

Les expériences de réduction des risques à Amsterdam dans les années 1980

Alexandre Marchant / doctorant en histoire, ENS de Cachan

Dans les années 1980, Amsterdam est confronté à une hausse considérable de l'héroïnomanie. On compte environ 20 000 usagers de drogue à la fin de la décennie et la présence dans les rues de groupes de toxicomanes marginalisés devient source d'importantes nuisances¹ : déviance, criminalité, présence jugée inquiétante par certains d'une forte population étrangère (un quart sont Surinamiens), peur du sida liée aux seringues usagées (30 % des usagers d'héroïne sont infectés en 1990)... Cependant, pour répondre à ce problème d'envergure, les Pays-Bas en général, et Amsterdam en particulier, ont mis en place d'audacieux programmes méthadone allant directement à la rencontre des usagers, certes aux formes variées et aux fortunes diverses, mais qui contrastent fortement avec l'immobilisme français à la même époque sur la question de la substitution.

La naissance d'expériences de substitution variées

¹ Renn Heinz, *Urban districts and drug scenes: a comparative study on nuisance caused by "open" drug scenes in major European cities*, Luxembourg, Office for official publications of the European Communities, 1996.

² Geja Roosjen, *30 jaar Scoren : 30 jaar Drugsceen, 30 jaar MDHG 1977-2007*, Amsterdam, MDHG, 2007.

Le terreau amstellodamois y était favorable : depuis le début des années 1970, une impressionnante diversité d'associations et de structures médico-sociales, publiques ou privées, offrent aux toxicomanes des soins, des possibilités de post-cure ou des conseils pour la réinsertion sociale. Ces organismes regroupent des méde-

cins, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs dont certains sont d'anciens toxicomanes repentis. Au sein de cet ensemble d'acteurs œuvrant pour dédramatiser la vision que la société a du problème de la drogue, se trouvent également les groupements d'usagers de drogue, les Junkie Bonden (« ligues de junkies ») dont la première est née à Rotterdam en 1977, au nombre d'une quinzaine aux Pays-Bas en 1980. Tout comme la MDHG (Medisch Dienst Heroïne Gebruikers), fondée en 1977 à Amsterdam et défendant les intérêts des usagers d'héroïne, elles luttent pour plus de tolérance envers le libre choix des usagers de drogue, prônant aussi la dépsychiatriation et la démedicalisation de l'approche de la toxicomanie². La MDHG a de fait vu dans la méthadone, solution pourtant « médicalisée », un moyen pragmatique de respecter le style de vie du toxicomane. Enfin, un autre trait étonnant du contexte néerlandais est la bonne relation entretenue entre ces associations de terrain et les services de santé municipaux, incarnés ici par les bureaux Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), présents dans chaque ville des Pays-Bas et exerçant des compétences décentralisées en matière de politique de santé publique. En février 1979, après d'importants problèmes de nuisances posés par des squats de toxicomanes surinamiens, la GG en GD décide d'ouvrir un programme de méthadone par bus, sur la base d'un échantillon de 632

usagers, jusque juillet 1980, dans le but de prendre en charge une population en voie de marginalisation qui ne l'aurait peut-être pas été par d'autres moyens³. Mais, bientôt, les associations d'usagers s'associent au projet et contribuent à le transformer peu à peu en une distribution à grande échelle, à bas-seuil, peu contraignante pour l'usager, ne définissant pas l'abstinence comme finalité ultime et respectant le style de vie du toxicomane. Cette dimension, à la fois tolérante et pragmatique, tranche avec ce qui se faisait auparavant : l'Institut Jellinek, ancienne clinique de soins pour alcooliques également ouverte depuis les années 1960 aux toxicomanes, disposait en effet depuis 1975 d'un programme méthadone, mais ouvert à un tout petit groupe de patients triés sur le volet, sur la base d'une prescription beaucoup plus contrôlée.

Dans le cadre du partenariat GG en GD / MDHG, sous la supervision d'Ernst Buning (GG en GD) et d'August de Loor (MDHG), deux bus méthadone se mettent rapidement à sillonner la ville, tous les jours, 24h/24, délivrant quotidiennement le produit à des dizaines de toxicomanes : à leur bord, dans un espace où sont prohibés tous types de drogues et tout comportement déplacé, deux infirmier(es) administrent des doses de méthadone qui doivent être consommées impérativement sur place. Parallèlement, quatre stations fixes (wijkposten) ouvrent à partir de 1979, en divers points de la ville. Ces centres, fonctionnant en moyenne 7 heures par jour, font intervenir un personnel composite : la GG en GD fournit le personnel médical, la SDA (Stichting Drugshulpverlening Amsterdam), fondation pour l'assistance aux toxicomanes, des travailleurs sociaux et des psychologues, et la MDHG des acteurs associatifs. Dans le bus ou aux postes, des doses quotidiennes de méthadone comprises entre 40 et 80 mg sont ainsi distribuées, sous forme orale (comprimés ou sirop), aux usagers qui doivent présenter une prescription obtenue d'un médecin. En 1986, ce sont près de 4 356 usagers qui sont ainsi enregistrés comme « clients » méthadone par les services de santé municipaux.

Ce n'est pas tout : à côté de la délivrance de produits de substitution, on trouve également, entre 1982 et

sont ouvertes à tous les toxicomanes présents en ville⁴. Enfin, notons que l'idée d'une distribution contrôlée d'héroïne à des fins médicales est soutenue dès 1977 par la MDHG, un temps reprise comme proposition en 1983 par le parti travailliste (Partij van de Arbeid, PvdA) majoritaire au Conseil d'Amsterdam, mais ne verra pas le jour à l'époque, devant le tollé des conservateurs et une réprobation officielle de la part du gouvernement de La Haye.

Des expériences **toutefois** non dénuées de problèmes...

Mais le partenariat GG en GD / MDHG est aussi un compromis entre les précautions des autorités administratives et les revendications des groupes d'usagers. Ces derniers ne conçoivent le bus que comme une expérience transitoire, le temps que la GG en GD forme les médecins généralistes à la philosophie et aux pratiques de la substitution. Pour eux, les usagers de drogue doivent pouvoir obtenir directement la méthadone chez leur médecin traitant ou au pire via la pharmacie sur prescription. Mais la GG en GD, si elle se montre sensible à l'argumentation d'August de Loor en envoyant quelques médecins généralistes se former sur le terrain dans le cadre des postes fixes, oppose quelques réticences, au nom du contrôle sur la délivrance des produits. Cependant, dans la plus grande tradition néerlandaise du compromis, la MDHG atteste avoir réussi, entre 1984 et 1997, à amener près de 2 000 usagers à obtenir leur dose quotidienne de méthadone directement chez le médecin traitant, tout en obtenant les garanties exigées par la GG en GD sur les stricts critères d'éligibilité de ces patients privilégiés⁵. Ce qui fut très utile par exemple pour les quartiers nord d'Amsterdam qui n'avaient aucun poste fixe et n'étaient hélas pas desservis par le bus.

Car les usagers, par leur plaintes diverses, ont permis d'améliorer constamment le dispositif. Dès le départ, les usagers font en effet état de problèmes d'accessibilité au bus (retard aux arrêts, oubli des quartiers nord au-delà de l'IJ dans le zonage purement administratif de la ville par la GG en GD), de problèmes dans le dosage (à plusieurs reprises, la GG en GD tente de réduire le plafond quotidien et individuel à 40 mg, en contradiction parfois avec les doses prescrites médicalement à l'usager) ou encore de l'attitude froide ou méprisante du personnel paramédical (avec l'impression d'être traité comme un numéro en recevant notamment, après la délivrance, un tampon sur le bras). Cependant, ces lettres d'usagers mécontents, relayées et appuyées par la MDHG ou la Junkie Bond qui fonctionnent comme des sortes de syndicats, sont prises en considération par la commission des



³ Drs G. Sijlbing, *Methadon – GG en GD Amsterdam : Cliëntbeschrijving van het methadonverstrekkingprogramma de GG en GD te Amsterdam*, Amsterdam, SWOAD, 1981.

⁴ Institut International d'Histoire Sociale d'Amsterdam, *Archives de la MDHG*, carton 11 (bus), 18 (expérience morphine) et 25 (postes fixes).

⁵ Louis de Jonge, *20 jaar in een roes van overwinning : belangenvereniging druggebruikers MDHG 1977-1997*, Amsterdam, De Maatschap, 1997, p. 10.

1989, une distribution contrôlée de morphine (Morfineverstrekkingsexperiment), dans le cadre d'un partenariat GG en GD / SDA. Mais il s'agit là d'une expérience plus restreinte, où des doses quotidiennes de 100mg sont distribuées à seulement 40 « clients », drastiquement sélectionnés, devant accepter un suivi psychologique poussé et être de nationalité néerlandaise là où les expériences méthadone

plaintes de la GG en GD qui réajuste régulièrement le dispositif, dont la flexibilité montre bien la dimension pragmatique et expérimentale. C'est par ces compromis successifs que les bus et les stations ont ainsi pu élargir leur cible, faisant sauter l'obligation de traiter en priorité les groupes à problèmes comme les Surinamiens (marginalisation sociale accentuée par le décalage culturel pour ces arrivants de l'ancienne colonie) ou les prostituées (maladies vénériennes et Sida), contribuant par là à la « démocratisation » progressive de la délivrance de méthadone. Et c'est par ces allers-retours entre les services municipaux et les associations d'usagers pleinement reconnues comme des experts légitimes, que le système a pu évoluer vers plus d'éthique médicale quand, dans ces mêmes années, sous la pression de la MDHG, la GG en GD abandonne son système d'archives faiblement sécurisé avec nom et détails de chaque client pour un système informatique plus sophistiqué garantissant la confidentialité et permettant d'éviter la fraude ou les erreurs de double distribution.

Evolutif, le système n'est toutefois pas sans effets pervers collatéraux, comme des cas d'overdose ou de trafic. Le décès le plus médiatique fut celui d'un jeune homme de 17 ans en 1979, Boeke : embarqué dans une croisière de post-cure sur l'IJ, il meurt accidentellement d'un surdosage de méthadone qu'il avait volée dans l'armoire à pharmacie à bord ; méthadone confiée par la GG en GD à l'HUK, association d'aide et de réinsertion supervisant le programme⁶. De fait, les vols, ou la filouterie de certains usagers qui réussissent à obtenir une ordonnance de complaisance pour le dosage, ont dès le départ alimenté un trafic de méthadone aux portes mêmes des centres de délivrance. Encore aujourd'hui, la plupart des produits en circulation dans le trafic de rue proviennent d'une distribution contrôlée par la GG en GD⁷. Cette menace du trafic nourrit évidemment les peurs des habitants d'un quartier qui voient s'installer un poste fixe ou un arrêt de bus méthadone et c'est à coup de tomates et d'œufs pourris qu'une communauté d'habitants accueille ainsi l'ouver-

ture du premier poste dans la Van Baerlestraat, dans le sud de la ville, en 1979. Par la suite, pour chaque installation de poste, la MDHG devra prendre soin de désamorcer toute réaction d'hostilité par la diffusion de lettres aux riverains expliquant la philosophie et la portée du projet. Enfin, la disponibilité d'une abondante méthadone, qu'elle vienne des points de distribution légaux ou du marché noir, dans une Europe encore peu ouverte à ces procédés, entraîne logiquement l'émergence d'un « tourisme de la méthadone », prolongeant le tou-

risme de la drogue dont Amsterdam faisait déjà l'objet depuis vingt ans. De nombreux toxicomanes étrangers (la plus forte proportion étant celle des Allemands de RFA, 37 % en 1986) viennent alors gonfler les rangs d'une population marginalisée, sans emplois et parfois sans abris. Cette année-là, 1 288 usagers étrangers sont comptabilisés par la GG en GD : mais, la nationalité n'étant pas systématiquement enregistrée aux points de distribution, le chiffre doit approcher en réalité les 1 500, soit plus d'un quart des clients méthadone... En 1989, la municipalité, irritée, s'offusque de ce qu'Amsterdam soit « devenue un refuge pour les toxicomanes du monde entier », et la GG en GD doit alors mettre en œuvre une politique de « découragement » pour faire comprendre aux clients que le support n'est que provisoire, l'aide sociale devant se centrer sur l'accompagnement au retour vers le pays d'origine. Si la MDHG se plaint de ces orientations au nom de droit de tous à la Santé, elle doit néanmoins se faire le relais de ces mesures dans les expériences auxquelles elle prend part⁸.

De surcroît, à la même époque, la municipalité se met à prendre une série de mesures répressives venant mettre des bâtons dans les roues des expériences de réduction des risques. Le PvdA, qui enregistre plusieurs revers électoraux, décide en effet de donner une orientation plus populiste à son action, relayant une partie des inquiétudes des citoyens. Déjà, en 1984, la mairie avait pris pour cible le quartier du Zeedijk, vieille artère du centre-ville devenue un haut-lieu de rassemblement de toxicomanes, par une pression policière accrue et la fermeture de plusieurs centres d'aide situés sur la Warmoesstraat. Devant les manifestations dénonçant une politique de stigmatisation des plus pauvres et des étrangers, la mairie avait reculé. Mais elle revient à la charge en 1989 avec des mesures visant à chasser du centre des populations définies comme nuisibles (le Straatjunks projekt oblige les toxicomanes ayant commis 4 délits mineurs en moins d'un an à intégrer un programme de sevrage, le Binnenstadverbod projekt permet de prendre des mesures d'éloignement de personnes à problème hors de zones du centre ville considérées comme « menacées »), puis exerce des pressions pour faire fermer le soir des programmes d'échanges de seringues initialement ouverts 24h/24 et impose implicitement un objectif d'abstinence aux programmes méthadone à bas seuil en rendant plus systématique le contrôle d'urine à bord du bus ou dans les stations⁹. Toutefois, la culture néerlandaise du compromis parvient toujours à laisser en place les expériences méthadone, même lorsque les marges de manœuvre sont réduites à la suite d'une bouffée de fièvre politique toute conjoncturelle.

⁶ Peter de Bie, Bouke, leven en dood door heroïne, 18/02/1951 — 04/08/1979, A.W. Sijthoff, Alphen, 1979 (sur la mort, pp.149-152). L'ouvrage est une biographie composée de témoignages de proches collectés par deux journalistes.

⁷ Geja Roosjen, op. cit., p. 26.

⁸ Kim Jeurissen, Duitse heroïneverslaafden in Amsterdam en de invloed op de Nederlandse verslavingszorg 1970-1990, mémoire de Master non publié, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam.

⁹ Rene Mol, Franz Trautmann, "The liberal image of the Dutch drug policy. Amsterdam is singing a different tone", the International Journal on Drug Policy, n° 2, 1991, pp. 16-21.

Malgré quelques dysfonctionnements, une considérable avance sur la France

En France en revanche, depuis 1972, il n'existe que deux centres méthadone agréés par la Commission Méthadone au plan national... Cette dernière se réfugiant dans le silence et l'immobilisme à partir de 1976, aucune généralisation de ces expériences à la portée très limitée n'a été entreprise. Les hôpitaux Sainte-Anne et Fernand Widal à Paris proposent à eux seuls uniquement 40 places avec des conditions d'éligibilité drastiques (au moins 5 ans de parcours toxicomane, période d'essai pour juger la motivation, nécessité d'avoir utilisé auparavant d'autres moyens thérapeutiques), sans qu'aucune publicité ne soit officiellement faite de ces expériences. Le verrouillage français vis-à-vis de la méthadone durera longtemps : il n'y a toujours que 77 places en 1994, juste avant le déblocage et la généralisation de la politique de réduction des risques. Les raisons des réticences françaises ont bien été mises en lumière par les sociologues¹⁰ : domination, dans les années 1980, d'une école qui privilégie la psychothérapie et l'approche psychanalytique de la toxicomanie ; refus du dispositif officiel de voir qu'une population toxicomane croissante lui échappe de plus en plus ; coût politique trop important, avant que les ravages du Sida ne viennent changer la donne.

La comparaison avec le cas néerlandais, Amsterdam étant représentatif de ce qui se fait également dans d'autres villes (songeons à l'expérience Perron Nul de distribution de méthadone à Rotterdam près de la gare centrale entre 1987 et 1994¹¹), permet d'évoquer quelques facteurs qui, à la différence de la France, ont favorisé une généralisation et une démocratisation précoce de la substitution. La loi néerlandaise de 1976 est d'abord peu prescriptive en matière de politique de santé publique, à la différence de la rigide loi française de 1970 qui, votée dans un contexte de panique morale, impose l'idée du toxicomane-malade et l'idéal d'abstinence. Basée sur les rapports de tonalité très libérale Hulsman (1971) et Baan (1972) qui introduisent la notion de « risque acceptable », elle reconnaît au drogué une responsabilité, et

thérapeutiques : à la différence des Pays-Bas, les cultures socioprofessionnelles sont plus fermées et on ne trouve pas de personnages polyvalents comme un August de Loor, à la fois éducateur de rue, acteur associatif, travailleur social et conseiller de la municipalité assurant une partie de son travail administratif. Or, l'existence de ce type d'acteur a été cruciale aux Pays-Bas. Cette idée que l'acteur associatif de terrain plongé au cœur même des « scènes de la drogue », et les usagers eux-mêmes, peuvent être publiquement reconnus comme des experts dans la mise en place de la substitution, est d'ailleurs officiellement reconnue dans le rapport de la Commission nationale Engelsman qui, en 1985, institutionnalise le système national méthadone en fédérant les différentes initiatives locales.

Enfin, il est intéressant de noter que c'est en grande partie grâce au miroir néerlandais que les acteurs pro-méthadone français ont développé leur argumentaire.

En 1988, Médecins du Monde propose, en vain, la création d'un centre méthadone sur le modèle de ce qui se passe à Amsterdam. L'exemple du bus inspire une éphémère expérience de bus pour l'échange de seringues (sans méthadone) en Seine-Saint-Denis en 1990-1991, avant un vrai bus méthadone mis en place par Médecins du Monde en 1995. En 1992, la philosophe belge francophone Isabelle Stengers, dans *Drogues, le défi hollandais*, fait l'apologie de cette capacité des pouvoirs publics néerlandais à accorder une expertise et un pouvoir aux associations d'usagers¹² et, la même année, l'association française d'usagers ASUD se constitue en grande partie sur le modèle des Junkies Bonden hollandaises.

C'est pourquoi, même si la réduction des risques amstellodamoise est aujourd'hui questionnée par un gouvernement devenu très conservateur, elle aura néanmoins été partie intégrante d'un modèle précurseur et audacieux qui fut historiquement une importante source de réflexion pour le débat français.

¹⁰ Henri Bergeron, *L'État et la toxicomanie ; Histoire d'une singularité française (1970-1995)*, Paris, PUF, 1999 ; Anne Coppel, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002.

¹¹ Hans Visser, P. Blanken, Perron Nul, *opsang en ondergang, Zotermeer, Meinema*, 1996.

¹² Isabelle Stengers (et Olivier Ralet), *Drogues, le défi hollandais*, Paris, Delagrangé, 1992.

