



Chapitre 19

LA RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX: L'INVENTION D'UN DISPOSITIF

Lorsque Simone Veil est nommée au ministère des Affaires sociales, elle prend connaissance du dossier. Entre septembre 1993, date du plan gouvernemental, et mars 1994, elle a déjà mis en œuvre 217 places méthadone, 16 programmes d'échange de seringues, 4 boutiques, sans compter les réseaux de médecins généralistes. En juillet 1994, elle a achevé la mise en place du dispositif français de réduction des risques. Une circulaire de mars 1994 donne un nouveau cadre à la méthadone. Le protocole est rigide : distribution surplace, analyses d'urine, prescription médicale tous les sept jours mais la méthadone perd son statut expérimental, elle pourra être prescrite par tous les centres de soins spécialisés. Les médecins généralistes ne peuvent, en revanche, décider de la prescrire. Or 2 000 places méthadone, c'est insuffisant en terme de santé publique.

LES MÉDIAS, LE PUBLIC, LES HOMMES POLITIQUES ONT entendu des experts s'opposer à d'autres experts, ils ont vu des chiffres voler, des « pour » et des « contre » comme il en est dans tout débat.

Tous appellent à l'ouverture d'un débat politique, pour sortir du « confusionnisme et de la peur ambiante ¹ ». Sur cette exigence, il y avait apparemment consensus, de Claude Olievenstein, qui attendait des pouvoirs publics « cohérence, réflexion et travail en profondeurs »

1. EHRENBERGA., « Plaidoyer pour une réflexion politique sur les drogues », *Libération*, 30 novembre 1992 ; « Entre droit, moral et politique », *Le Monde*, 8 janvier 1993.

(*Le Monde*, 20 janvier 1993), à Paul Quilès, qui dénonçait la « confusion entretenue par les médias » (*Le Monde*, 16 janvier 1993). Il y a maintenant de nouveaux acteurs pour mener le débat, la première association antiprohibitionniste française, le MLC (Mouvement de légalisation contrôlée), se réunit pendant l'hiver², « La France va devoir choisir », titre *Impact-Médecin Quotidien* (29 avril 1993). Pour les Français, il n'y a que deux possibilités, la prohibition ou la légalisation, les mesures de santé sont interprétées à l'aune de la loi.

À cette date, le nouveau gouvernement a déjà fait son choix. Dès qu'il est formé, Charles Pasqua, ministre de l'Intérieur, et Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, prennent position. Pour Charles Pasqua, « la drogue est devenue le fléau n°1. responsable de plus de 35 % des crimes et délits et de plus de 65 % des délits commis par les jeunes ». Le ministre nomme le Dr Jean-Paul Ségala « RPR pur et dur », selon le *Quotidien du médecin*, et le médecin a des opinions très précises : « Oui à la répression, non à la distinction drogues dures/drogues douces, non à la méthadone, oui aux soins pour les toxicomanes. » Simone Veil, quant à elle, déclare que « le nouveau gouvernement n'acceptera jamais la libre circulation des drogues ». « Posant ses pas dans ceux du ministre de l'Intérieur [...] . Simone Veil a dit non à la dépénalisation », résume *Le Figaro* (30 avril 1993). Se démarquant de la cacophonie du gouvernement précédent, le nouveau présente un front uni tout en prenant acte de l'ouverture du débat. Charles Pasqua et Simone Veil s'engagent chacun de leur côté à le mener loyalement. Apparemment, Simone Veil considère que le débat est celui de la loi. Considère-t-elle qu'il faut changer la loi de 1970 pour adopter la méthadone, substance classée comme stupéfiant ? Ce serait bien inquiétant. Ni l'opinion publique ni les politiques ne voient la nécessité de changer la loi, alors que les mesures de santé doivent être prises en urgence.

Le plan gouvernemental du 23 septembre 1993 : les urgences en annexe

Dès que Simone Veil prend ses fonctions, médecins et associations sollicitent des rendez-vous. Ils font état du taux de contamination inquiétant des usagers de drogues, du retard français. Simone Veil

2. Le Mouvement de légalisation contrôlée (MLC) est la première association anti prohibitionniste française ; sa création est annoncée dans *Le Monde* du 17 juin 1993. Voir une présentation de la légalisation contrôlée, voir CABALLERO et BISIQU, *Le Droit de la drogue*, op. cit.

écoute attentivement. Elle reçoit MDM en juillet 1993. L'association avait déposé un projet méthadone, refusé par l'administration. En 1973, Simone Veil avait été à l'origine de la première expérimentation française de traitement par la méthadone. Vingt ans après, le nombre de centres méthadone était passé de deux à trois, soit cinquante-deux places pour toute la France. Bernard Kouchner n'avait pas pu mettre en œuvre son programme. Son budget avait été refusé. Il avait tenté néanmoins d'apporter un soutien aux promoteurs des nouveaux projets, à Paris et à Bordeaux, mais il ne parvient pas à débloquer les dossiers : ces nouveaux acteurs n'avaient pas l'air de plaire à l'administration de la santé et l'administration s'est contentée de traîner des pieds. « Les ministres passent, l'administration reste », déplore-t-il amèrement³. Simone Veil ne peut que constater l'immobilisme et, plus généralement, la faiblesse du soin aux toxicomanes. Sur ce diagnostic-là, tous les experts s'accordent et d'abord les spécialistes, qui dénoncent les misérables sept cents places de postcure. La lutte contre la toxicomanie et la menace du sida imposent également la consolidation de l'offre de soins. Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie, rendu public le 23 septembre 1993, entend démontrer que le nouveau gouvernement ne se paie pas de mots⁴. La lutte contre la drogue, d'une part, contre la toxicomanie, d'autre part, est également prise au sérieux. Avec un budget de 85 millions de francs, Simone Veil se met immédiatement au travail. En matière de santé, les mesures d'urgence sont :

- le doublement des lits de postcure en trois ans ;
- la création de trois à cinq lits réservés aux cures de sevrage des toxicomanes dans tous les hôpitaux ;
- la création de réseaux de médecins généralistes ville-hôpital-toxicomanie ;
- l'accès aux soins des toxicomanes incarcérés.

C'est Edouard Balladur, Premier ministre, qui présente le plan, encadré par Simone Veil d'un côté et Charles Pasqua de l'autre, attestant la cohérence de la politique gouvernementale. Les journalistes écoutent attentivement. Simone Veil va-t-elle suivre le chemin ouvert par Bernard Kouchner ou bien l'immobilisme va-t-il encore une fois l'emporter ?

« Et le sida ? interroge un journaliste⁵.

- Quel est le rapport ? » demande le Premier ministre.

3. KOUCHNER B., « Drogues ; état d'urgence », *Le Monde*, 4 octobre 1993.

4. *Lutte contre la toxicomanie*, Comité interministériel, 21 septembre 1993.

5. Le journaliste était Mathieu Verboud, du Journal du sida.

Le refus de l'amalgame « toxicomanie-sida » a fait son œuvre ; toxicomanie et sida ne devaient pas être associés. Edouard Balladur a intégré l'interdit et il n'a pas lu les « mesures applicables à moyen terme ». Elles comprennent précisément les outils de la réduction des risques avec :

- la création de centres d'urgence pour accueillir la « fraction de la population la plus marginalisée » ;
- la limitation des risques du sida avec une réglementation adaptée, afin de développer les programmes d'échange de seringues ;
- le développement maîtrisé d'un programme de substitution, « si l'évaluation en confirme l'intérêt » pour « permettre un suivi précis ».

Tout y est mais, comme le remarque le Dr Lebeau, « les urgences sont en annexe ». Simone Veil s'engage à créer deux cent trente places méthadone, à peu près l'objectif que s'était fixé Bernard Kouchner l'année précédente, en octobre 1992. Le plan avait été « emporté par la hantise du laxisme des socialistes », et Simone Veil entend « combattre le fléau sans faire de vagues » (*Libération*, 23 septembre 1993). À limiter la casse, nous sommes catastrophés. Pour ma part (et je n'étais certainement pas seule dans ce cas), la nomination de Simone Veil comme ministre des Affaires sociales avait suscité un secret espoir : dès qu'elle serait suffisamment informée, elle aurait le courage de prendre les mesures qui s'imposaient. C'est effectivement ce qui s'est passé, mais en septembre 1993, nous mesurons le chemin qui reste à accomplir. Manifestement, Simone Veil est persuadée qu'elle pourra mener la lutte contre le sida sans changer pour autant les objectifs de la lutte contre la toxicomanie, qu'elle assimile au sevrage. La priorité qu'elle accorde aux lits de sevrage montre qu'elle est très loin de la réduction des risques, elle montre aussi qu'elle ignore les réalités de la prise en charge hospitalière. Ces lits de sevrage sont tout simplement irréalisables. Les médecins hospitaliers n'en veulent pas parce qu'ils ne veulent pas de toxicomanes dans leurs services. Comment les convaincre alors que quelque 90 % des cures aboutissent à un échec ?

Dans le nouveau plan gouvernemental, la pilule méthadone est passée, mais de quelle méthadone s'agit-il exactement ? Au cours des débats qui avaient été menés durant l'hiver 1993, les intervenants en toxicomanie avaient concédé le recours à la méthadone « pour les toxicomanes surinfestés », sans renoncer à l'éthique du soin « sous prétexte du sida ». Car « la méthadone n'est pas un outil fiable pour la prévention du sida ». C'est la conclusion du bilan d'activité du centre Pierre Nicole ⁶. Ce bilan est confirmé par les deux autres équipes, à l'hôpital

6. En 1991, le centre Pierre-Nicolas, dirigé antérieurement par le Dr Charles-Nicolas, a changé de direction. Le Dr Touzeau et moi recevons, de la Direction générale de la santé, la mission d'ouvrir un programme méthadone de vingt-cinq places dans les Hauts-de-Seine en partenariat avec les quatre centres spécialisés du département.

Sainte-Anne et à l'hôpital Fernand-Widal, seuls services autorisés à prescrire de la méthadone. Silencieux des années durant, ces cliniciens sont désormais dûment sollicités. Les toxicomanes, constatent-ils, continuent de s'injecter des drogues, la méthadone doit rester un recours ultime et être étroitement contrôlée. À l'aune de l'abstinence, qu'importent les évaluations qui démontrent une réduction de 70 % de la consommation d'héroïne et de l'injection ? D'ailleurs, comment accorder du crédit aux évaluations étrangères alors qu'on « voit bien » que ces expériences ont échoué ? Il faut une évaluation française, répètent inlassablement les spécialistes français, qui défendent désormais une ligue qui se veut à la fois équilibrée et patriote : « Au lieu d'ouvrir les vannes, pourquoi ne pas s'appuyer sur l'expérience des équipes qui, en France, gèrent les programmes méthadone de façon raisonnable pour dégager une politique adaptée à notre pays⁷ ? » Telle est la politique préconisée par l'administration de la santé. Le ministère a toutes les raisons de s'y rallier mais cette méthadone-là, étroitement limitée, ne pourra en aucune façon répondre à l'urgence du sida.

Sur l'urgence de la lutte contre le sida, l'expertise ne laisse pourtant aucun doute. Le jour où le gouvernement rend public son plan de lutte est aussi le jour où le Conseil national du sida public son rapport⁸. Il préconise toutes les mesures de réduction des risques : inaccessibilité des seringues, programmes méthadone, actions communautaires avec les usagers de drogues, et il en donne la cohérence : « La priorité des pouvoirs publics doit être la prévention et la protection de la santé publique et non la répression de l'usage simple de drogues, » C'est la politique britannique depuis 1987. Encore aujourd'hui, les Français ne s'y sont pas résignés. Il y a bien un dispositif de réduction des risques, mais nous sommes très loin de donner la priorité à la santé publique sur la répression.

Manifestement, le débat d'experts ne suffit pas. Il faut se faire entendre. À l'annonce du plan gouvernemental, Limiter la casse fait un communiqué de presse. C'est notre première action publique. Avec quarante associations, nous constituons un collectif et publions un appel signé à la fois par des acteurs de terrain et des personnalités, intellectuels, politiques, artistes. Les associations de lutte contre le sida avaient réussi, non sans peine, à obtenir un soutien large. Il est beaucoup plus difficile de rompre le silence sur la question des drogues.

7. HAUTEFEUILLE M., « Drogues : les 7 erreurs de la substitution », *art. dt.*

8. Conseil national du sida, *Toxicomanie et sida*, rapport remis au gouvernement par le Pr Françoise Augé, présidente, 1993.

Ceux qui dénoncent la guerre à la drogue sont *a priori* suspects de complicité, plus dangereux encore, suspects d'être eux-mêmes toxicomanes. La menace est précise : c'est la stigmatisation, l'exclusion du monde du travail, voire la criminalisation. Lorsque Noah reconnaît en 1994 qu'il consomme du cannabis, « comme tout le monde », il se retourne et découvre, étonné, qu'il n'y a personne derrière lui. Et il s'agissait du cannabis. Dans la logique de guerre à la drogue, on est « pour » ou « contre » la drogue - et personne ne peut être « pour la drogue ». Les signataires ont osé penser par eux-mêmes⁹.

De septembre 1993 à juillet 1994, la mise en place du dispositif de réduction des risques

Le scandale du sang contaminé démontrait que la santé publique n'avait rien d'un « prétexte ». Elle devait être prise au sérieux. Simone Veil entend les uns et les autres, se rend sur le terrain, dans les hôpitaux. Les toxicomanes ne sont pas seulement une priorité de santé publique, ils ont pris visage humain. À l'hôpital Laënnec, elle répond sèchement à un chirurgien qui oppose les « vraies » urgences aux toxicomanes : « Je ne trie pas les vies à sauver entre les bonnes et les mauvaises¹⁰. » Au fur et à mesure qu'elle pénètre dans le dossier, les priorités qu'elle s'était données en septembre 1993 s'inversent. Au 1^{er} mars 1994, elle rend public un premier bilan de son action : 4 « dispensaires de vie » s'ajoutent aux 2 « boutiques » existantes, 16 programmes d'échange de seringues sont créés, 217 places méthadone avaient été ouvertes en septembre 1993, 256 sont agréées en janvier. Chaque projet, chaque place méthadone a exigé une volonté inébranlable alliée à une connaissance précise des rouages administratifs qui ont permis de surmonter en six mois les obstacles qui, en France, exigent habituellement des années.

Au 1^{er} mars 1994, Simone Veil n'a pas abandonné la création des lits de sevrage, elle en promet mille. Ce sera le seul de ses objectifs qu'elle ne tiendra pas. Au 21 juillet 1994, elle a achevé la mise en place du dispositif français de « réduction des risques infectieux chez les toxicomanes¹¹ ». Le plan gouvernemental rendu public en juin 1999 hérite

des moyens qu'elle a mobilisés et du trajet politique qu'elle a accompli - à grand-peine, un peu plus mais aussi beaucoup moins. Le dispositif de réduction¹ des risques, hier expérimental, a bien acquis un statut officiel mais, entre-temps, la volonté politique s'est perdue. Avec une réduction de 80 % des overdoses mortelles, la réduction des risques a tenu ses promesses - il y a désormais d'autres priorités.

Pour mettre en œuvre une politique, il faut s'y investir pleinement. En mars 1994, Simone Veil fait du développement de la méthadone sa priorité de l'année. La voie est étroite. L'Association des intervenants en toxicomanie, l'ANIT, a annoncé qu'elle « changeait de cap ». Le principe de la méthadone est accepté « à la condition qu'elle soit conforme à l'éthique du soin » comme l'étaient, selon l'ANIT, les programmes existant depuis 1973. Les intervenants de terrain n'ont cure de ces concessions, qu'ils assimilent à une soumission aux politiques ; ils restent toujours aussi hostiles à la méthadone. Il faut convaincre les acteurs de terrain, il faut aussi rassurer les partisans de la répression, qui font consensus dans le monde politique. Simone Veil doit démontrer à son gouvernement que la méthadone ne constitue en rien une menace dans la lutte contre la drogue. Il ne peut être question d'une distribution large et incontrôlée dont les risques mortels sont dénoncés par les experts. Il n'est pas davantage question « d'abandonner les toxicomanes à leur toxicomanie » et d'entretenir des toxicomanes chroniques aux frais de l'État.

La méthadone sous contrôle

La circulaire publiée en mars 1994 « relative au cadre d'utilisation de la Méthadone dans la prise en charge des toxicomanes » répond à l'ensemble de ces exigences¹². Son objectif : donner à la méthadone un statut qui en permette le développement. Son enjeu : l'intégration dans le système de soins français. Depuis 1973, la méthadone avait un statut expérimental. Désormais, tous les spécialistes peuvent la prescrire. Elle a le même objectif que tous les autres traitements de la toxicomanie, à savoir une vie sans drogue, même s'il s'agit ici d'un objectif ultime. En 1973, un protocole avait été élaboré sur le modèle des programmes américains. Le nouveau cadre d'utilisation de la méthadone en reprend les principes. Dix-sept pages sont consacrées aux

9. Voir *Limiter la casse* en annexe.

10. « La colère froide de Simone Veil », *Panorama du médecin*, 29 juin 1994.

11. « Premier bilan du plan de lutte contre la drogue », mardi 1^{er} mars 1994, dossier de presse ; ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, « La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes » Jeudi 21 juillet 1994.

12. Circulaire n° 14 du 7 mars 1994, ministère des Affaires sociales, de la Santé et Ville, ministère délégué à la Santé, Direction générale de la santé.

contrôles de la prescription, de la délivrance et de la détention du produit. Ces contrôles visent à garantir les « conditions de sécurité d'emploi ». Par là, ils démontrent aussi que l'administration assume pleinement ses responsabilités de protection de la santé publique.

Le contrôle des toxicomanes est tout aussi rigoureux, calqué lui aussi sur le modèle des réglementations américaines. La méthadone doit être réservée à « certains toxicomanes », avec au minimum cinq années de dépendance à un produit opiacé, après plusieurs cures de sevrage « sans succès durable ». Ces toxicomanes doivent accepter la venue quotidienne au centre, les analyses d'urine contrôlant les consommations de drogues illicites et enfin le suivi régulier.

La méthadone réservée à « certains toxicomanes » n'avait rien d'une pétition de principe, elle était pratiquée de longue date par les premiers cliniciens français. À Femand-Widal comme à Sainte-Anne, le traitement était réservé à quelque vingt patients dans des consultations qui pouvaient recevoir de 200 à 400 patients auxquels étaient proposés « d'autres moyens thérapeutiques », et les cliniciens français n'en demandaient pas davantage. Tel est le modèle de développement de la méthadone que la circulaire de mars 1994 entreprend d'organiser. Tel est le modèle qui prévaut encore aujourd'hui. Nulle révolution donc. L'administration de la santé, rédacteur de cette circulaire, entend montrer qu'elle ne fait que poursuivre le travail déjà engagé. Les responsables administratifs reconnaissent que la phase d'expérimentation de vingt années s'était quelque peu étirée dans le temps, la circulaire y met fin avec la décision de développer ce traitement, et le développement se fait, comme il se doit, sur les bases de l'expérience acquise. C'est le discours tenu par l'administration ; il doit rassurer les intervenants français. Le raisonnement se heurte à une difficulté que l'administration passe sous silence. « Poursuivre le travail engagé », c'est confier le développement de la méthadone à des cliniciens qui ont conclu de leur expérience que ce développement n'était pas utile. Les cliniciens français, il est vrai, n'avaient pas eu d'autre choix. La commission méthadone, créée en 1973, avait veillé à ce que les responsables des programmes adhèrent à l'« éthique du soin » et à la clinique dont les Français se réclament. La méthadone avait été tolérée précisément parce que les cliniciens qui en avaient la charge ne risquaient pas de s'en faire les avocats. Ils considéraient donc que ce n'était pas un traitement de la toxicomanie, puisque le traitement était la psychothérapie, mais un « outil de prise en charge ». La méthadone ne devait pas davantage devenir un outil de la réduction des risques. L'abstinence restait l'objectif du traitement. C'est à ce titre que la commission méthadone a refusé les habilitations des deux programmes de MDM, à Bayonne et à Paris, tous deux suspects de chroniciser les toxicomanes,

l'un pour ses références américaines, l'autre pour ses objectifs affichés de réduction des risques.

La circulaire de mars 1994 ne se contente pas de mots. Elle garantit une utilisation conforme à la conception française de la clinique en offrant aux centres de soins spécialisés le monopole de ce traitement. Ce monopole est justifié dans la circulaire par deux arguments : seuls les centres de soins spécialisés peuvent offrir « d'autres méthodes de prises en charge », ce qui, en langage codé, signifie sevrage. Il ne devrait donc pas y avoir de centres proposant exclusivement de la méthadone. L'autre raison est la nécessité d'offrir l'ensemble des services médico-psychosociaux, puisque l'efficacité de la méthadone tient au suivi psychothérapeutique ; or l'administration définit le budget de ces nouveaux programmes en complément de services psychosociaux existants. Seul est budgété le recrutement d'infirmiers et de médecins, absents des équipes classiques. Monopole de la méthadone, budgets supplémentaires, l'administration a pensé avoir en main les moyens de vaincre des cliniciens hostiles. Un à un, ces cliniciens ont effectivement accepté d'ouvrir les petites unités préconisées ; ce faisant, ils ont pu prendre conscience que les toxicomanes substitués n'étaient pas devenus des robots sous camisolle chimique, que les prises en charge psychosociales classiques pouvaient être poursuivies, mais ils n'ont pas fondamentalement changé de conception clinique, comme en témoigne le lent développement de la méthadone en France.

L'administration de la santé et Simone Veil poursuivaient-elles les mêmes objectifs ? Très certainement, l'instance politique et l'instance administrative s'accordaient sur la nécessité d'intégrer la méthadone dans le dispositif existant. Très certainement, les deux instances tenaient également à exorciser le spectre d'une distribution large de « produit » avec sa cohorte de maux : le détournement sur le marché noir, les overdoses mortelles, les jeunes s'initiant à la toxicomanie avec la méthadone, drogue légale. Certainement enfin, aucune des deux instances n'imaginait renoncer à l'objectif du système de soin, à savoir le sevrage, même s'il devient, avec la méthadone, un objectif ultime. Mais Simone Veil avait déjà pris quelques libertés avec les contraintes de la circulaire. Dès juillet 1993, elle a pris l'engagement d'ouvrir le centre de Médecins du monde, elle prend le même engagement avec le président des Mutuelles de France ; or ces deux centres ne peuvent répondre aux exigences de la circulaire, ils n'ont ni l'ambition ni les moyens d'offrir « d'autres méthodes de prise en charge » que la méthadone. Les spécialistes français sont hostiles à la méthadone, Simone Veil le sait et elle tient à « diversifier » l'offre de soin, selon un principe revendiqué par le système de soin mais qui n'avait jamais été mis en application.

Mille ou deux mille places méthadone ne suffisent pas

À la fin de 1994, le nombre de places méthadone s'élève à 1 645. Est-ce suffisant ? Au regard des quelque 700 places de postcure, 1645 places faisaient déjà de la méthadone un concurrent sérieux et il n'était évidemment pas question de se convertir au « tout-méthadone ». La méthadone devait compléter le dispositif existant ; elle devait être réservée à ceux pour qui les autres méthodes avaient échoué. Quel pouvait être le nombre de ces toxicomanes en échec ? La question renvoyait en partie au chiffre noir de la toxicomanie, évalué en mars 1994 entre 150 000 et 300 000. L'expérience de quelques pays européens montrait que peut-être un tiers d'entre eux accéderaient à un traitement de substitution s'ils en avaient la possibilité, et nous savions qu'il y avait environ 17 000 patients en Grande-Bretagne, 10 000 en Espagne, 6 000 aux Pays-Bas, 10 000 en Suisse, 9 000 en Allemagne. En termes de moyens, un tel développement était inenvisageable. Il aurait fallu multiplier le budget par dix. Autre question : qui ferait fonctionner ces nouveaux centres ? Les spécialistes étaient trop réticents et les pressions financières n'y auraient pas suffi. Quant aux nouveaux acteurs, Simone Veil était tout à fait disposée à les encourager ; tous ces projets ont obtenu une habilitation mais ils n'étaient pas si nombreux. L'extension trop rapide des centres méthadone entre 1969 et 1972 aux États-Unis avait montré que ce n'était pas la solution.

En 1994, le ministère de la Santé est devant une équation sans solution. La méthadone avait été justifiée par l'urgence du sida alors que le cadre fixé à son développement interdisait une telle ambition. Santé publique et logique économique plaident également pour la médecine de ville, mais la prescription large est précisément la voie interdite. Dans la circulaire de mars 1994, il n'en est pas question.