

# Vingt ans de non loi, ou les ambiguïtés persistantes de la réduction des risques (1996-2016)

Alexandre Marchant / Docteur en histoire de l'ENS de Cachan

*La réduction des risques (RdR) ne s'est pas insérée sans heurts dans le paysage thérapeutique français et, réalisée après vingt ans de retard par rapport aux premières initiatives en Europe, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, la greffe fut plutôt douloureuse. Vingt ans après l'institutionnalisation de la substitution et la mise sur le marché du Subutex® (au 1<sup>er</sup> janvier 1996), la RdR reste paradoxalement cantonnée dans un statut semi-expérimental que les diverses évolutions législatives depuis n'ont pas vraiment contribué à clarifier.*

## Un consensus sur la nécessité de la RdR né dans la douleur

Si, en 1987, le décret Barzach libérait la vente de seringues et mettait un coup d'arrêt relatif à la pandémie de sida chez les héroïnomanes, ce n'était que la première étape d'une longue marche d'une RdR acceptée par nécessité sanitaire mais accueillie avec beaucoup de scepticisme par les pouvoirs publics comme par une partie du corps médical. Les programmes d'échanges de seringues (PES), visant à limiter les risques de contamination par le sida ou les hépatites, étaient à peine mis sur les rails qu'un rapport officiel commandé en 1992 par le ministre de l'Intérieur Paul Quilès au préfet et ex-commissaire Robert Broussard, le « tombeur de Mesrine », exprimait publiquement une forte réticence à ces programmes, plaidant pour un encadrement si strict qu'il en était presque dissuasif<sup>1</sup>. Et l'on vit ainsi les policiers camper aux abords des pharmacies ou des PES pour se « faire des crânes » et interpellier des usagers porteurs de seringues. En 1993, déplorant une

opération coup de poing de la police dans le quartier de la Goutte d'Or qui s'était soldée par la destruction de l'ensemble des kits de seringue et de prévention distribués la veille par le bus Médecins du Monde (MdM), le Dr Jean-Pierre Lhomme se lamentait sur ces gestes de violence et de sabotage du travail de prévention mené par MdM qui devenait impossible, il précisait : « l'existence même de ce PES est mis en danger »<sup>2</sup>.

Quand ASUD vit le jour en 1992, l'ambition de créer une réplique des « ligues de junkies » néerlandaises qui existaient depuis deux décennies (comme la MDHG, association amstellodamoise d'usagers d'héroïne fondée en 1977) fut vite douchée : les subventions publiques venant de la Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) ne seront versées qu'au titre de la mission d'information et de prévention, dans le but de faire reculer l'épidémie de sida<sup>3</sup>. La prophylaxie du péril infectieux passait avant le projet citoyen – faire accepter l'usager comme citoyen à part entière et plus comme malade – qui était celui des partisans de l'autosupport. La même année, tandis que le congrès mondial sur le sida

<sup>1</sup> Rapport final de la mission Broussard. Archives du ministère de l'Intérieur, CAC 19930395/10.

<sup>2</sup> Dépêche AFP. MDM s'élève contre les violences policières envers les toxicomanes. 19 janvier 1993.

<sup>3</sup> Toufik A. Une première : la place reconnue de l'auto-support des usagers de drogue. Transcriptase 1992 : 8.

à Amsterdam ouvrait les yeux de nombreux militants français, comme Anne Coppel, un ouvrage *Drogue, le défi hollandais*, écrit par I. Stengers et O. Ralet, entreprit de sensibiliser le milieu thérapeutique français à l'empowerment des usagers de drogues, ces derniers devant être considérés comme des partenaires légitimes de la mise en place d'un soin qui les concerne au premier chef<sup>4</sup>. Les partisans de l'approche thérapeutique traditionnelle ne l'entendirent pas de cette oreille et voulurent limiter la publicité de contre-modèle : Ralet étant chargé de recherche aux laboratoires Delagrangé, Olievenstein usa de toute son influence auprès de ses proches pour briser sa carrière, sans toutefois y parvenir<sup>5</sup>.

Quant à l'idée de substitution, seuls quelques médecins généralistes, comme les membres du réseau REPSUD fondé en Île-de-France au début des années 1990, s'étaient aventurés à prescrire des opiacés de synthèse à des patients en grande précarité à qui les idées d'abstinence et de cure par la parole, dominant alors dans le milieu des intervenants en toxicomanie, étaient inaudibles. Les experts tançaient leurs collègues apprentis-sorciers, Nelson Feldman, médecin-psychiatre à Marmottan, lors des journées nationales de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) en mai 1990 : « Nombreux sont les toxicomanes qui viennent à Marmottan afin de faire un sevrage de Néocodion®, d'Antalvic®, de Codéthylène, de Temgésic® ou de Palfium®, produits facilement accessibles en pharmacie ou prescrits pendant des mois par des généralistes. L'idée que le traitement du toxicomane ne doit pas reposer sur un produit a toujours été un pilier du travail clinique. Pourquoi le sida doit-il faire tout basculer ? [...] En donnant accès de façon très large aux traitements de maintenance, l'État s'intègre au groupe de distributeurs d'opiacés, il s'érige dans les quartiers en concurrent des dealers d'héroïne »<sup>6</sup>.

Le sida devait pourtant faire changer les choses. Les expériences de terrain et les arguments des réseaux

comme le REPSUD ou « Limiter la Casse » d'Anne Coppel finirent par convaincre. En 1994, l'ANIT reconnut enfin la nécessité de « changer de cap »<sup>7</sup>. Même Claude Olievenstein finit par reconnaître que la prescription de Temgésic® ou d'autres opiacés synthétiques était la « meilleure soupape de sécurité actuelle » pour répondre aux besoins des toxicomanes, les sauver de la rue ou de la prison : on ne pouvait plus « supporter un système où environ 1 800 usagers simples de drogues sont sous les verrous dans les prisons françaises »<sup>8</sup>. Il ne restait plus aux autorités qu'à s'y convertir à leur tour. Un

changement de majorité politique en 1993 en fournit l'occasion. Après les élections législatives qui imposèrent la Cohabitation, un nouveau plan antidrogue fut annoncé par le gouvernement Balladur.

## Conversion officielle à la RdR : un changement de paradigme mais pas de loi

À côté de la volonté du ministre de l'Intérieur, Charles Pasqua, d'orienter le débat vers la dépénalisation (mais pour mieux la décrédibiliser), le ministère de la Santé jugea plus utile d'orienter le projet de loi vers l'amélioration du volet sanitaire. La nouvelle ministre, Simone Veil, connaissait bien le dossier, puisqu'elle avait contribué à consolider le secteur spécialisé en toxicomanie sous Giscard d'Estaing 20 ans plus tôt, même si ses interlocuteurs d'alors (Claude Olievenstein, Claude Orsel, Francis Curtet, etc.) campaient désormais dans le camp du conservatisme et de l'hostilité aux nouvelles approches thérapeutiques. Son ministre délégué, Philippe Douste-Blazy, médecin cardiologue de formation, se montra sensible aux arguments des médecins généralistes prescripteurs : il se prononcera même en 1994, lors du premier Sidaction organisé à la télévision, pour une « utilisation raisonnable » de la méthadone.

Les premiers signes du changement ne tardèrent pas à se manifester : par décret du 8 avril 1993, la DGLDT passa de l'autorité du Premier ministre à celle du ministre de la Santé. En février 1994, la ministre décida la formation d'une commission de réflexion présidée par le professeur Roger Henrion. Ce dernier, 68 ans, professeur à la faculté Cochin-Port Royal et membre de l'Académie de médecine, avait été fortement sensibilisé à la problématique des drogues par la prise en charge des femmes enceintes séropositives. Rassemblant quelques spécialistes, il énonça d'emblée des objectifs ambitieux : renforcer la surveillance épidémiologique, développer les centres d'accueil à bas seuil (les « boutiques ») et les PES, aborder de front la question de la substitution. Pendant plusieurs mois, les auditions se succédèrent : médecins, acteurs de terrain, juristes, députés... Le contenu du rapport fut discuté dès avant sa publication officielle en 1995 et les tabous tombèrent d'un coup : l'héroïnomanie lancinante depuis une quinzaine d'années avait bel et bien pris les contours d'une « catastrophe sanitaire et sociale » et il était temps de briser les routines thérapeutiques<sup>9</sup>. Toutefois, la révolution ne se fera qu'à moitié. Certains acteurs associatifs ou humanitaires firent part de leur amertume : MdM, par la voix de Bertrand Lebeau, estimait que les saines recommandations de santé publique étaient entravées par l'absence de propositions pratiques pour résoudre la contradiction entre soins et

<sup>4</sup> Stengers I, Ralet O. *Drogues, le défi hollandais*. Paris : Delagrangé, 1992.

<sup>5</sup> Entretien avec Anne Coppel. In : Favereau E. *Nos années Sida, 25 ans de guerres intimes*. Paris : La Découverte, 2006 : 109-22.

<sup>6</sup> Feldman N. *Réflexions sur les traitements de maintenance aux opiacés*. *Interventions (revue de l'ANIT)*, octobre 1990.

<sup>7</sup> ANIT. *Pour une politique française de lutte contre les toxicomanies*. *Changer de cap*. Lyon, ANIT, 1994.

<sup>8</sup> *Le Monde*, 7 octobre 1993.

<sup>9</sup> Henrion R. (dir.) *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Paris : La Documentation française, 1995.



répression posée par la loi de 1970. ASUD regretta également l'absence de remise en question de la loi prohibitionniste, qualifiant même la commission Henrion de « flop » complet<sup>10</sup>. Paradoxalement, cette commission était allée trop loin dans d'autres domaines : fin 1994, elle s'était prononcée, par 9 voix contre 8, pour la dépénalisation du cannabis, considérant que « conserver une sanction pénale qui n'est pratiquement pas appliquée déconsidérerait la Justice aux yeux des adolescents »<sup>11</sup>. Or, le gouvernement Balladur désavoua immédiatement le professeur, affectant ainsi l'autorité du rapport.

On ne touchera donc pas à la loi, à sa force symbolique et à ses principales dispositions. Ce fut par la petite porte des décrets et de la réglementation que les autorités débloquent les réticences sur la substitution et la RdR. En octobre 1994, le ministère de la Santé força les professionnels, les instances ordinales et les milieux universitaires de médecins et de pharmaciens à se prononcer clairement sur les produits de substitution à l'occasion d'une conférence interuniversitaire organisée à la faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry. Au lendemain de la conférence, Simone Veil est interpellée lors de sa visite à l'hôpital Laennec de Paris, on lui reprochait de ne donner la priorité qu'à la méthadone alors que les hôpitaux réclament des crédits supplémentaires pour d'autres missions, elle répondit : « La méthadone n'est pas une priorité mais tous les morts se valent. Les toxicomanes ne sont pas des parias. Je ne trie pas les vies à sauver entre les bonnes et les mauvaises. Si nous ne faisons rien, on va nous rendre responsables de la mort des toxicomanes. Nous voulons sortir de cette situation unique au monde »<sup>12</sup>.

Dès mars 1994, en même temps que le lancement de la commission Henrion, un nouveau protocole méthadone avait été adopté, parallèlement à la création d'une nouvelle commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie se substituant à l'ancienne commission méthadone de 1972 qui, 22 ans durant, avaient piloté les maigres dispositifs « expérimentaux », à Paris, de Fernand Widal, Sainte Anne et, plus récemment, Pierre Nicole. Début 1995, plusieurs circulaires du ministère autorisèrent l'ensemble des 200 centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) à prescrire et délivrer de la méthadone sous forme de sirop. La méthadone reçut son autorisation de mise sur le marché (AMM) en mars 1995 et les laboratoires Mayoli-Springer, puis Bouchara-Recordati, se mirent à fabriquer le remède jadis concocté uniquement par la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris. Puis vint la

reconnaissance officielle des pratiques des médecins prescripteurs : une circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 31 mars 1995 définit le cadre réglementaire de la prescription des opiacés de substitution. L'AMM sur le Subutex®, successeur du Temgésic®, entra en vigueur l'année suivante. Dès lors, les médecins généralistes purent prescrire du Subutex® directement accessibles dans les pharmacies. Les laboratoires Schering-Plough, puis Reckitt-Benckiser, tablèrent initialement sur une production d'environ 10 000 boîtes : ils durent vite s'adapter à des chiffres de vente atteignant rapidement les 100 000<sup>13</sup> ! Les toxicomanes abondaient : la politique de santé publique atteignait son objectif et faisait apparaître ces usagers dont il fallait impérativement s'occuper.

### Faut-il aligner la loi sur les nouvelles pratiques thérapeutiques ?

1996 est donc l'année de l'institutionnalisation de la RdR, reposant sur le pilier de la substitution<sup>14</sup>. Les intervenants en toxicomanie admirent peu à peu le changement de paradigme. L'ANIT fut rebaptisée au début des années 2000 ANITEA, pour prendre en compte le champ émergent de l'addictologie, puis devint en 2011 la Fédération Addiction après fusion avec une autre association professionnelle, la F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie). RdR et Outreach sont désormais les maîtres-mots de son projet associatif<sup>15</sup>.

Les résultats parlaient d'eux-mêmes. Le Subutex® était en 2002 au 11<sup>e</sup> rang des médicaments remboursés par la Sécurité sociale. La mortalité par overdose diminua drastiquement en très peu de temps. Entre 1996 et 2003, d'après l'économiste Pierre Kopp, la substitution permit « une économie d'un nombre de vies compris entre 2 392 et 4 750, soit une moyenne de 3 481 vies sauvées, pour un coût total de 1,6 milliard d'euros dépensés en traitement, soit un coût par vie sauvée compris entre 336 000 euros et 668 000 euros, ou encore entre 11 200 euros et 22 266 euros par année de vie sauvée avec une espérance de vie de 30 ans après traitement »<sup>16</sup>. L'investissement valait le coup. De même, les probabilités de contamination par le sida baissèrent en raison de l'abandon de la pratique de l'injection, la méthadone comme le Subutex® se prenant sous forme orale de comprimés ou de sirop. Enfin, la stabilisation sociale et le suivi thérapeutique offerts aux patients tendaient à les extirper du monde criminel dans lequel ils évoluaient jusqu'alors.

Dans le même temps, les autorités commencèrent à sortir de la rhétorique de la dramatisation qui caractérisait le débat public depuis la fin des années 1960. La mission

<sup>10</sup> Libération. *Le monde associatif déçu par le rapport Henrion sur la toxicomanie*. 9 février 1995.

<sup>11</sup> Impact Médecins, 10 février 1995.

<sup>12</sup> *Le Panorama du Médecin*, octobre 1994.

<sup>13</sup> Auge-Caumon MJ, Bloch-Laine JF, Lowenstein W, Morel A. *L'accès à la méthadone en France*. Paris : La Documentation française, 2002.

<sup>14</sup> Bergeron H. *op. cit.*, chapitre 4 : 268-76.

<sup>15</sup> Marchant A. *La difficile greffe de l'outreach en France*. *Swaps* 2013 ; 2,71 : 9-1.

<sup>16</sup> Kopp P. *L'Économie de la drogue*. Paris : La Découverte, 2002 : 97-8.

interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), reprenant le flambeau de la DGLDT en 1996, changea sensiblement de discours sous la présidence de Nicole Maestracci de 1998 à 2002. Magistrat, juge d'application des peines en Seine-Saint-Denis dans les années 1990, cette dernière souhaitait poser de nouvelles bases au dialogue toujours difficile entre médecins et magistrats, tout en faisant reposer la politique française de la drogue sur de véritables fondements scientifiques. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), fondé en 1995, vit son rôle renforcé avec la construction de nouveaux outils quantitatifs pour évaluer l'ampleur des consommations et l'arrivée de nouveaux produits sur le marché : réseau Trend, projet Sintes... « Connaître, savoir et comprendre » était la formule clef du plan triennal d'actions que la MILDT lança en 1999. Une brochure de vulgarisation à destination du grand public, *Savoir plus, risquer moins*, fut imprimé à cinq millions d'exemplaires et diffusé dans les centres de soins et de documentation publics<sup>17</sup>. La réduction des risques devenait ainsi une démarche assumée officiellement.

Il s'agissait désormais de cesser de parler de la toxicomanie comme d'un fléau irrationnel propre à justifier une chasse aux sorcières, mais de montrer plus objectivement l'étendue des pratiques addictives dans la société, si besoin était en établissant un continuum entre les drogues illicites, les drogues licites pharmaceutiques (médicaments détournés) et les « drogues » légales que sont l'alcool et le tabac. Cette volonté transparaissait ainsi dans les conclusions d'un autre rapport important sur la dangerosité des produits. En 1998, Bernard Kouchner, nouveau ministre de la Santé, commandait au professeur Bernard Roques, pharmacologue, un état des lieux de la littérature scientifique sur cette question. Le rapport introduisit de fait une nouvelle classification des produits, se substituant à celle, désormais surannée, sur les effets des drogues, établie jadis par Jean Delay et

Pierre Deniker en 1957. La nouvelle échelle prenait en compte les risques de dépendance physique et psychique, la neurotoxicité et la dangerosité sociale des produits (marginalisation ou tendance à développer des conduites violentes ou à risques). La conclusion sonnait comme un coup de tonnerre : le cannabis serait bien moins dangereux que l'alcool et le tabac<sup>18</sup>.

La frontière entre substances licites et illicites était ainsi enfoncée. Était-ce aussi la fin de l'utopie « d'une société sans drogue », comme se le demandait Anne Coppel dans un de ses ouvrages en 2002<sup>19</sup> ?

## Quand l'esprit nouveau se heurte à l'absence de lois et à l'impossibilité d'en avoir de nouvelles

Mais l'euphorie fut de courte durée, car il ne fallait pas oublier deux écueils majeurs. Le tournant de 1996 s'est fait dans les règlements, les pratiques, les esprits... nullement dans la loi. La RdR n'était toujours qu'un dispositif expérimental. Une avancée significative eut cependant lieu en 2004. La loi de Santé publique cette année-là insérait enfin l'expression de RdR dans les textes législatifs. Portée par la MILDT et le ministre de la Santé Jean-François Mattéi, la loi permit la création rapide des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), avec une redoutable efficacité puisque cette introduction à la marge du principe de la RdR n'entraîna pas de médiatisation excessive et ne laissa pas le temps de sédimenter d'éventuels clivages et débats politiques. La MILDT entreprit ensuite de rédiger, à destination des préfets et en vue de l'application de la loi, le référentiel de cette dernière, en consultant les associations. Toutefois cette révolution de velours, dont nous mesurons encore aujourd'hui l'impact éminemment positif, admettait une limite – toujours la même depuis plus de 40 ans – : la loi de 1970, pilier de la politique antidrogue française, demeurait inchangée. Le deuxième écueil provient, aujourd'hui comme hier, de la façon dont les usagers eux-mêmes peuvent appréhender la substitution, seule expression de la RdR véritablement validée législativement, la loi de 2004 disposant que la RdR devait « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques »<sup>20</sup>. Cette dimension est souvent mal vécue par les associations d'autosupport, n'y voyant que médicalisation et prophylaxie, et surtout par les patients substitués dont les témoignages sont parfois amers<sup>21</sup>.

## La substitution médicalisée n'est pas sans contraintes...

La RdR ne pourrait sortir de ce cadre expérimental et médical que si la loi de 1970, d'esprit prohibitionniste, ne tolérant aucune forme d'acceptation sociale des stupéfiants, changeait. Or la seule tentative récente de la faire évoluer a fait chou blanc. C'était en 2003. L'année précédente, le médecin Didier Jayle, qui s'était illustré dans les domaines du sida et de la toxicomanie comme président du Centre régional d'information et de prévention (CRIPS) d'Île-de-France depuis 1988, avait été nommé président de la MILDT. Voulant marcher dans les pas de Nicole Maestracci, gagnant à sa cause le ministre de la Santé Jean-François Mattei, il parvint à lancer un vaste débat

<sup>17</sup> Coppel A, Doubre O. *Drogues : sortir de l'impasse ; expérimenter des alternatives à la prohibition*. La Découverte, 2012 : 29-32.

<sup>18</sup> Roques B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob, La Documentation française, 1999.

<sup>19</sup> Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La Découverte, 2002.

<sup>20</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 12 (Légifrance.fr).

<sup>21</sup> Courrier envoyé à ASUD en 2000, retrouvé dans les archives privées de Jimmy Kempfner. Des extraits de ce courrier ont été reproduits dans la version en ligne de cet article sur le site vih.org.



sur la politique française de la drogue : des auditions furent organisées par une commission d'enquête parlementaire constituée au Sénat et parrainée par la MILDT<sup>22</sup>, permettant de dégager des pistes pour l'atténuation du cadre répressif de la loi, notamment sur la contraventionnalisation du délit d'usage du cannabis. Hélas, la révolution ne se fit pas. La surmortalité de la canicule de l'été 2003 emporta le ministre de la Santé, jugé trop indolent par l'opinion, ruinant d'un seul coup l'effet d'entraînement.

## La permanence du consensus médicorépressif

Didier Jayle, déjà nommé contre l'avis du clan Sarkozy qui voulait à sa place un magistrat à poigne comme le « juge drogue » Bernard Leroy, nageait en vérité à contre-courant. Il ne put rien contre l'émergence d'un climat de « croisade morale » contre le cannabis : le gouvernement décidait sciemment de capitaliser sur les angoisses du public et du faire du débat sur la toxicomanie un symbole du laxisme du précédent gouvernement<sup>23</sup>. En 2007, il fut froidement remercié et remplacé par Étienne Ataire, ancien membre du cabinet du ministre de l'Intérieur, devenu entre-temps président de la République. Le nouveau credo fut la « tolérance zéro »<sup>24</sup> ; ASUD sortit de la liste des associations subventionnées entre 2007 et 2012 ; Jean-Michel Costes fut rudement remercié de ses années de service à la tête de l'OFDT, conséquence, selon l'intéressé, de sa résistance à la volonté du gouvernement, via la Mission, de contrôler les chiffres sur la toxicomanie produit par l'Observatoire, organisme scientifique indépendant<sup>25</sup>... Tandis que le renouveau, depuis, d'une tendance lourde à l'incarcération des usagers provient d'une autre mesure phare de l'époque Sarkozy : les « peines planchers », instaurées par la loi sur la récidive du 10 août 2007, conduisent massivement à la prison des toxicomanes pour des délits de petite délinquance associés à leurs pratiques de consommation ou de petit trafic.

L'ambiguïté demeure pour autant car le statu quo des années 1990 en matière de politique de soin demeurent en l'état. L'alternance de 2012 n'a guère mis fin pour l'heure à l'étrange tandem consensus répressif – RdR médicalisée et expérimentale. La tête de la MILDT a changé, avec Danièle Jourdain-Menninger, ancienne inspectrice des affaires sociales, ancienne membre du cabinet de Lionel Jospin à Matignon, mais l'équipe reste la même et l'Exécutif ne veut surtout pas prendre à rebrousse-poil une opinion publique de plus en plus crispée sur le

sujet. À situation législative non clarifiée, situation à jamais confuse. Dernier exemple en date : sur la base d'exemples étrangers (canadiens ou suisses), la MILDT a accompagné le projet de création de salles de consommation à moindre risque (SCMR) sous contrôle médical. Matignon a donné son feu vert début 2013. Ultime étape d'une logique de RdR, il s'agit de capter et « d'intéresser » aux soins une population fuyante, et donc « invisibilisée », mais pourtant en grande précarité<sup>26</sup>. Cependant, le projet porté à Paris par l'association médico-sociale Gaïa, qui gérait déjà un PES et un bus méthadone, a été stoppé fin 2013 pendant près de trois ans à la suite d'un avis du Conseil d'État, lui-même saisi par le ministère de la Santé voulant soudainement vérifier les garanties juridiques du dispositif : pareille démarche rentrait en contradiction avec les principes prohibitionnistes de la loi de 1970. Il a fallu trouver le subterfuge de l'inscription de l'expérience des SCMR pour une durée provisoire de six ans dans un avant-projet de loi Santé fin 2015 pour que la situation soit finalement débloquée et que la salle parisienne ouvre cet automne<sup>27</sup>.

Il est fort à parier que ce type de configuration se reposera à l'avenir tant que la loi de 1970 restera intacte et tant que la RdR restera cantonnée dans le domaine des expérimentations marginales légitimées au cas par cas à coups de décrets, règlements et d'ajouts provisoires dans des textes législatifs périphériques. Vingt ans après, le tournant de 1996 n'est toujours pas pleinement assumé.

<sup>22</sup> Plasait B, Olin N. *Rapport (n°321) de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*. Paris : Documents parlementaires, Sénat, 2003.

<sup>23</sup> Peretti-Watel P. *Cannabis, Ecstasy : du stigmatisme au déni : les deux morales des usages récréatifs des drogues illicites*. Paris : L'Harmattan, 2005.

<sup>24</sup> Coppel A, Doubre O. *op. cit.* : 37-41.

<sup>25</sup> *Le Nouvel Observateur*, « Drogues : le gouvernement veut contrôler les chiffres », 15 avril 2011.

<sup>26</sup> Couteron JP, Chappard P. *Salles de shoot. Les salles d'injection supervisées à l'heure du débat français*. Paris : La Découverte, 2013.

<sup>27</sup> *Le Monde*, 11 octobre 2016, « Le long périple du projet de salle d'injection à Paris avant son ouverture ».