COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE

Groupe Pompidou

Groupe de coopération en matière de lutte
contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants

Strasbourg, 17 avril 2001

P-PG/Traitement (2001) 1

Les traitements de substitution dans une stratégie de réduction des risques : entre médicalisation et politique sociale

Rapport préparé par le consultant :

France Lert, INSERM U88, Saint-Maurice, France

Introduction

La comparaison de la situation de l'offre des traitements de substitution par la méthadone et surtout des débats auxquels ils donnent lieu aux Etats-Unis et en Europe aide à discerner les conditions contextuelles nécessaires à leur développement. On indiquera ici quelques éléments de cette comparaison et on présentera plus particulièrement la situation en France où le développement de la substitution s'est fait tardivement (à partir de 1996) sous l'impulsion d'un mouvement plus humanitaire que médical.

La substitution par la méthadone a depuis son origine aux Etats-Unis dans les années 60 été objet de controverse. Les tenants de la maintenance par la méthadone ont plaidé que le toxicomane vu et traité comme déviant, délinquant ou psychopathe devait être considéré comme un patient : c'est sous l'angle de la dépendance comme maladie et de l'accès au traitement que les partisans de la maintenance ont défendu leur approche. En Europe, seuls l'Angleterre et les Pays-Bas avaient adopté à la fin des années 80, avant l'ère du sida une approche de santé publique, c'est à dire une politique ayant pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité (dans un premier temps, surtout l'hépatite B) dans la population des héroïnomanes en lui offrant une gamme de services de prévention, de soins et d'assistance sociale et matérielle malgré le régime de prohibition. Dans les autres pays d'Europe, ce n'est qu'avec le sida que l'approche de santé publique a prévalu et entraîné l'adoption du modèle de réduction des dommages. Le développement de cette approche correspond aussi à une évolution du contexte social plus large, de la situation des usagers de drogue et à la montée de l'exclusion dans les sociétés européennes dans les années 80 et 90, entraînant une crise de l'Etat-Providence. Dans le même temps, la représentation du toxicomane évolue du déviant vers l'exclu, et une porosité apparaît entre drogues légales et drogues illégales. La situation en France illustre les conditions de cette transition d'un modèle axé sur répression-prévention-traitement pour l'abstinence à une approche de réduction des risques qui admet l'usage des drogues et la nécessité d'en réduire les risques pour les consommateurs malgré la persistance du régime de prohibition.

Le développement de la substitution comme médicalisation de la politique de la drogue. « Drug dependence, a chronic medical illness »

De l'ouvrage de Marie Nyswander en 1956 « The drug addict as patient » à l'article tout récent de T.McLellan dans le JAMA en octobre 2000 « Drug dependence as a chronic illness » ou plus encore l'éditorial du 31 mars 2001 de la revue britannique Lancet intitulé « Rethinking America's War on Drugs as a public-health issue », les partisans du développement des traitements par la méthadone n'ont cessé de revendiquer le droit des usagers de drogue a être soigné par des méthodes efficaces. L'éditorial du Lancet invite les autorités américaines à dépasser leur croisade morale dont la slogan de « guerre à la drogue » est emblématique et d'adopter une approche de santé publique : *« It is time for America to move beyond its moral crusade and adopt a public health approach to problem of drug abuse »*.

Le débat est de même nature pour l'accès au matériel d'injection aux Etats-Unis, toujours difficile en raison de l'exigence de prescription pour l'acquisition en officine dans de nombreux états et privé de fonds fédéraux. Là encore l'enjeu des résultats scientifiques des programmes d'échange de seringues est âprement débattu sans que jusqu'à présent l'approche de santé publique l'ait emporté (cf. la série d'articles publiés l'American Journal of Public Health en septembre 2000).

Au début des années 60, Dole et Nyswander, ayant constaté l'échec des autres techniques d'intervention sur la dépendance aux opiacés, que ce soit le sevrage brutal au centre pénitentiaire de Lexington ou les résultats infructueux de la psychanalyse chez les jazzmen de Manhattan (Courtwright, 1997), ont proposé la substitution de la méthadone à l'héroïne en considérant que celle-ci administrée régulièrement et dans de bonnes conditions devait permettre de réparer le désordre métabolique résultant de la consommation régulière d'héroïne et permettre au patient de retrouver une vie normale. Les fondements neurobiologiques se sont évidemment affinés et clarifiés depuis ces tentatives plutôt pragmatiques. Longtemps cette stratégie a été combattue comme la substitution d'une drogue légale à une drogue illégale, au risque d'un détournement vers le marché noir (Des Jarlais, 1995). Ainsi la critique nord-américaine était plutôt celle de la complaisance à l'égard des déviants, et la crainte d'un encouragement à la consommation. Rappelons qu'en France la critique émanant des spécialistes de la toxicomanie inspirés du paradigme psychanalytique était celle du contrôle social : la société éludant à bon compte, selon eux la souffrance du toxicomane pour alléger le désordre social lié à sa délinquance.

Aux Etats-Unis, la vision péjorative de la substitution à la méthadone a conduit, après une dizaine d'années de situation floue, à des règles drastiques pour la mise en place de ce type de service (Des Jarlais, 1995): administration supervisée, réservée à des centres spécialisés, contrôles urinaires et sanction en cas de prise de produits illicites ou non prescrits, restriction sur les doses. Ces services pauvrement dotés, surchargés, harcelés par des tracasseries administratives conduisent leur personnel à la démotivation et au turn over contribuant à une spirale de dégradation des services offerts. Dans ces mauvaises conditions, les traitements sont administrés de façon uniforme au détriment de l'ajustement aux besoins individuels, et donc de leur efficacité.

Dans une revue publiée en 1996, McLellan (McLellan, Woody, Metzger, 1996) avait montré que selon les trois critères de réduction de la consommation de substances, d'amélioration de la santé et du fonctionnement social et d'effets collectifs, le traitement de la dépendance était efficace. Poursuivant cette thèse T.McLellan défend dans son dernier article, le droit aux soins des usagers de drogue dépendants au titre d'une maladie chronique qu'il compare point par point au diabète de type 2, à l'hypertension et à l'asthme. Dans un premier temps, il montre en quoi la dépendance peut comme dans ces maladies chroniques se définir par un diagnostic, des prédispositions génétiques, une association à un comportement culturellement ou socialement déterminé, les fondements biologiques qui ne permettent pas de

définir la consommation de drogue seulement comme un comportement entièrement sous le contrôle de la volonté. Il s'attache ensuite à rapprocher ces pathologies sous l'angle de l'efficacité relative des traitements. Il rappelle que les études ont montré que le traitement infléchit l'histoire naturelle de la maladie chez les personnes traitées par rapport aux non traitées aussi bien pour le tabac que pour la dépendance aux opiacés ; l'exploitation des résultats des essais cliniques est dans cette argumentation extrêmement importante. Comme pour les autres maladies chroniques prises pour référence, l'auteur montre que les résultats dépendent étroitement de l'observance des traitements (qui en situation réelle s'avère souvent médiocre), de l'adaptation du mode de vie (qui se révèle minoritaire), observance et changement de comportement étant d'autant plus difficiles que le patient appartient à une catégorie sociale défavorisée. Enfin à la rechute du toxicomane correspondent les accidents survenant chez les diabétiques, hypertendus ou asthmatiques qui n'ont pas réussi à adhérer pleinement aux règles de leur prise en charge. Les résultats jugés souvent médiocres des traitements des personnes dépendantes des opiacés peuvent aussi être attribués non aux traitements eux-mêmes mais aux conditions dans lesquelles ils sont mis en œuvre. Dans une enquête sur la situation aux Etats-Unis en 1988, D'Aunno (1992) mettait en évidence l'hétérogénéité des modes d'organisation, des règles concernant la détermination des doses, les durées de traitement. Il relevait qu'une partie des centres distribuaient des doses inférieures au niveau reconnu comme efficace. Il montrait que les centres qui avaient les plus longues durées de traitements étaient aussi ceux qui distribuaient les doses moyennes les plus élevées et avaient les pratiques les moins contraignantes, laissant plus de place à la négociation entre les usagers et les professionnels.

Ainsi aux Etats-Unis, l'enjeu se situe dans l'inclusion dans les systèmes d'assurance publics (Medicaid) ou privés (HMO etc.) du traitement de l'abus des substances psycho-actives - ou d'ailleurs des soins psychiatriques qui sont débattus dans les mêmes termes (Deck, 2000).

Les traitements de substitution en Europe dans le modèle de réduction des risques

Si en Angleterre et aux Pays-Bas, les principes et les actions dites de réduction des risques (*harm reduction*) ont des racines anciennes (Berridge, 1994), pour beaucoup d'autres pays européens, le sida a joué un rôle majeur pour le changement des politiques de la drogue et la méthadone est restée inaccessible ou confidentielle dans de nombreux pays jusqu'à la fin des années 80 (Farrell, 1995). La Suisse dans laquelle la diffusion de l'infection VIH s'est avérée très importante à la fin des années 80 a adopté dès 1991 une politique qui met l'accent sur « *la réduction des problèmes de la drogue* » qui ne met plus l'accent principal sur l'éradication de l'usage des drogues illicites. En Europe, outre son impact dévastateur sur les populations d'usagers, le sida a révélé l'ampleur des problèmes somatiques et mis en cause les politiques restrictives d'accès au matériel d'injection. « *Le vrai scandale [...] c'est d'avoir pendant des années disserté sur la culture du partage des seringues alors que le partage dérivait directement de la rareté que nous avions suscitée en les*

interdisant ou en rendant leur acquisition plus difficile ; c'est d'avoir affirmé que la toxicomanie est un choix suicidaire alors que c'est notre politique qui imposait aux toxicomanes de risquer la mort à chaque shoot ». Cette formule d'Annie Mino (1996) illustre bien les questions débattues lors de ce renversement des politiques sanitaires.

Les Néerlandais qui font figure de précurseurs et de locomotive du mouvement de *harm reduction* en Europe, ont réexaminé l'ensemble des arguments de la prescription d'opiacés lorsqu'ils se sont interrogés sur l'adjonction à leur gamme de services de la prescription d'héroïne. Nous nous sommes appuyés ici sur leur analyse (Heath Council of the Netherlands, 1995). On a vu l'attachement aux résultats scientifiques dans l'argumentaire américain alors que les Hollandais déclarent eux-mêmes qu'ils n'ont pas mis en place de programme d'évaluation systématique : « *by contrast with the american methadone programmes which have been subjected to a great deal of research, the dutch methadone programmes have never been scientifically evaluated » (p 45*). L'argumentation est essentiellement fondée sur un raisonnement de santé publique.

Les différentes modalités de traitement médicamenteux sont justifiées par la longue durée de la dépendance et son évolution problématique chez une large proportion d'usagers.

Citant Cramer et Shippers sur leur analyse des études sur le devenir à long terme des usagers de drogue, ils relèvent qu'après 10 ans de consommation, un tiers des usagers conservent une dépendance problématique ou sont décédés, un tiers continue à consommer en conservant une certaine insertion sociale, un tiers est devenu abstinent. Dans les 10 années suivantes, la situation évolue peu, le pourcentage d'abstinents s'accroît encore un peu, la part de ceux qui poursuivent un usage en préservant leur insertion sociale décroît, les décès continuent à augmenter.

Dans leur rapport, les Néerlandais distinguent ainsi divers objectifs des traitements médicamenteux :

- Le traitement des épisodes aigus : l'intervention dans le cas d'une intoxication aiguë par surdosage par l'administration d'un antagoniste (ex : naloxone) ;

- L'abstinence : le sevrage dans lequel le recours au médicament (méthadone, buprénorphine, clonidine) vise à atténuer le syndrome de manque et le craving dans un premier temps et doit s'accompagner d'interventions psychosociales parfois prolongées pour éviter la rechute.

- La prévention de la rechute : la maintenance par la méthadone associée à des interventions psychosociales vise à l'abstention de la consommation de produits illicites ou détournés et doit permettre aux personnes traitées de reconstruire leur insertion sociale.

- La stabilisation : prenant acte de la réalité des comportements des usagers de drogue qui continuent malgré l'accès à la méthadone à consommer des opiacés illicites, des médicaments détournés ou de l'alcool, l'accès au traitement de substitution a pour objectif de stabiliser la situation sociale, d'en stopper la dégradation, de garder un contact permettant l'accès aux soins médicaux. C'est là le rôle principal des traitements de substitution à bas seuil dont l'archétype est le bus méthadone d'Amsterdam.

- La prescription d'opiacés à des fins palliatives, dans laquelle se situerait la prescription d'héroïne, s'adresse à des usagers en échec souvent gravement malades ou lourdement désinsérés.

Ces distinctions entre objectifs dessinent en principe des conditions de distribution des produits, des services et des modes de suivi différenciés mais au fil du temps, si on laisse de côté l'intervention en cas d'overdoses, les frontières entre ces différents modèles se sont estompées face à plusieurs constats :

- la mortalité croissante des usagers de drogue par overdose, sida ou accidents mesurée dans des études de cohortes.

- la gravité de la santé physique des usagers de drogue en lien avec le sida, l'hépatite C et à tout un cortège d'atteintes aigus ou chroniques qui avaient été négligées.

- la reconnaissance de la fréquence – jamais mesurée de façon fiable – des comorbidités psychiatriques.

- la situation sociale très dégradée des usagers à laquelle a sans doute contribué la crise économique traversée par les sociétés européennes dans les années 80 et 90.

L'objectif principal des services qu'il s'agisse des programmes d'échange de seringues, des services de méthadone ou des centres d'accueil est de rester en contact avec les usagers les plus marginalisés : « *to get in touch with all opiate addicts who are not able to manage their lives in a proper way, to stimulate them to regulate their addiction* ».

Dans un bilan de la situation de 12 pays de l'Union Européenne publié en 1995 par Farrell, celui-ci souligne la grande hétérogénéité des pratiques en matière d'offre de méthadone, sans véritables recommandations pour le traitement lui même et son intégration dans une prise en charge globale. Les modalités concrètes restent mal connues, les informations sommaires et l'évaluation quasi inexistante.

Les grandes dimensions à prendre en compte selon Farrell sont les pratiques de consommation de drogue des usagers – on y ajouterait volontiers les caractéristiques démographiques des usagers - les conditions concrètes de

délivrance et d'administration de la méthadone, les services complémentaires médicaux et sociaux qui accompagnent la substitution. La nature et la qualité des services offerts dans les centres spécialisés qui jouent un rôle majeur dans la plupart des pays ne sont pas décrites et l'intégration des prises en charge par la méthadone aux services de première ligne s'avère très limitée. Cependant les usagers de drogue restent partout considérés comme un clientèle difficile, souvent stigmatisée et qui exigerait une forte liaison entre centres de traitement de la toxicomanie, soins primaires, services médicaux spécialisés, pour répondre à l'intrication des problèmes somatiques, psychiatriques et sociaux. L'exemple de Glasgow et Edinburgh où cette approche a été organisée de façon volontariste en montre les limites et les difficultés (Martin, 1998, Gruer, 1999).

La transition vers une politique de réduction des risques en France

En France, le constat de la catastrophe sanitaire liée à l'infection VIH, son origine dans l'interdiction de vente des seringues ont eu besoin de la voix des militants de la lutte contre le sida et de leurs alliés dans les professions de santé pour ébranler les représentations de l'opinion, vaincre la surdité des politiques, enfoncer un coin dans les pratiques des professionnels de la toxicomanie (Coppel, 1996). Jusqu'en 1993-4, les quelques lignes du décret de 1987 annulant la nécessité d'une prescription pour acheter les seringues sont restées la seule mesure officielle de prévention du sida chez les usagers de drogue ; en quelque sorte, ils ont réussi seuls à renverser le cours de l'épidémie malgré les obstacles opposés par de nombreux pharmaciens à la vente des seringues (refus de vente, clause de conscience, prix élevés, ventes en nombre etc.). Les programmes d'aide directe aux usagers de drogue sont nés d'initiatives militantes ; quant aux traitements de substitution, et ce n'est qu'en contournant les institutions spécialisées qu'ils ont pu être développés en France.

Dans la plupart des pays, la prise en charge des usagers de drogue a accentué la dimension médicale avec une attention accrue aux problèmes somatiques (VIH et hépatite), par la mise à disposition de traitements de substitution, des campagnes de vaccination contre l'hépatite B, l'attention portée à l'accès aux services de soins. Pour autant, ces actions ne s'inscrivent dans une politique de réduction des risques que lorsqu'elles reposent sur des principes de proximité, de soutien et de participation des usagers qui sous-tendent les formes nouvelles des actions de lutte contre l'exclusion.

Cette stratégie ne traduit pas seulement un nouveau positionnement de l'équilibre entre pénal et médical, entre ordre public et santé publique, mais fait apparaître le social comme un troisième pôle dans la façon de penser et de gérer la dépendance à l'égard des drogues dans la société française.

Il nous semble que pour la France au moins la stratégie de réduction des risques peut être aussi comprise comme une des multiples modalités des politiques de lutte contre l'exclusion sociale.

La question de l'exclusion a acquis dans les années 80 une place centrale dans la compréhension des processus générateurs d'inégalités sociales C'est à travers le paradigme de l'exclusion que notre société, selon Serge Paugam (1996), « *prend conscience d'elle-même et de ses dysfonctionnements et recherche parfois dans l'urgence et dans la confusion des solutions aux maux qui la tenaillent* ». L'exclusion conjugue pauvreté et précarité, l'existence de populations en difficultés n'est plus vue comme un phénomène résiduel concernant des individus inaptes à s'adapter à une économie et à une société moderne à cause d'un déficit familial, culturel, physique ou éducatif, des « ratés sociaux » (Wacquant, 1996). La crise durable de l'emploi, l'exigence de performances croissantes, la compétition ont fragilisé des franges toujours plus larges de la population, y compris dans les groupes qui semblaient jusque là protégés. Les modes classiques de redistribution et de protection sociale fondés sur le rapport au travail se sont trouvés débordés, et une population toujours plus nombreuse s'est trouvée exclue du logement, de la santé, mais aussi privée d'expression et de représentation politiques. La pluralité et l'extension des situations d'exclusion ont fait prendre conscience du phénomène et de la menace que ces processus font peser sur la cohésion sociale. L'exclusion est ainsi apparue mettant en cause l'idéal égalitaire d'une société démocratique et menaçant les liens civiques. Il a fallu chercher des modes nouveaux d'intervention car les mécanismes intégrateurs de l'Etat-Providence ont été débordés. En France, ce n'est qu'en 1988, bien après les pays nord européens et avant ceux d'Europe du Sud qu'a été admis le principe d'un revenu d'assistance (le RMI). Mais la lutte contre l'exclusion n'est pas qu'affaire de redistribution ou de règlement, elle est aussi une réparation du lien social. La sensibilisation à la question de l'exclusion comme les actions s'est faite par la mobilisation associative. L'engagement humanitaire, dit Isambert (1996) comble la distance qui nous sépare des souffrances éloignées, hier celles des pays frappés par les catastrophes et par les guerres, aujourd'hui aussi les zones sinistrées de notre société. F. Ewald (1993) caractérise l'action humanitaire par quatre éléments : l'urgence, l'ingérence c'est à dire le débordement des règlements pour en référer aux droits fondamentaux, la responsabilité qui rétablit la victime comme sujet, la parole qui passe par des actes concrets, matériels, immédiats. Ainsi en France, il se trouve que la gestation du modèle de réduction des risques a été concomitant de la mise en place du RMI, de l'apparition de nouvelles formes de solidarité : Restaurants du Coeur en 1985, la mission France de Médecins du Monde qui ouvraient en 1986 dans une société surmédicalisée et fière de son meilleur-système-de-santé-du-monde, des services de soins gratuits pour les « *fantômes sociaux* » (Aeberhard, 1993), SAMU Social en 1993. La réduction des risques correspond dans ses principes et dans ses modalités pratiques aux caractéristiques de nouvelles formes d'action sociale contre l'exclusion :

- au départ, le constat de l'incapacité des dispositifs à assurer des services de façon égalitaire, en particulier les services de santé, et qui, de fait, rejettent les marginaux ;

- la référence aux droits de l'homme et à la citoyenneté, et l'exigence de participation par une expression propre ;

- la proximité avec pour objectif premier de maintien du lien social par des actions qui vont au devant des populations en difficultés ;

- l'engagement, avec à côté de l'Etat, souvent en le bousculant, l'intervention du mouvement humanitaire et associatif.

L'exclusion des toxicomanes

Envisager la gestation de la politique de réduction des risques sous l'angle de l'exclusion n'est pas qu'un exercice d'école : on en trouve la trace de façon explicite dès la fin des années 80 dans une série de colloques, certains officiels, de prises de position et même de position d'experts qui ont placé l'exclusion du toxicomane au cœur de leur analyse. La commission Henrion en charge de faire un état des lieux et de dessiner une nouvelle politique des drogues dans son rapport début 1995 donne pour objectif à l'action de réhabilitation de « *rompre l'exclusion du toxicomane* ». On trouve associés dans ces propositions, la problématique de l'exclusion et les objectifs de santé publique.

Les arguments anti-prohibitionnistes sont aussi présents dans ce débat. Pour la France, Caballero (2000) conteste depuis des années au plan des principes juridiques une législation prohibitionniste qui selon lui porte atteinte à la liberté de "faire ce qui ne nuit pas à autrui" inscrite dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, et au principe constitutionnel de proportionnalité de la loi pénale entre le délit (l'usage de drogue) et la peine (emprisonnement). Si les protagonistes ont mis en avant davantage l'atteinte aux droits sociaux (droit à la santé, droit au logement etc.), la jonction entre les mouvements anti-prohibitionnistes et le mouvement de réduction des risques se réalise dans l'aphorisme selon lequel « *les drogues ne sont pas interdites parce qu'elles sont dangereuses, elles sont dangereuses parce qu'elles sont interdites* » (Stevenson cité par Marks, 1994).

Moins politique que la mise en cause des droits fondamentaux par la loi, c'est l'exclusion des toxicomanes des dispositifs sociaux et sanitaires censés justement offrir des services égalitaires à tous ceux qui en ont besoin, qui a servi d'argument à la mobilisation.

Là encore le sida a joué un rôle de catalyseur.

Au milieu des années 80, les services de médecine interne ou de maladies infectieuses ont été confrontés aux malades toxicomanes atteints de sida. Alors que les soignants se mobilisaient aux côtés des patients contre la maladie et la discrimination, autour des enjeux de recherche et de solidarité, ils se retrouvaient en conflit aigu et parfois violent avec les malades toxicomanes hospitalisés (Lert et Marne, 1992). Considérés comme incapables de prendre correctement leurs médicaments et de se soumettre à un suivi médical régulier, ils se voyaient refuser les traitements par l'AZT et exclus des essais thérapeutiques. Cependant ce rejet

mis au compte des comportements déviants et manipulateurs des usagers de drogue ou tout aussi communément de leur comportement suicidaire mettait en défaut l'éthique universaliste des soignants générant chez eux un sentiment de culpabilité et de frustration. Dans le même temps, des médecins généralistes, bricolaient sous la pression des clients usagers de drogue des prescriptions pour atténuer la pénibilité du manque et réinventaient la substitution avec les moyens du bord, sans grande référence aux évaluations scientifiques de la méthadone et avec quelques risques de sanctions disciplinaires ou même pénales (Carpentier, 1994). C'est ainsi à partir de l'exclusion du soin, de la non réponse à une souffrance que médecins généralistes et médecins hospitaliers, bien sûr très minoritaires dans leur milieu (Morin, Obadia, 1997) ont interpellé la société et les autorités politiques et sanitaires.

Cette exclusion se prolongeait dans les services sociaux, en particulier les services d'hébergement social, les centres de formation et jusqu'aux services spécialisés en toxicomanie qui refusaient de recevoir des usagers "actifs", exigeant d'eux de choisir entre leurs consommations et le bénéfice d'un service social, pourtant destiné en principe aux plus défavorisés.

Bastion de l'exclusion, la prison : la médiocrité des soins en milieu carcéral a été dénoncée de longue date, elle est apparue particulièrement criante pour les malades du sida et les séropositifs incarcérés qui étaient le plus souvent des usagers de drogue. La mise en place en prison de consultations médicales par des médecins hospitaliers a été une des premières étapes de l'intégration du service de santé des prisons dans le système de soins que définit la réforme législative de 1994.

Cette analyse qui met en évidence la conjonction de l'usage de drogue, de la dégradation physique et de la misère sociale ne permet plus d'expliquer la toxicomanie seulement dans une dimension individuelle et psychologique associant l'histoire personnelle, les déficits éducatifs ou les conflits de la prime enfance. La précarité n'est pas l'apanage des catégories marginalisées mais un processus qui menace des couches toujours plus larges de la population, celles qui sont déstabilisées par le chômage massif et l'organisation du marché du travail ; celles, notamment des jeunes et de plus en plus la population de certaines zones urbaines, qui ne parviennent pas à entrer dans des formes de socialisation et vivent d'expédients qui peuvent tourner au brigandage social. Il n'est plus nécessaire de chercher des logiques spécifiques à la toxicomanie, la dépendance à l'égard des drogues, dont la distinction entre produits licites et illicites est de plus en plus contestée, n'est qu'une des formes d'une marginalisation qui s'enracine dans des processus sociaux beaucoup plus larges. Les catégories qui cumulent des handicaps sont celles qui sont le plus fragilisées par ces processus, mais il faut chercher ailleurs que dans l'histoire individuelle les causes de la désaffiliation (Castel, 1995). Les problèmes associés à l'usage de drogue sont des problèmes sociaux.

La citoyenneté

La privation des droits fondamentaux exclut de la citoyenneté. Lorsque les associations ou les organisations humanitaires interpellent l'opinion, elles se veulent la voix de ceux qui sont privés des modes classiques de l'expression politique et de la représentation. Le rétablissement des droits passent par l'expression propre des intérêts spécifiques qui ne sont plus relayés par les partis politiques, les élus, les syndicats, etc. Longtemps les usagers de drogue, interdits de parole collective par la loi, ont été représentés par les professionnels. En France, les usagers de drogue ont trouvé un soutien auprès des associations de lutte contre le sida, soutien par l'entraide, soutien dans l'expression de leurs besoins, puis soutien à leur organisation d'un mouvement autonome : le collectif « Limiter la casse », créé en 1993, a été hébergé par AIDES, la première association d'usagers de drogue, ASUD (Auto Support des Usagers de Drogue), créée en 1992 l'a été par APARTS (service de logement associatif pour les usagers de drogue malades du sida) etc. Ces organisations fonctionnent en France, davantage comme groupe d'intérêts. Si ASUD, par exemple, participe à la définition de certains modes d'intervention (notamment la rédaction de brochures de prévention, la définition des stratégies d'accès au matériel d'injection, la composition des trousses de prévention pour usagers injecteurs etc.), si son journal apporte des informations, il exprime surtout des positions que l'association défend aussi dans toutes les instances officielles auxquelles elle participe.

Les associations humanitaires dans l'action sociale

A la même période, les organisations humanitaires ont fait une entrée fracassante sur la scène intérieure. Confinés longtemps dans une vision péjorative de l'action charitable, ou plus médiatiquement réservée aux interventions d'urgence dans le Tiers-Monde, les militants humanitaires ont mobilisé l'opinion sur les problèmes de l'exclusion intérieure : Médecins du Monde ou d'autres organisations du même type avec des médecins embarqués dans des Bus, les estafettes du SAMU social parcourant Paris chaque nuit, sont apparus à la pointe du combat contre l'exclusion. C'est ainsi que dans le champ de la toxicomanie, Médecins du Monde a joué un rôle pionnier en ouvrant un centre de dépistage, anonyme et gratuit de l'infection VIH en 1987, en 1989, le premier programme d'échange de seringues, en mettant sur pied un grand centre de substitution par la méthadone dès 1994, puis en mettant en circulation en 1998 à Paris, puis en 2000 à Marseille des bus offrant de la méthadone sur le modèle inauguré depuis longtemps à Amsterdam. Les militants de ces activités qui eux-mêmes ne les concevaient que comme un des aiguillons de l'action publique et projetaient d'être rapidement relayés par des services classiques se sont trouvés entraînés dans le fonctionnement de services qui ne cessent de se multiplier et de s'étendre. Ce qui était conçu comme une ingérence, une action destinée à dénoncer l'insuffisance des institutions, s'intègre à un nouveau mode de relation entre le public et le privé caractéristique des nouvelles formes d'intervention sociale.

La proximité

Un des principes de ces nouvelles politiques sociales est la proximité. Il ne s'agit plus pour des professionnels bien intentionnés d'attendre la demande dans des services mais d'aller à la rencontre de cette demande, d'où la similitude des moyens entre la maraude nocturne du SAMU social qui recueille les personnes sans domicile, les bus dans lesquels les prostituées viennent se reposer et chercher des préservatifs, les dispensaires mobiles de Médecins du Monde ou les bus d'échange de seringues. Il s'agit de variantes de l'outreach work des anglo-saxons, de l'implantation en France des modèles hollandais (bus méthadone) ou suisse (les équipes du Letten ou du Platzspitz).

Cette dimension géographique n'est qu'un aspect de la proximité qui se marque aussi dans les heures de fonctionnement - le soir, la nuit - et la souplesse des modes d'accès : absence de rendez-vous, absence de formalités d'admission, réponse à la demande telle qu'elle est formulée ou même simple présence (ARCADES, 1994, Gourmelon, 1997).

La participation des usagers ou des ex-usagers s'inscrit aussi dans le registre de la proximité. Il s'agit d'utiliser leurs réseaux de relations, leur capacité de contacts, leurs codes et leur langage. Ces projets ne vont pas pourtant sans difficultés quand les pratiques de trafic, de caïdat ou simplement de consommation pénètrent la structure et mettent en péril le rapport avec les autres usagers, les professionnels, les pouvoirs publics ou avec les financeurs. Il existe en quelque sorte une tension irréductible entre cette mise à contribution des usagers comme agents de proximité et les limites à la tolérance vis-à-vis des pratiques pour lesquelles justement on les engage. Les projets de soutien aux prostitués, les groupes d'auto-support rencontrent des problèmes de même nature (Rencontre franco-européenne, 1994, Toufik, 1997).

L'aide matérielle

Avec les douches, machines à laver, lieux de repos, de distribution de seringues, de préservatifs, nourriture, il s'agit d'offrir dans des lieux d'accueil un service matériel sans exiger de la personne démunie de faire d'abord une demande d'insertion. En Suisse, cet axe de la politique de la drogue est d'ailleurs dénommé simplement « *aide à la survie* », et comporte aussi la possibilité de s'injecter sur place dans des conditions d'hygiène correctes. Puisque la gestion de la consommation d'opiacés est possible, qu'elle est une conduite à long terme, sur laquelle les interventions médicales ont peu de prise mais dont l'overdose mortelle n'est pas le destin inéluctable, il faut aider le toxicomane à vivre au quotidien. Cette aide matérielle est celle qui rapproche le plus de l'assistance et, à ce titre, dérange, particulièrement en France.

Les traitements de substitution dans le contexte de la réduction des risques en France

Les traitements de substitution ont été mis en place en France en contournant l'image négative de la méthadone chez les professionnels par le recours à la buprénorphine et en utilisant le système de soins primaires (les médecins généralistes) pour assurer leur accessibilité.

Si les textes réglementaires (la circulaire de 1994 puis celle de 1995) affirment l'abstinence comme but ultime du traitement, les dispositions concrètes, sans règle précise, offrent une grande flexibilité mais aussi une part d'arbitraire.

En France, la buprénorphine hautement dosée est devenue de facto le traitement standard.

Rappelons que tout médecin de ville peut prescrire un traitement de substitution par la buprénorphine sans avoir à évaluer la consommation d'héroïne par des tests urinaires ni soumettre le patient à une procédure d'admission. Le patient se procure les médicament en officine pour une durée de 7 à 28 jours. Le système de protection sociale permet à une majorité de ces patients d'obtenir les consultations et les médicaments gratuitement. L'administration n'est donc pas supervisée et aucun contrôle urinaire n'est effectué. De plus il n'existe aucun système d'enregistrement ou de déclaration qui permettrait de contrôler le recours à des prescripteurs multiples.

L'initialisation de la substitution par la méthadone se fait exclusivement en centre de soins spécialisés puis est poursuivie en ville lorsque le patient est stabilisé. Il existe des recommandations définissant les conditions d'admission des patients et leur suivi, mais elles n'ont pas de caractère contraignant.

Les médecins comme les centres de soins sont encouragés à mettre en place une prise en charge psychosociale et médicale globale en créant ou en participant à des réseaux associant des services médicaux ou sociaux. Toutefois les moyens financiers et institutionnels étant limités, ces réseaux restent souvent peu formalisés.

La persistance d'une frange de population ne parvenant pas à trouver une entrée dans ce dispositif (usagers très désinsérés, immigrants illégaux, personnes sans couverture sociale, personnalités difficiles) a conduit Médecins du Monde à mettre en place à petite échelle des bus méthadone à Paris et à Marseille.

Les règles laissent aux médecins et aux professionnels des centres spécialisés une grande latitude dans la définition du cadre thérapeutique : de la simple prescription d'opiacés à un cadre rigide très exigeant, d'une prise en charge globale à un acte sans relation de soins ; elle permet aux usagers une utilisation très souple de l'offre de traitements permettant aux uns d'entrer dans le modèle de la maladie chronique et de l'observance d'un régime thérapeutique et aux autres d'intégrer les

médicaments de substitution à une large polyconsommation de substances licites et illicites.

La mise en place de ces traitements a en tout cas permis à une fraction minoritaire, mais croissante de médecins d'avoir une réponse médicale à apporter aux usagers dépendants et à ceux-ci de devenir des usagers presque ordinaires du système de soins. En témoigne la courbe sans cesse croissante des ventes de Subutex® et de méthadone. Aujourd'hui en France, le Subutex® est devenu le 12° médicament par son chiffre d'affaire.

Les autorités sanitaires françaises n'ont pas plus que celles des autres pays européens mis en place une véritable évaluation de cette stratégie d'utilisation des produits de substitution.

Une évolution plus lente de la perception des drogues et de l'image des usagers de drogue en population générale

L'évolution de l'image des drogues et des consommateurs a accompagné la transformation des politiques et du discours public. Ceci est perceptible aussi bien dans les enquêtes réalisées en population que dans les travaux plus qualitatifs bien que l'on reste très loin d'un effacement de la distinction entre drogues licites et drogues illicites et d'une opinion qui adhérerait à une levée de la prohibition.

Le système même des enquêtes n'a adopté que très tardivement une présentation globale des substances psychoactives et un questionnement qui ne situe pas uniquement l'usage des drogues dans le registre de la déviance ou de la pathologie.

L'érosion très lente de la distinction des drogues légales et illégales

L'unicité de la notion de drogue proclamée de façon volontariste par les pouvoirs publics fait son chemin dans les opinions. Les substances licites sont de plus en plus considérées comme des drogues[1]. Concernant l'alcool, le retentissement du rapport Roques plaçant l'alcool comme une drogue au même niveau de dangerosité que l'héroïne, orchestré aussi bien par les partisans de la dépénalisation des drogues que par les ligues antialcooliques a certainement joué un rôle dans cette évolution en France. Il est intéressant d'observer que ce sont ceux qui ont expérimenté le cannabis, les adultes, les personnes ayant un plus haut niveau d'éducation, qui se disent bien informées, qui se rapprochent le plus de cet univers unifié des drogues. Néanmoins la perception de la dangerosité rétablit un ordre qui place au plus haut héroïne, cocaïne, ecstasy, crack, en position moyenne le cannabis, et au plus bas tabac et alcool (Tendances, 1999a).

[1] Notons que les réponses varient selon le mode d'interrogation. En 1999, les personnes interrogées citent dans l'ordre le cannabis (78%=, la cocaïne (54 %), l'héroïne (45%), l'extasie (39%), le LSD (27%), le tabac (21%), l'alcool (20%, en augmentation par rapport à 1997 : 14%), le crack (12%).

Cette photographie des perceptions et opinions des Français en 1999 mise en perspective sur une période de 10 ans sur la base d'indicateurs quelque peu différents fait apparaître sur le cannabis l'évolution la plus spectaculaire et une plus grande acceptation, bien que toujours minoritaire, de la distinction entre drogues dures et drogues douces. Antérieurement, il est vrai les enquêtes n'incluaient pas le tabac et l'alcool (Tendances 1999b). Pourtant l'analyse globale des opinions montre bien un classement des produits en fonction de la dangerosité qui distinguent bien le cannabis d'une part, l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy, d'autre part.

Cependant des analyses plus approfondies que ce soit à partir de ces mêmes données quantitatives ou de travaux plus qualitatifs laissent entrevoir que ces opinions masquent la complexité des représentations des produits. Dans une analyse de textes écrits pour un concours sur les drogues, les représentations classiques des produits demeurent : la dépendance, les risques sanitaires qui sont associés au tabac sont largement reconnus mais il est associé à l'univers de la banalité, du plaisir de la vie quotidienne. Les dangers de l'alcool sont certes reconnus mais ils sont attribués à l'alcoolisme : l'alcoolique reste couvert d'opprobre et l'alcool toujours associé à la convivialité et à la fête (Rudelic-Fernandez, 2001, Maresca, 2000).

L'héroïnomane reste l'archétype du drogué, du toxicomane. Une analyse fine des représentations que ce soit à partir de l'enquête en population générale ou dans notre enquête qualitative fait apparaître une vision encore très péjorative dans laquelle coexiste le malade, le mal-être social, la responsabilité familiale, le manque de volonté mais aussi la menace pour l'entourage, le prosélytisme de la drogue. Une personne sur cinq perçoit l'héroïnomane comme un parasite, un tiers cependant voit la consommation d'héroïne comme un choix. L'analyse combinée de ces notions montrent une majorité indécise, un quart de la population qui perçoit l'usager d'héroïne comme une menace, un cinquième ayant une attitude discriminatoire. Seule une petite minorité refuse la stigmatisation. Ces attitudes sont associées au niveau d'étude, à l'appartenance au milieu urbain, à l'âge et à l'expérience des produits. En quelque sorte les opinions plus libérales diffusent depuis les classes moyennes urbanisées vers le reste de la société mais la dominante reste encore chargée de peur et de stigmatisation (Tendances, 2000). Ces opinions sont corroborées par l'image du toxicomane qui se dégagent de travaux plus qualitatifs : le toxicomane y est vu comme emporté inexorablement vers la perte des liens, la déchéance, la solitude et finalement la mort (Rudelic-Fernandez, 2001).

Les attitudes à l'égard des politiques

La législation française des stupéfiants est construite autour d'un triptyque prohibition/prévention/soins dans lequel l'usager est considéré à la fois comme un délinquant et un malade justiciable d'une prise en charge. Ainsi, pendant longtemps a existé en France u consensus sur la prévention primaire, le soin pour les toxicomanes et la répression pour le trafiquant fut-il un petit usager revendeur. Aujourd'hui, la prévention, dont la famille est l'acteur principal, jouit toujours d'une

grande faveur dans l'opinion française. La question de la prohibition a évolué. L'opinion se répartit également ceux qui pensent qu'elle protège et ceux qui n'y voient aucune vertu préventive. Mais beaucoup ne la jugent pas efficace sauf jointe à une incitation voire une injonction de soins au demeurant prévue par la loi mais qui s'est avérée largement inappliquée et inefficace. Ainsi si la prohibition garde la faveur des Français, on voit poindre une évolution de l'opinion ; toutefois celle ci ne concerne que le cannabis.

L'idée du soin jouit toujours en France d'un a priori favorable et une large majorité au demeurant croissante de Français affirment que le toxicomane doit avoir accès aux meilleurs soins possibles. Ainsi les mesures de réduction des risques qui se présentent comme relevant du secteur du soin, jouissent d'un haut niveau d'approbation : traitements de substitution (81%), vente de seringues sans ordonnances (63%), distribution contrôlée d'héroïne (53%), usage thérapeutique du cannabis (68%) (Tendances, 1999).

L'évolution de la politique publique en faveur des usagers de drogue les plus problématiques, les toxicomanes, est probablement mal connue des Français. Les média s'en sont peu faits l'écho et les débats sont restés confinés au monde des spécialistes de la toxicomanie, professionnels, associations humanitaires. Dans le même temps les images de la drogue dure ont très peu évolué et restent celle de la déchéance physique, morale, familiale, une inexorable chute.

Ainsi les nouvelles mesures de la politique des drogues inspirées du paradigme de réduction des risques s'inscrivent dans un contexte qui évolue lentement dans l'opinion vers une place moins forte de la loi et de la répression malgré une attitude méfiante vis-à-vis du danger que représente le toxicomane. La faveur des mesures médicales traduit moins une compréhension des enjeux de la réduction des risques que le goût des Français pour la médecine.

Conclusion

La transformation de la politique sanitaire en direction des usagers d'opiacés s'avère ainsi un processus fortement ancré dans la perception que la société a d'elle-même et de la place de la déviance en son sein, dans les moyens qu'elle se donne pour maintenir sa cohésion sociale, dans la mobilisation sociale en faveur des plus démunis sur la base d'un solide système de soins et de protection sociale. La Grande Bretagne et des Pays-Bas avaient adopté une politique pragmatique bien avant les autres pays d'Europe : en Grande-Bretagne, il s'agit plutôt d'une position pragmatique de santé publique dans laquelle une gamme de propositions de prise en charge sont offertes dans des conditions de contrôle relativement lâches. Aux Pays-Bas, l'élargissement de l'offre thérapeutique dans l'objectif de réduire les conséquences somatiques de la consommation d'héroïne s'est faite aussi dans un objectif sanitaire mais en relation avec l'émergence de l'auto-organisation des usagers de drogue dans les *Junkiebond* comme communauté civique. L'existence d'un système de soins universel a permis dans ces pays comme en France plus tard

de développer les mesures en faveur des toxicomanes. Aux Etats-Unis, le système de soins est beaucoup plus segmenté entre et l'universalité de l'accès aux soins est loin d'être atteinte. Pour faire inscrire les traitements de substitution dans les systèmes de prise en charge, leurs partisans s'appuient plutôt sur un principe d'équité pour revendiquer l'accès pour les usagers dépendants à des mesures sanitaires dont l'efficacité est au moins égale à celles de techniques médicales appliquées à des maladies chroniques (ex : le traitement du diabète). Ainsi aux Etats-Unis, les résultats scientifiques jouent un rôle très important.

Le développement de mesures de réduction des risques nécessite donc de ne plus voir l'usager de drogue comme un déviant et un délinquant mais comme un membre à part entière de la société, de reconnaître l'usage de drogue comme une situation à risque qui justifie des mesures de prévention et de soins pour en réduire les conséquences négatives pour les consommateurs, de disposer d'un système de soins et de protection sociale suffisamment large et solide pour y intégrer un ensemble de services qui répondent à l'éventail de leurs besoins, de l'aide matérielle aux traitements de substitution. Ce développement s'accompagne d'une contestation de la prohibition des drogues. Si les lois n'ont pas encore changé, de nombreux pays d'Europe essaient d'aménager leur application pour atténuer la contradiction entre les politiques d'ordre public et les politiques de santé publique.

Références

Actes de la rencontre franco-européenne sur la prévention du sida et les usagers de drogue, Paris, 8-10 février 1994, CRIPS

Aeberhard P. Sida, santé et droits de l'Homme. Les Temps Modernes, n°567, 264-269

ARCADES (1994). Travail de rue, actions de proximité, échange de seringues, accès aux services sanitaires et sociaux auprès des usagers de drogue de Seine-Saint-Denis. Bilan d'activité 1994

Baudier F., Dressen C., Alias F. (1994). Baromètre Santé 1993, Editions CFES, 165 p

Bergeron H. (1996). Soigner la toxicomanie. les dispositifs de soins entre idéologie et action. L'Harmattan, Paris, 255 p

Berridge V. (1994). Harm Minimisation and Public Health: an historical perspective, in: Heather N., Wodak A., Nadelmann E.A., O'Hare P. Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science, Whurr Publishers, London, 55-64

Boullenger N. (1994). Une expérience d'ethnographie d'intervention. In : Ogien A., Mignon P. (Ed). La demande sociale de drogues. DGLDT-Documentation Française, Paris, 145-150

Caballero F. (sous la direction de) (1992). Drogues et droits de l'homme en France, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond

Camus A., Dodier N. (1994). L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique sur un service d'urgence médicale, CERMES

Carpentier J. (1994). La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Ellipses, Paris, 112 p

Charles-Nicolas A. (1989). Sida et toxicomanie. Répondre. Frison-Roche, Paris, 199 p

Coppel A., Bragiotti L., de Vincenzi I (1990). Recherche action prostitution et santé publique. Rapport final

Coppel A. (1996). Toxicomanie, sida et réduction des risques en France. Vivre avec les drogues, Communications, 62, 75-108

Cousin O. (1996). Les mutations du travail social. De la transformation du public aux changements dans les modes de prise en charge. Sociologie du Travail, 1996, 38,2, 141-161

Curtet F., Davidson F. (1979). Le Devenir des Toxicomanes. Annales Médico-Psychologiques, 9, 889-897

Drucker E. (1993). Prohibition aux Etats-Unis. Les Temps Modernes, n°567,143-150

Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. deuxième rapport de synthèse 1990-1996 (1997). Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, 66 p

Ewald F. (1993). L'Etat Providence. Les Temps Modernes, n°567, 252-255

Gourmelon N. (1997). Les boutiques ou dispositifs "bas seuil" : une nouvelle approche des toxicomanes en tant de sida. Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Association de recherche en sociologie, 101 p

Guerrieri R., Pinell P. (1984). Expérience des drogués et positions institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan. Sciences Sociales et Santé, 2,3-4, 39-65

Isambert F-A. (1996). L'engagement humanitaire et les formes contemporaines de la solidarité, in : S.Paugam (ed) op cit, 101-110

Legrain S. (1995). La personne âgée à l'hôpital universitaire : des adaptations nécessaires, Mémoire de DEA, université paris VII, 112 p

Lert F., Marne M. (1992). Hospital care for drug users with AIDS or HIV infection in France. AIDS Care, 4, 333-338

Mino A., Arsever S. (1996). J'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Calmann-Lévy, Paris, 255 p

Marks A. (1994). Le vent du nord et le soleil. in : Toxicomanies, sida. Droits de l'Homme et déviances. UNESCO, Paris, 11-14 octobre 1994, SOS Drogue International-DGLDT,206-212

Morin M., Obadia Y., Moatti J-P (1997). La médecine générale face au sida. ed INSERM, Paris

Moutin P., Briole G. (1984). Après la drogue. Les devenirs des toxicomanes. Privat, Toulouse, 226 p

Nadelmann E. Réflexions sérieuses sur quelques alternatives à la prohibition (1993). Les Temps Modernes, n°567, 152-184

New York, Londres, Paris. Toxicomanie, sida, exclusion (1993). Les Temps Modernes, n°567

Paugam S. (sous la direction de) (1996). L'exclusion : L'état des savoirs. La Découverte, Paris, 583 p

Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Pr Roger Henrion (1995). Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Documentation Française, 156 p

Schnapper D. Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. in : S.Paugam (ed), op cit, 23-32.

Tonnelet G. (1994). Droits de l'homme, démocratie, citoyenneté, toxicomanes, sida et soins. in : Toxicomanie, Sida. Droits de l'homme et déviances (1994). SOS Drogue International-DGLDT, UNESCO, Paris, 11-13 octobre 1994, 237-244

Toufik A. (1997). Continuité et rupture dans l'histoire de l'auto-support des usagers de drogue en Europe. Prévenir, 32, 127-150

Tremblay R. (1994). in : Toxicomanie, Sida. Droits de l'homme et déviances (1994). SOS Drogue International-DGLDT, UNESCO, Paris, 11-13 octobre 1994, 230-233

Wacquant L. (1996). L'underclass urbaine dans l'imaginaire social et scientifique américain. in : S.Paugam (ed), op cit, 248-262.