

## La réduction des risques liés à l'usage de drogue : une stratégie de changement des politiques de drogue.

Anne Coppel, pour la Conférence – débat : « **Pour une politique européenne en matière de drogues... Renforcer le partenariat institution/société civile** » ; 17 septembre 2003, Parlement Européen, Bruxelles - organisée par Alima Boumédiène-Thiery, Députée au Parlement Européen / MEP Groupe des Verts

**Résumé :** *Expérimentation et négociation, tels sont les principes qui fondent la démarche de réduction des risques liés aux drogues. Cette stratégie réunit " les acteurs concernés ", acteurs en relation avec des usagers de drogues et usagers de drogues eux-mêmes. Les actions de réduction des risques font appel à la responsabilité de l'usager et à ce titre se revendiquent de la citoyenneté ; aussi ces actions vont-elles l'encontre de la guerre à la drogue, stratégie qui fait de l'usager de drogue un l'ennemi. Cette stratégie guerrière est internationale, elle remplit pour moitié environ les prisons du monde. Les actions de réduction des risques parviennent néanmoins à se développer dans la mesure où, avec des objectifs précis, elles ont pu faire la preuve de leur efficacité mais à l'exception des Pays-Bas et de la Suisse, ces actions ne sont pas revendiquées comme une politique de drogue ; aussi ces actions, expérimentées souvent à la marge des dispositifs institutionnels, presque en catimini, sont-elles menacées puisqu'elles dépendent de la bonne ou mauvaise volonté d'acteurs de la société civile ainsi que de la bonne ou mauvaise volonté des pouvoirs publics. **Aujourd'hui, ces expérimentations doivent être revendiquées** ; les bons résultats doivent être connus et la démarche doit acquérir un statut légal dans le cadre des politiques de drogues et pas seulement comme réduction des risques infectieux comme en France ou même comme politique de santé publique comme en Grande-Bretagne. Les pays européens doivent développer ensemble les actions qui font la preuve de leur efficacité dans une société démocratique. Cela revient à fabriquer de nouveaux modes de gestion des différentes drogues en fonction des problèmes concrets que posent leur usage ou leur commerce. Il s'agit donc là d'une stratégie de sortie de la prohibition des drogues, la seule qui jusqu'à présent ait réussi à ébranler l'escalade continue de la répression.*

Héroïne à Liverpool, shoot à ciel ouvert à Zurich, cannabistrot à Amsterdam, ces nouvelles ont parfois franchi les frontières françaises mais dans les années 80 en France, elles ne sont pas mises en relation avec le sida et sont purement scandaleuses. C'est tout le contraire aujourd'hui : pour les Français désormais, programmes d'échange de seringues, méthadone ou " boutiques " qui accueillent des toxicomanes qui se droguent sont justifiés par la lutte contre le sida. De fait, sans la menace du sida, il n'était pas envisageable de distribuer des seringues alors qu'il est toujours interdit de s'en servir mais la politique de réduction des risques est loin de se limiter au risque infectieux. L'information sur les risques liés aux usages ou sur la qualité des produits avec le testing n'a guère de rapport avec le sida, si ce n'est le

souci de la santé des usagers de drogues. Le BUS méthadone qui, à la fin des années 70, va au-devant des usagers d'héroïne à Amsterdam n'est pas non plus justifié par le risque de sida ni même par les risques sanitaires. Dans les institutions de soins, le traitement méthadone exige du patient qu'il soit " motivé ", c'est à dire qu'il souhaite " arrêter de se droguer ", ce BUS méthadone, au contraire, va au-devant des usagers d'héroïne sans exiger d'eux " une démarche de soin " et l'abstinence à l'héroïne. C'est là une des premières actions de réduction des risques, expérimentée pour réduire les risques sociaux engendrés par le marché noir . Puisque, dans l'immédiat du moins, on ne peut éradiquer le trafic –que ce soit par la répression ou par l'abolition de la prohibition-, du moins ce BUS peut-il donner une première réponse au manque ressenti par les usagers d'héroïne ; tel a été le raisonnement de la ville d'Amsterdam. C'est à cette occasion qu'a été créée la première association de consommateurs, le syndicat des junkies. Cette association a été impulsée par la ville d'Amsterdam, à la recherche de réponses qui satisfassent à la fois les riverains qui se plaignent des nuisances dans le quartier chaud d'Amsterdam et les usagers qui veulent de l'héroïne. Le BUS méthadone dit " à bas seuil ou à bas niveau d'exigence " est un des produits de la négociation menée par la mairie entre les riverains et les usagers d'héroïne : en acceptant de prendre en compte le besoin, la municipalité d'Amsterdam a choisi de faire appel à la citoyenneté de l'utilisateur. En ce début des années 80, ce choix de société faisait d'Amsterdam une exception en Europe mais au cours des années suivantes, d'autres villes européennes ont été amenées à adopter cette même démarche d'expérimentation et de négociation.

### **1°) Des expérimentations menées sur le terrain avec les " acteurs concernés ", usagers de drogues et acteurs en relation avec eux**

Ces expérimentations répondent à des problèmes précis liés aux drogues, le plus souvent nuisances, prévention du sida ou exclusion des soins dans les années 85-95, mais aussi des problématiques telles que la recherche d'alternatives à l'incarcération, la protection de la mère et de l'enfant ou encore, plus récemment, l'information des consommateurs.

Toutes ces actions réunissent " les acteurs concernés " dont certains sont institutionnels et d'autres sont issus de la société civile selon des configurations variées ; il peut s'agir, selon les cas, de professionnels de santé, de militants de la lutte contre le sida, de familles ou d'élus locaux ; le plus souvent, il s'agit d'acteurs qui n'étaient pas prévus dans les dispositifs institutionnels; c'est d'autant plus vrai que ces actions associent les usagers de drogues eux-mêmes selon différentes modalités, quelquefois officiellement partenaires de l'action, ou bien même à l'origine des actions dans le cadre des associations d'auto-support et, pour le moins, consultés pour " leur expertise " : les actions devant répondre à leurs besoins.

À cet égard, ces actions bouleversent ou du moins infléchissent le cadre des dispositifs institutionnels qui prévoient de lutter " contre la drogue ", éventuellement pour le bien des usagers de drogues mais jamais avec eux. Les actions de réduction des risques peuvent avoir des objectifs très limités, tel l'accès aux seringues stériles ou bien des objectifs plus ambitieux lorsqu'elles font de l'utilisateur de drogue un citoyen comme les autres mais quoi qu'il en soit, ces actions reposent toutes sur un même principe : accepter l'usage de drogues. Ce principe va à l'encontre de la guerre à la drogue qui fait de l'utilisateur de drogue un ennemi, à la fois ennemi de la société et ennemi de lui-même, qui doit donc être protégé contre lui-même.

## 2°) Des actions à l'encontre de la logique de guerre à la drogue

Nous sommes en pleine guerre à la drogue et il ne s'agit pas là d'un simple slogan : il y a bien une guerre à la drogue, avec ses armées, ses morts, ses victimes qui remplissent pour moitié environ les prisons du monde. Rompre avec la logique guerrière n'a rien d'évident, c'est même dangereux ; en pleine guerre, cela s'appelle " pactiser avec l'ennemi ". C'est la raison pour la quelle ces actions ne parviennent à s'imposer que lorsqu'elles peuvent apporter la preuve de leur efficacité. C'est ce qui s'est passé ces dernières années avec la distribution de seringue ou bien avec les prescriptions médicales d'opiacés, de la méthadone à l'héroïne. Ainsi, dès 1987 en Grande-Bretagne, des évaluations rigoureuses ont pu démontrer que :

1°) la distribution de seringues dans le cadre des programmes d'échange de seringues n'augmentait pas le nombre d'injecteurs ;

2°) la distribution de seringues diminuait les contaminations par le sida ; autrement dit, lorsque les seringues sont accessibles, la plupart des injecteurs choisissent de ne pas partager leurs seringues.

Cette démonstration est à la base de la diffusion des programmes d'échange de seringue en Europe et même dans le monde. Parallèlement, d'autres évaluations ont été menées sur les prescriptions médicales ; elles sont également à l'origine de l'extension des traitements par la méthadone et autres médicaments de substitution ainsi que des prescriptions médicalisées d'héroïne en Suisse, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne.

On voit tout de suite le danger de ces deux démonstrations qui peuvent également s'appliquer à l'usage de cannabis : ainsi l'interdit ne serait pas une protection efficace " de la santé publique ", c'est à dire de la santé de tous, la prévention qui fait appel à la responsabilité est efficace.

Voilà qui semble bien angélique. Et pourtant , les résultats sont là : ils sont connus des experts parce qu'ils ont été évalués, contrairement aux politiques habituelles mais ils ne sont pas connus ni l'opinion publique ni des décideurs politiques. C'est aussi que de tels résultats sont à peine crédibles : ils vont à l'encontre des croyances collectives qui justifient les réponses répressives, la loi comme rempart pour protéger la santé de tous ou encore le toxicomane suicidaire esclave de son produit – ce qui n'est pas dire que ces produit ne soient pas dangereux mais que la criminalisation, loin de résoudre le problème en redouble les dangers.

La France a été un des derniers pays d'Europe à développer les actions de prévention du sida . Les expérimentations se sont heurtées à l'hostilité des partisans de la répression mais aussi à l'indifférence des opinions plus libérales ; les uns considéraient que la santé publique était seulement " un prétexte " tandis que les autres y voyaient le dernier avatar de la prohibition qui fait de la médecine " un outil de contrôle social ", c'est à dire une répression douce qui ne veut pas dire son nom.

Tel est encore aujourd'hui le débat public - les Français ne savent pas que ce débat a été en partie tranché sur plusieurs point :

1°) la santé publique n'était pas un prétexte : sida et exclusion sociale se sont cumulées pour aboutir à une " catastrophe sanitaire et sociale " que les Français n'ont pas voulu voir ;

2°) assimiler tout traitement médical à un contrôle social revient à refuser de soigner ceux qui étaient malades ;

3°) les résultats obtenus en France avec la réduction des risques et les traitements de substitution montrent que ni les overdoses ni la contamination par le virus du sida n'étaient inéluctables.

Mais qui parmi les décideurs politiques sait ce que savent les experts, à savoir que la mortalité par overdoses a été réduite de 80% entre 1994 et 1999 ?

### **3°) A quoi doit-on attribuer les résultats obtenus en France entre 1994 et 1999 ?**

1994 est la date où les actions de réduction des risques ont été officiellement expérimentées en France pour réduire les risques infectieux, sida, hépatites ; 1999 est la date où les actions ont été évaluées et officialisées au titre de la prévention du sida et hépatite.

Or entre 1994 et 1999, les overdoses mortelles ont été réduites de 80%, les morts par sida réduit par 2/3 et les interpellations des usagers d'héroïne réduites de 67%. Les Français ne le savent pas mais l'évaluation nationale a démontré que :

1°) il y avait bien une amélioration de la santé et de l'insertion des injecteurs ;

2°) ces résultats devaient être mis en relation avec " l'accès aux produits de substitution " .

Pour comprendre ce qui s'est passé en France entre 1994 et 1999 (et peut-être jusqu'à aujourd'hui), il faut donner des informations qui ne sont pas connues de l'opinion :

1°) durant les années 80, les usagers d'héroïne ont été victimes d'une " catastrophe sanitaire " : c'est le terme utilisé par la commission Henrion, commission officielle ; pour le dire clairement, les héroïnomanes des années 80 sont tombés comme des mouches, morts du sida mais aussi morts de maladies diverses, de suicide, d'accident ; ceux qui vivent aujourd'hui sont des rescapés, d'ailleurs souvent bien mal en point ; les 500 overdoses mortelles ne représentent qu'une petite part de la mortalité des toxicomanes - une part que j'évalue de 1 à 5% des overdoses identifiées à partir d'étude que j'ai menées entre 1986 et 1996 ;

2°) la mort et la maladie n'étaient pas le châtime divin, inévitablement dû à la toxicomanie ou bien au comportement suicidaire des toxicomanes :

- dès que les seringues ont été en vente libre +/- 60% d'entre eux ont renoncé à partager leur seringues ;

- dès que les médecins les ont accepté comme patients, les toxicomanes se sont soignés, ce que démontre la baisse de 2/3 de la mortalité par sida entre 1994 et 1999.

Dans la logique médicale, c'est la preuve que les héroïnomanes sont des malades ; il faut donc les soigner. Pour les anti-prohibitionnistes, c'est plutôt la preuve qu'il faut donner accès au produit. Les uns et les autres ont de très bonnes raisons ; la dépendance à l'héroïne est bien une maladie chronique et le caractère illégal de l'héroïne engendre les risques sanitaires et sociaux qu'il prétend résoudre. Et cependant, dans le système actuel, il ne suffit pas de mettre sur le marché un médicament ou un produit en vente libre pour réduire les risques. Le produit en vente libre (tel la codéine en France ) ou bien la prescription de méthadone peut s'ajouter aux drogues illicites sans modifier ou sans réduire les risques sanitaires et sociaux.

**Pour qu'il y ait amélioration des résultats, il faut que les héroïnomanes changent de comportement** ; il faut qu'ils jouent le jeu. C'est ce qui s'est passé en France à partir de 1994. Tandis que les médecins ont accepté de soigner ces patients lorsqu'ils étaient malades, les héroïnomanes se sont responsabilisés. **Héroïnomanes et médecins ont changé à la fois de relation et de comportement**, les réseaux de médecins d'un côté, les associations d'auto-support de l'autre ayant joué un rôle clé dans ces changements de comportement.

L'appel à la responsabilité ne s'est pas fait en vain. La logique de la réduction des risques conduit à ce que " ces patients comme les autres " aient les mêmes droits que les autres, et deviennent aussi des citoyens comme les autres. A minima, c'est renoncer à la pénalisation de l'usage qui fait du toxicomane un délinquant.

#### **4°) Co-exister avec les drogues, c'est construire une alternative à la guerre à la drogue**

Et pourquoi pas, par la même occasion, renoncer à la prohibition des drogues ? Pourquoi la méthadone ? Et pourquoi pas l'héroïne en vente libre ? C'est la question que soulève par exemple, le Pr Olievenstein qui s'opposait au traitement à la méthadone.

Pourquoi pas en effet ? Sauf que le choix actuel ne se pose pas entre héroïne en vente libre et méthadone, mais entre méthadone au titre de traitement médical ou interdit. On peut le regretter mais il faut bien constater que les expérimentations les plus acceptables sont celles qui sont conduites par les médecins. C'est insuffisant car la réponse médicale ne répond qu'à une petite partie des problèmes liés aux drogues ; du moins doit-on faire en sorte que les médecins assument cette partie là, dans la limite de leur déontologie.

Les anti-prohibitionnistes ont beau démontrer l'échec de la prohibition qui conduit à toujours plus de consommation de drogues, toujours plus de mafia et de délinquance, ils ne parviennent pas à convaincre une grande part de l'opinion qui constate les désastres dus aux drogues, la violence quotidienne, l'exclusion sociale et la perte du contrôle de soi. Que se passerait-il si les drogues étaient en vente libre ? Pour le moment, le choix qu'on peut faire d'un système prohibitionniste ou libéral dépend en partie des choix de société, selon les différentes conceptions que l'on peut avoir du rôle de l'Etat, de la liberté individuelle, du marché et des possibilités de le réguler pour ce qui concerne les psychotropes. Il s'agit là d'un débat d'idées, qui peut se comparer au débat entre capitalisme et socialisme. Ces choix idéologiques donnent une signification différente aux mesures qui doivent être prises immédiatement car dans le domaine des drogues comme dans toutes les questions sociales, des mesures doivent être prises immédiatement, ce sont celles qui réduisent les risques sanitaires et sociaux. Prohibitionnistes et anti-prohibitionnistes doivent s'accorder sur ces mesures même s'ils ne leur donnent pas la même signification. À défaut, le statut quo l'emporte ; or plutôt que de statut quo, il faudrait dire l'escalade continue de la répression, parallèlement au développement continu des systèmes mafieux.

Une bonne politique de drogues –licites ou illicites – est une politique qui fait appel, autant que possible à la responsabilité et la citoyenneté. Il ne s'agit pas là d'une demi-mesure, il s'agit d'intégrer les drogues licites ou illicites dans une démarche qui participe de la démocratie – si tel est notre choix de société.

De façon souterraine, nous sommes en train de fabriquer d'autres façon de faire avec les drogues. La démarche est souterraine parce qu'elle va à l'encontre des politiques internationales fondées sur l'interdit et la répression. Voilà qui va aussi à l'encontre d'un mouvement d'opinion qui dénonce les errances de la " pensée 68 ", l'interdit d'interdire et qui prône le retour aux valeurs d'autorité et de travail. Revendiquer aujourd'hui une politique des drogues fondée sur la responsabilité et la citoyenneté semble anachronique : je pense au contraire qu'une telle politique n'a jamais été autant d'actualité parce qu'enfin elle vient de démontrer qu'il ne s'agissait nullement d'une utopie, qu'elle était de fait en cours d'expérimentation dès à présent ; cela ne veut pas dire que la démarche est simple ; il n'y a pas dans les drogues comme dans toutes les politiques sociales de réponses magiques et " yaka ".

Entre la santé de ceux qui consomment des drogues et ceux qui n'en consomment pas, entre l'exigence de sécurité, celle de ceux qui côtoient les usagers de drogues, celle de leurs proches, de leurs parents, de leurs enfants, celle enfin des usagers eux-mêmes, c'est une démarche complexe qui doit prendre en compte les intérêts et les besoins de chacun. Des négociations doivent se mener au regard des résultats obtenus d'une part, au regard des choix de société d'autre part.

Nous avons en Europe d'autres alternatives que la logique pénale adoptée par les Etats-Unis ; entre Droits de l'homme et protection sociale auxquelles les opinions européennes sont également attachées, nous avons d'autres ressources auquel les pays européens peuvent faire appel – dans le domaine des drogues comme dans d'autres politiques sociales. De fait, ces nouvelles démarches sont expérimentées sur le terrain ; elles doivent être évaluées, soutenues et valorisés. Nous en sommes à une étape de développement où les résultats doivent être clairement revendiqués. Explication des méthodologies, soutien aux réseaux qui en permettent à la fois l'expérimentation et la diffusion, tels sont les outils qui doivent être prioritaires aujourd'hui au niveau européen. Ce sont aujourd'hui les outils nécessaires pour affronter non seulement les risques sanitaires et sociaux mais aussi les risques politiques, premier obstacle au développement de ces nouvelles approches qui doivent répondre à des objectifs précis.

C'est dans ce cadre que doit être défini une politique commune dans le domaine de la sécurité comme dans celui de la santé.

Dans ces deux domaines d'intervention, des priorités précises doivent être définies en fonction des réalités du terrain ; nous en retiendrons deux qui peuvent jouer un rôle moteur dans l'évolution des politiques :

1°) lutte contre le processus mafieux : ce n'est pas aujourd'hui la priorité de la répression, particulièrement en France où l'essentiel de la répression porte sur l'usage ou à la rigueur, sur les petits trafiquants

C'est aussi que pour distinguer le petit trafic artisanal (pas encore dangereux pour la société) du processus mafieux, il faut connaître la réalité du trafic sur le terrain. Le trafic est dangereux quand les trafiquants vont au-delà de leur domaine propre, corruption de flics, de juges, d'hommes politiques, c'est là où la coopération européenne est indispensable ; ou bien quand ils se mettent à tuer des gens ; ou à les menacer..

Dans un système prohibitionniste, la lutte contre la corruption doit être une priorité absolue; personne ne peut souhaiter vivre sous l'autorité des mafias ; or il semble

bien que leur pouvoir progresse dans les pays de l'Est mais que se passe-t-il exactement en France ? En Italie, en Suisse, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, des enquêtes sont menées ; des scandales éclatent qui dénoncent la corruption des services policiers ou d'hommes politiques ; il n'en est rien en France – mais ce silence n'a rien de rassurant. Quelquefois le poids des mafias dans le Sud de la France ou " dans les banlieues " est dénoncé par quelque cassandre, mais à ce jour aucun travail sérieux n'est fait qui permette de connaître l'extension de leur pouvoir. Au reste, c'est avec ces deux priorités que les américains ont pris conscience de la nécessité d'arrêter la prohibition de l'alcool.

2°) la recherche de meilleures modalités du contrôle du produit : cette recherche doit se faire en fonction de la réalité des types de risques selon les produits. Pour le cannabis, il est temps de tirer profit de l'expérience des Pays-Bas et de la Suisse ; autre piste, que veut explorer aujourd'hui la Grande-Bretagne : le déclassement du cannabis, aujourd'hui dans la même catégorie des drogues les plus dangereuses (telles l'héroïne et la cocaïne) contre toute vraisemblance. Autre stratégie, l'élargissement des prescriptions médicales pour les usagers de drogues malades, c'est à dire dépendants. Cette stratégie médicale ne résout pas les problèmes posés par l'usage récréatif ; elle ne doit pas y prétendre mais la démarche de réduction des risques consiste à résoudre ce qu'on peut résoudre et voir ensuite comment s'y prendre avec ce qui reste

3°) le droit d'expérimentations : telle doit être à notre sens la première modification que les pays européens doivent introduire dans les conventions internationales. C'est là une porte entrouverte du changement des politiques de drogues. Nous devons nous en saisir. Il s'agit bien là d'une stratégie de sortie de la prohibition avec un principe : **bon gré, mal gré, nous devons co-exister avec les drogues** avec le moins de problème pour ceux qui consomment et pour ceux qui ne consomment pas. C'est aussi une façon de le faire en expérimentant des modes de gestion en **fonction de la réalité des risques** spécifiques aux différents produits et à l'usage (ou l'abus) tabac, alcool, médicaments, héroïne, cannabis drogues de synthèse : chacun à ses risques propres ; il faut des réglementations spécifiques même si le principe est le même pour tous : une action de prévention énergique fondée sur une logique de réduction des risques : mieux vaut ne pas consommer, mais si on consomme, mieux vaut consommer de la façon la moins dangereuse possible.

Ce principe doit fonder les politiques de prévention et de soin ; elle n'est pas incitative dans la mesure où elle renvoie le citoyen à ses choix. Car au-delà de la santé publique, reste un choix qui est d'abord individuel mais qui s'inscrit néanmoins dans une logique collective : quelles drogues voulons nous ou non consommer ? Quels psychotropes tolère-t-on ? Allons-nous condamner le tabac ? Voulons-nous éradiquer le cannabis ? Tabac, alcool, nous sommes de moins en moins tolérants avec les drogues licites et il peut sembler contradictoire de demander que dans ce contexte, la consommation de cannabis soit désormais tolérée. C'est le même principe qui doit prévaloir ; en dernière instance, il repose sur les choix que font chacun ; encore ces choix doivent-ils être correctement informés.

Bien sûr, la prescription médicale de cannabis n'est pas " la " solution, mais quelques malades peuvent en bénéficier et le regard de l'opinion change. Le produit perd de son aura maléfique. Le testing fournit sans doute une information insuffisante si on la compare avec une vente contrôlée qui indiquerait précisément la composition mais elle transforme la drogue en produit de consommation, pour le consommateur, tout

d'abord, mais pas seulement. Médecins du monde qui a légitimé cette pratique ne se serait jamais engagé dans le testing si, il y a maintenant près de dix ans, l'association ne s'était engagée dans l'expérimentation d'un programmes d'échange de seringues – dont on disait qu'il serait incitatif, c'est à dire qu'il augmenterait le nombre d'utilisateurs de seringue. C'est exactement le contraire qui s'est passé. La principale conséquence de la dépénalisation est que l'usager de drogues n'est plus un délinquant ; la reconnaissance de principe du droit n'est peut-être pas suffisante, mais ce n'est pas rien.

Il faut sortir de l'illusion prohibitionniste qu'il y a " La " solution qui peut résoudre le problème. Il faut sortir du Tout ou Rien et considérer que chaque fois qu'un usager de drogues illicites gagne une liberté, nous sommes sur le bon chemin. L'intérêt de chacun, c'est, à terme, l'intérêt de tous. Bien sûr, il n'est pas cohérent d'autoriser la consommation de cannabis et d'interdire la consommation des autres drogues ; et il n'est pas cohérent non plus d'autoriser la consommation et d'interdire la vente. C'est ce que disent les anti-prohibitionnistes à juste titre mais c'est aussi ce que disent les prohibitionnistes et comme il n'est pas question de mettre toutes les drogues en vente libre, il est plus cohérent de n'en mettre aucune. Les Français ne veulent pas d'une mesure qui aille à l'encontre de la logique répressive. Pour ma part, je préfère une législation cohérente avec le droit des gens plutôt qu'une législation cohérente avec la répression ; incohérence que je compte bien exploiter ultérieurement pour demander plus....

Toute amélioration est bonne à prendre, elle conduit sur le bon chemin parce que la fin - qu'il s'agisse de révolution sociale ou d'arrêt de la prohibition - se construit pas à pas, par les moyens qu'on utilise. Bien sûr la dépénalisation de l'usage ne résout la question des organisations mafieuses ou celle de la circulation de l'argent sale mais elle transforme le regard sur l'usager : il était toxicomane, il devient consommateur, ce qui finit par transformer aussi le regard qu'il a sur lui-même. Les prix des drogues illicites restent prohibitifs – et ils sont à l'origine de la délinquance. Mais les usagers ne sont plus obligatoirement des délinquants ; ils ont désormais un choix qu'ils n'avaient pas avant ; une part d'entre eux se saisit de ce choix pour s'efforcer d'acquérir le produit qu'ils veulent par des biais légaux ; dans des coffee-shop pour le cannabis ; plus modestement par des prescriptions médicales pour l'héroïne. Il nous reste aujourd'hui à imaginer des expérimentations qui puissent répondre à d'autres usages – avec les psycho-stimulants, cocaïne ou drogues de synthèse. Pour le moment, il est vrai, il n'y a pas de solution ou de médicament miracle ; mais nous finirons bien par apprendre, avec l'expérience, ce qui peut se contrôler et ce qui ne peut pas. Avec l'héroïne, il nous aura fallu plus de vingt années et la catastrophe du sida pour réduire les risques liés à l'usage : on sait désormais que la diabolisation et la répression sont des chemins sans issue. Pour que les usagers d'héroïne se sortent de cette même mauvaise passe, il a fallu qu'ils prennent conscience des risques, qu'ils expérimentent d'autres façon de faire, avec le soutien de chercheurs ou de praticiens. On pourra peut-être aller un peu plus vite avec les consommations actuelles, si ceux qui consomment acceptent de réfléchir entre eux mais aussi avec d'autres bonnes volontés, chercheurs, praticiens ou simples citoyens, sur leur expérience de contrôle de l'usage – ou bien au contraire sur les cassages de gueule qui sont aussi instructives. Civiliser les drogues, c'est civiliser à la fois ceux qui se droguent et ceux qui ne se droguent pas



**5°) Politique de drogues : quels objectifs ?** Doit-on et peut-on éradiquer les drogues ? Doit-on et peut-on abolir la prohibition ? Peut-on réduire les risques liés aux drogues ?

Evaluer les politiques de drogues : c'est le leitmotiv des anti-prohibitionnistes. La loi de 1970 avait pour objectif de protéger la France du " fléau de la drogue ", épidémie américaine qui en 1970 menaçait, semblait-il, les sociétés occidentales. La loi de 1970 a-t-elle rempli ses objectifs ? Manifestement non : la pénalisation de l'usage devait dresser une barrière symbolique ; il ne s'agissait pas d'emprisonner les usagers mais de les dissuader ou bien de les soigner ; or non seulement, cette barrière n'a pas été dissuasive mais la répression, loin d'être symbolique n'a cessé de progresser. L'objectif n'a pas été rempli : tel est l'argumentaire des anti-prohibitionnistes ; à minima, l'évolution des consommations de drogues exige de reconnaître que bon gré, malgré, nous devons co-exister avec les drogues.

L'argument est loin de convaincre les partisans de la prohibition : le vol ne cesse de menacer la propriété privée ; est-ce une raison pour y renoncer ? L'abolition de la prohibition des drogues augmenterait-elle le nombre de consommateurs ? La question est débattue par des économistes qui s'opposent sur différents modèles explicatifs, selon les conceptions du rôle de l'Etat, des libertés individuelles, du marché, de ses régulations enfin de ces produits particuliers que sont les psychotropes, légaux et illégaux. Il s'agit là d'un débat d'idées qui doit être mené ; il donne une orientation aux actions qui sont expérimentées sur le terrain mais les actions elles-mêmes ne peuvent se développer que dans le cadre actuel. Anti-prohibitionnistes et prohibitionnistes peuvent du moins s'accorder sur la nécessité immédiate de réduire les risques liés aux drogues – quel qu'en soit les évolutions ultérieures, qui dépendront, entre autre, de la signification que nous donnerons à ces actions, du développement que nous souhaiterons leur donner.

Or – résultats inespérés – les actions de réduction des risques ont fait la preuve qu'elles étaient efficaces. Les programmes d'échange de seringues expérimentés en 1986 en Grande-Bretagne n'auraient pas réussi à s'imposer s'ils n'avaient pas pu démontrer que 1°) ils ne sont pas incitatifs : le nombre d'injecteurs n'augmente pas avec la distribution de seringues 2°) ils réduisent le partage des seringues et donc la contamination par le virus du sida. Il en est de même des traitements par la méthadone qui sont, parmi les traitements médicaux, ceux qui ont été évalués par le nombre d'études... Les prescriptions d'héroïne, expérimentées aujourd'hui en Suisse, aux Pays-Bas en Grande-Bretagne, sont elles aussi soumises à une évaluation rigoureuse - sans parvenir pour autant à convaincre une opinion sceptique qui refuse de " donner de la drogue aux drogués ".

En France, la réduction des risques infectieux a obtenu des résultats qui débordent très largement ses objectifs officiels : en matière de lutte contre le sida, les bons résultats sont reconnus de tous les experts mais au-delà du sida, la mortalité par overdoses a été réduite de 80% entre 1994 et 1999. Ces résultats étonnants sont reconnus par tous les experts ; ils n'ont pas été contestés mais ils sont attribués au traitement médical qui en est la justification officielle. Je considère pour ma part que les résultats obtenus ne sont pas du au traitement médical mais au changement de comportement des injecteurs : les traitements de substitution ont fait sortir de terre quelques 100 000 héroïnomanes, ils leur ont donné les moyens de choisir les protections de la santé qu'ils souhaitaient, seringues individuelles pour les uns, arrêt

de l'injection pour d'autres mais il n'y aurait pas eu d'amélioration si la majorité des injecteurs n'avaient changé de comportement. D'un point de vue théorique, c'est bien sûr l'interaction entre l'offre de prévention et de soin et les usagers de drogues qui est à l'origine des résultats mais cette interaction est passée sous silence avec l'interprétation purement médicale. Fonder une politique de drogue sur la responsabilisation des usagers, voilà qui est proprement inimaginable ; c'est pourtant ce qui s'est passé sous nos yeux mais les Français n'en ont pas été informés.

## **6°) La réduction des risques : une alternative de la guerre à la drogue**

La Suisse et les Pays-Bas sont les seuls pays en Europe à avoir intégré ces expérimentations de terrain dans le cadre de leur politique nationale.

Expérimentation et négociation, ces principes qui fondent la démarche de réduction des risques sont toujours inacceptables en France. Sans l'autorité médicale, il était impossible de distribuer des seringues et encore moins de " donner de la drogue aux drogués ". Pour que la méthadone et autres traitements de substitution acquièrent un statut de médicament, il aura fallu que la démonstration soit faite qu'il s'agissait bien d'un traitement médical.

Ce n'est pas dire pour autant que l'urgence médicale face au sida n'était qu'un simple prétexte ; le traitement de substitution est effectivement un traitement de la dépendance à l'héroïne avec cet avantage supplémentaire qu'il réduit aussi effectivement la mortalité et la morbidité ; la démonstration en a été faite en France mais ce qui n'est pas dit en France, c'est que sous le couvert de l'autorité médicale doivent s'introduire aussi les deux principes à l'origine de la réduction des risques et qui en font l'efficacité : ces actions sont utiles et efficaces parce qu'elles répondent aux besoins de ceux qui consomment des drogues. Voilà qui va à l'encontre de la prohibition des drogues dont le but n'est pas de prendre en compte " les besoins des usagers de drogues " mais tout au contraire de faire en sorte qu'il n'y ait plus d'usagers de drogues... Il y a bien là une contradiction majeure ; les Pays-Bas et la Suisse sont les seuls pays en Europe à avoir posé le problème en termes de politique des drogues. Doit-on sortir de la prohibition des drogues ? Cette question a bien été soulevée dans ces deux pays ; elle a été rapidement écartée : une toute autre réponse s'est imposée : qu'on le déplore ou qu'on s'en réjouisse, un pays isolé ne peut pas aujourd'hui rompre avec cette politique internationale. Aussi, pour le moment du moins, faut-il se contenter de " réduire les risques liés aux drogues ", que ces risques soient engendrés par la prohibition ou par les drogues elles-mêmes. S'agit-il d'un simple aménagement du cadre prohibitionniste ou bien les contradictions entre ces expérimentations et la prohibition des drogues vont-elles nécessairement aboutir à un changement radical de politique des drogues ? Quoi qu'il en soit, c'est pour le moment, la voie du changement. Dire qu'il n'y a là rien de nouveau sous le soleil des drogues, c'est condamner la seule porte de sortie de la logique répressive qui s'exerce continûment depuis la mise en place de la prohibition des drogues.

Pour le Pr. Olivenstein, s'il fallait se résigner à la méthadone, elle ne devait pas avoir de statut médical, mais être vendue comme les autres poisons en France, dans les bureaux de tabac – sauf que vendue dans les bureaux de tabac, la méthadone et autres produits de substitution se seraient ajoutés aux drogues illicites sans modifier les comportements : ça été le cas de la codéine, vendue en pharmacie, certes mais sans contrainte, avec le statut non officiel de roue de secours, en cas de manque...

Une prescription médicale qui réduit de 80% la mortalité est bien un traitement ; au reste le Pr. Olievenstein n'a pas voulu prendre en compte le fonctionnement des drogues sur le cerveau ; il a voulu faire du toxicomane " un homme libre ", qui choisissait de mourir librement. Les héroïnomanes ont bien déçu le Pr. Olievenstein – ils n'avaient pas tant que ça envie de mourir ; certains d'entre eux ont préféré devenir des patients en traitement de substitution, c'est un choix qui leur appartient. Les Français ne savent pas davantage que la situation antérieure était " catastrophique ", c'est le terme utilisé par la commission Henrion en 1994.

Qui sait en France que les overdoses mortelles ont été réduites de 80% entre 1994 et 1999 ? Les experts ont beau avoir fait la démonstration que ces résultats étaient corrélés " aux produits de substitution ", l'opinion publique n'en a pas été informée. Les politiques en ont retenu que l'efficacité était due aux traitements médicaux, interprétation qui a l'avantage de ne rien changer à la logique de guerre à la drogue ; conforter le statut quo, c'est ce que font aussi les plus libéraux, persuadés qu'il n'y a rien de changé sous le soleil des drogues puisqu'il s'agit ni plus ni moins de la médicalisation des toxicomanes, prévue par la loi de 1970 comme alternative à la répression. Les uns et les autres passent sous silence ce qui a fait l'efficacité de la réduction des risques, c'est à dire une politique qui fait appel à la responsabilité des usagers de drogues. Responsables, les toxicomanes ? Voilà qui semble relever d'un discours de propagande, qui fait ricaner les sceptiques et pourtant, depuis 1994, il s'est passé un événement dont nous n'avons pas pris la mesure : alors que depuis 1970, les résultats étaient pire d'une année à l'autre, depuis 1994, la mortalité, pour la première a reculé ; il y a bien une amélioration de la santé et de l'insertion des usagers d'héroïne.

Directement, ces nouvelles approches vont à l'encontre des croyances qui justifient la prohibition des drogues, soit :

1°) les usagers de drogues sont irresponsables ; ils doivent être protégés contre eux-mêmes

2°) l'interdit légal ne protège pas " la santé publique " : ce n'est pas parce que les seringues sont interdites que la majorité n'utilise pas de seringues mais tout simplement parce que l'injection est un mode de consommation dangereux.,