidémie relevant de l'administration centrale (Direction générale de la santé, division sida).

24. SALMON J.-M., *Le Désir de société. Des Restaurants du cœur au mouvement des chômeurs*, La Découverte, Paris, 1998.

25. POLLACK M., « Histoire d'une cause », *L'Homme contaminé, Autrement*, série « Mutations », n° 130, mai 1992.

26. MURARD L. et ZYLBERMAN P., *L'Hygiène dans la santé publique, 1877-1916*, Flammarion, Paris, 1996.

somatique. Dans tous les domaines, le curatif prévaut au détriment de la prévention avec les mêmes conséquences dramatiques dans la contamination des personnes transfusées, sida ou hépatites, comme d'ailleurs dans les ravages de l'amiante. Le retard pris dans la libéralisation des seringues puis dans la prévention du sida a provoqué « une hécatombe chez les toxicomanes, symptômes d'un même mal, la faiblesse – considérable – de la santé publique en France²⁷ ». Dans le scandale du sang contaminé, la logique financière a prévalu ; dans la contamination des toxicomanes, c'est la logique politicienne qui l'a emporté ; les politiques n'ont pas pris les mesures utiles parce qu'ils craignaient l'opinion. Dans les deux cas, les professionnels de la santé n'ont pas alerté les pouvoirs publics parce qu'ils n'étaient pas formés à la santé publique. En Grande-Bretagne, la réduction des risques liés à l'usage de drogues n'a fait l'objet d'aucun débat ; elle a été préconisée par des experts formés à la santé publique, et Mme Thatcher s'est rendue sans discussion à l'avis de ses experts. En France, il a fallu une mobilisation sociétale qui a commencé avec les militants de cette nouvelle santé publique. Associations de lutte contre le sida, Médecins du monde puis Médecins sans frontières ou la Mutualité française sont les promoteurs de cette nouvelle conception de la santé publique, respectueuse des droits individuels. Leur engagement dans la réduction des risques liés à l'usage de drogue n'a été ni simple ni immédiat ; le cas de la toxicomanie paraissait si particulier qu'il a fallu d'abord apporter la preuve que les toxicomanes étaient bien des personnes comme les autres. La création d'associations d'usagers de drogues a joué un rôle déterminant dans cette démonstration.

Les premiers militants de la réduction des risques liés à l'usage de drogues ont été les protagonistes des actions. Ils sont militants de la lutte contre le sida, médecins généralistes, professionnels sociosanitaires engagés dans une démarche de santé communautaire. Le système idéologique auquel ils ont dû se confronter n'a pu se déconstruire par le raisonnement ; pour changer, ils ont exigé la preuve que le changement était possible, mais ils ont accepté de contribuer à la preuve en s'engageant dans l'action. La Ligue des droits de l'homme a été la première association totalement extérieure aux actions du terrain à apporter son soutien, en concordance avec le principe qui fonde cette association. Quelques associations issues de lutte sociétales comme SOS Racisme, la Cimade, la Maison des potes, Droits devant dans la lutte contre les exclusions ont signé l'appel de Limiter la casse. Elles étaient peu nombreuses. En grande part, les alliances avec le tissu social, associa-

27. Sur les conséquences de ce modèle dominé par le curatif sur la lutte contre le sida, voir MORELLE A., *La Défaite de la santé publique*, Flammarion, Paris, 1996.

tions de jeunes, de parents ou d'habitants restent à faire. Le mouvement de la réduction des risques a franchi quelques-unes des barrières qui enfermaient la question des drogues dans un ghetto spécialisé. Il lui reste encore bien du chemin.

Des résultats inespérés

Avec les mesures de réduction des risques, les usagers de drogues, auparavant exclus des soins, font leur apparition dans les services hospitaliers, les pharmacies, les cabinets de médecins. L'accès aux soins s'accompagne d'une amélioration de la santé et de l'insertion qui est désormais reconnue par tous les experts, chercheurs ou praticiens.

Le changement des relations avec les professionnels de santé

La réduction des risques s'est imposée par ses résultats. Ceux-ci ont d'abord été perçus bien avant d'être objectivés. Longtemps invisibles, des usagers de drogues, nombreux, surgissent dans les services hospitaliers, dans les cabinets de médecine de ville, dans les pharmacies. Les relations, réputées pour être furtives ou violentes, s'apaisent et les usagers de drogues y acquièrent le statut de « patients comme les autres ». Il faut se rappeler que les services d'urgence hospitalière refusaient sans état d'âme les patients toxicomanes au prétexte qu'ils abandonnaient leur lit vingt-quatre heures après l'hospitalisation. Les prescriptions d'opiacés ont bouleversé les relations avec les médecins. Auparavant menteurs ou manipulateurs, ces nouveaux patients se montrent confiants, se laissent soigner et les pathologies se révèlent graves et nombreuses. Avec les seringues vendues en kits de prévention comme le Stéribox, subventionné par le ministère de la Santé, les pharmaciens deviennent des acteurs de santé publique. Ce qui hier était suspect de complicité devient aujourd'hui légitime et, là encore, les relations s'apaisent. Les spécialistes du soin aux toxicomanes font à leur tour l'expérience de nouvelles relations avec les usagers, de plus en plus nombreux dans les services et associations de soins. Des suivis psychothérapeutiques, autrefois constamment interrompus par le chaos des modes de vie, peuvent s'instaurer, et les spécialistes, financés à l'appui, s'approprient peu à peu traitements de substitution ou accueil des usagers dans les boutiques.

Le changement n'est pas perçu par tous les professionnels de santé, loin s'en faut, les mécanismes de rejet restent vivaces, redoublés par l'origine sociale et ethnique des usagers. Il reste en outre très inégal

selon les sites, selon les usagers, selon les services et leur environnement. La marginalité, la souffrance ne sont pas éradiquées ; elles peuvent même être plus vivement ressenties par les usagers ou leurs proches, en un temps où les menaces vitales reculent mais où le changement est suffisant pour que les relations deviennent possibles. Environ un tiers des pharmaciens et peut-être de 10 % à 20 % des médecins sont à la fois témoins et acteurs de ce changement inattendu. Au-delà des professionnels de santé, mais avec plus de difficulté il est vrai, les relations deviennent moins conflictuelles avec certains services judiciaires, comités de probation, juges d'application des peines, personnels de détention, quelquefois aussi avec les commissariats.

Pour les principaux intéressés, le changement est radical : les survivants ont échappé à une mort annoncée. C'est, bien sûr, en bonne part, grâce à l'avancée miraculeuse des traitements du VIH. Encore a-t-il fallu que les usagers y aient accès ; sans traitement de substitution, le suivi régulier était illusoire. Avec les traitements de substitution, les usagers d'héroïne acquièrent une liberté nouvelle. Ils ne sont plus contraints à cette quête quotidienne à laquelle, souvent, ils consacraient leur vie. Les usagers reprennent leur souffle, reconstruisent leur vie et se revendiquent, loin de la honte et de la culpabilité, « citoyens comme les autres »²⁸.

Des résultats quantifiés

Les résultats qualitatifs prêtent à discussion, d'autant que ceux qui les observent tout d'abord changent insensiblement de cadre de perception et perdent la mémoire du changement. Deux résultats quantitatifs témoignent du bouleversement : tout d'abord, la baisse de 79 % des overdoses mortelles entre 1994 et 1999, et dans le même temps, la baisse de 68 % des interpellations d'usagers d'héroïne. La première hypothèse de l'Office central pour la répression du trafic illicite est d'attribuer ces baisses à la réduction de la consommation d'héroïne. Il est certain que la réduction des risques n'aurait pas obtenu d'aussi bons résultats en pleine montée de la consommation d'héroïne, comme c'était le cas dans les années quatre-vingt, mais la baisse des interpellations ne s'explique pas par la baisse de la consommation d'héroïne²⁹. Il n'y a pas de relation entre le nombre des interpellations et le nombre des consommateurs. On lit souvent dans la presse que le nombre de consommateurs

28. Citoyens comme les autres est le nom d'une association d'usagers de drogues belges.

29. Avec dix à quinze années de toxicomanie, les usagers d'héroïne étaient devenus demandeurs de soins. Ils ont contribué à convaincre les médecins de l'utilité des traitements de substitution. Voir chapitre 25, « Des résultats remarquables ».

de cannabis augmente parce que le nombre d'interpellations augmente. Selon les études épidémiologiques récentes, il y aurait bien une augmentation de la consommation de cannabis, mais le nombre d'interpellations ne dépend pas du nombre de consommateurs, il dépend de l'activité des services de police. Avec sept millions de consommateurs de cannabis, la police a le choix d'interpeller beaucoup ou peu. La police appréhende les usagers visibles dans la rue ou connus de ses services. Si elle le fait de plus en plus, c'est qu'il faut maintenir l'activité des services et, malheureusement pour les usagers de cannabis, il y a moins d'héroïnomanes dans la rue³⁰. On a toutes les raisons de penser que la consommation de cocaïne augmente mais, contrairement aux apparences, les interpellations pour usage de cocaïne ne permettent pas de le savoir. Entre 1997 et 1998, le nombre d'interpellations passe de 1 785 à 2 850, ce qui reste modeste au regard du nombre de consommateurs (1 % des femmes et 4 % des hommes de 18-44 ans en ont expérimenté l'usage). Nettement moins nombreux (l'expérimentation d'héroïne est évaluée à 0,4 % des femmes et 1,7 % des hommes de 18-44 ans), les usagers d'héroïne sont plus souvent interpellés parce qu'ils sont plus visibles et mieux connus des services de police. On peut penser que le recul de la consommation d'héroïne a commencé au tout début des années quatre-vingt-dix, tandis que les interpellations ont continué de progresser jusqu'en 1994. En 1995, la tendance s'inverse pour la première fois, mais au lieu de diminuer lentement le changement est brutal : entre 1996 et 1999, le nombre d'usagers d'héroïne interpellés passe de 14 596 à 6 133, soit une baisse de 68 %. L'événement marquant, à partir de 1996, c'est l'entrée en traitement par le Subutex d'un nombre de patients évalués entre 21 000 et 32 000 en 1996, entre 34 000 et 51 000 en 1997, pour atteindre 72 000 en 2000³¹. Il y a bien une relation entre le nombre de patients en traitement par le Subutex et la baisse des interpellations pour usage d'héroïne, ce que montre un rapport officiel d'évaluation de la politique de réduction des risques³².

30. Le pourcentage d'usagers de cannabis augmente de 69 % en 1990 à 87 % en 2000, tandis que, pour l'héroïne, il diminue de 28 % en 1990 à 6,2 % en 2000 (OCTRIS, 2000).

31. Le nombre précis de patients est inconnu. Il est évalué sur le nombre de boîtes vendues en fonction d'une dose moyenne de 8 mg. Voir LERT F. (rapporteur), *Évaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogues*, INSERM, 1998. L'évaluation de 72 000 patients en 2000 nous a été communiquée par le laboratoire Schering-Plough.

32. La relation est discutée département par département dans le rapport SIAMOIS, EMMANUELLI J., *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques*, Institut de veille sanitaire, t. I et II, novembre 2000. Ce dispositif a été mis en place pour le suivi et l'analyse des ventes de seringues et produits de substitution (voir « Résultats de la réduction des risques » en annexe).

La baisse de la mortalité par overdose témoigne indirectement d'une baisse de la mortalité toutes causes confondues. Seule la mortalité par le sida est connue et elle enregistre une baisse spectaculaire : on passe de 1 037 morts en 1994 à 267 en 1997, soit un nombre de décès divisé par trois³³. Les usagers de drogues sont désormais reçus dans les services hospitaliers, ils sont aussi régulièrement suivis par les médecins généralistes et sont plus nombreux dans les services de soins spécialisés pour la toxicomanie³⁴. L'accès aux soins se traduit par une amélioration de la santé. Les usagers sont moins contaminés par le sida, ils représentent aujourd'hui 14 % des contaminations contre quelque 20 % en 1992. Leur état sanitaire reste cependant inquiétant ; les hépatites toucheraient plus de 60 % des injecteurs en 2001. Il est également inquiétant en prison et dans les boutiques qui accueillent les plus précaires. Enfin, certaines pathologies sont peu explorées, c'est le cas des troubles psychiques, dont on ne connaît pas l'évolution. Pour le moment, nous ne savons pas si maladies cardiaques ou troubles psychiatriques doivent être associés à l'usage de cocaïne mais, quoi qu'il en soit, l'amélioration de la santé des usagers d'héroïne n'est pas contestable ; ces usagers ont, en grande part, accès aux soins, ils meurent moins et sont en meilleure santé, ils sont aussi mieux insérés. La baisse des interpellations représente une baisse de la délinquance, qui n'a pas été évaluée précisément mais qui est perçue indirectement dans les études de suivi des patients³⁵.

L'évolution favorable n'est désormais plus discutée ni par l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCTRIS) ni par l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie, chargé officiellement de recueillir et d'analyser l'information sur les drogues. Elle est également reconnue par les spécialistes français. Les 11 et 12 décembre 1997, Bernard Kouchner, ministre de la Santé, réunit anciens adversaires et acteurs de la réduction des risques. Un consensus s'élabore qui reconnaît la nécessité d'une politique de santé publique intégrant les outils de la réduction des risques³⁶.

33. Ces données sont extraites de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendance*, 1999.

34. On évalue à 10 % la progression du nombre d'usagers dans les institutions de soins spécialisés entre 1994 et 1997 ; pour les médecins généralistes, le progrès en 1992 et 1997 se marque surtout par la régularité des suivis, le nombre d'usagers de drogues reçus par un médecin généraliste ayant été évalué à 200 000 en 1992.

35. Sur les études de suivi des patients en traitement par le Subutex et sur une discussion des résultats, voir chapitre 25, « Des résultats remarquables ».

36. *Rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie*, actes des rencontres, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé, 11 et 12 décembre 1997.

Peu de politiques de santé publique peuvent se targuer de résultats aussi rapides que ceux qui ont été obtenus avec la réduction des risques. Dans le domaine de la toxicomanie, il s'agit d'une véritable révolution. Depuis 1970, chaque année était pire que l'autre ; les consommations de drogues, les saisies, le nombre d'incarcérations, la mortalité ont progressé continûment. Quant aux résultats obtenus dans le soin aux toxicomanes, nul n'était parvenu à les évaluer. Les professionnels revendiquaient traditionnellement une « obligation de moyens » mais non de résultats ; il fallait le faire, c'était une question de principe³⁷. Or les actions de réduction des risques démontrent qu'il est possible d'obtenir de bons résultats si l'on procède de la bonne façon. Partout en Europe c'est le même constat. Une politique de santé est efficace pour protéger la santé des usagers ; elle n'est pas pour autant incitative. Au contraire. La vente libre de seringues ou les programmes d'échange de seringues n'augmentent pas le nombre d'injecteurs ; les usagers de drogues en traitement ne sont pas prosélytes et ils ne sont guère fascinants pour les plus jeunes (voir en annexe « Réduction des risques, résultats internationaux »).

Une politique officielle

En juin 1999, un nouveau plan gouvernemental reconnaît le dispositif de réduction des risques infectieux dont le statut était expérimental en juillet 1994. Intégrer ce dispositif implique de revenir à une logique de santé publique. Il faut tout revoir avec une nouvelle question : quels sont effectivement les risques sanitaires et sociaux ? La dangerosité des drogues est évaluée sur des critères scientifiques qui conduisent à intégrer alcool et tabac dans la lutte contre la toxicomanie. La loi de 1970 qui pénalise l'usage de drogues entre en contradiction avec les objectifs et les moyens de la santé publique. La « culture commune », objectif du gouvernement, passe par l'identification des contradictions et par des choix politiques auxquels la classe politique ne s'est pas encore résolue.

37. Sur la base des études menées aux États-Unis, on considère que les rechutes à la sortie des cures de sevrage sont de 80 % à 90 % pour les usagers dépendants de l'héroïne. Les résultats favorables des traitements à long terme représenteraient un tiers des patients. Ce sont les résultats que revendique le Pr Olievenstein ; il n'y a pas eu toutefois d'études françaises. Sur les résultats des études américaines, voir chapitre 15, « Peut-on sortir de la toxicomanie ? ». Sur le refus de l'évaluation en France, voir BERGERON H., *L'État et la toxicomanie*, op. cit.

La réduction des risques, une pièce qui s'ajoute au dispositif de lutte contre la toxicomanie

Lorsqu'en juillet 1994 Simone Veil présente le dispositif de lutte contre le risque infectieux, elle est parfaitement consciente des contradictions entre la lutte contre la drogue et les mesures de réduction des risques. Ces mesures d'urgence sont acceptées par le gouvernement dont elle fait partie à la condition non négociable de ne modifier en rien le dispositif général de lutte contre la drogue. À cette date, le gouvernement a pris acte de la contradiction, il a renoncé à la cohérence pour tenir compte de l'urgence de santé publique. Le nouveau plan gouvernemental rendu public en 1999 est plus ambitieux ; il se propose d'intégrer cette nouvelle pièce au dispositif d'ensemble³⁸. L'ambition de la MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, chargée de la mise en œuvre du plan, est d'aboutir à une politique cohérente, fondée sur une « culture commune ».

La tâche est ardue. Il y a bien une contradiction entre distribuer des seringues, d'un côté, et condamner ceux qui s'en servent, de l'autre. Lorsque Médecins du monde fait circuler le premier bus d'échange des seringues, des policiers interpellent les usagers à la sortie : porter une seringue sur soi, c'est être suspect de consommer une drogue, et l'usage de drogues est interdit par la loi. Les seringues ne sont pas le seul objet du débat. Les traitements de substitution s'ouvrent eux aussi par un débat sur la loi de 1970. La méthadone est un stupéfiant, son usage est interdit par la loi. Faut-il changer la loi ? La contradiction entre la méthadone et la loi de 1970 a été surmontée aisément lorsque la « drogue de substitution » est devenue un médicament, une solution simple qui, dans les premiers temps, n'est pas imaginée par les détracteurs de ces produits de substitution, qu'ils refusaient de considérer comme un traitement³⁹.

Pour la prévention, en revanche, les contradictions ne sont pas surmontées. Pour protéger les usagers de drogues, les trousse de prévention contiennent d'abord un message qui fait appel à la bonne volonté des policiers : « La personne en possession de cette trousse de prévention est un utilisateur d'un des programmes de prévention du sida chez les usagers de drogues [...]. Nous vous remercions de votre coopération active et espérons que votre participation à ce programme

38. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention contre les dépendances (1999-2000-2001)*, La Documentation française, Paris, 1999.

39. Voir chapitre 18, « Médecins ou dealers en blouse blanche ».

aidera à la lutte contre le sida. » En 1999, une circulaire recommande clairement aux policiers de ne pas interpeller les usagers de drogues à la sortie des dispositifs de prévention : « Sont à proscrire les interpellations du seul chef d'usage des stupéfiants à proximité immédiate des structures "à bas seuil" ou des lieux d'échange de seringues. » Dans un espace défini selon la circulaire par l'autorité sanitaire, les usagers peuvent échapper à la loi ; ils n'y échappent pas lorsqu'ils ont une seringue sur eux en tout autre lieu⁴⁰. Dans les boutiques, dans les programmes d'échange de seringues, des usagers de drogues sont accueillis ; au regard de la loi, ce sont des délinquants. Les associations d'usagers de drogues sont subventionnées par le gouvernement ; devant la loi, ce sont des associations de malfaiteurs. Dans les *raves* et *free-parties*, des acteurs de prévention testent les pilules d'ecstasy ; devant la loi, ce sont les complices d'une consommation illicite. Faut-il changer la loi ? En septembre 2001, un rapport du Conseil national du sida fait l'examen des contradictions entre santé publique et pénalisation de l'usage⁴¹. Sa conclusion est sans discussion : la répression n'est pas utile pour limiter les consommations, et elle entre en contradiction avec les objectifs de santé publique. Il faut dépénaliser l'usage de drogues : même si la vente reste interdite, l'usage ne doit pas relever du Code pénal. C'était aussi l'avis des professionnels, réunis au ministère de la Santé les 11 et 12 décembre 1997. C'était déjà la conclusion du Comité national d'éthique en 1994⁴². C'est l'opinion majoritaire de la commission Henrion, majorité très courte il est vrai puisque, sur dix-sept membres, neuf sont favorables à la dépénalisation – mais, à vrai dire, il n'était pas question de changer la loi. Simone Veil et Charles Pasqua l'avaient annoncé d'entrée de jeu⁴³. Le gouvernement socialiste qui leur succède est plus résolu encore : non seulement il n'est pas question de changer la loi, mais il n'est même pas question d'en débattre.

Paralysée par la crainte d'une dérive sécuritaire, la classe politique refuse obstinément toute dépénalisation de l'usage de drogues. Les uns font de l'interdit le fondement de la lutte contre la drogue, les autres se

40. Circulaire du 17 juin 1999 du garde des Sceaux, ministre de la Justice, « Les réponses judiciaires aux toxicomanes », NOR JUS A 9900 148 C.

41. Conseil national du sida, *Les Risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, rapport, avis et recommandations, adopté le 21 juin 2001.

42. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Rapport sur les toxicomanies*, n° 43, 23 novembre 1994. Voir aussi *Rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie*, op. cit.

43. Voir chapitre 19, « La réduction des risques infectieux : l'invention d'un dispositif ».

retranchent derrière l'opinion publique qui ne serait pas prête⁴⁴. À ce jour, la réduction des risques reste limitée à ce qui a justifié son expérimentation, à savoir la prévention du sida et des maladies infectieuses. Elle a toutefois indirectement bouleversé notre conception de la prévention et du soin. La menace du sida nous a rappelés à l'ordre de la santé. Elle a contraint la France, comme ses voisins européens, à revenir aux objectifs originels de la lutte contre la toxicomanie, à savoir la protection de la santé.

Classement des stupéfiants et santé publique

Car il s'agit bien d'un retour aux sources. La lutte contre les drogues, inaugurée à la fin du XIX^e siècle, a pour objectif originel la protection de la santé. C'est bien le risque sanitaire qui a conduit les médecins hygiénistes français à demander en 1916 l'interdiction des « substances vénéneuses », morphine, opium et cocaïne ; dans la même logique, ils ont cherché à obtenir la prohibition de l'alcool. Ils n'ont obtenu que la prohibition de l'absinthe, ce dont se gausse, dans les années vingt, la garçonne, amateur de cocaïne et d'opium : « Ce qu'ils nous embêtent, tous ces poireaux au Parlement ! Ils me font rire... les stupéfiants ! Et si je veux m'intoxiquer, moi ? D'abord puisqu'ils parlent de poison, qu'ils s'occupent donc de l'alcool ! Mais ils n'oseront pas. C'est le bistrot qui les nomme⁴⁵. »

Le classement d'une substance dans la liste des stupéfiants est le produit d'un rapport de force qui n'a pas grand-chose à voir avec une évaluation objective du risque sanitaire. En dernière instance, ce sont les consommateurs qui décident. En Occident, les consommateurs ont refusé la prohibition de l'alcool, ils ont accepté celle de produits consommés par des minorités qui n'avaient pas les moyens de se faire entendre. L'échec des médecins hygiénistes dans la lutte contre l'alcool,

44. L'enquête EROPP 99 fait état de 56,9 % de personnes favorables à un changement de la réglementation du cannabis, dont 17,1 % sont pour la vente libre et 34,1 % sont favorables à une autorisation de la consommation sous condition. L'enquête démontre surtout que la formulation des questions est déterminante. Ainsi 51,9 % des Français ne pensent pas que « l'interdiction de la consommation de cannabis contribue à empêcher les gens de consommer ». BECK F. et PERETTI-WATEL P., *EROPP 99, enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, OFDT, avril 2000, étude n° 20. Lorsque la vente libre n'est pas opposée à la réglementation et qu'il est proposé par exemple la « vente contrôlée de cannabis », les opinions favorables à une libéralisation de la vente de cannabis sont proportionnellement plus nombreuses.

45. MARGHERITTE V., *La Garçonne*, cité in BACHMANN C. et COPPEL A., *Le Dragon domestique*, op. cit. Voir aussi chapitre 13, « La médicalisation : une illusion dangereuse », p. 189.

fléau national, est l'échec de l'interdit qui serait justifié par la santé publique. Malgré ses efforts, l'Organisation mondiale de la santé n'a pas réussi à justifier le classement des substances prohibées avec des critères scientifiques ; elle n'a pas réussi non plus à donner une définition médicale à la « toxicomanie » qui comprendrait les produits illicites et seulement eux⁴⁶. Revenir à un objectif de santé publique, c'est accepter de classer les drogues en fonction de leur dangerosité. C'est la mission que confie en 1997 Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, au Pr Roques. À partir d'une synthèse des recherches scientifiques sur les substances psychotropes, licites ou illicites, le rapport aboutit à un classement des psychotropes en trois catégories : « Les plus toxiques, à savoir l'alcool, l'héroïne et la cocaïne, puis en second, les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les tranquillisants et, enfin, la moins dangereuse, le cannabis⁴⁷ », une hiérarchie des risques qui n'a pas grand-chose à voir avec le classement des stupéfiants.

L'alcool et le tabac dans la politique de lutte contre la toxicomanie

En introduction au plan gouvernemental rendu public en juin 1999, la MILDT rappelle qu'il ne s'agit ni de « changer la loi » ni de « modifier la hiérarchie des interdits », mais elle rappelle aussi les « impératifs de santé publique ». C'est un tournant majeur. De 1970 à 1991, les plans gouvernementaux de lutte contre la drogue se succèdent, aucun ne fait référence à la santé publique. Le consensus français, des experts aux politiques, était fondé sur la conviction que « la toxicomanie n'est pas un problème de santé publique⁴⁸ ». En octobre 1992, la santé publique avait fait une toute première apparition dans le plan proposé par Bernard Kouchner dans la lutte contre le sida⁴⁹. La santé publique n'a pas été évoquée en vain. Dans le plan gouvernemental de juin 1999, la santé publique reprend ses droits, qui ne se limitent pas au sida : que les drogues soient licites ou illicites, il appartient à la santé publique de définir les risques ; il lui appartient de définir les stratégies, prévention ou soins, qui permettent d'y faire face.

46. Voir chapitre 13, « La médicalisation : une illusion dangereuse », p. 189.

47. ROQUES B., *La Dangerosité des drogues*, rapport au secrétariat d'État à la Santé, Odile Jacob, La Documentation française, Paris, 1999. La citation est de Bernard Kouchner, en introduction au rapport.

48. La citation est extraite du rapport Pelletier, premier rapport officiel sur la loi de 1970. PELLETIER M., *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, Paris, 1978.

49. Voir chapitre 18, « Médecins ou dealers en blouse blanche ? », p. 251.

L'alcool avec ses 50 000 morts, le tabac avec ses 60 000 morts ne peuvent plus être négligés. En cohérence avec ces nouveaux impératifs de santé publique, l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont intégrés dans le dispositif de lutte contre la toxicomanie⁵⁰. Il faut « créer une culture commune qui fonde et légitime l'action publique en suscitant l'adhésion profonde de l'opinion publique ». Ce nouveau consensus devrait être fondé sur les travaux scientifiques les plus récents qui démontrent qu'« il existe une base biologique moléculaire commune à toutes les addictions résidant dans la potentialisation d'un système dopaminergique dit « de récompense »⁵¹ ». L'assimilation des drogues et de l'alcool va à l'encontre du dispositif de lutte contre la drogue, elle va aussi à l'encontre du sens commun, qui associe « la » drogue à la déchéance qui fait de l'homme une bête. Si enracinée qu'elle soit, cette « grammaire de la drogue » se heurte aux nouvelles interrogations qui accompagnent la diffusion massive des médicaments psychotropes. Le médicament s'oppose à la drogue parce qu'il est prescrit par un médecin pour le traitement d'une maladie. Les patients qui consomment tranquillisants et antidépresseurs sont-ils des malades ? « Le bonheur sur ordonnance » fait glisser insensiblement le médicament hors du champ thérapeutique⁵². Le médicament devient drogue s'il évacue, par la magie du produit, les inquiétudes, les peurs, les souffrances qui sont le propre de la condition humaine. En écho aux recherches scientifiques, dans une enquête menée en Basse-Normandie, une femme commente en ces termes l'anxiolytique présent dans son armoire à pharmacie : « C'était pas comme une drogue si vous voulez mais enfin... » Ce n'est pas comme une drogue puisque c'est un médicament prescrit par un médecin, mais c'est bien comme une drogue dont on peut devenir dépendant et qui menace l'intégrité de la personne. L'intégration de l'alcool dans le dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie prend acte de ce « trouble des frontières⁵³ ».

50. Adopté le 16 juin 1999 dans le plan triennal.

51. *Plan triennal de lutte contre la drogue*, op. cit. Le concept d'addiction est défini par une relation de dépendance, plus ou moins aliénante, plus ou moins acceptée à l'égard d'un produit (alcool, drogue, tabac, médicaments) ou d'une pratique (sports, jeu, sexe) (ancien français : asservissement).

52. Sur le débat sur les médicaments psychotropes, voir KRAMER P., *Pronac, le bonheur sur ordonnance*, First Éditions, Paris, 1994 ; voir aussi le rapport de ZARIFIAN E., *Le Prix du bien-être ; psychotropes et société*, Odile Jacob, Paris, 1996.

53. Voir l'introduction d'EHRENBERG A. (dir.) au numéro spécial de *Drogues et médicaments psychotropes*, *Le Trouble des frontières*, 1998. Voir également dans ce numéro, OGIEN A., « Grammaire de la drogue » et HAXAIRE C., BRABAN-HAMONIC J. et CAMBON E., « C'était pas comme une drogue si vous voulez, mais enfin », appropriation de la notion de dépendance à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie ».

Les lobbies alcooliers ont été seuls à s'opposer à l'intégration de l'alcool dans le dispositif de lutte contre la drogue et la toxicomanie. « L'alcool n'est pas une drogue », ont-ils protesté. Avec juste raison. Au regard des incarcérations des usagers de drogues, on peut comprendre – et partager ! – leur inquiétude. Il ne fait pas bon d'être assimilé à un drogué. Aussi les lobbies ont-ils exigé du gouvernement qu'il reconnaisse que l'usage de l'alcool peut être bénéfique, que seul l'abus est nocif. La prévention distingue désormais l'usage de l'abus et de la dépendance⁵⁴. À ce titre, le gouvernement a pu rassurer les lobbies alcooliers, mais quand une association, le CIRC, revendique une information objective sur le cannabis, quand elle affirme que l'usage de cannabis n'est pas nocif, elle est condamnée pour « incitation à l'usage », condamnation qui aurait pu conduire son président en prison. Les magistrats ont préféré étrangler cette petite association avec près de 200 000 francs d'amendes⁵⁵.

Pour une politique cohérente

Deux poids, deux mesures : la « cohérence », objectif de la politique de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, est mise à rude épreuve. La logique de santé publique, longtemps oubliée, imposerait de redéfinir l'ensemble du dispositif, et d'abord de revoir la terminologie. La toxicomanie est bien inscrite dans la loi de 1970 mais ce n'est pas un concept médical ; les médecins ne connaissent que la dépendance ou la pharmacodépendance qui ne se limite pas aux produits illicites. Quant à « la drogue », au minimum le pluriel s'impose, mais encore une fois le concept médical c'est « le psychotrope », qui est, pour la loi, licite ou illicite. La santé publique s'est longtemps inclinée devant la loi, elle a accepté sans mot dire que la loi lui attribue des catégories qui ne relevaient pas de son champ, ce silence l'a condamnée ; la santé publique a été vidée de son contenu. Le retour à ses objectifs originels implique qu'elle définisse son propre champ avec ses concepts et ses outils. La prévention et le soin relèvent de la santé publique, ils ne relèvent pas de la répression. Tout est à revoir.

54. L'usage est défini comme une consommation de substance psychoactive n'entraînant ni complication ni dommage. L'abus ou l'usage nocif est au contraire susceptible d'induire des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet, soit pour son environnement. La dépendance est caractérisée par le fait d'en poursuivre la consommation tout en étant conscient de ses conséquences négatives. Voir PARQUET Pr., *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES, 1997.

55. Le CIRC est le Collectif d'information et de recherches sur le cannabis, association créée en 1992. Voir cannabis en annexe.

Pour que les acteurs, et plus largement les Français, puissent partager une « culture commune », il ne suffit pas de se référer à la science, il faut identifier les contradictions, il faut ensuite faire des choix politiques en fonction des priorités que l'on se donne.

Les Suisses, après les Néerlandais, ont accepté de repenser l'ensemble de leur dispositif pour en assurer la cohérence. Pour la Suisse, ce travail a été mené dans le cadre de l'Office fédéral de la santé publique ; il a été accompagné de recherches et d'évaluation sur les politiques mises en œuvre, d'analyse des différents scénarios possibles. L'opinion a été régulièrement consultée et les Suisses ont fini par aboutir à un dispositif dont les incohérences ont été, si ce n'est supprimées, du moins identifiées et examinées à la lumière des priorités⁵⁶. Un travail qui reste à faire en France.

Misère de la santé publique

Spontanément, les Français font appel à la protection de la loi, considérée comme un rempart. Or si la réduction des risques a été et est efficace, c'est que cette stratégie de prévention est fondée sur la responsabilisation de l'usager de drogues. Le principe est accepté pour les injecteurs (il n'y avait pas d'autres choix), mais pour les nouvelles consommations de drogues, il faut refaire la démonstration. Face à l'ecstasy, le réflexe premier est sécuritaire.

La loi comme rempart

Pour l'alcool, l'État s'est bien engagé à utiliser les armes de la santé publique, à savoir la réglementation, l'éducation et la prévention. Ces armes seraient-elles inefficaces face aux produits illicites ? À vrai dire, les Français, experts compris, sont peu convaincus de l'efficacité de la prévention. Ce scepticisme s'inscrit dans une longue tradition. L'opinion française, les médias, les politiques et nombre d'experts restent convaincus que la loi est un rempart contre les substances stupéfiantes. Cette conviction est enracinée dans une conception de l'État « instituteur du social », dont la mission est de réformer les mœurs par la « force symbolique de la loi et aussi par la contrainte très concrète

56. Parmi les travaux de l'Office fédéral de santé publique à Berne, on peut citer *Les Scénarios pour une politique de drogues*, OFSP, Berne, juin 1996, ou encore une analyse des politiques effectivement mises en œuvre, CATTACIN S., LUCAS B. et VETTER S., *Modèles de politique en matière de drogues, une comparaison de six réalités européennes*, L'Harmattan, Paris, 1996.

qu'elle emporte⁵⁷ ». Elle est aussi enracinée dans l'histoire française des drogues. Les médecins hygiénistes avaient réclamé et obtenu en 1916 la protection de la loi. Des années trente aux années soixante, ils sont convaincus d'avoir fait les bons choix : les toxicomanes sont peu nombreux en France. Peu importe que la Grande-Bretagne ait obtenu à la même période les mêmes résultats avec le traitement médical⁵⁸. Dans ce domaine, les convictions sont nationales ; elles se transmettent souterrainement, transformées en attitudes lorsque la mémoire des choix initiaux se perd.

Extase sous contrôle médical

Face aux drogues, le réflexe premier des Français reste sécuritaire. En témoigne le récent débat sur l'ecstasy. En 1998, l'INSERM avait dénoncé les risques mortels par hypothermie et déshydratation mais avait omis de préciser leur fréquence – qui pourrait être de 1 sur 3,4 millions de prises⁵⁹. L'alarme donnée par l'INSERM n'a pas eu de prise sur les consommateurs. Ceux-ci peuvent reconnaître les risques d'abus ou les risques des mélanges qu'ils ont pu expérimenter par eux-mêmes ou dont ils ont constaté les effets néfastes sur leurs amis et connaissances. Les décès sont trop exceptionnels pour être pris au sérieux. Ce discours alarmiste est assimilé à un discours de propagande, aussi peu crédible que l'étaient précédemment les mises en garde contre le cannabis. En 1999, une nouvelle alerte est donnée par des chercheurs. Cette fois, il s'agit de risques à moyen ou long terme et ces risques ne peuvent être directement perçus par le consommateur. L'ecstasy se révèle neurotoxique, au contraire du cannabis, de l'héroïne ou de la cocaïne, mais, information négligée dans le récent débat, de même que l'alcool. Que signifie exactement « neurotoxique » ? Les destructions neuronales peuvent être irréversibles sans qu'il soit toute-fois possible de préciser les effets de ces destructions⁶⁰. Faut-il renoncer

57. Irène THÉRY, citée par EHRENBURG A., *L'Individu incertain, op. cit.*, dans l'analyse de la loi de 1970.

58. En Grande-Bretagne, la toxicomanie a été définie comme une maladie par le comité Rolleston en 1926. Voir chapitre 13, « La médicalisation : une illusion dangereuse ».

59. Ce chiffre, en guise de provocation, est fondé sur les 42 décès associés à la prise d'ecstasy comptabilisés en Grande-Bretagne entre 1987 et 1996, associé à une évaluation approximative du nombre de pilules consommées, SUEUR C. et BENEZECH A., « Consommation d'ecstasy, raves et réduction des risques, problématiques et réponses », *MANA*, revue de sociologie et d'anthropologie, *Drogues, nouveaux regards, nouveaux défis*, n° 8, Presses universitaires de Caen, 2^e trimestre 2000.

60. L'ecstasy ou MDMA est une amphétamine et, comme telle, elle génère une excitation et une indifférence à la fatigue, mais elle a aussi des effets de conscience modifiée

à toute consommation ? C'est ce qu'exigerait le principe de précaution. Il faut alerter les consommateurs. Après un premier dossier sur l'ecstasy, « drogue mortelle », paru au moment du rapport de l'INSERM en 1998, *Le Nouvel Observateur* consacre une nouvelle fois sa couverture à la « pilule du malheur ». Le dossier comprend trois articles, un extrait d'une enquête sur le trafic des drogues de synthèse, le « livre qui démasque les trafiquants de raves : "L'euromafia dans les boîtes" ». Puis le danger est dénoncé par Jean-Pol Tassin, neurobiologiste : « Ces dancing pilules qui détruisent le cerveau. » Enfin, un exploitant de night-clubs crie au scandale politique : « Les premiers laxistes ? Les pouvoirs publics ! » Et *Le Nouvel Observateur* de conclure par un très classique « Que fait la police ? » : « *Free-parties* et raves ont été tolérées parce que l'on croyait le produit sans danger. » Que doit faire exactement la police ? Envoyer des CRS pour disperser les raveurs ? Utiliser des bombes lacrymogènes contre l'ecstasy ou le LSD ? Heureusement, les forces de l'ordre ont été généralement modérées, à quelques exceptions près, qui, chaque fois, ont fait des blessés de part et d'autre. La réponse sécuritaire face au regroupement de dizaines de milliers de jeunes est-elle la plus sûre d'un point de vue sanitaire ? Est-elle cohérente avec une politique de la jeunesse ? Ces débats s'ouvrent cette année-là ; ils ne sont pas prêts de se refermer.

Tandis que *Le Nouvel Observateur* incrimine le laxisme de la police (« Personne ne craint la police » est le sous-titre de l'article), le journaliste dénonce les premières tentatives de prévention : « Extase sous contrôle médical. » Sous l'égide de Médecins du monde en effet, les pilules sont testées durant les événements festifs. Avec un volume de formol pour neuf volumes d'acide sulfurique, le test Marquis permet de différencier un produit de type ecstasy d'un produit de type amphétamines, mais il ne permet pas de connaître avec certitude la nature des molécules, les quantités, ni les autres toxiques éventuellement dangereux. Pour *Le Nouvel Observateur*, le scandale tient au principe même du *testing*, consommation de drogues « sous contrôle médical ». Quant au journaliste du *Monde*, il fait part de son inquiétude (3 février 2000). Une pleine page est consacrée aux dangers de l'ecstasy : « Les pouvoirs publics s'alarment des risques liés à la consommation d'ecstasy. » Un paragraphe est consacré à la mise en garde de l'INSERM contre le *testing*, ou contrôle rapide des produits, qui peut avoir un « effet paradoxalement

dans la perception de soi et des autres. Ces effets sont liés à l'action de l'ecstasy sur les neurotransmetteurs de la sérotonine. Le déficit en dopamine pourrait à long terme provoquer des troubles cognitifs, tels que des troubles de la mémoire ou autres altérations neurologiques. Pour une discussion sur ce risque, voir LEBEAU B., « Neurotoxicité de l'ecstasy, la science, la prévention et les jeunes », *THS*, n° 2, juin 1999.

rassurant, alors que le produit lui-même est dangereux ». Un rapport de MDM avait relevé les effets de ce contrôle sur le marché de l'ecstasy aux Pays-Bas. La pureté s'est améliorée⁶¹. A-t-on vraiment gagné au change si le produit lui-même est dangereux, interrogent des chercheurs ?

Information et responsabilisation

La logique de la prévention n'a pas été intégrée. Si vraiment l'ecstasy est une drogue dangereuse, alors la prévention est une priorité. Il faut convaincre les usagers et, pour ce faire, il faut impérativement entrer en relation avec eux. Pour aller dans les *raves* et *free-parties*, il faut être invité ; il faut se rendre utile. Il faut aussi des équipes qui soient convaincues de l'utilité de leur travail. Si elles ont accepté de faire du *testing*, c'est que cette technique est appréciée des consommateurs et qu'elles veulent encourager la demande d'information. Il vaut mieux savoir ce que l'on consomme plutôt que de consommer n'importe quoi, comme c'est de règle avec les drogues illicites. Le *testing* témoigne que les équipes de prévention ne sont pas engagées dans la guerre aux drogués, elles sont au service des usagers ; une relation de confiance se crée, le message devient crédible. Dans les événements festifs où interviennent des équipes de réduction des risques, les jeunes se montrent avides d'information. Ils veulent savoir ce qu'ils consomment, ils veulent connaître les risques et leurs questions sont très précises : quels sont les effets des produits ? Quelles sont les interactions avec les médicaments ? Que doit-on faire en cas de *bad trip*, quand l'usager perd pied, quand il est submergé par ce qu'il vit ? Spontanément, les usagers proposent leur aide :

« Vous n'avez qu'à lui filer du Lexo, j'en ai.

– Y a qu'à lui faire un bon shoot d'héro, ça va la calmer.

– Si tu veux, j'ai du Rohypnol. »

Chacun a sa recette : « Pour la descente [d'acide] je prends de l'acide, ou encore du speed, de la coke ou même du crack⁶². » Toutes les familles de substances psychoactives y passent. Tandis que les uns dosent savamment tranquillisants, hallucinogènes et amphétamines, d'autres inventent des cocktails explosifs dont les effets sont inexplorés à ce jour par la médecine. Aller sur le terrain, c'est accepter de discuter avec les usagers des recettes qu'ils se communiquent les uns aux autres.

61. BASTIANELLI M. et SUEUR C. (dir.), *Usages de drogues de synthèse (ecstasy, dance-pill, amphétamines). Réduction des risques en milieu techno*, Médecins du monde et Direction générale de la santé, SP3, DDASS de Paris, DRASS Île-de-France, Paris, octobre 1999.

62. SUEUR C. et BENEZECH A., « Consommation d'ecstasy... », *art. cit.*

L'argument d'autorité n'est pas recevable. Pour être crédible, l'acteur de prévention doit maîtriser une information scientifique sur les effets des produits et de leurs associations ; il doit aussi savoir faire appel à l'expérience de l'usager pour que celui-ci puisse s'approprier l'information. Lorsqu'un usager demande « À quel moment ça devient dangereux ? », la question renvoie au débat sur la neurotoxicité. L'usager présuppose qu'il y a bien un risque, il pense que celui-ci augmente, peut-être avec le nombre de prises, la fréquence ou la durée de la consommation ; ce qu'il recherche, c'est une échelle qui lui permette de déterminer quel est pour lui le risque acceptable. Il n'y a pas de réponse scientifique à la question qu'il se pose. Il faut accepter de réfléchir avec lui en lui donnant accès à l'information scientifique. L'équipe de Médecins du monde considère qu'il a fallu trois années pour acquérir les connaissances nécessaires à la prévention, connaissance des produits et des interactions, des prises de risques et du milieu, et ces connaissances doivent sans relâche s'actualiser avec l'apparition de nouvelles drogues, de nouveaux usages, de nouveaux publics. Les équipes de réduction des risques qui sont allées au-devant des usagers de drogues dans les événements festifs sont les seules à connaître les usages et les risques. Ce sont les seules qui ont noué un lien avec ces usagers ; leur présence dans les fêtes peut fournir des repères « à ceux qui n'en trouvent plus », lorsque l'usager est débordé par ce qu'il vit, lorsque l'expérience bascule dans l'angoisse.

La MILDT a pris très au sérieux l'alerte donnée par des scientifiques ; le *testing*, en contradiction avec la loi qui pénalise l'usage de drogue, n'avait pas les faveurs de la classe politique ; si les chercheurs s'accordent à dénoncer les dangers d'une telle pratique, elle n'a plus de raison d'être. La MILDT hésite, réunit les équipes de réduction des risques, demande que les objectifs et les pratiques des équipes soient définis⁶³. Le bilan de cette consultation ne laisse pas de doute. La MILDT reconnaît la nécessité d'aller au-devant des usagers ; elle reconnaît la légitimité de la demande d'information des usagers. Reste à définir le contenu du message de prévention. La question « Est-ce que c'est de la bonne ? » est scandaleuse. « Qu'est-ce que je consomme ? » doit être entendu comme une démarche de précaution. Le *testing*, ou contrôle rapide, peut être dangereux si la machine parle seule, d'autant que l'information est parcellaire. Il doit être l'occasion d'un dialogue qui favorise la responsabilisation de l'usager. Les risques

63. À la demande de la MILDT, les associations intervenant en milieu festif ont défini leurs missions dans un cahier des charges, Association française de réduction des risques, 2000.

ne doivent pas être minimisés, ils ne doivent pas non plus être dramatisés. Encore une fois, il faut accepter de « parler vrai » en donnant aux usagers les termes du débat, car débat il y a, contrairement à ce qui était apparu dans la presse. Pour le moment, les chercheurs ne peuvent pas trancher⁶⁴. Publicité avait été faite aux interrogations des chercheurs sur le *testing*, mais ni les lecteurs du *Monde* ni ceux du *Nouvel Observateur* n'ont été informés des réponses données à ces interrogations – à savoir l'utilité reconnue par la MILDT de l'action des équipes sur le terrain.

Aujourd'hui, la distribution de seringues ne fait plus scandale ; l'appel à la responsabilité des injecteurs s'est révélé payant. Dès que les seringues ont été mises en vente libre, 60 % des injecteurs ont cessé de partager leurs seringues, et le nombre d'injecteurs n'a pas augmenté pour autant, ce que montrent deux évaluations menées dès 1988, par l'INSERM et par l'IREP. Faut-il faire la même démonstration avec les usagers de drogues de synthèse ? Ceux qui consomment des drogues de synthèse ont souvent fait le choix d'un usage de drogue récréatif, compatible avec un équilibre personnel ou une insertion sociale ; *a priori*, ils ont choisi une drogue plus facilement maîtrisable ; la responsabilisation est plus aisée. Lorsque ce n'est pas le cas, lorsque les usages de drogues sont chaotiques, le contact avec les équipes de réduction des risques est d'autant plus souhaitable et urgent. Ces jeunes sont inconnus des services de soins, les événements festifs sont les seuls lieux où ils ont pu entrer en relation avec des acteurs de prévention sur la question de l'usage de drogues. Ou de l'abus...

En l'absence d'une culture de santé publique

Quoi qu'en pensent les Français, la seule arme efficace face à l'usage est la prévention. Un tel discours, dans le scepticisme ambiant, paraît bien angélique. La santé publique est tout à la fois dénoncée comme un terrifiant outil de contrôle et moquée comme parfaitement inefficace dans ses croyances naïvement humanistes. Les croyances sont plus têtues que les faits. Sur la base des enquêtes existantes, il n'a

64. La dégénérescence des fibres nerveuses des neurones à sérotonine est attestée chez le rat ou le singe, mais on n'en connaît pas les effets précis sur l'homme. Un nombre croissant d'études conclut à des altérations du fonctionnement cérébral chez les usagers réguliers d'ecstasy, sans doute aggravées par les mélanges, en particulier avec amphétamines. Il en est de l'ecstasy comme il en est de l'alcool, également neurotoxique : au regard des bénéfices immédiats, les usagers ont une tendance indéniable à en minimiser les risques à long terme.

pas été possible d'établir un lien de causalité entre niveau de consommation du cannabis et répression de l'usage. L'Italie avec une politique tolérante a des consommations un peu inférieures à la moyenne, alors que la Grande-Bretagne, avec une politique répressive comparable à celle de la France pour ce qui est de l'usage de cannabis, vient en tête ; la France elle-même se situe un peu au-dessus de la moyenne européenne⁶⁵. Comme toutes les conduites humaines, la consommation de cannabis obéit à des logiques multifactorielles. On peut discuter du poids respectif de la demande et de l'offre, c'est-à-dire du trafic, mais la répression de l'usage n'est pas un déterminant de la consommation de cannabis. Ceux qui s'opposent à sa dépénalisation citent souvent l'exemple catastrophique de l'Espagne, catastrophe attribuée à la dépénalisation de l'usage. C'est négliger à la fois la demande et l'offre. Du côté de la demande, l'Espagne a connu depuis la mort de Franco un bouleversement culturel, la *movida*, qui s'est accompagné de consommations de drogues comme c'est souvent le cas dans les périodes de grands changements sociaux⁶⁶. Avec la proximité du Maroc, la demande a rencontré une offre abondante. Relevons enfin que France et Espagne ont des taux de consommation de cannabis assez comparables sur la base des études publiées par l'Observatoire européen des drogues.

Il est aujourd'hui des univers sociaux où le cannabis est banalisé, c'est-à-dire que la consommation ne se pose pas en terme de loi ; tous les jeunes côtoient le cannabis, la moitié d'entre eux l'expérimente. Comme pour l'alcool, il en est qui recherchent l'ivresse, occasionnelle ou régulière, il en est qui la refusent tout simplement parce qu'ils n'aiment pas ça ou qu'ils préfèrent faire autre chose. Il est aussi des univers sociaux sans cannabis ; ceux qui en font partie n'arrivent pas à imaginer que le cannabis puisse être banalisé ; ils restent persuadés que les jeunes consomment par provocation. La loi, disent-ils, doit marquer les limites. La loi rassure ceux qui la disent. Thérapeutes et éducateurs conviennent tous qu'elle ne doit pas être appliquée : une année de prison est un drame pour un jeune, ou même une tragédie⁶⁷.

65. À titre d'exemple, la prévalence de l'usage de cannabis pour les élèves de 15-16 ans serait de 37,5 % en Grande-Bretagne, 31,1 % aux Pays-Bas, 24,3 % en Espagne, 23 % en France, 19 % en Italie, 9,5 % en Autriche, 7 % en Suède, 3,8 % au Portugal ; moyenne européenne, 19,1 %. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in European Union*, 1999.

66. Voir BACHMANN C. et COPPEL A., *Le Dragon domestique*, *op. cit.*

67. L'Italie a renoncé à la pénalisation de l'usage de drogues en 1992 après avoir constaté des suicides d'usagers incarcérés pour usage. En France, la loi de 1970 sanctionne l'usage d'une année d'incarcération ; l'injonction thérapeutique est l'alternative à l'incarcération prévue par la loi.

L'injonction thérapeutique devait prévenir ce drame ; les législateurs n'ont pas songé qu'il n'était pas possible de soigner l'usage de cannabis, puisque ce n'est pas une maladie. Ni prison ni traitement, c'est une dépénalisation de fait. Nous en sommes très loin. En 2000, parmi les 100 000 ILS (infractions à la législation sur les stupéfiants), 86 000 concernent le cannabis, dont 82 300 pour usage. « Les usagers simples sont moins fréquemment mis en garde à vue et plus souvent laissés libres qu'auparavant », lit-on dans le rapport national de l'Observatoire français en 1999. 6 530 ont été condamnés pour usage simple, dont 14 % à une peine d'incarcération⁶⁸. C'est compter sans les incarcérations pour possession, nécessairement associée à l'usage. Plusieurs milliers de jeunes par an commencent leur vie par une incarcération pour usage de cannabis. Ces jeunes, il est vrai, appartiennent très peu aux classes moyennes et sont rarement blancs de peau.

À la réduction des risques a été opposée la loi de 1970 ; avant de distribuer des seringues, il faut d'abord changer la loi, exigeaient les légalistes. Nous n'avons pas attendu que la loi change. La protection de la santé est prioritaire sur une loi qui n'est qu'une question de principe. Nombre de lois tombent en désuétude avant d'être changées. La difficulté à laquelle nous nous heurtons, c'est que le refus de changer la loi est très profondément le refus de la santé publique. Information, prévention, responsabilisation, les Français trouvent ça très bien. L'information, ils sont pour, et ils sont également pour le dialogue en famille et pour la promotion de la santé mais, lorsqu'il faut choisir entre réprimer ou informer, seulement 8 % font confiance à l'information ; la lutte contre la drogue se mène avec les armes et 94 % demandent le renforcement de la lutte contre les trafiquants⁶⁹. Les 4 % du budget de la drogue consacrés à la prévention reflètent, en même temps qu'ils construisent, l'opinion des Français.

La défiance des Français envers la santé publique n'est pas propre à la toxicomanie. L'affaire du sang contaminé est l'héritière d'une « défaite de la santé publique » qui remonte à ses origines. « Les progrès venaient en général à la suite d'une épidémie dont la gravité était seule à même de bouleverser les préventions, d'accélérer les prises de

68. OFDT, *Drogues et toxicomanies*, op. cit. En 2000, le nombre d'usagers incarcérés pour usage simple est de 400, tandis que 8 195 usagers ont été condamnés pour usage et transport, usage et cession, usage et détention ou acquisition, nécessairement associés à l'usage. Il est toutefois impossible d'évaluer l'impact d'une dépénalisation de l'usage associée à une petite quantité, mesure prise aujourd'hui dans tous les pays européens.

69. Il s'agit d'un sondage de 1997 cité dans *EROPP 99*, op. cit. ; l'alternative répression/information est analysée dans le rapport de l'OFDT, *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie*, 8 septembre 1998.

conscience, par les gouvernements, de la nécessité d'agir et de vaincre les résistances considérables qu'opposait la société à cette marche⁷⁰. » Le scandale du sang contaminé a été déterminant, il a contraint administratifs et politiques à une expertise qui a justifié les mesures d'urgence⁷¹. Cette information est restée inaccessible à l'opinion. Coup de pub lorsqu'il s'est agi de Bernard Kouchner ou coup de panique pour Simone Veil ou Philippe Douste-Blazy ? se sont interrogés les sceptiques, tant il était inconcevable de se soucier de la santé des toxicomanes. Le changement des politiques est passé par une prise de conscience que la santé publique n'avait rien d'un « prétexte ».

Une démarche expérimentale

L'imaginaire des drogues et la santé publique ne font pas bon ménage ; la référence à la santé publique n'a pas été spontanée. Les acteurs de la réduction des risques se sont réunis sur un changement de leurs relations avec les usagers de drogues. « Limiter la casse » a été un laboratoire où ces nouvelles relations se sont expérimentées ; les alliances qui s'y sont forgées sont à l'origine des actions qui se multiplient entre 1993 et 1994.

« Se trouver, s'imbiber, se défoncer. Explorer des orifices naturels et s'en faire d'autres, branchés directement sur les vaisseaux sanguins, ce bonheur qu'on peut acheter et enfouir dans une poche, ces extases portables dont Thomas de Quincey nous parlait naguère⁷² », voilà le scandale de la drogue, le « projet toxico ». En se proposant de « l'intégrer, le grignoter, l'assimiler dans sa pleine extension, sinon dans sa détresse aiguë », le « Social institué admet la loi de la dépendance [...] prend des mesures pour la rendre viable, voire confortable [...] puisque c'est un fait accompli » et Daniel Sibony, dans un article qui fait de la toxicomanie un lien pervers, déplore le scandale : « On prend les choses comme elles sont. Vous avez besoin de drogues. Mais tout le monde en prend ! Et puis du risque, il y en a toujours avec n'importe quel produit mais traverser une rue, hein ? [...] Risques, donc assurances, on optimise l'usage⁷³. »

L'imaginaire des drogues et la santé publique ne font pas bon ménage, et la prétention de la santé publique à contrôler ce qui lui

70. MORELLE A., *La Défaite de la santé publique*, op. cit.

71. Trois rapports ont joué successivement un rôle déterminant : le rapport du Conseil national du sida, 1993, op. cit. ; le rapport Henrion, 1995, op. cit. ; et le rapport du Comité d'éthique, 1994, op. cit.

72. SISSA G., *Le Plaisir et le mal. Philosophie de la drogue*, Odile Jacob, Paris, 1997.

73. SIBONY D., « Toxicomanie, un lien pervers », *Libération*, 6 juin 2000.

échappe à quelque chose de dérisoire. Traditionnellement, la santé publique justifiait la loi et la morale, voilà que la santé publique se mêle maintenant de banaliser l'usage de drogues, devenu un risque parmi d'autres. Pour Daniel Sibony, le scandale tient au déni du sens de la toxicomanie. Le « projet toxico », « ce coup de force révolté-révoltant » est « de juguler ce qui échappe à ce qui peut rester d'Autre (d'irréductible ou d'inconscient) ; juguler ce qui fait mal dans une douleur qui torture âme et corps ». Derrière le discours hédoniste, le toxicomane masque son impuissance à aimer. Banaliser l'usage de drogues, c'est accepter l'inacceptable ; l'ultime liberté, celle de la transgression, devient impossible, un ventre mou absorbe le chaos, il n'est plus de limite.

La « clinique du toxicomane » est la clinique de l'impossible rapport à l'autre, de la détresse chaotique ou encore de la transgression et des conduites autodestructrices. La clinique du toxicomane justifie la répression, et ce n'est pas complètement le fruit du hasard : le toxicomane n'est pas un concept clinique, c'est un concept emprunté à la loi⁷⁴. Le passage de cette clinique à la politique a été meurtrier : il a conduit à adopter en miroir les comportements attribués au toxicomane. Le toxicomane avait l'ambition folle de s'extraire de la société, il fallait le mettre en prison. Les toxicomanes cherchaient à s'affronter à un risque mortel, donc diminuer les risques, c'était nier le sens même de leur conduite. Nous sommes en plein délire. Il y a certainement des motards qui jouent avec leur vie, ils doivent mettre un casque. Confondre clinique et politique revient à imposer à tous la prise de risque choisie par quelques-uns. Avec une réduction de 80 % des overdoses mortelles, la réduction des risques a démontré que la mortalité n'était pas due au comportement autodestructeur des toxicomanes ; elle était d'abord la conséquence de la façon dont ils étaient traités. Les usagers de drogues ne tenaient pas tant que ça à mourir.

La réduction des risques s'efforce d'introduire un peu de rationalité dans un domaine dominé par les passions et, à ce titre, elle n'est l'idéologie spontanée de personne. Ses premiers acteurs étaient, pour la plupart, très loin de la santé publique, voire, pour quelques-uns, résolument hostiles à l'idée même de santé publique, opposée à la

74. Différents travaux ont discuté la possibilité d'une clinique du toxicomane en l'absence de personnalité ou de fonctionnement psychique qui serait propre aux toxicomanes ; dans une optique psychanalytique, voir ZAFIROPOULOS M., *Le Toxicomane n'existe pas*, Analytica Navarin Éditeur, 1988 ; et FERBOS C. et MAGOUDI A., *Approche psychanalytique du toxicomane*, PUF, Paris, 1986. Sur l'assimilation de la catégorie pénale et de la clinique, voir JACQUES J.-P., *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance législative*, De Boeck Université, Paris, 1999. Voir aussi STENGERS I. et RALLET O., *Le Défi hollandais*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.

liberté individuelle. Les usagers de drogues qui ont été les acteurs de la réduction des risques n'étaient pas des junkies en papier. Ils voulaient se droguer⁷⁵. La santé publique n'a certainement pas été le moteur de leur engagement. Elle n'a pas été le mien non plus ; je considérais que dans le champ des drogues, la santé publique, invoquée pour justifier la loi, était un faux-semblant. L'usage de drogues n'étant pas une maladie, la médicalisation devenait un outil de contrôle social ; elle faisait du médecin le bras armé de la justice. Il ne s'agissait nullement d'une opinion qui m'était personnelle ; elle avait au contraire fondé le système de soins français et j'étais rassurée de savoir qu'en haut lieu, les plus éminents spécialistes avaient refusé les traitements obligatoires, qu'ils veillaient à la liberté de choix du toxicomane contre les prétendues contraintes de la santé publique⁷⁶. Nombre de médecins qui ont expérimenté les traitements de substitution n'étaient pas davantage des militants de la santé publique ; comme la plupart des cliniciens français, ils opposaient la clinique individuelle, celle du sujet, et la santé publique, qui obéit à la loi des grands nombres. La prise de conscience de l'urgence de santé publique s'est faite en chemin. C'est la lutte contre le sida qui a ouvert ce chemin, c'est grâce à la lutte contre le sida que nous avons osé penser, osé nous dire et osé dire qu'il y avait des morts et que ces morts pouvaient être évitées.

Si je me suis engagée avec tant d'ardeur dans la réduction des risques, ce n'est pas tant que je sois une passionnée des drogues ; je me suis passionnée par le bouleversement de mes propres croyances. J'ai dû passer au crible mes certitudes et même mes interrogations. Ce chemin, nous l'avons fait ensemble avec les quelques acteurs qui ont été à l'origine de ce mouvement. Aujourd'hui, lorsque nous disons « la désintoxication ne doit pas être un préalable aux soins », pour le sida comme pour toute autre pathologie, nous avons le sentiment de dire une évidence qui ne peut être contestée. Il aura fallu presque dix années de sida pour que nous puissions la formuler. Dans les services hospitaliers, les médecins les plus compatissants ont d'abord fermé les yeux sur les consommations de drogues, ils ont quelquefois prescrit de la morphine, non sans culpabilité, et ces bricolages ont duré des années avant que le droit aux soins ne soit reconnu à ces patients. Au centre de postcure Pierre-Nicole, j'ai, comme tous les collègues, accepté la règle qui renvoyait à la rue ceux qui consommaient des drogues. Je

75. CHARPY G., « J'aime ça, est-ce que je mérite la mort pour autant ? », dossier « Drogue, la jouissance immorale », *Interdépendance*, n° 30, avril 1998.

76. Voir chapitre 13, « La médicalisation, une dangereuse illusion ».

n'imaginai pas d'autres possibilités⁷⁷. Quelquefois, aux marges de l'institution, j'ai maintenu le contact avec eux. Je leur donnais des rendez-vous secrets dans les cafés ; il y a même eu des collègues qui ont parfois hébergé chez eux ces toxicos dont l'institution nous assurait que c'était bon pour eux d'être mis à la rue, qu'ils y apprenaient ce qu'était la Loi. Nous avons dû démêler les fils d'un système d'interprétation qui mêlait étrangement psychanalyse et valeurs libertaires, pour justifier l'ordre des choses⁷⁸. Pendant les années quatre-vingt, les intervenants en toxicomanie avaient été absorbés par le trajet qu'ils accomplissaient ; les drogués de la contre-culture les avaient fascinés, ils découvraient, horrifiés, la dépendance, et c'est au nom de la liberté que nombre d'entre eux se sont retrouvés engagés dans la guerre contre la drogue des années quatre-vingt. Elle dominait les esprits. J'ai résisté à ce mouvement général et c'est en partie l'accompagnement des usagers qui m'a servi de guide. Pour reprendre pied, chacun devait se confronter à ses réalités, ses contraintes, ses possibilités. Quelles étaient donc leurs réalités ? Il y avait loin entre les pétitions de principe et leurs effets sur la vie des gens. C'est aussi ce « décalage entre les discours et les faits » qui avait frappé la commission Henrion. Le pragmatisme des pays d'Europe du Nord pénétrait lentement parmi nous.

Ce livre est le récit d'une expérience. Il manque à cette trajectoire des pans entiers de l'histoire. Il manque l'histoire des associations d'usagers de drogues, l'histoire des militants associatifs, celle de la lutte contre le sida, de l'humanitaire, des militants de la santé communautaire, sans compter l'engagement de simples citoyens ou celui d'intervenants en toxicomanie – qui est aussi une de mes identités et je n'étais pas la seule⁷⁹. Il manque enfin l'histoire de Limiter la casse, le collectif où se sont scellées les alliances qui allaient faire de la réduction des risques un mouvement.

77. La création d'une unité mère-enfant au centre Pierre-Nicole, en 1988, a contribué indirectement à l'expérimentation du programme méthadone en 1990. Pouvait-on renvoyer à la rue une mère et son enfant tous deux séropositifs ? Voir chapitre 16, « Du contrôle de l'usage au traitement ».

78. Sur l'évolution des intervenants en toxicomanie, voir HEFEZ S., « La fin des libertaires », *Libération*, 25 juillet 1994.

79. Le terme « intervenant en toxicomanie » a été adopté par l'ANIT, l'Association nationale des intervenants en toxicomanie, à sa création en 1981. « Intervenants » a été retenu parce que ce terme pouvait convenir à tous, professionnels diplômés, ex-toxicomanes ou bénévoles. Il se trouve que plusieurs des intervenants en toxicomanie du mouvement de la réduction des risques avaient travaillé à l'Abbaye, une des seules équipes à avoir maintenu un travail de rue.

J'ai été de ceux qui ont voulu faire de cette réduction des risques une politique ; par « politique », j'entendais que des mesures soient prises dans une cohérence d'ensemble qui passait par l'acceptation de l'usage de drogues : programmes d'échange de seringues, traitements de substitution, participation des usagers de drogues à la prévention et soutien aux associations d'usagers de drogues. Ces mesures ont rallié ceux qui se sont reconnus dans le mouvement de la réduction des risques ; elles n'ont pas pour autant été le ciment de ce mouvement. Nous ne nous sommes réunis ni sur une liste de revendications ni sur une conception commune des politiques de drogues, ni même, comme je viens de le dire, sur l'urgence de santé publique.

Le changement des relations avec les usagers de drogues

Avant d'être une cause ou une politique, la réduction des risques a été une pratique. Elle a réuni des acteurs qui s'étaient engagés dans un changement de relations avec les usagers de drogues. L'hiver 1993 avait été rude. Le gouvernement avait refusé le plan d'action proposé par Bernard Kouchner en octobre 1992 ; la seule action menée par ce gouvernement avait été le plan antidrogue du ministre de l'Intérieur, Paul Quilès (voir en annexe « Chronologie de la réduction des risques en France »). Les rafles s'étaient succédé. Ce même hiver, des policiers avaient piétiné les seringues que les équipes de Médecins du monde venaient de distribuer. Le 25 mars 1993, Arnault Marty Lavauzelle, président d'AIDES, et Valère Rogissard, volontaire, nous ont invitées, Phong et moi. Phong était la présidente d'ASUD, Association d'auto-soutien⁸⁰ des usagers de drogues. « On ne peut pas rester spectateurs du désastre, avaient dit ensemble Arnault et Valère, il faut faire quelque chose. » Nous avons décidé de poser cette même question à tous ceux dont nous savions qu'ils s'étaient engagés dans un changement en actes. Nous avons invité neuf associations ; d'autres nous ont rapidement rejoints à titre personnel ou au nom de leurs associations (voir annexe « Limiter la casse »). Chacun de ces acteurs s'était engagé dans une pratique bien précise : prescription de médicaments de substitution du REPSUD, programme d'échange de seringues de Médecins du monde, brochures de prévention à AIDES, soutien à l'auto-soutien à APART, actions de prévention du sida d'ARCADES, action commu-

80. L'auto-soutien (*self help*) est le processus par lequel un groupe emploie ses ressources pour traiter un problème auquel il doit faire face. Narcotiques Anonymes est un groupe d'auto-soutien, mais ASUD est le premier groupe français à se réunir pour défendre les intérêts des usagers de drogues actifs.

nautaire à EGO. Nous n'étions pas d'accord sur grand-chose : les traitements de substitution étaient très loin de faire le consensus. Act Up voulait l'arrêt de la prohibition des drogues et si, individuellement, quelques-uns d'entre nous étaient antiprohibitionnistes, aucune autre association n'a pris position sur cette question⁸¹. Les associations de lutte contre le sida étaient également seules à afficher des objectifs de santé publique, ce qui ne signifiait pas qu'elles en avaient adopté la logique. Certains de nos désaccords ont pu être surmontés ; les traitements de substitution ont emporté la partie, non sans débats qui, depuis, ont été enfouis dans les mémoires. Nous avons tous des perceptions différentes de l'usage des drogues. Faire coexister ceux qui voient en l'usage un plaisir ou un droit et ceux qui luttent contre la souffrance ou l'exclusion se révélait on ne peut plus difficile ; je considérais que ces désaccords étaient en quelque sorte constitutifs de l'alliance qui devait être fondée sur ce que nous avions en commun. Nous voulions que les usagers de drogues puissent, comme tout un chacun, protéger leur santé ; nous étions tous conscients que ce n'était pas le cas, qu'il fallait changer de façon de faire. Dans le bus de Médecins du monde comme dans le cabinet médical de Jean Carpentier, dans l'action de terrain d'ARCADES ou d'EGO, dans les relations de partenaires que voulaient entretenir AIDES et APART avec les usagers de drogues, chacun avait, à sa façon, surmonté le stéréotype du toxicomane. Tous, nous avons voulu ou, du moins, accepté de réfléchir aux besoins des usagers de drogues avec eux.

Échapper au stéréotype du toxicomane pour devenir un citoyen comme les autres, c'était le projet des usagers de drogues qui s'étaient regroupés durant l'hiver 1992, à la recherche d'une expression collective. ASUD a été la première association regroupant des usagers de drogues – qui se droguent. Leur militantisme associatif n'a rien de spontané à plus d'un titre. Ils recherchent d'abord comment échapper individuellement au stigmate du toxicomane. Lorsque l'usage de drogues devient central dans le mode de vie, il laisse peu de loisirs, tandis que les usagers récréatifs ont plutôt tendance à prendre leurs distances avec les univers sociaux où les drogues sont consommées. Pour

81. La prohibition des drogues, c'est-à-dire le principe d'interdiction de la production, de la fabrication et du commerce est le régime international régi par deux conventions, la Convention unique des stupéfiants de 1961 et la Convention de Vienne sur les psychotropes de 1971. Les antiprohibitionnistes peuvent être partisans de la libéralisation, le commerce est alors régi par le marché, ou encore favorables à une légalisation contrôlée avec différents régimes (*cf.* médicaments, alcool, tabac, etc.). La politique de réduction des risques ne se prononce pas sur la question du commerce. C'est une politique de santé publique qui porte sur l'usage.

s'organiser, les usagers cumulent les difficultés. À la honte et la culpabilité, communes à tous les groupes stigmatisés, s'ajoute la criminalisation, qui fait de tout regroupement une « association de malfaiteurs ». Le militantisme associatif a été une découverte pour eux – une découverte exaltante qui peut aussi être douloureuse, à la mesure de l'espoir que l'ambition de l'association fait naître.

La recherche de nouvelles relations entre les usagers de drogues et la société a été le fruit d'un long processus, tant pour les usagers eux-mêmes que pour ceux qui avaient affaire avec eux. Individuellement, des acteurs avaient fait une part de ce trajet au cours des années quatre-vingt ; ils n'avaient pas les mots pour le dire. De 1992 à 1994, ces nouvelles façons de faire ont trouvé leur cohérence dans un nouveau paradigme : la réduction des risques. Au fondement de la démarche, la transformation du toxicomane, malade souffrant d'une manie, en usager de drogues devenu acteur de sa santé, c'est-à-dire un homme comme les autres.

La confrontation des savoirs issus de l'expérience

Il peut sembler étrange qu'il ait été si difficile d'atteindre un résultat qui ressemble à une évidence, à savoir que les usagers de drogues sont des personnes comme les autres ; c'est que pour changer les représentations ou les opinions, il a fallu changer les façons de faire. La participation des usagers a fait de Limiter la casse un laboratoire où ces nouvelles relations se sont expérimentées. Leur présence modifiait de fait les questions que chacun pouvait se poser. Les usagers de drogues ne faisaient pas appel à la pitié, ils demandaient d'être acceptés pour ce qu'ils étaient, des personnes comme tout le monde. Au-delà de la position de principe, que signifiait « accepter l'usage de drogues » ? Le changement passait par l'acceptation des usagers de drogues tels qu'ils étaient, mais les usagers de drogues n'étaient pas indemnes des représentations stigmatisantes qui faisaient d'eux des « toxicomanes », sans foi ni loi, éternellement à la recherche de leur drogue... Eux aussi devaient changer et le changement devait venir d'eux-mêmes. Ces changements ont été d'autant plus difficiles à vivre que Limiter la casse était un assemblage hétérogène réunissant des personnes, des petites associations et de grandes associations nationales. Nous nous sommes constitués en collectif interassociatif qui présupposait des relations de partenariat – un partenariat en grande part mythique, les partenaires n'étaient pas à égalité. Le brouhaha de Limiter la casse, c'est un journaliste, un médecin, un malade du sida qui s'affrontent et confrontent leurs propres croyances. Dans la salle enfumée qu'AIDES nous avait

donnée, les discussions étaient fiévreuses ; d'une réunion à l'autre, elles se chevauchaient. Ce que les uns découvraient, les autres étaient persuadés de le savoir depuis toujours mais, brusquement, même la certitude de l'expérience pouvait s'ébranler lorsqu'elle était confrontée à l'expérience de l'autre. L'usage de drogues est un domaine où une part déterminante du savoir est issue de l'expérience ; l'usager est d'une certaine façon un initié, mais côtoyer un usager de drogues, que ce soit à titre personnel ou professionnel, est une expérience en soi, et le savoir d'expérience engendre des certitudes qui sont sans doute un des premiers pièges dans lequel se prennent les proches, les chercheurs, les thérapeutes et les usagers de drogues eux-mêmes⁸². L'usager sait ce qu'il a vécu, il sait, un peu moins bien, ce que vivent ses copains ; l'expertise se construit dans la confrontation des expériences individuelles. Il n'y a pas une vérité de l'usage de drogues.

Limiter la casse a été un lieu de confrontation des expériences, expérience de vie, expérience militante ou professionnelle, et ces expériences ont été confrontées aux résultats de recherches médicales, épidémiologiques, sociologiques. L'usager de drogues, le sociologue, le médecin ont chacun leur langage et leur savoir. C'est dans la confrontation des différentes logiques que s'est élaboré ce nouveau paradigme, c'est-à-dire cette nouvelle façon de comprendre et d'agir sur la question des drogues, et cette démarche est internationale. Ceux qui, comme moi, se trouvaient à la jonction de différents mondes ont joué le rôle de passeur ; ils ont traduit ce qu'ils venaient de comprendre des mondes de la drogue dans le langage des autres mondes. Ce travail de passeur, chacun d'entre nous l'a ensuite assumé dans le ou les mondes au(x)-quel(s) il appartenait.

De l'alliance que nous avons scellée est né un grand nombre d'initiatives, programmes d'échange de seringues, boutiques ou programmes méthadone. De 1993 à 1994, un peu partout en France, des acteurs se mobilisent. C'est en faisant appel aux acteurs de la lutte contre le sida et, plus particulièrement à AIDES, que les usagers rompent leur isolement, et c'est ce recours que recommande ASUD lorsque des usagers isolés en province les sollicitent. Le bilan, à la fin de 1994, c'est quinze associations françaises d'autosupport⁸³. Médecins du monde et AIDES

82. Sur l'initiation des compagnons ou thérapeutes des personnes stigmatisées, voir GOFMANN E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Paris, 1975.

83. *ASUD Journal*, n° 7, 1994 (paru au cours du dernier trimestre), donne les adresses des ASUD d'Avignon, Nîmes, Reims, Montpellier, ASUD 57, ASUD 37, Annecy, Côte d'Azur, Lyon. Sont également listées les associations Rupture à Lyon, Stop-galère dans le Val-de-Marne, le SAS (Substitution autosupport) à Paris, Option-vie à Nice, AUDEVIH (Aide aux usagers touchés par le VIH) et le Bus des femmes à Paris.

sont les recours les plus fréquents. Outre ces actions partenariales, AIDES ouvre six programmes d'échange de seringues en 1993, puis cinq autres projets en 1994⁸⁴. Cette année est celle de l'engagement de Médecins du monde avec cinq programmes d'échange de seringues et trois programmes méthadone⁸⁵. En 1994, la Mutualité française apporte, elle aussi, son soutien en partenariat pour cinq projets et s'engage directement dans le programme méthadone d'Émergence. Du côté des médecins, les réseaux se sont multipliés, tandis que les acteurs de la réduction des risques ouvrent six programmes méthadone⁸⁶.

À la fin de l'année 1994, et grâce au soutien que lui ont apporté Simone Veil et Philippe Douste-Blazy, le dispositif français de réduction des risques a pris forme. Les idées se sont diffusées en même temps qu'elles s'expérimentaient dans les actions. La magie de la réduction des risques tient à sa capacité d'agir ; des obstacles considérés comme infranchissables ont été surmontés. C'est par les pratiques que nous avons été amenés à changer nos représentations et nos croyances ; nous y avons appris que le changement de relations entre les usagers de drogues et la société passait par de nouvelles façons de faire, pour les uns comme pour les autres. En 1993-1994, l'urgence était de faire autrement. Nous nous sommes attelés à cette tâche ; nous étions si enthousiastes d'avoir réussi à nous changer nous-mêmes que nous avons entrepris de changer la société entière. Ni plus ni moins.

84. Les six premiers projets en 1993 sont à Grenoble, Montpellier, Nîmes, Metz, Toulouse, Paris ; en 1994, ce sont les programmes de Bordeaux, Nîmes, Lille, Bayonne, Orléans. Treize autres projets sont ouverts en 1995 (Centre de référence, AIDES, 27 septembre 1996).

85. Les programmes d'échange de seringues à Marseille (juillet), à Cannes-Nice-Antibes (août), Montpellier (août), Le Havre (octobre), Bordeaux (décembre), et les trois programmes méthadone, à Paris (juin), Bayonne (septembre), Strasbourg (décembre). Communication Bertrand Lebeau, MDM, 2000, pour les dix années de réduction des risques de l'association.

86. Voir chapitre 21, « Changement de paysage ».