MÉDECINS OU DEALERS EN BLOUSE BLANCHE ?

Le débat public s'ouvre avec un appel publié dans Le Monde du 9 septembre 1992 adressé aux médecins généralistes : les patients dépendants d'un opiacé sont dans l'urgence ; il faut accepter de recourir aux médicaments de substitution. En octobre 1992, Bernard Kouchner propose un plan pour répondre à l'urgence du sida ; il demande l'ouverture de deux cents places méthadone. C'est le tollé. Au sein du gouvernement, Paul Quilès dénonce le laisser-faire et la dépénalisation ; il faut lutter sans merci contre la drogue, tandis que Bernard Kouchner ne peut mettre en œuvre son plan. Pendant l'hiver 1993, le débat est politique, il porte sur la dépénalisation mais, parallèlement, le débat sur la méthadone devient plus technique ; une information scientifique venue de l'étranger s'introduit en France tandis que des associations se créent, des réseaux se forment. Usagers de drogues, médecins, militants associatifs se mobilisent : on veut des mesures d'urgence, on veut « limiter la casse ».

Le savoir interdit

Qu'il ait fallu une étude pour constater que les patients se perdent pendant la phase de sevrage fait sourire aujourd'hui les médecins qui pratiquent les traitements de substitution. Certes, la buprénorphine pouvait susciter des espoirs nouveaux quant au sevrage, mais si une telle étude n'est plus menée aujourd'hui, c'est que les médecins ont renoncé à rechercher le médicament miracle qui guérisse de la

toxicomanie. Du moins avec les moyens actuels¹. Ce n'est pas dire que les patients ne puissent guérir mais plutôt que la guérison survient « de surcroît ». À défaut de l'observer par eux-mêmes, les médecins auraient pu l'apprendre dans les recherches internationales sur l'évaluation des traitements. Ils auraient dû se tenir informés des développements des neurosciences, indispensables à la compréhension de l'action des drogues sur le cerveau ; ils auraient dû enfin maîtriser les bases de la pharmacologie. Ces recherches n'étaient connues ni du corps médical dans son ensemble, ni des spécialistes en toxicomanie. Entre la recherche fondamentale et la médecine générale, toute une série de médiations sont nécessaires : associations de spécialistes et de chercheurs, presse médicale, laboratoires pharmaceutiques. Aucun des relais habituels n'a pu jouer. L'obstacle premier était que l'information était considérée comme inutile à la pratique médicale. Le traitement des toxicomanes était exclu *a priori* de la médecine générale, le traitement de la douleur ne justifiait pas l'investissement nécessaire à l'appropriation de l'information scientifique. Quant aux prescriptions de tranquillisants ou de somnifères auxquels les médecins s'adonnent pourtant quotidiennement, elles ont à peine le statut de traitement médical. Ni les neurosciences ni la pharmacologie ni même la psychiatrie, tous domaines qui devraient contribuer à la prescription de ces médicaments, ne sont sollicitées. Les prescriptions répondent à la demande des patients et le débat porte sur l'éthique : jusqu'où le médecin doit-il accepter de médicaliser la souffrance ? La question, certainement légitime, rend d'autant plus nécessaire la maîtrise technique des outils, mais on ne sait par quel mystère les médicaments psychotropes ont échappé à la démarche médicale habituelle.

Dans le domaine spécialisé du traitement de la toxicomanie, les spécialistes pouvaient d'autant moins jouer le rôle de relais qu'ils n'appartiennent pas à la médecine. La toxicomanie n'était pas une spécialité médicale, elle n'était pas enseignée ; les seuls médecins de ce secteur étaient des psychiatres qui se définissaient plus volontiers comme « intervenants en toxicomanie » que comme psychiatres. La seule référence théorique autorisée était la psychanalyse, ou alors quelques très rares consultations de psychothérapie familiale, d'ailleurs rejetées dans un premier temps pour cause de contrôle social. Dans la guerre qui oppose les « deux médecines », celle de l'âme et celle du

1. En 1999, des chercheurs français et britanniques annonçaient la découverte d'une nouvelle molécule susceptible de traiter toutes les dépendances, de la cocaïne au tabac en passant par l'alcool. Voir aussi note 13, chapitre 25, « Des résultats remarquables ».

corps, les spécialistes en toxicomanie avaient choisi leur camp². On pouvait être spécialiste en toxicomanie sans avoir jamais entendu parler de neurotransmetteur ou d'endorphines. Dans les conférences organisées dans le milieu spécialisé, on invitait quelquefois des juges, des sociologues ou des philosophes, jamais de pharmacologues, et les psychiatres qui appartenaient au milieu ne parlaient pas de psychiatrie. Seuls les toxicomanes parlaient de produits, et les spécialistes se gausaient de ces experts qui connaissaient le Vidal par cœur ; ils y voyaient le symptôme de leur mal. Quant aux recherches internationales sur le traitement, elles avaient fait un pacte avec le diable. S'informer des résultats des traitements américains était aussi absurde que de s'informer des résultats que les psychiatres russes obtenaient avec leurs prescriptions de neuroleptiques aux opposants du régime.

On peut s'étonner, rétroactivement, de l'extraordinaire fanatisme qui a conduit à exclure du champ de la pensée toutes les théories qui ne reposaient pas sur le sujet, c'est-à-dire sur les théories psychodynamiques. L'anathème, prononcé au nom des droits de l'Homme, s'est traduit très concrètement par l'exclusion du système de soins français des communautés thérapeutiques, de la méthadone et des traitements comportementalistes. Or, si les dérapages totalitaires ont été nombreux, ils n'invalident pas pour autant toute théorie comportementale ou neurobiologique ; la référence au sujet n'exclut pas les abus de pouvoir. La guerre est finie ou du moins, nous avons passé une étape. Lorsque l'INSERM publie, en 1995, un ouvrage de synthèse, *Dépendance et conduites de consommation*, elle fait appel à tous les champs de recherche, neurobiologie, biopharmacologie, sciences sociales, sans pour autant exclure la clinique du sujet. La dépendance, longtemps stigmatisée comme anormale et pathologique, est désormais comprise comme un « mécanisme général, normal³ ». Nous avons compris que « notre cerveau est un drogué », il produit des substances qui nous stimulent ou qui, au contraire, atténuent la souffrance et le stress. L'emballement du désir dans l'addiction n'est pas un phénomène qui nous est étranger ; il participe du fonctionnement de notre cerveau. Entre le normal et le pathologique, les frontières sont floues, elles se déplacent. Ces fonctionnements sont en grande part inconscients ; le sujet n'en participe pas moins au choix de ses comportements⁴. Sans doute cette

2. PIGARRE P., *Les Deux Médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.

3. PADIEU R., BEAUGE F., CHOQUET M., MOLINARD R., PARQUET Ph. et STINUS L., *Dépendance et conduites de consommation*, INSERM, Paris, 1995.

4. LOONIS E., *Notre cerveau est un drogué, vers une théorie générale des addictions*, Éditions universitaires du Mirail, Toulouse, 1997. Avec Freud, nous avons dû accepter que nous

normalisation était-elle impensable ou scandaleuse. La drogue, par la loi, a un statut d'exception. Les croyances qui justifiaient ce statut n'ont pas été interrogées ; le produit n'intéressait pas les cliniciens.

Les spécialistes français n'étaient pas seuls à se contenter de « quelques assertions jamais vérifiées et toujours répétées⁵ ». Psychiatre à Genève, le Dr Annie Mino s'étonne rétrospectivement que « aussi invraisemblable que cela puisse paraître, je n'avais jamais étudié la pharmacologie de l'héroïne et la morphine ». Chargée par l'Office fédéral d'un rapport sur les prescriptions de morphine et d'héroïne, elle découvre que les médecins anglais utilisent l'héroïne dans le traitement de la douleur, avec les mêmes effets que la morphine, à part l'action un peu plus rapide de l'héroïne qui, à ce titre, peut éviter les vomissements. Elle avait toujours été persuadée que « l'héroïne était huit fois plus puissante que la morphine », ce qui justifiait l'utilisation de l'une en médecine et de l'autre de l'autre. Or ce n'est pas le cas. Plus scandaleux encore, elle découvre que l'héroïne ne nuit pas à la santé lorsqu'elle est consommée dans des conditions sanitaires sûres... Il y a bien sûr danger de surdosage, mais la plupart des maladies attribuées à l'héroïne sont « causées par le recours à des produits frelatés, pris dans de mauvaises conditions ». Les travaux comparant héroïne et morphine avaient été menés avant la convention internationale de 1961, ils ont été « oubliés », comme toutes les recherches ou expériences cliniques qui pouvaient « relativiser la dangerosité de l'héroïne » et remettre en cause les classements internationaux. Il en était de même d'autres stupéfiants, le cannabis étant l'exemple type de ces annués collectives⁶.

Les Français n'étaient pas seuls à propager « les mensonges qui tuent les drogués », et les toxicomanes n'en ont pas été les seules victimes puisque la hantise de la morphine a contribué à décourager les médecins de soulager la douleur de leurs patients. Aux États-Unis, la guerre contre la drogue se mène clairement au nom de la morale et de l'ordre, les croyances qui la justifient peuvent être discutées, que ce soit d'un point de vue scientifique ou au nom de valeurs alternatives. La particularité française est d'avoir réussi le tour de force d'exclure

n'étions pas entièrement maître de notre esprit. « La vexation neurobiologique, écrit cet auteur, est plus grave encore [...] nous sommes soumis à la neurobiologie de notre cerveau. [...] Paradoxalement, le savoir libérateur que l'homme possède sur lui-même est de se savoir prisonnier. »

5. MINO A. et ARSEVER S., *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Calmann-Lévy, Paris, 1996.

6. Sur la succession des rapports attestant de la faible innocuité du cannabis, voir Cannabis en annexe.

toute pensée déviante. L'information sacrilège a été diabolisée avec un argumentaire hybride qui, des valeurs républicaines à la dénonciation du contrôle social en passant par la psychanalyse, a construit un consensus idéologique sans faille pendant près de vingt ans. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les Français vivent sur une île entourée de murailles invisibles. Lentement entre 1989 et 1992, des bribes d'information pénètrent par des biais parfois inattendus. Les fissures sont d'abord imperceptibles ; elles suffisent à affoler les spécialistes. La force de l'édifice tient à l'étanchéité de la muraille. L'information venue de l'étranger est *a priori* suspecte car le danger vient clairement de l'extérieur. Lorsque France Lert et Éric Frombonne publient la revue de la littérature américaine sur l'évaluation des traitements, ses auteurs sont mis à l'index et le livre n'ouvre à aucun débat⁷. Toute information venue de l'étranger est suspecte, le silence est la meilleure des protections. Et voilà que ce silence se rompt lentement, voilà qu'au sein même de la Commission nationale des stupéfiants, un Belge peut reconnaître tranquillement qu'il détourne un médicament qu'il prescrit aux drogués ! Voilà que ce médicament envahit le marché noir, devient une drogue et la commission reste sans réaction !

Campagne contre le Temgésic

Ces deux scandales – prescriptions illégales et détournement sur le marché noir – sont proprement intolérables. Le Dr Francis Curtet, psychiatre et directeur d'un centre de soins, démissionne de la Commission des stupéfiants mais il n'abandonne pas le champ de bataille. « Il semble, écrit Marc Reisinger, que cette réunion ait stimulé une campagne de dénigrement de la buprénorphine⁸. » La campagne est menée dans le milieu professionnel ainsi que dans toutes les instances politiques où les spécialistes sont représentés. Avec le « Combat pour la vie » que mène Georgina Dufoix, présidente de la Délégation générale la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), ils ont une

7. LERT F. et FROMBONNE E., *La Toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements et leur évaluation*, La Documentation française, Paris, 1989. La même aventure est arrivée à Isabelle STENGERS et Olivier RALLET pour leur ouvrage, *Le Defi hollandais, Les Empêcheurs de penser en rond*, Paris, 1991. Le livre est dénoncé dans le bilan d'activité de Marmottan de 1992 comme une « tentative de déstabilisation du système français menée par deux Belges ». Pour l'introduction des expériences étrangères en France, citons aussi SORMAN G., *En attendant les barbares*, Fayard, Paris, 1992.

8. REISINGER M., Bilan de l'expérience de substitution par la buprénorphine en médecine de ville en Belgique, *Ann. Med. Intern.*, 145, supplément n° 3, p. 46-47, 1994.

alliée de poids. L'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) est chargée par la commission interministérielle de la DGLDT d'enquêter sur le Temgésic, et le scandale est chiffré : 61 % des prescriptions sont à posologie constante, il n'est donc plus question de sevrage ! L'enquête apporte la preuve que les médecins ont abandonné toute « intentionnalité de soin » et les toxicos en font les frais⁹. Les spécialistes aussi, contraints de soigner ces victimes de l'inconséquence des médecins. Devenus dépendants du Temgésic, les toxicos sollicitent les praticiens auxquels ils peuvent faire confiance. Les spécialistes en sont persuadés : les toxicos ne peuvent que mépriser ceux auxquels ils ont soutiré leur drogue. Des exemples l'attestent tous les jours. Ultérieurement, la clinique sera invoquée de part et d'autre, et, bonne fille, elle rend raison à chacun. Qu'en disent les principaux intéressés ? Pour le moment, leur parole passe exclusivement par leurs thérapeutes, et les spécialistes sont les seuls thérapeutes autorisés.

La campagne des spécialistes est menée sans adversaires identifiés. Ces médecins, « complaisants, faibles, incompetents », n'ont pas de représentants français. À deux reprises, lorsque *Le Quotidien du médecin* rend compte des avis de la Commission nationale des stupéfiants, il fait appel à Marc Reisinger : il n'y a pas de médecin français pour défendre les « médicaments substitutifs¹⁰ ». S'il y a des médecins français convaincus que la voie doit être explorée, il s'agit là d'opinions strictement personnelles qui n'ont pas d'expression publique. Le Dr Schwartzenberg a ignoré l'interdit – pendant une semaine exactement. Nommé ministre en 1988, il doit démissionner pour avoir développé ses conceptions toutes personnelles sur la politique de santé incluant les programmes méthadone et les soins palliatifs...

En janvier 1992, un article est publié dans le *Journal du sida* avec pour titre « Le résistant essor d'une drogue légale¹¹ ». Résistant ? Certainement. En juillet 1991, la commission avait rendu un nouvel avis. Désormais, le Temgésic devait être prescrit sur carnet à souche. La campagne des spécialistes avait porté ses fruits. Le laboratoire

9. HAUTEFEUILLE M., « Le Temgésic : nouveaux produits, vieille illusion », ANIT, Journées nationales, *Intervention*, n° 30-31, 1991.

10. « Sevrage des toxicomanes : les médicaments substitutifs sont-ils suffisamment utilisés en France ? », suivis d'un entretien avec le Dr Reisinger (Université libre de Bruxelles : 25 % à 30 % de bons résultats avec le Temgésic selon une étude belge). *Le Quotidien du médecin*, 23 octobre 1989. « Temgésic : le ministère de la Santé va modifier les règles de prescription », accompagné d'un deuxième article : « Le Temgésic est un bon traitement de substitution ? », par le Dr Marc Reisinger

11. HAUTEFEUILLE M. et POLOMÉNI P., « Le résistant essor d'une drogue légale », *Journal du sida*, n° 35, janvier 1992.

Schering-Plough a pris acte et a renoncé immédiatement à développer le médicament. La Commission nationale des stupéfiants a rendu son avis en juillet 1991 ; en janvier 1992, la mesure n'est toujours pas mise en œuvre. Lenteurs administratives ou résistances ? Si résistances il y a, elles ne peuvent venir que de la lutte contre le sida, seul domaine où la prescription d'opiacés peut prétendre à quelque légitimité. Pour les spécialistes en toxicomanie, il faut donc s'adresser au monde du sida. L'article publié dans le *Journal du sida* ne nie pas la nécessité des prescriptions pour les malades dans les services hospitaliers, il plaide pour le carnet à souche qui doit « en limiter la distribution par les médecins de ville », comme il est annoncé dans le sous-titre de l'article. Les services hospitaliers qui ne craignent pas d'utiliser leur carnet à souche n'ont donc pas à s'inquiéter, la mesure les aidera simplement à « raisonner [leurs] prescriptions ». Le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, signe enfin la mesure et elle est mise en œuvre au 1^{er} septembre 1992. C'est avec cette dernière victoire que les intervenants en toxicomanie ont construit le front uni qui allait « anéantir en un an vingt années d'efforts¹² ».

L'appel aux médecins généralistes

Lorsque le carnet à souche devient obligatoire, la plupart des médecins renoncent à sa prescription. C'est l'affolement. Les patients envahissent les rares cabinets médicaux où les médecins acceptent d'utiliser leur carnet à souche. Jean Carpentier et Clarisse Boisseau, sa collègue, sont désemparés. Le cabinet est menacé d'implosion, Jean et Clarisse ne veulent pas abandonner leurs patients mais les carnets à souche, distribués parcimonieusement, ne suffisent pas, y compris pour leurs propres patients ; ils ne veulent pas non plus transformer leur cabinet de médecine générale en centre de soins pour toxicomanes. Et tous les jours de nouveaux venus prennent le lieu d'assaut. Que faire ? Je rejoins Jean et Clarisse, et nous téléphonons à ceux qui sont confrontés à la même urgence ou qui sont susceptibles de la comprendre. Il faut mobiliser de nouveaux médecins et il faut le faire rapidement. Il faut les aider à sauter le pas que Jean et quelques confrères viennent de franchir. Que vient faire le toxicomane chez le médecin ? Il va chez le médecin « comme il y allait lorsqu'il avait mal au ventre (et d'ailleurs il a mal au ventre) ». Le cabinet médical est un

12. Dr CURTET, cité dans *Impact-Médecin*, « Le médecin ne doit pas devenir un dealer », 29 octobre 1993.

« repère dans un parcours chaotique ». Pour prendre le temps d'un dialogue avec le toxicomane, il faut d'abord soulager la douleur du manque. La prescription de médicaments de substitution scelle une « alliance avec le toxicomane », un « compromis qui ne signifie pas compromission ». L'appel paraît dans *Le Monde* le 9 septembre 1992. La réponse à cet appel a été publiée dans *Le Monde* le 23 septembre 1992 sous le titre « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ¹³ ? ». Entre-temps, la presse médicale s'est mise de la partie. *Le Quotidien du médecin*, *Impact-Médecin* ouvrent leurs colonnes ; les spécialistes ripostent mais ils ont perdu l'initiative. Au cours des trois dernières années, ceux-ci avaient rodé un argumentaire que les médecins qui s'étaient aventurés sur ce chemin interdit connaissaient bien. Pour accepter de prescrire, il fallait avoir déjoué les pièges qui faisaient barrage à la prescription en même temps qu'à la relation avec le patient toxicomane. Les spécialistes en toxicomanie étaient loin de soupçonner le trajet de ceux qu'ils considéraient comme leurs adversaires. En septembre 1992, une étape supplémentaire se franchissait qui allait transformer les produits de substitution en médicaments, la toxicomanie en dépendance aux opiacés, le sida en urgence de santé publique et le toxicomane en usager de drogues. Chacune de ces transformations était travaillée dans des pratiques expérimentales, menées isolément. Leur réunion allait engendrer un nouveau système d'interprétation de l'usage de drogues et plus généralement de la question des drogues.

Pendant tout l'hiver 1992, nous étions quelques-uns à nous inquiéter. Que se passerait-il si la porte entrouverte subrepticement par le Temgésic se refermait ? Les plus inquiets n'étaient pas les médecins. Durant l'hiver 1992, l'Association des usagers de drogues, ASUD, avait tenu une permanence, des usagers défilaient tous les jours. Presque tous bénéficiaient de prescriptions. L'interruption de la prescription était la hantise de tous. Lorsque Jean et Clarisse me décrivent leur salle d'attente, l'affolement des usagers et leurs propres craintes après le passage du Temgésic sur la liste des stupéfiants, l'inquiétude de l'hiver fait place à la colère. Je venais de participer à la VIII^e conférence internationale sur le sida à Amsterdam et j'en revenais complètement bouleversée. J'avais compris, enfin, ce que voulait dire « politique de

13. « Le repère du toxicomane », *Le Monde*, 9 septembre 1992, article signé par Alain Beaupin, Clarisse Boisseau, Jean-Jacques Bourcart, Pierre Burtschell, Jean Carpentier, Aimé Charles-Nicolas, Brigitte Collet-Billon, Anne Coppel, Patrick de La Selle, Bertrand Lebeau, Didier Touzeau ; « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? », Alain Morel, Michel Hautefeuille, Philippe Binder, Jacques Afchain, *Le Monde*, 23 septembre 1992.

réduction des risques », soit sept années après les experts britanniques, sept années meurtrières. J'ai écrit immédiatement, et pour la première fois, un texte sur l'urgence de santé publique que j'ai proposé à Jean et Clarisse : nos voisins européens avaient changé de politique, nous devions, nous aussi, nous y mettre. Aujourd'hui, cette urgence de santé publique a été reconnue, en septembre 1992, un tel appel était inaudible aussi bien par les politiques que par les praticiens. Jean Carpentier a infléchi ce texte dans le sens d'une adresse aux médecins qui faisait appel à la réalité de la pratique en médecine de ville. Je savais qu'il avait raison. Ce que je venais de comprendre, je ne pouvais pas encore le transmettre. Entre 1990 et 1992, j'avais lu des dizaines d'articles sur cette nouvelle politique de santé publique. Je savais que la Grande-Bretagne avait adopté une politique dite de « réduction des risques » et cette information avait déjà pénétré en France grâce à une enquête publiée par le *Journal du sida*¹⁴. J'avais aussi lu avec passion le rapport d'Annie Mino sur la prescription de morphine et d'héroïne¹⁵. J'en avais conclu qu'avec une théorie que je considérais comme fautive (la toxicomanie comme maladie), les Anglais obtenaient des résultats bien meilleurs que les nôtres. Je recherchais ces informations qui me confortaient dans mon travail, sans pour autant transformer radicalement la perception que j'avais de la question des drogues. Il y avait des années déjà que je me confrontais aux silences et aux tabous de la politique française des drogues, aux insuffisances et aux dysfonctionnements du système de soins. Je m'efforçais dans le domaine des drogues, comme dans d'autres domaines de l'action sociale où j'avais travaillé précédemment – tel l'échec scolaire –, d'identifier, entre recherches de terrain et actions novatrices, à la fois les obstacles et les remèdes des fonctionnements institutionnels. Je faisais ce trajet en bonne part avec des intervenants en toxicomanie et si j'avais découvert, avec intérêt, les travaux de recherches anglo-saxonnes, j'étais persuadée qu'en termes de politique, chaque pays se débattait comme il pouvait selon ses traditions, selon le type d'acteurs impliqués, dans les contradictions de la politique internationale de lutte contre les drogues – à l'exception sans doute des Pays-Bas, qui avaient entrepris de faire des choix rationnels. Nous pouvions nous inspirer d'expériences menées ailleurs, je n'y voyais pas là une alternative politique. Il me manquait quelques clés qui n'étaient pas purement rationnelles.

14. VERBOUD M., « Dossier toxicomanie : priorité à la réduction des risques », *Journal du sida*, n° 38-39, avril-mai 1992.

15. MINO A., *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine*, expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de santé publique, Berne, 1990.

Je reconnaissais, bien sûr, que le sida était une urgence de santé publique, les mensonges m'exaspéraient mais le tabou qui interdisait de « dramatiser » me paralysait. Je ne m'étais jamais dit à moi-même : il y a urgence pour les usagers de drogues parce qu'il y a des morts et ces morts peuvent être évitées.

Ces mots ont pris corps dans cette conférence où 10 998 chercheurs, médecins, homosexuels, junkies, prostitué(e)s de tous les pays allaient, sac en bandoulière, dans les 262 conférences et groupes de travail, sans compter les sessions satellites, conférences de presse, *sit-in* et manifestations¹⁶. Brusquement, la lutte contre le sida n'était plus une abstraction. Brusquement, en ajoutant quelques pièces qui me faisaient défaut ou que je n'arrivais pas à placer, surgissait du puzzle un paysage jusqu'alors indéchiffrable. Cette conférence a été un moment de rencontre avec des Français investis dans la lutte contre le sida avec des usagers de drogues, dont quelques-uns participaient comme moi pour la première fois à cette rencontre annuelle. Nous menions une lutte ensemble et nous ne le savions pas. J'y ai rencontré particulièrement le Dr Bertrand Lebeau, de Médecins du monde. Bertrand était journaliste dans un journal médical, *le Journal international médical*. Il enquêtait sur les actions menées à l'étranger dans la prévention du sida pour les usagers de drogues et je l'ai suivi dans son enquête. Je me souviens d'Ernst Bunning pour les Pays-Bas, de Pat O'Hara pour la Grande-Bretagne, d'Ernest Drucker pour les États-Unis ; tous ont retourné notre question – « Mais que faites-vous en France ? » – et tandis qu'ils nous laissaient interloqués, ils précisaient : « L'épidémie de sida chez vous est très grave ; pour l'usage de drogues, nous avons appris comment faire, pourquoi vous ne le faites pas ? » Tous les pays européens avaient pris des mesures, expérimenté des actions. En 1992, date de cette conférence, la France ne donnait aucun signe de changement. Il y avait bien un retard français.

Urgences de santé publique contre plan antidrogue, ministre de la Santé contre ministre de l'Intérieur

Si la mobilisation des médecins était une urgence, le nœud était bien politique. Bernard Kouchner, ministre de la Santé, avait signé selon l'avis de la Commission nationale des stupéfiants le passage du Temgésic sur carnet à souche. Manifestement, il n'avait pas pris la

16. Dr LEBEAU B., « Sida : le show et l'effroi », *JIM*243, août-septembre 1992.

mesure de l'urgence de santé publique, il n'avait pas fait le lien avec la lutte contre le sida. L'association qu'il avait créée, MDM, s'était bien engagée dans un programme d'échange de seringues mais cet engagement avait beau être soutenu par les différents présidents, il restait le fait d'une poignée de militants. La doctrine de la réduction des risques pouvait difficilement se diffuser dans l'association puisqu'en septembre 1992, il n'y avait pas véritablement de doctrine. La réduction des risques se limitait à une alerte (« les usagers de drogues sont confrontés à un risque mortel ») associée à la connaissance des bons résultats obtenus ailleurs. Durant le mois de septembre, Bernard Kouchner est pris d'assaut par les uns et les autres, médecins généralistes, MDM, militants de la lutte contre le sida. Les débats internes à la toxicomanie demeurent encore un peu obscurs, mais Bernard Kouchner sait ce qu'est une priorité de santé, et c'est au titre de la prévention du sida qu'il apporte d'abord son soutien aux médecins généralistes. Aux assises de AIDES, le 26 septembre 1992, il déclare : « La gravité du risque sida doit primer sur toute autre considération. Il y a là une véritable urgence de santé publique. » Ceux qui, à Médecins du monde, s'étaient engagés dans cette nouvelle politique ont été entendus. Le 16 octobre 1992, Bernard Kouchner invite les médecins généralistes au ministère de la Santé : « La lutte contre le sida nécessite l'engagement de tous. Les réseaux de médecins généralistes doivent être encouragés », déclare-t-il devant quatre-vingts médecins. Par le biais de contacts interpersonnels, par les réseaux ville-hôpital spécialisés dans le sida, quelquefois par patients interposés, les neuf médecins généralistes signataires du premier appel ont fait des petits. Le 27 octobre 1992, Bernard Kouchner présente son budget à l'assemblée. Il demande 25 millions supplémentaires et propose l'ouverture de cinq programmes méthadone dans le cadre d'un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie. « Toxicomanie : le sida brave l'interdit », titre *Le Monde* (4 novembre 1992), et *France-Soir* annonce : « Feu vert de Kouchner au sirop antihéroïne. C'est un virage à 180° » (28 novembre 1992). Bernard Kouchner est le premier homme politique français à annoncer un objectif de santé publique dans un plan de lutte contre la toxicomanie.

Ouvrir cinq centres méthadone contre trois existant précédemment, c'était passer de cinquante-deux places à deux ou trois cents¹⁷. En termes de santé publique, c'était modeste. Peu importe, le mot

17. L'hôpital Fernand-Widal et l'hôpital Sainte-Anne ont chacun vingt patients en traitement méthadone auxquels s'ajoutent les douze patients du centre Pierre-Nicole.

tabou de « méthadone » avait été prononcé, il a provoqué une indescriptible mêlée. Du côté des intervenants en toxicomanie, c'est la consternation. « La toxicomanie à l'abandon », titre l'Association des intervenants en toxicomanie dans un communiqué de presse. La méthadone n'ouvre pas un débat sur les méthodes de soin, elle est assimilée à une défaite politique. Allions-nous, comme à Zurich, accepter que des drogués s'injectent des drogues en public ? Allions-nous, comme à Amsterdam, distribuer des drogues aux drogués ? Au sein du gouvernement, c'est la cacophonie. Paul Quilès, ministre de l'Intérieur, charge Robert Broussard, ancien patron de l'antigang, d'un plan de lutte contre la drogue, ce fléau mondial. Chef de police, Broussard prend les choses en main. Il faut « exercer une pression continue sur le *deal* de rue, freiner l'usage, casser l'économie parallèle ». La publication du rapport du ministère de l'Intérieur le 21 décembre 1992 a été précédée d'« opération de voie publique d'envergure dans les banlieues, les quartiers, les établissements publics où une activité liée aux stupéfiants est suspectée, détectée ou confirmée¹⁸ ». Dans le domaine de la santé, on en est aux prolégomènes, dans la police, on agit. L'hiver 1993 aura été un des plus répressifs. C'est aussi durant cet hiver que les policiers piétineront les seringues distribuées dans le bus de Médecins du monde. Cette même année, la toxicomanie devient la troisième cause de mortalité en Île-de-France pour les 18-34 ans, avec des statistiques dont la sous-estimation est évaluée à plus de 70 %¹⁹.

Loin des débats ésotériques des spécialistes « qui se contredisent eux-mêmes », le ministre de l'Intérieur « raisonne simplement », comme il le dit dans une interview à *L'Événement du jeudi* : « Moins il y aura de personnes qui utilisent des seringues sales, moins le sida s'étendra. Par conséquent, j'invite les politiques à lutter contre les propagateurs de la drogue » (*EDJ*, 14-20 janvier 1993). La solution : la lutte sans merci contre cette menace contre la démocratie. Aussi écrit-il dans *Le Monde* : « Ce qui ne peut être discuté, c'est toute proposition de "laisser faire" ou de renoncement. Tout relâchement dans ce domaine aurait des effets catastrophiques²⁰ [...] ». À titre d'exemple, il précise : « Multiplier les programmes mobiles, cela comporterait à l'évidence des risques sérieux. On voit mal cette distribution se faire sous protection policière. » Au journaliste qui à l'*EDJ* lui pose la question « Pourquoi

18. Conférence de presse, présentation des conclusions du rapport sur la lutte contre la drogue, 21 décembre 1992.

19. *BEH*, « Décès par usage de stupéfiants en Île-de-France », *art. cit.*

20. « Fermeté contre la drogue. Le ministre de l'Intérieur "ne veut pas changer la loi" », *Le Monde*, 16 janvier 1996.

pas ? » il répond : « Car si on suit la logique jusqu'au bout, cela signifie que la consommation de drogues est en fait purement et simplement dépénalisée. » L'échange de seringues et la méthadone posent également la question de la loi. La méthadone, considérée par Paul Quilès comme « drogue de substitution », est classée dans la liste des stupéfiants. Pour légaliser la méthadone, il faudrait changer la loi qui interdit l'usage de drogue. Or il n'est pas question de changer la loi.

« Faut-il donner de la drogue aux drogués ? »

Les médecins s'opposent sur la place publique, le Dr Schwartzberg contre le Dr Curtet, dans un débat dont l'enjeu est clairement politique : modèle français, qui incarne en Europe la ligne dure, la lutte sans merci contre la drogue, contre modèle hollandais. Dénoncés comme « Munichois » dans les médias français, les Hollandais auraient abandonné la lutte ; le laxisme, le libéralisme et l'indifférence l'auraient emporté. Allions-nous, comme à Liverpool, distribuer de l'héroïne ? « La généralisation des expériences de substitution de la méthadone aux drogues, cela me paraît la porte ouverte à la libéralisation des drogues elles-mêmes », déclare Jacques Chirac (*Le Nouvel Observateur*, 26 novembre-2 décembre 1992). Tout en prenant leurs distances avec la répression, les spécialistes se font les hérauts du modèle français qu'ils ont façonné. Pourquoi faudrait-il abandonner notre système alors que notre pays « est le pays européen le moins touché par la drogue » ? « La vraie intelligence est d'oser reconnaître notre efficacité pour en convaincre nos partenaires européens²¹. » L'erreur consiste à « prendre systématiquement exemple sur l'étranger ». En Suisse, à New York, en Italie, la méthadone est largement accessible, et c'est précisément les lieux où le taux de sida est le plus élevé²².

Qu'importe si les traitements par la méthadone ont été développés en Suisse après que les héroïnomanes ont été contaminés, si à New York, le nombre de places méthadone représente moins de 10 % des héroïnomanes, et peu importe si ces 10 %-là ont été épargnés²³. Pendant

21. CURTET F., « Contre la légalisation », *Libération*, 30 novembre 1993.

22. HAUTEFEUILLE M., « Drogues : les 7 erreurs de la substitution », *Libération*, 23-24 janvier 1992.

23. 11 % des patients en traitement méthadone dans un des programmes de New York ont été contaminés par le virus du sida tandis que, dans la rue, le taux se monte à 45-55 %. Voir COPPEL A., « L'efficacité de la méthadone mesurée par l'évaluation des expériences étrangères », *Journal du sida*, n° 46, janvier 1993.

l'hiver 1993, les expertises s'affrontent – non sans difficulté. Tant qu'ils n'avaient pas de contradicteurs, les spécialistes ont pu se contenter de jugements à l'emporte-pièce. Au fur et à mesure que le débat s'approfondit, ils sont contraints d'aiguiser leurs armes. Dans un rapport qui servira de référence pendant tout le débat public, ils réunissent les chiffres les plus inquiétants, le nombre de morts à New York au début des années soixante-dix, la poursuite de la consommation d'héroïne, le détournement sur le marché noir²⁴. Il y aurait des abandons nombreux, affirment les Français, citations à l'appui, négligeant que, y compris dans les plus mauvais programmes méthadone, le nombre d'abandons reste modeste au regard des échecs des cures de sevrage. Ces débats-là remontaient à la fin des années soixante-dix ; je venais de comprendre qu'ils étaient dépassés. Les chiffres ne pouvaient être extraits de leur contexte. La méthadone n'est pas un antibiotique, elle n'est pas prescrite de façon standardisée et les résultats dépendent de la façon dont elle est utilisée²⁵. À la télévision, c'était un peu compliqué à expliquer : le nombre de morts n'a pas besoin de commentaire. Le débat exigeait la maîtrise d'une information qui était restée barrée du sceau de l'interdit.

Tout au long de l'hiver 1993, l'information hier inaccessible s'est introduite en France. Le colloque Triville (New York, Londres, Paris) organisé les 23 et 24 janvier 1993 par Patrick Aeberard, ancien président de Médecins du monde, pour Bernard Kouchner au ministère de la Santé, a marqué un tournant à un double titre. Premier tournant : l'information détenue par quelques acteurs de terrain y a acquis une légitimité et une audience nationale. L'objectif de la rencontre était de confronter les expériences des trois villes dans la lutte contre la toxicomanie, le sida et l'exclusion²⁶. Journalistes, chercheurs, praticiens et politiques participent aux débats. Dans le conflit qui l'avait opposé à Paul Quilès, Bernard Kouchner avait perdu la partie. Du moins n'avait-il pas renoncé à se faire entendre. La séance de clôture devait, comme il se doit, célébrer l'engagement dans la lutte commune ; la contestation n'était pas prévue. Mais tandis que Bernard Kouchner s'attache à démontrer que la réduction des risques face au sida peut

24. DELLILE J.-M. (ANIT), « Il n'y a pas de vérité établie sur la méthadone », *Journal du sida*, n° 46, janvier 1993.

25. Les travaux portant sur les pratiques médicales (dont la posologie) ont permis de comprendre les résultats inégaux de la méthadone. Voir chapitre 20, « La méthadone est-elle un substitut à la prohibition ? ».

26. « Toxicomanie, sida, exclusion, New York, Paris, Londres », *Les Temps modernes*, 49^e année, n° 567, octobre 1993.

s'intégrer dans la politique française, Act Up fait irruption, les militants montent sur l'estrade. Bernard Tapie s'interpose et Bernard Kouchner s'étonne : « Pourquoi venir manifester ici précisément ? Vous connaissez un meilleur endroit pour vous exprimer ? » C'était un peu mon sentiment lorsque j'avais vu surgir Act Up. Pour la première fois en France, le terme de « réduction des risques » était dit publiquement et, de surcroît, il était dit au ministère de la Santé. Pourquoi venir troubler la première réunion publique consacrée à l'urgence du sida pour les usagers de drogues ? Cependant j'écoute, comme toute la salle, les mots d'ordre d'Act Up : « Toxicos harcelés, toxicos assassinés », « Pas de parole, des actes ». Un des manifestants prend la parole ; il met en accusation le gouvernement : « La politique de santé est menée par le ministre de l'Intérieur [...] qui piétine les seringues ; pendant ce temps-là, les malades meurent », puis il désigne du doigt Georgina Dufoix « coupable et responsable ». « Quelle honte d'exiger une cure de désintoxication pour soigner les malades du sida ! » et il poursuit : « Quelle honte de parler d'urgence quand on reconnaît ne rien pouvoir faire [...]. Sur tous les fronts de l'épidémie, la France est aux avant-postes [...] elle laisse mourir ses toxicos et ses homos. » L'émotion est tangible dans la salle, qui garde le silence pendant une longue minute puis applaudit. Un second tournant venait d'être pris : ceux qui avaient compris que silence = mort devaient prendre la parole et agir. Le mouvement de la réduction des risques prenait forme²⁷.

Le 10 décembre 1992, les médecins généralistes réunis au ministère de la Santé le 16 octobre avaient créé le Réseau des professionnels d'Île-de-France (le REPSUD)²⁸. Durant l'hiver 1993, des associations se créent, des liens se tissent entre des pratiques hier cloisonnées. Nous sommes quelques-uns à circuler entre le REPSUD et MDM, entre les usagers de drogues et les associations de lutte contre le sida, les idées circulent avec nous. La première réunion de Limiter la casse, le 25 mars 1993, a rassemblé ceux qui en Île-de-France s'étaient engagés aux côtés des usagers de drogues, au total trente-cinq personnes, mais chaque semaine le groupe s'agrandit. Nous savons qu'en Grande-Bretagne ou en Suisse toutes ces actions prennent leur cohérence dans la réduction des risques. Nous recherchons avidement l'information ;

27. « Silence = mort » a été le premier mot d'ordre d'Act Up. Le militant d'Act Up qui a ébranlé la salle ce jour-là était Claude Guillomard. Il allait devenir un des membres fondateurs de Limiter la casse.

28. Le REPSUD a pour objectif la communication, la formation, la recherche et l'évaluation dans le traitement et pour priorité l'accès aux soins des patients usagers de drogues. Son président est le Dr Jean Carpentier.

l'exaltation de la découverte se mêle au sentiment de l'urgence ; nous prenons conscience qu'il faut « limiter la casse²⁹ ». Des journalistes dans la presse médicale, au *Monde*, à *L'Événement du jeudi* ou à *Libération* suivent les débats et ils en rendent compte – lorsque nous parvenons à nous faire entendre. Dans *France-Soir*, je lis, sous le titre « Pour accros au bout du rouleau », l'annonce de l'ouverture de la clinique Liberté, qui sera effective au mois d'octobre 1993. Le journaliste me cite : « Chaque jour, ils viendront prendre leur dose. En échange, ils s'engagent à renoncer à la drogue. Deux fois par semaine, des contrôles urinaires seront effectués [...] mais il ne faut pas attendre de vraie désintoxication avant un an. » Quels mots avais-je utilisés exactement ? Certainement pas « renoncer à la drogue », mais sans doute lui ai-je bien dit qu'il y aurait des analyses d'urine et peut-être même qu'on ne pouvait espérer de désintoxication « avant un an ». Le journaliste souhaitait manifestement justifier ces programmes auprès de son public et montrer que nous n'avions pas renoncé au traitement de la toxicomanie, que nous ne nous contenterions pas de distribuer de « la drogue aux drogués ». Pour le journaliste, les contraintes apportaient la preuve qu'il s'agissait bien d'un traitement. C'est à cette conception violente des relations avec « le toxicomane » que nous nous affrontions. D'autres relations exigeaient d'autres mots mais il nous a fallu plus d'un hiver pour trouver les nôtres.

29. Le collectif Limiter la casse est né officiellement le 5 mai 1993 (communiqué de presse) (voir Limiter la casse, en annexe).