



Chapitre 1

ALLER À LA RENCONTRE DES USAGERS DE DROGUES : POUR QUOI FAIRE ?

À chaque apparition de nouvelles consommations de drogues, des chercheurs et des praticiens sont allés sur le terrain au-devant des usagers: morphine des années 1880, héroïne dans les ghettos américains de la fin des années cinquante, « grande épidémie » à la fin des années soixante, épidémie de sida à partir du milieu des années quatre-vingt. Chercheurs et praticiens voulaient comprendre, ils voulaient aussi rechercher avec les usagers de drogues les réponses qui, en termes de soins ou de prévention, leur convenaient. Parce qu'il appartient à l'usager de protéger sa santé, celui qui a en charge la prévention (et le soin) doit instaurer un dialogue avec l'usager. Il faut « parler vrai », c'est une condition nécessaire, il faut aussi prendre en compte les façons de faire, de penser, de dire. Le principe qui fonde la réduction des risques, c'est la négociation avec les usagers de drogues.

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES, c'est les connaître, c'est aussi connaître les pratiques. Comment fait concrètement un usager lorsqu'il consomme des drogues ? Que sait-il des risques qu'il prend ? Que signifie le risque pour lui ? Que peut-il modifier ? La particularité de la réduction des risques, c'est de construire les réponses avec l'usager puisque c'est lui, et nul autre, qui peut réduire les risques de ses pratiques. Encore faut-il entrer en relation. Sous une formulation quelque peu anodine, aux résonances vaguement boy-scouts, « aller à la rencontre » suppose un bouleversement radical des

relations que la société entretient avec les usagers de drogues. Aller à la rencontre, c'est renoncer à traquer les usagers de drogue, à quoi se résume l'essentiel de l'action menée sur le terrain. Ce n'est pas non plus imposer la bonne parole. Aller à la rencontre, c'est accepter le principe d'un échange, que ce soit pour connaître ou pour agir. À plusieurs reprises au cours de l'histoire récente des drogues, des chercheurs sont allés au-devant des usagers de drogues : ils voulaient comprendre. Des praticiens les ont parfois rejoints : ils voulaient comprendre, ils voulaient aussi rechercher avec les usagers quel traitement pouvait les aider et comment le mettre en œuvre.

Morphinomanes et morphines du XIX^e siècle, premier mystère

L'observation du terrain n'est pas une pratique nouvelle, elle est même à l'origine de l'histoire de la toxicomanie. Les médecins du XIX^e siècle ont observé les consommations de morphine ou de cocaïne échappées du cabinet médical. Ils ont relevé le curieux penchant des intoxiqués à former des sociétés particulières et ils se sont attachés à décrire leurs mœurs. Selon la méthode clinique, ils ont attentivement interrogé le patient et leur observation a été d'autant plus pénétrante qu'ils ont été les premiers expérimentateurs et les premières victimes de la morphine ou de la cocaïne. Mais l'observation participante n'a pas, au XIX^e siècle, le statut de méthode scientifique. Le regard clinique se veut détaché de toute subjectivité, et l'action, prévention ou soin, se veut tout aussi objective. La prévention, fondée en science et en morale, ne se discute pas. Au reste, l'observation du terrain finit par être délaissée. Au tournant du XX^e siècle, les médecins ont acquis une conviction : le toxicomane est l'esclave de son produit. Aller sur le terrain n'est d'aucune utilité pour connaître : la clinique individuelle suffit à décrire la maladie.

Années cinquante, les recherches des sociologues de la déviance

Aller sur le terrain au-devant des usagers de drogue, c'est supposer *a priori* que les usagers de drogues ont des raisons, bonnes ou mauvaises, d'agir comme ils le font. Comme tous les êtres humains, les usagers de drogue détiennent sur eux-mêmes des clés dont on ne peut faire l'éco-

nomie si l'on veut comprendre leur conduite : ils connaissent comment ils agissent, les buts qu'ils se donnent, les obstacles dont ils tiennent compte. Telle est la problématique des sociologues américains qui, à partir des années cinquante, entreprennent de comprendre ce que vivent les usagers de drogues. Par leurs ambitions et leurs méthodes, ces sociologues sont, directement ou indirectement, les héritiers de l'école de Chicago. Dans les années vingt, des chercheurs, des praticiens, des journalistes avaient réuni leurs compétences pour décrire ce qu'ils ont appelé l'« écologie urbaine », la mosaïque d'individus qui construit la ville moderne. Comment vivent et coexistent l'immigré, le commerçant, le vagabond ? Si les quinze mille lettres échangées entre immigrants polonais, l'histoire de vie d'un vagabond, l'observation de la vie quotidienne d'un quartier ou d'une bande de jeunes deviennent des objets de recherche, c'est que la société se construit dans la confrontation des expériences individuelles. Pour les sociologues de l'école de Chicago, société et individu ne s'opposent pas puisque la société est faite d'individus interdépendants. Comprendre comment l'acteur « perçoit la situation, les obstacles qu'il croit devoir affronter, les alternatives qu'il voit s'ouvrir devant lui », tel est selon Howard Becker le projet de l'école de Chicago¹. Telle est la perspective que ce sociologue de la déviance adopte pour décrire l'usage de marijuana par les musiciens de jazz des années cinquante ou lorsqu'il publie en 1961 l'autobiographie d'une héroïnomanie Janet Park, sous le titre *La Confrérie fantastique*². Une porte s'ouvre sur cet univers opaque, parce que Janet Park a su trouver les mots de son histoire.

Encore fallait-il démontrer que la conduite de l'utilisateur de drogue n'est pas entièrement dictée par le produit. Une recherche de Lindesmith publiée en 1947 est à l'origine de toutes les approches sociologiques anglo-saxonnes³. Avec des entretiens menés auprès de quarante-sept toxicomanes, Lindesmith montre qu'il ne suffit pas d'avoir consommé morphine ou héroïne pour devenir toxicomane. Être toxicomane est le résultat d'un apprentissage où interagissent le produit, la personne (ou plus précisément son état d'esprit), le contexte, selon la traduction donnée en français à l'équation *drug, set and setting*. L'héroïne

1. La citation d'Howard BECKER est extraite de l'introduction à *The Jack-Roller*, Clifford R. Shaw, et publiée en français sous le titre « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, « L'illusion biographique », juin 1986, p. 62-63.

2. CLARK J., *La Confrérie fantastique, autobiographie d'une droguée*, Denoël Gonthier, Paris, 1972 ; trad. *The Fantastic Lodge*, The Chicago Area Project, 1961. L'article de Howard BECKER, « Comment devenir un fumeur de marijuana » a été publié dans *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985.

3. LINDESMITH A., *Addiction and Opiates*, Adline, Chicago, 1947.

consommée au quotidien sur des années, l'héroïne consommée intensivement par les GI au Vietnam, l'héroïne consommée occasionnellement dans les fêtes n'ont ni les mêmes effets ni les mêmes conséquences.

Les toutes premières recherches de terrain aux États-Unis commencent dans les années cinquante avec l'apparition de nouveaux héroïnomanes qui n'ont pas grand-chose à voir avec la génération précédente. Avant la dernière guerre mondiale, les morphinomanes ou héroïnomanes américains étaient majoritairement des adultes blancs, issus des classes moyennes, tandis que l'après-guerre voit surgir dans les ghettos des jeunes Blacks, arrogants, frimeurs et flambeurs, aimant les belles chaussures, la musique et l'héroïne. À Chicago, ils s'appellent eux-mêmes les *cool cats*⁴. Pourquoi ces jeunes s'engagent-ils dans un chemin qui les condamne, selon les convictions communes, à une déchéance inéluctable ? Pour les policiers et les juges, ces jeunes sont simplement des délinquants ; pour les psychiatres, ce sont des psychopathes au comportement antisocial, peut-être même des psychotiques. La prison est d'abord la seule réponse mais, dès les années cinquante, des approches compréhensives entrent en concurrence avec la répression. Les premières recherches de terrain s'inscrivent dans une sociologie de la déviance qui s'attache à donner un sens à ces conduites paradoxales⁵. Pour Finestone, un des premiers sociologues à entreprendre une recherche de terrain, les *cool cats* de Chicago ne sont pas des malades, ce sont les enfants d'une première génération de citadins noirs qui expérimentent dans la déviance des libertés individuelles que leurs parents ne peuvent leur transmettre mais qui sont requises pour s'adapter à la société urbaine. Dix ans plus tard, en 1969, Prebble et Casey, deux ethnographes new-yorkais, décrivent un tout autre mode de vie. Les héroïnomanes noirs se sont organisés : leur vie est consacrée à trouver des ressources, à « faire du business », *taking care of business*, avec les différentes stratégies qui permettent d'assurer le maintien de la consommation⁶. Les jeunes des années cinquante sont devenus des adultes, adaptés aux conditions de vie des ghettos. Parallèlement, de nouvelles générations de jeunes s'engagent à leur tour dans ces consommations interdites. Tous ne sont pas noirs ou chicanos, il y a aussi des jeunes Blancs d'origine populaire, tels les Hell's Angels. À la fin des années soixante, après les musiciens de jazz, après les

4. FINESTONE H., « Cats, Kicks and Cool Problems », 1957, p. 3-13.

5. Pour une introduction à ces travaux, voir OGIEN A., *Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine*, document du Groupement de recherche, *Psychotropes, Politique et société*, n° 5, avril-juin 2000.

6. PREBBLE E. et CASEY J., « Taking Care of Business ; the Heroin User's Life on the Street », *International Journal of the Addiction*, 4, 1969, p. 1-24.

poètes de la *beat génération*, c'est le tour de jeunes issus des classes moyennes, et ceux-là revendiquent haut et fort leur consommation de drogues. Ils veulent une autre société et entendent faire la révolution avec les drogues. Des praticiens rejoignent alors les chercheurs : l'incarcération et la désintoxication forcées ne sont pas efficaces. Il faut trouver autre chose.

1967-1968, la « grande épidémie »

Deux actions préfigurent celles qui sont menées aujourd'hui. L'une s'expérimente dans la folie de l'été de l'amour (*summer of love*) en 1967 à Haight-Ashbury, un quartier de San Francisco, l'année d'or du mouvement hippy où des mômes chevelus, en jeans éliminés, chemises indiennes ou ponchos à franges, s'émerveillent : pendant tout Fété, la vie fut une fête permanente⁷. L'autre commence en 1968 dans le ghetto noir de Chicago, en guerre pour les droits civils. Deux lieux symboliques, l'un de la drogue de la contre-culture, l'autre de l'héroïne des pauvres. Ces deux actions sont très différentes par leur histoire mais toutes deux s'inspirent de cette médecine hors la loi (*outlaw*) que les militants des droits civils organisent pour tous ceux qui sont rejetés de la médecine officielle. Toutes deux se réclament à la fois de la santé publique et de la démarche communautaire, toutes deux associent populations concernées et acteurs professionnels ou bénévoles selon des configurations propres à l'histoire de chaque expérience.

L'année 1968 voit Eldridge Cleaver, militant des Black Panthers, se porter candidat à la présidence. Dans les quartiers noirs de Chicago, la répression est violente ; des milliers de manifestants sont brutalisés et arrêtés par la police tandis que le ghetto doit faire face à ses plaies ; l'épidémie d'héroïne est l'une d'entre elles. Dans un mouvement de solidarité avec les ghettos, un médecin, psychiatre, le Dr Hughes, part à la recherche du traitement de la dépendance à l'héroïne. L'action s'inscrit dans la logique des actions communautaires des zones urbaines défavorisées. Pour amener les héroïnomanes au traitement, des équipes de rue sont créées, elles comprennent des héroïnomanes appartenant au quartier. C'est l'invention de l'*outreach* ou équipes de rue qui ont pour mission d'atteindre les exclus des services sanitaires ou sociaux. Parce

7. Haight-Ashbury est un quartier ouvrier de San Francisco qui fut investi pendant près de quatre années par les hippies. 1967 a été le premier *summer of love*, enterré « officiellement » en octobre, mais les étés magiques se succèdent néanmoins ; ils renaissent avec le mouvement techno en 1987, *revival* de l'« été d'amour ». Voir BOUYXOU J.-P. et DELANNOY P., *L'Aventure hippie*, Éditions du Léopard, Paris, 1995.

que l'action sert de référence à la prévention du sida chez les usagers de drogues, nous la raconterons précisément dans ce chapitre⁸.

À Haight-Ashbury en 1967, un étudiant en médecine, David Smith, tente de faire hospitaliser un usager de drogue en déroute. En vain. L'hôpital psychiatrique ne veut pas de ces contestataires. La psychiatrie officielle ne connaît pas bien les effets des drogues, elle ne s'intéresse pas au traitement de la toxicomanie. David Smith décide d'organiser un accueil sur place, dans les concerts ou sur le campus de l'université, là où les jeunes se rassemblent. Une trentaine de volontaires s'associent pour répondre aux premières urgences, des bobos aux crises d'angoisse en descente de LSD ou d'amphétamines. Les demandes affluent. Les enfants-fleurs (*flowers children*) sont parfois en grande détresse mais ils ne veulent pas pour autant renoncer à l'usage de drogue, qui, dans la contre-culture, libère la conscience du conditionnement social. Leur slogan, « Mieux vivre avec des drogues » (*Better living through chemistry*), fait des victimes, et les militants des *free-clinics* s'efforcent de combattre mauvais trips et maladies vénériennes avec pour principe que l'amour a besoin de soin (*Love needs care*), mais les *free-clinics* n'imposent pas de désintoxication⁹. Leur principe est de respecter les choix de ceux qui les sollicitent. « Soigner ceux qui souffrent, oui, normaliser, non. »

Des quais de la Seine au boulevard Saint-Michel

Le principe sera repris par Marmottan comme par l'Abbaye, premières initiatives françaises. Toutes deux s'inspirent explicitement des *free-clinics*. Le Dr Olievenstein comme l'équipe de l'Abbaye se rendent sur les quais de la Seine, 'dans le quartier Saint-Michel, à la rencontre des hippies. Ils veulent pénétrer ce monde étrange et fascinant. À Paris comme à Bordeaux, des psychiatres, des éducateurs accueillent bénévolement et quelquefois chez eux ces enfants perdus. Le «monde de la drogue» est considéré comme une évidence que personne ne songe à contester. Les ouvrages scientifiques ou de vulgarisation se terminent par un lexique, le parler drogue - viatique indispensable au dialogue -, et les soignants de s'initier à ce nouveau langage. Le travail s'amorce dans la rue : « J'avais institué une sorte de clinique

8. HUGHES P. H., *Behind the Wall of Respect, Community Experiments in Heroin Addiction Contrat*, The University of Chicago Press, Chicago-London, 1977.

9. SMITH D. et SEYMOUR R., « Addiction Medecine and the Free-Clinic Movement », in ZWEBEN J. et DEITCH D. (eds), « Spécial Focus Section : Pionners Treatment and Recovery Models », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 29 (2), avril-juin 1997, p. 155-160.

dans la rue. Je l'ai pratiquée cahin-caha durant à peu près trois années, trois années qui, pour moi, constituent un souvenir exaltant », écrit le Dr Olievenstein¹⁰. À l'ouverture de Marmottan et selon la pratique des *free-clinics*, le Dr Olievenstein recrute des jeunes hippies, chargés de l'accueil des usagers de drogues. Leur présence dans l'équipe est un signe de solidarité, c'est aussi une reconnaissance de l'expertise des consommateurs. Ces accueillants doivent être ex-toxicomanes. Ils connaissent l'usage de drogues, ils doivent aussi connaître le trajet qui mène à la sortie de la toxicomanie.

À peine les premières initiatives sont-elles institutionnalisées que l'exploration du terrain est abandonnée. Si l'Abbaye poursuit un temps le travail de rue, ce n'est plus pour comprendre mais pour ramener dans les services ceux qui se sont égarés. Désormais, les thérapeutes en savent suffisamment. Les usagers de drogues ont trouvé le chemin des centres de soin et les cliniciens y voient la confirmation de leur approche. Les théories élaborées par les premiers cliniciens sont transmises aux nouveaux professionnels, qui font ainsi l'économie du terrain. Pour ces nouveaux spécialistes, aller sur le terrain est devenu non seulement inutile mais suspect, incriminé de contrôle social. Lorsque, au milieu des années quatre-vingt, Didier Touzeau et moi-même avons entrepris un travail de terrain en banlieue parisienne, au Forum des halles et dans le XVIII^e arrondissement à Paris, nous nous sommes heurtés à l'hostilité des professionnels. Bien sûr, il y avait des usagers de drogues qui n'étaient pas en traitement, mais quelle était au juste notre ambition ? Mettre tous les usagers de drogue en traitement ? Aucun spécialiste ne songeait qu'il aurait été utile de poursuivre le travail amorcé dans les années soixante-dix et de rechercher avec ces nouveaux toxicomanes les réponses qui leur auraient convenu. Les premiers drogués fascinaient, et la banlieue ne fascine pas. L'alliance avec les usagers de drogues avait fondé le système de soins, mais la mémoire s'en était perdue.

Lorsque le sida fait irruption, personne parmi les spécialistes n'envisage de mener des actions hors des murs de l'institution.

L'usager de drogue, acteur de sa santé

Parce qu'elle repose sur la responsabilité individuelle, la prévention du sida a bouleversé la conception des relations avec les usagers de drogues. Du choléra aux maladies sexuellement transmissibles, les grandes épidémies du passé avaient toutes fait appel à des mesures coercitives, de la déclaration obligatoire de la maladie à

10. OLIEVENSTEIN G., *Il n'y a pas de drogués heureux*, Laffont, Paris, 1977.

l'isolement des malades. Homosexuels, toxicomanes, prostituées, originaires des pays d'endémie, le sida fait entrer dans la tourmente des groupes stigmatisés, et pas n'importe lesquels. Le mal cristallise toutes les peurs sociales, les tabous millénaires de la mort et du sexe, les mythes de l'envahisseur. Les militants associatifs ou les premiers professionnels de santé qui s'investissent dans la lutte contre le sida ont tous la hantise d'une gestion répressive de l'épidémie, tous craignent la désignation de boucs émissaires et l'enfermement des malades. Les luttes des années soixante-dix avaient été menées au nom des libertés individuelles ; les femmes, les enfants avaient conquis des droits que revendiquent les minorités culturelles, sexuelles, ethniques. Allait-on renoncer aux libertés individuelles si chèrement conquises ?

Mais loin des mesures coercitives que l'on pouvait craindre, les associations de lutte contre le sida, avec le soutien d'un large mouvement, parviennent à imposer un nouveau mode de gestion de l'épidémie. Puisque les comportements ne se changent pas par la contrainte, il faut obtenir l'adhésion de tous ceux qui sont concernés. L'indifférence, le rejet, la répression engendrent l'irresponsabilité, mais si le droit des personnes est respecté, on peut alors légitimement faire appel au sens des responsabilités. Aussi cette nouvelle stratégie de prévention prend-elle la forme d'un pacte social qui lie solidarité et responsabilité individuelle. Dans une société solidaire, l'appel à la responsabilisation est payant. Les homosexuels en font la démonstration. Majoritairement, ils adoptent le préservatif ; ils s'engagent aussi dans des changements de leur mode de vie, de la réduction du nombre de leurs partenaires au couple stable qu'ils vont parvenir à faire reconnaître. Avec le préservatif, la prévention leur a reconnu le droit de choisir, les changements ont été librement consentis.

Lorsque les premiers cas de sida chez les toxicomanes sont découverts, les experts de la santé publique s'affolent, et ils ont toutes les raisons de s'inquiéter. Le moins qu'on puisse dire, c'est que les toxicomanes n'ont pas la réputation d'être particulièrement responsables. Comment espérer qu'ils s'attachent à protéger leur santé, eux qui sont considérés, *a priori* comme autodestructeurs ? Or, dès 1985, une équipe de recherche observe que des toxicomanes de rue à New York ont cessé de partager leurs seringues. La première étude est menée par l'équipe de Don Desjarlais, chargée de suivre l'évolution des consommations de drogues à New York : près de 60 % des injecteurs ont changé de comportement¹¹. La nouvelle, annoncée en France en 1986

11. DESJARLAIS D. G., FRIEDMAN S. et HOPKINS W., « Risk Reduction for the Acquired Immunodeficiency Syndrome among Intravenous Drug User », *Ann. Intern. Med.*, 103, 1985, p. 755-759.

lors de la Conférence internationale sur le sida, mobilise des chercheurs et des praticiens aux États-Unis, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Australie. Comment favoriser les comportements de prévention ? Pour la première fois, les recherches de terrain sont officiellement sollicitées ; il faut comprendre comment les usagers de drogues vivent, comment ils consomment des drogues, quels risques ils prennent, quels obstacles ils doivent affronter s'ils veulent protéger leur santé, comment ils peuvent les surmonter. Pour la première fois, les recherches doivent déboucher sur des actions ; elles doivent orienter les décisions politiques. Pour la première fois enfin, l'usager de drogues, acteur social pour les chercheurs, est devenu officiellement acteur de sa santé. Le changement de perspective est radical. Il tient à un principe ; il appartient à l'usager de drogues de choisir la façon de protéger sa santé. La prévention peut tout au plus encourager les choix les plus conformes aux exigences de la santé. Cette position modeste n'a pas été spontanée, et nous sommes très loin d'en avoir tiré tous les enseignements. La réaction première a été d'imposer la réponse la plus « naturelle », la plus cohérente, la plus légitime, à savoir la désintoxication. À l'évidence, les toxicomanes mettaient leur santé en danger. À l'évidence, la seule protection possible était la sortie de la toxicomanie. Quels étaient donc les résultats des cures de désintoxication ? En France, nous n'avons pas songé à nous poser la question, mais les Américains disposaient d'études menées dès la fin des années cinquante. Les experts savaient qu'il fallait compter près de 90 % de rechute à la sortie des cures de désintoxication¹². Majoritairement, les héroïnomanes finissaient sans doute par sortir de leur toxicomanie, mais les sorties étaient progressives et s'étaient étalées sur plus de dix ans à raison de 5 % à 10 % de sorties spontanées par an. Autrement dit, les 90 % restants étaient condamnés à une maladie mortelle s'ils ne parvenaient pas à protéger leur santé tout en continuant à consommer des drogues. Si les usagers de drogues avaient été seuls en jeu, sans doute aurait-on tenu l'alternative « la désintoxication ou la mort », qui reste d'ailleurs la politique officielle de nombreux pays. Mais les risques de contamination sexuelle ont contraint à plus d'humanité. Les usagers de drogues pouvaient être un des vecteurs des contaminations hétérosexuelles. Protéger leur santé, c'était protéger la santé de tous. Il a fallu en passer par les choix que les usagers acceptaient de faire.

12. HUNT G. H. et ODOROFF M. E., « Follow-up of Narcotics Drug Addicts after Hospitalisation », *Public Health Rep.*, 77-4, 1962. p. 41-54. Dans cette étude, 9 % des héroïnomanes sevrés sont abstinents à six mois. Voir chapitre 15, « Peut-on sortir de la toxicomanie ? ».

La protection de la santé, retour aux sources des politiques de drogues

New words, old tune, « mots nouveaux, vieille rengaine », tel est le titre d'un des articles où le Dr Stimson présente les nouvelles orientations qu'imposé la menace du sida¹³. Le Dr Stimson est un des médecins anglais qui ont conceptualisé la politique de *reduction of drug related harm*, soit « réduction des risques ou plus précisément des dommages dus aux drogues ». Selon lui, il faut revenir aux objectifs originels de la lutte contre les drogues. Ce qui justifie la lutte contre les drogues, c'est la protection de la santé. Pour mesurer l'utilité des lois, des équipements, des pratiques, il faut revenir à l'objectif originel. Le génie des experts britanniques a été, au-delà des mesures d'urgence, de construire une cohérence d'ensemble dans le cadre d'une politique de santé publique. Les mesures de santé sont hiérarchisées au regard de l'objectif premier, à savoir la protection de la santé. Le sida, maladie mortelle, est plus dangereux que la toxicomanie, maladie chronique dont la majorité finit par se sortir. Il aura fallu la menace d'une maladie mortelle pour que la hiérarchie des risques devienne un principe politique. Et le raisonnement ne se limitera pas au sida. Il bouleversera la conception de la prévention.

En juillet 2000, la MILDT édite une brochure, *Savoir plus, risquer moins*, qui se propose de fournir au grand public une information fiable, fondée sur les risques en fonction des produits et des usages. L'information fait appel aux connaissances scientifiques dont le rapport Roques a donné une synthèse en 1998¹⁴. C'est une véritable révolution. Il y a toutes les chances pour que les générations futures - et déjà nombre de nos contemporains - aient quelques difficultés à prendre la mesure du changement. Il faut donc se souvenir que parler vrai en matière de drogues, c'est se mettre hors la loi. Il est interdit, par la loi, de distinguer les drogues selon leur dangerosité. Il n'y a pas, affirmait-on en guise de prévention, de drogues douces et de drogues dures. Il y a « la » drogue, qui est interdite parce qu'elle est dangereuse. Autre nouveauté, la brochure distingue l'usage, l'usage nocif et la dépendance, une banalité si l'on songe à l'alcool, mais c'est reconnaître qu'il

peut y avoir des usages de drogues qui ne sont pas nocifs. Rompre avec la tradition de messages officiels, qualifiés dans cette brochure gouvernementale de « souvent contradictoires et inexacts », ce n'est pas seulement détromper l'opinion, c'est aussi se donner les moyens d'un dialogue avec ceux qui consomment des drogues. À défaut d'une information crédible, les consommateurs ne font confiance qu'à leur expérience, et l'expérience a ses limites. La cocaïne est-elle relativement inoffensive ou bien au contraire induit-elle une redoutable dépendance ? Dans ses phases de diffusion, la cocaïne jouit d'une bonne réputation, elle serait « récréative, chère, branchée et inoffensive ». L'usager qui la découvre peut constater par lui-même que la cocaïne est bien cette charmante alliée qui l'aide, selon ses désirs, à travailler, à s'amuser ou à créer, et cela sans inconvénients majeurs, ni gueule de bois ni souffrance physique. Comment pourrait-il prendre au sérieux le discours alarmiste des experts ? La cocaïne, plus que toute autre drogue peut-être, a toujours eu cette double face du « remède inoffensif contre le cafard » et du « troisième fléau de l'humanité¹⁵ ». Le mystère de la double face de la cocaïne tient à la célèbre formule de Lindesmith, *drug, set and setting*. Tout dépend de la façon de la consommer, en termes de quantités et de fréquence ou de voie d'absorption. Il aura fallu presque vingt années d'expérience collective pour que les Américains prennent conscience par eux-mêmes des risques liés à l'abus, risques d'autant plus imperceptibles que la cocaïne donne à celui qui la consomme un sentiment d'invulnérabilité, voire de toute-puissance. « Parler vrai », c'est reconnaître que la cocaïne peut être consommée occasionnellement sans dommages majeurs ; c'est aussi reconnaître les pièges de cette « irrésistible envie », le *craving*, qui peut transformer, souvent insensiblement, la consommation régulière en consommation compulsive, tout à fait redoutable¹⁶.

L'information scientifique sur les produits est une condition du dialogue ; elle ne suffit pas à la prévention. L'évaluation du risque dépend des façons de faire. Les façons de penser vont déterminer quels sont pour l'usager les risques acceptables. Lorsqu'un consommateur jette une drogue à la poubelle et dit à son ami : « Surtout n'en prends pas, c'est dangereux », il a toutes les chances de le convaincre.

13. STIMSON G. et LAKT R-, « HIV, Drugs and Public Health in England : New Words, Old Tune », *The International Journal of the Addictions*, 26 (12), p. 1263-1277, 1999.

14. MILDT et CFES, *Savoir plus, risquer moins, ce qu'il faut savoir sur les drogues, leurs effets et leurs dangers*, juillet 2000. L'information scientifique est fondée sur le rapport de Bernard ROQUES publié en 1999 sous le titre *La Dangerosité des drogues*, Odile Jacob, La Documentation française.

15. Les citations sont extraites de DURLACHER J., *La Cocaïne*, Éditions du Lézard, Paris, 2001.

16. *Craving*: besoin impérieux d'un produit qui pousse l'individu à sa recherche compulsive. Le *craving* est une des composantes de l'addiction, qui se différencie de la dépendance physique ou psychique; il est actuellement étudié particulièrement pour comprendre l'abus de cocaïne et de ses dérivés. CHARLES-NICOLAS A., « Le *craving* n'est pas le manque », *Le Courrier des addictions*, n° 1, décembre 1998-janvier 1999.

Les deux amis n'ont pas nécessairement la même attitude face au risque, ils savent du moins quels critères ils partagent. Consommer une drogue, licite ou illicite, c'est prendre un risque que l'utilisateur évalue avec ses propres critères : le jeu en vaut-il la chandelle ? Lorsqu'il choisit de consommer une drogue, il met en balance les risques ou coûts et les avantages ou bénéfices, qui, s'ils ne sont pas pris en compte, rendent le comportement parfaitement incompréhensible. Ce n'est pas dire pour autant que le comportement soit purement rationnel ; l'information est interprétée, comme dans toutes les conduites humaines, en fonction d'une conception du monde et de la place qu'on peut y occuper. Connaître les façons de faire mais aussi les façons de dire et les façons de penser de l'utilisateur de drogue, c'est se donner les moyens d'une communication sans laquelle on ne peut prétendre avoir une quelconque action sur les comportements.

Le principe de la réduction des risques : la négociation avec l'utilisateur de drogues

Le principe qui fonde la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues, c'est la négociation avec les usagers. L'objectif est clairement annoncé dans le rapport britannique de 1988 qui recommande d'associer les usagers de drogue à la prévention et d'offrir des services *friendly*¹⁷. En France, nous nous sommes gardés d'une traduction précise : des services « amis des usagers » ou qualifiés de « chaleureux » n'auraient pas manqué d'être suspects de complaisance. Le gouvernement français représenté par la Mission de lutte contre la drogue et la toxicomanie revendique d'avoir adopté une politique de réduction des risques, mais il se garde bien d'en expliciter les fondements. Le dernier plan gouvernemental, rendu public en juin 1999, se présente sous forme d'une liste de mesures : création de vingt boutiques, de trente programmes d'échange de seringues, de trente équipes de proximité, de trois *sleep-in* (hébergement ou accueil de nuit), de cinquante distributeurs automatiques¹⁸. Quel est l'objectif

17. « Advisory Council on the Misuse of Drugs », *AIDS and Drug misuse*, part 1, HMSO, Londres, 1988.

18. *Plan triennal de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances (1999-2000-2001)*, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, Paris, 1999. Boutiques ou échange de seringues sont des « services de première ligne », en contact avec des usagers de drogues actifs. Ces services sont parfois désignés sous l'appellation « service à bas seuil » ou « à bas niveau d'exigence » parce qu'on n'exige pas de l'utilisateur qu'il renonce à l'usage de drogues.

de ces mesures ? Pourquoi l'État subventionne-t-il des kits comprenant des seringues ? Pourquoi accueillir des usagers qui se droguent dans des boutiques ? Le plan gouvernemental déplore, à juste titre, que les usagers de drogues salariés dans la prévention « au titre de leur expérience » ne soient pas formés. Le lecteur non initié a toutes les raisons de s'étonner : il y aurait donc des usagers de drogues qui seraient salariés « au titre de leur expérience » ? Mais pourquoi diable faudrait-il salarier des usagers de drogues ?

Politique de santé publique, la réduction des risques s'est imposée au nom de l'urgence médicale et c'est à ce titre que les mesures, des programmes d'échange de seringues aux traitements de substitution, sont aujourd'hui acceptées sans discussion. Mais salarier des usagers de drogues comme acteurs de prévention, ou encore apporter un soutien aux associations d'usagers de drogues, n'a rien d'un traitement médical. Aussi ces actions sont-elles passées sous silence. Le plan gouvernemental se garde bien de faire mention des subventions attribuées aux associations d'usagers de drogues. Voilà qui ne ressemble guère aux traitements légitimes. On maintient obstinément le public dans la confusion entre traitement médical et politique de santé publique, comme s'il était invouable d'associer les personnes à la protection de leur santé. Une stratégie de légitimation a imposé le silence sur l'alliance avec l'utilisateur, alliance toujours suspecte de complicité, mais ce silence a un prix : il vide les actions de leur sens, c'est-à-dire de leur efficacité et la logique bureaucratique risque alors de l'emporter. Que l'utilisateur de drogues doive occuper une place centrale dans les dispositifs de soins ou de prévention qui lui sont destinés n'a rien de particulier. Le même raisonnement doit être tenu pour tous les utilisateurs de services, qu'il s'agisse de l'école ou de l'hôpital, et l'on sait désormais que la logique bureaucratique menace lorsque les institutions oublient qu'elles sont au service de leurs usagers. Il n'y aurait là rien d'exceptionnel si, pour les usagers de drogues, il n'avait d'abord fallu apporter la preuve qu'il en est de l'usage de drogues comme de tous les comportements humains.

En faisant appel à la responsabilisation individuelle, le sida a bouleversé les méthodes de la prévention, et ce quel que soit le comportement. « La clé du paradigme réside dans la prise de conscience selon laquelle les comportements - individuels et collectifs - constituent le problème majeur de la santé publique du futur, écrit Jonathan Mann, alors directeur de l'OMS, et il ajoute : En plaçant l'accent sur les comportements, perçus dans leurs contextes socio-économiques et politiques, le nouveau paradigme remplacera la coercition par le soutien actif, la discrimination par la tolérance et la

Peut-on civiliser les drogues ?

diversité ¹⁹. » Soutien actif et solidarité, lutte contre les discriminations et droits des personnes, voilà des valeurs qui, dans les sociétés démocratiques, ne se discutent pas. Mais que signifie concrètement le « droit des toxicomanes » ? Si la toxicomanie est définie comme la perte de la liberté individuelle, alors le traitement, que l'on peut imaginer contraignant, a pour seul objectif la sortie de la toxicomanie, par où le toxicomane reconquiert sa liberté, c'est-à-dire sa qualité d'être humain. L'appel à la responsabilité individuelle impose un nouveau cadre d'interprétation. L'usager de drogues, même dépendant, reste un être humain. À ce titre, il peut modifier ses comportements s'il pense que la protection de sa santé l'impose. Qu'impose exactement la protection de la santé ? Telle est la nouvelle question sur laquelle doit se construire dorénavant toute stratégie de prévention, c'est-à-dire tout dialogue avec les usagers de drogues.

La politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues se heurte aux croyances qui font du toxicomane l'esclave de son produit, elle se heurte à la clandestinité imposée par la législation des drogues, mais sur le terrain elle se heurte aussi à des obstacles qui ne sont pas spécifiques aux drogues. Les lycéens, les écoliers, les jeunes des cités ne sont pas clandestins, et cependant les professionnels des champs de l'éducation ou du sociosanitaire ont les plus grandes difficultés à entrer en relation, à faire passer des messages, à mener des actions communes. Quelle alliance construire avec les usagers des quartiers d'exil alors qu'on ne sait déjà pas faire avec ceux qui ne consomment pas de drogues ? La difficulté est en principe redoublée, or justement des actions y ont été menées. Comment, avec quelles difficultés mais aussi avec quelles réussites ? C'est ce parcours que nous voulons retracer ici.