



**Santé
Réduction des Risques
Usages de Drogues**

SWAPS n° 31



Point de vue

Réduction des risques en France : comment gérer la crise ?

par Bertrand Lebeau

Président de la Clat2, Bertrand Lebeau nous livre ses réflexions personnelles sur la situation actuelle et les perspectives de la réduction des risques en France.

La Clat2 est derrière nous et ce fut un succès. Elle témoigne de la naissance en Europe d'un pôle latin de la réduction des risques. Car il existe entre les acteurs des pays d'Europe du Sud un grand nombre de préoccupations communes. Pourtant, les politiques de santé, en tant que telles, restent fortement inscrites dans les cadres nationaux, en particulier en termes de financement, de liens avec les collectivités territoriales, d'organisation. C'est donc sur la situation française que je souhaite m'appesantir.

Définitions multiples

Après avoir rencontré tant de succès dans les années 90, la réduction des risques (RdR) est aujourd'hui dans une situation très difficile, tant d'un point de vue politique qu'institutionnel. En France, elle présente plusieurs caractéristiques qui méritent d'être rappelées. Elle est née tardivement -au début des années 90- et a été portée par un fort engagement militant, associatif et bénévole comme en témoignent le rôle à la fois réel et symbolique de l'autosupport ou l'engagement de Aides ou de Médecins du monde. Au cœur de cet engagement, il y avait une question sanitaire et une question sociale : la prévention du VIH parmi les injecteurs de drogues et l'accès aux soins des toxicomanes marginalisés. De fait, la réduction des risques, dans sa définition la plus étroite, s'est incarnée administrativement dans deux types de dispositifs : les programmes d'échange de seringues et

les boutiques, que l'on regroupe habituellement sous le nom générique de "première ligne".

Il existe une deuxième définition, plus large, de la réduction des risques comme nouveau paradigme général dans le champ du soin aux toxicomanes, y compris le "soin avancé" qu'est la première ligne. Paradoxalement, la commission sénatoriale d'enquête retient cette définition et aborde la question des traitements de substitution dans le chapitre consacré à la RdR¹. Mais c'est pour mieux "charger la barque". Quoi qu'il en soit, c'est bien le mouvement de mobilisation du début des années 90 qui a été l'acteur majeur du développement des traitements de substitution. Preuve que la réduction des risques concernait aussi le soin en tant que tel. Mais des différences dans l'origine du financement au sein même de la Direction générale de la santé (la première ligne relevant du sida et les CSST* de la lutte contre la toxicomanie), dans le recrutement des équipes (plus issues du "milieu" pour la première ligne, plus médico-psycho-sociales pour les CSST), et enfin dans la loi du 2 janvier 2002 qui sépare première ligne (qui reste financée par l'Etat) et soin (qui relève désormais d'un financement par la Sécurité sociale), ont contribué à maintenir une césure dont le danger est qu'elle s'approfondisse.

Il existe enfin une troisième définition, la plus large, de la réduction des risques, et qui inclut une critique de la prohibition des drogues, des lois nationales et des conventions internationales. Il s'agit alors de réduire les risques et les dommages liés aux politiques de drogues elles-mêmes, mais aussi d'évaluer autrement le rôle des drogues dans nos sociétés. La RdR comme mouvement ne s'est, certes, jamais complètement confondue avec la cause antiprohibitionniste mais elle en a toujours été proche. Beaucoup d'acteurs étaient conscients du danger que recelait cette proximité, et qui permet aujourd'hui à ses détracteurs de dire que la réduction des risques, légitime combat pour la santé publique, a été détournée de son objet pour devenir sinon apologie en tout cas discours complaisant sur les drogues. Or, à partir des années 96-97, l'intervention dans les rave parties va ouvrir un nouveau champ de mission aux "militants de la réduction des risques", et donner de la gaîté et de la jeunesse à un mouvement jusque-là d'abord préoccupé de toxicomanie et de sida, donc aussi de deuils et de morts.

Une politique victime de son succès

Sur le front du sida, comment s'en plaindre, la réduction des risques a été victime de son succès. Les résultats de la prévention du VIH parmi les injecteurs et la révolution dans le traitement du sida à partir de l'arrivée des antiprotéases (1996) ont permis aux traitements de substitution de remplir une de leurs fonctions : favoriser l'accès aux soins. Dans la conscience publique, et pour des raisons objectives, la menace du sida s'est éloignée.

Mais on ne doit jamais oublier, même si ce constat est cruel, que sans cette menace la RdR n'aurait pas connu le succès. A l'inverse, la réduction des risques semble aujourd'hui impuissante à maîtriser l'épidémie de VHC parmi les injecteurs. Ce constat n'est pas seulement français, il est international. Mais il fait violemment contraste avec le VIH.

Il reste bien entendu des traces de cet enjeu. Les sénateurs, qui se gardent bien d'oublier que le sida a été la cause du mouvement, en témoignent à leur manière, tout comme Nicolas Sarkozy qui commence son intervention devant la commission sénatoriale en rappelant avec habilité que la réduction des risques a été mise en place par des gouvernements de droite². Mais ce qui constituait l'un des facteurs les plus puissants de la mobilisation n'est plus. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il n'y a plus de contamination VIH, y compris par partage de seringues, ou que l'accès à la prévention et aux soins est partout exemplaire. Mais le sida a cessé de jouer le rôle de moteur historique qui a été le sien.

Le travail en direction des toxicomanes marginalisés se heurte à de lourdes difficultés. Tout d'abord, les équipes les plus militantes se sont épuisées face à la misère sociale mais aussi à la violence. Par ailleurs, ces équipes militantes sont parfois peu "professionnalisées" et donc plus fragiles. Celles qui sont solidement arrimées à un "secteur d'aval", type CSST, s'en sortent. Les autres sont souvent dans la souffrance et l'isolement. Les coopérations constructives avec les acteurs sanitaires mais aussi répressifs leur manquent, tout spécialement en cas de coup dur, et ces dernières années n'en ont pas été avares. L'arrivée de nouvelles populations en grande déshérence, par exemple les jeunes toxicomanes venus d'Europe centrale et orientale, ajoute à la difficulté. Comment répondre à une demande sans cesse croissante ? La montée en puissance des préoccupations sécuritaires (nuisances, incivilités, délinquance, violence) dans la société française ont mis profondément en porte-à-faux l'un des points cruciaux de la "vulgate" de la RdR, selon laquelle cette politique profitait non seulement aux usagers de drogues mais à l'ensemble de la population. Force est de constater que cette affirmation est restée un vœu pieux. Les acteurs de la RdR y ont leur part de responsabilité, pour avoir longtemps gardé comme des secrets les difficultés de toutes sortes qui assaillent les équipes de première ligne.

Absence de perspectives

Enfin, la fibre radicale et antiprohibitionniste du mouvement le met dans une situation difficile face à la nouvelle donne politique issue des élections de 2002. L'absence de relais politique, mais aussi de perspectives, est criante. De fait, face aux grands débats qui vont s'ouvrir, à commencer par la modification de la loi de 70, les positions restent dispersées et peu audibles. Nous avons oublié que les politiques de drogues dépendent de

conditions politiques plus générales. Nous avons cru trop vite que certaines notions "scientifiques" étaient acquises pour toujours. Il n'en est rien.

De ce point de vue, l'extension des attributions de la Mildt au tabac, à l'alcool, aux médicaments psychotropes et aux produits du dopage, suite au rapport Roques (1998), montre ses limites. Son intérêt politique, auquel ne se résume certes pas l'affaire, était précisément de contourner la question de la loi. Et c'est dans ce cadre contraint que Nicole Maestracci a tenté de construire une politique publique cohérente. Il s'agissait donc aussi d'oublier qu'il y avait plus qu'une légère nuance entre les substances légales et celles qui sont interdites. Cette construction était forcément fragile. Cela ne veut pas dire que ce regroupement était purement factice et que l'addictologie est une invention sans objet. L'idée qu'il existe des mécanismes neurobiologiques communs aux différentes substances psychoactives et, au-delà, aux différents comportements addictifs est convaincante. Et les consommateurs mélangent bien les produits légaux et illégaux.

Mais, une fois affirmée l'unité du champ, les questions sociales, politiques et juridiques ne disparaissent pas. Quelle lutte contre le crime organisé et le grand trafic ? Quel statut pour le simple usager ? Pour l'usager-revendeur ?... Un exemple : à force de tenir un discours "dédiabolisant" sur le cannabis, on a un peu oublié les nuisances provoquées par le trafic de haschisch dans les cités et les personnes qui subissaient directement les intimidations, les insultes, la peur. La réponse, je la connais : il faut légaliser le cannabis. Oui, mais cela ne semble pas être pour demain matin, et que faire en attendant cette hypothétique légalisation ? Ne nous y trompons pas : au-delà du cannabis, la question de la lutte contre le trafic se pose à tout gouvernement.

Peut-être payons-nous aussi le prix d'une conjonction historique entre le développement de la réduction des risques et, à partir du milieu des années 90, l'augmentation massive des consommations de cannabis et de stimulants (cocaïne, ecstasy), donnant le sentiment que le discours de la RdR accompagnait, cautionnait, voire favorisait cette augmentation. Après tout, beaucoup d'entre nous sont convaincus que les drogues peuvent être, suivant les cas, un bien ou un mal, et nous aurions tout intérêt à soutenir publiquement cette position. Mais elle suppose de prendre au sérieux les usages problématiques, en particulier ceux qui mettent en danger la vie ou la sécurité d'autrui: conduite de véhicules, postes de travail, etc. Sinon, nous risquons de voir disparaître de fragiles acquis (la distinction entre les différentes drogues, entre usage, abus et dépendance, etc.) pour nous retrouver dix ans en arrière face à "la drogue: l'autre cancer".

Si la prohibition (à l'exception probablement de celle du cannabis) a

vocation à perdurer, alors la question qui se pose est : quelle gestion de cette prohibition, de ses bénéfices et de ses coûts ? De ce point de vue, le découplage entre usage et trafic reste une vue de l'esprit. A un gouvernement tolérant en matière d'usage et mou en matière de lutte contre le trafic succède un gouvernement dur envers les usagers et actif en matière de lutte contre le trafic. L'argument central de Nicolas Sarkozy est précisément de postuler un continuum de la production à l'usage via le trafic, ce qui permet de tenir un discours "clair"³. Est-il possible d'échapper à ces grandes simplifications en affirmant qu'on peut à la fois être tolérant en matière d'usage et déterminé en matière de lutte contre le trafic ? Qu'on peut être attentif aux enjeux de santé publique et de politique sociale mais ferme sur les questions de nuisance et d'usage mettant en danger la vie d'autrui ?

Crise de la référence au sida, crise du travail en direction des toxicomanes marginalisés, crise de cette "culture de la réduction des risques" qui, comme un "esprit du temps", a plané, au-delà des alternances politiques, sur les années 90. Triple crise donc, qui mérite autre chose et plus que la dénonciation de la réaction et du conservatisme. Une défense intransigeante des acquis assurément, mais avec un zeste d'examen critique.

*Centres de soins spécialisés en toxicomanie

1 - Commission sénatoriale d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, chapitre V "une politique de réduction des risques aujourd'hui inadaptée aux nouveaux modes de consommation", tome I, p.307-333.

2 - Commission sénatoriale, tome II, audition de Nicolas Sarkozy, p. 539-561

3 - Commission sénatoriale, tome II, audition de Nicolas Sarkozy, p. 539-561