

➔ SOS DROGUE INTERNATIONAL A VINGT ANS

1984-2004 : l'avènement

Depuis la création de SOS Drogue International, la prise en charge de la toxicomanie en France a connu une révolution thérapeutique, nécessaire après l'échec de la stratégie de sevrage et l'apparition du sida et des hépatites. Cette date coïncide avec l'émergence d'une approche pragmatique, dont SOS DI a été l'un des artisans.

En 2002, une large majorité des personnes interrogées adhère au constat qui fonde la stratégie de réduction des risques : *près des trois quarts ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogue.* » Cette enquête d'opinion, réalisée il y a deux ans (1), aurait-elle été comprise par les acteurs, institutionnels, sanitaires et socio-éducatifs de la lutte contre la toxicomanie du début des années 1980 ? Aurait-on imaginé qu'un consensus relatif s'établisse au sein de la population générale autour de ce sujet brûlant, que huit personnes sur dix seraient favorables aux traitements de substitution, et six sur dix à la vente libre de seringues destinée à limiter le partage de seringues et donc la transmission du sida, si meurtrière pour les toxicomanes au début des années 1990 ? Difficile à dire, tant les débats actuels semblent éloignés des préoccupations d'alors.

Revenons en 1984. La France a une réponse légale à la toxicomanie, encore en vigueur : la loi de 1970. Une loi répressive, dont l'objectif premier est la lutte contre le trafic et l'interdiction de l'usage, mais qui assortit la sanction d'une alternative thérapeutique, ce que l'on appelle « *l'injonction thérapeutique* », et qui oblige le toxicomane à se soigner pour échapper aux poursuites pénales. En ce début d'années 1980, le principe qui régit

les politiques publiques en matière de drogue est celui de l'abstinence, son corollaire, le sevrage, et son pré-supposé, la volonté du toxicomane de s'en sortir.

Malgré l'existence, depuis 1971, de centres de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST) tenus par des psychiatres et des psychologues (2), les cures de sevrage sont assurées par les hôpitaux, et la prise en charge est limitée par une véritable fracture entre les volets sanitaire, psychologique et socio-éducatif indispensables au suivi des patients. Depuis le rapport Pelletier de 1978, la drogue est pourtant déjà perçue comme un phénomène social durable, et les professionnels sanitaires et sociaux, les éducateurs, juges et médecins assistent à la fin du « *mythe de la cure magique et facile* » qui fondait les expérimentations des premiers spécialistes de la toxicomanie dans les années 1970 (3).

> Le tournant du sida

A cette époque, la toxicomanie explose. Un mouvement incontrôlable auquel les autorités répondent par la création de nouvelles « *post-cures* » pour le sevrage, mais surtout de centres d'accueil d'urgence où des équipes mixtes de médecins, éducateurs spécialisés, infirmiers, psychiatres et assistantes sociales se développent. Emerge alors, à côté de l'idéal

ent de la réduction des risques

d'abstinence, la notion d'accompagnement du drogué et d'amélioration de ses conditions de vie.

Mais le phénomène de la toxicomanie moderne est brutalement marqué par l'apparition du sida. Les toxicomanes, qui partagent notamment les seringues lors des injections d'héroïne, se retrouvent en première ligne. L'épidémie s'ajoute aux nombreux problèmes sanitaires induits par la drogue, septicémies et hépatites en tête. Au sein de cette population, les ravages de la maladie sont sans précédent. En 1989, 18,3 % des malades du sida sont toxicomanes, et 30 à 40 % des drogués sont séropositifs. Un grand nombre d'entre eux mourra au début des années 1990. A côté du fléau propre à la toxicomanie (environ 500 personnes meurent d'overdose chaque année), le sida marginalise des populations déjà précarisées, sans logement fixe, et les éloigne encore davantage de toute possibilité de sevrage. Ils délaissent les postcures au profit des hôpitaux, surchargés et souvent peu habilités à la prise en charge des usagers de drogue.

La division structurelle entre les professionnels de la toxicomanie et ceux du sida se fait cruellement sentir, poussant les autorités à lancer, en 1987, le dispositif « toxicomanie et sida », destiné à mettre en relation les spécialistes des deux secteurs. Les débats sont houleux, et tournent autour de cette question : « *Fallait-il mettre en place des centres spécifiques pour toxicomanes malades du sida ou devait-on maintenir le cap éthique de la non-ségrégation ?* » (4) Les centres spécialisés sont forcés de s'adapter, postcures et appartements thérapeutiques prenant progressivement en charge les malades du sida.

> Nouvelle stratégie

Ces débats constituent l'acte fondateur de ce que l'on a appelé la stratégie de « *réduction des risques et des dommages* », socle aujourd'hui des politiques publiques et en l'occurrence du travail de SOS Drogue International. Le principe était de sauver les vies des toxicomanes ainsi que celles des personnes qu'ils risquaient de contaminer par voie sexuelle.

Dans les faits, l'épidémie a été un accélérateur dans les débats qui agitaient alors le pays, notamment le problème de la substitution et de la libre distribution des seringues. Pour lutter contre l'échange de seringues usagées, un décret de 1987 supprime l'obligation de présenter la carte d'identité pour l'achat de seringues en pharmacie, et des programmes d'échange de seringues sont lancés dans des centres spécialisés. Ainsi, dès 1994, le taux de prévalence du sida chute chez les toxicomanes. Quant à la substitution, elle n'a été introduite en France que

tardivement. Cantonnée depuis les années 1970 à des expérimentations marginales, repoussée en raison des échecs liés à son utilisation massive et sans accompagnement aux Etats-Unis, perçue comme une incitation à se droguer, la méthadone y est longtemps restée impopulaire. Ce produit, consommable par voie orale, visant à diminuer l'appétence pour l'héroïne, fournissait pourtant un substitut à cette drogue et un moyen de limiter l'utilisation des seringues. Les premiers programmes apparaissent en France en 1994 (77 patients sont alors concernés), tandis que d'autres pays comme le Canada, la Grande-Bretagne et surtout l'Italie, ont largement développé la substitution (5), non pas dans un objectif de sevrage, mais dans celui de lutter contre le sida.

> Les structures de « bas seuil »

C'est dans ce contexte que SOS Drogue International a ouvert ses premières structures dites « *de bas seuil* » >>



Les distributeurs de kits Stéribox® ont été installés en France au milieu des années 1990.

>> dont la priorité n'était plus le sevrage du toxicomane mais la réduction des risques liés à sa consommation. A l'image du « Sleep In », créé en 1992 et destiné à accueillir en urgence des toxicomanes actifs qui, ne voulant pas arrêter, étaient refusés dans les structures classiques. L'association ne s'est pas bornée à délivrer simplement des produits de substitution : « *La réduction des risques consistait à offrir aux usagers une grande palette de soins dans une même structure : psychothérapie, accompagnement social, et parfois un arsenal thérapeutique, sans poser comme préalable la demande de soins* », explique Sylvie Justin, aujourd'hui directrice générale de SOS Drogue International.

Outre des structures classiques comme les postcures et appartements thérapeutiques, l'association a ainsi favorisé la mise en place de dispositifs inédits d'accompagnements des toxicomanes, y compris actifs : les Entractes permettent d'héberger des personnes en situation d'urgence durant trois semaines; les communautés thérapeutiques reçoivent, durant un ou deux ans, une trentaine de personnes ayant un lourd passé de dépendance, et leur proposent des activités de loisirs destinées à réamorcer une vie sociale (cf. p. 11). La priorité donnée à l'hébergement, y compris de courte durée, doit

permettre de stabiliser une population dont environ le tiers n'a pas de logement stable. Poser comme préalable à toute forme de cure une amélioration des conditions de vie, telle est la conception élargie de la réduction des risques qui a prévalu.

> L'heure du bilan

Au cours des années 1990, cette nouvelle approche de la toxicomanie a donné des résultats tangibles. Certes, les comportements à risques demeurent, comme semble le montrer une étude réalisée en 2002, selon laquelle 26 % des usagers de drogue par voie intraveineuse partageaient encore leur seringue (6). Parmi les injecteurs, le VIH toucherait encore une personne sur huit, et l'hépatite C, une sur six, mais les décès liés au sida ont diminué entre 1994 et 1998, notamment avec l'introduction des médicaments antirétroviraux, avant de se stabiliser, voire reprendre à partir de 2002.

Le nombre de personnes prises en charge par les structures spécialisées, tous types confondus, a été multiplié par deux en une décennie, grâce à la multiplication de ces structures, et le nombre de personnes recevant chaque mois un traitement de substitution serait de 90 000. Un suivi a bel et bien été amorcé, puisque le nombre

d'overdoses mortelles liées à l'héroïne a diminué de 26 % chaque année depuis 1995. « *Le développement des traitements de substitution et la baisse du nombre de consommateurs d'héroïne sont probablement les principaux facteurs à l'origine de cette diminution de surdoses* », concluait le même rapport, qui signalait néanmoins une augmentation récente de la consommation de cocaïne et des substances à « sniffer ».

« *Aujourd'hui, il n'y a plus de grandes évolutions dans le champ de la toxicomanie* », estime Sylvie Justin. Les débats autour de la substitution, de la vente libre des seringues et de l'accueil de toxicomanes actifs suscitent moins de passion, en dehors des problèmes de voisinage qu'engendre la création de nouveaux lieux d'hébergement pour toxicomanes. Pour la directrice, l'enjeu est à présent de renforcer encore la polyvalence des lieux d'accueil. En cours de réalisation, un espace dédié au repos de jour devrait bientôt ouvrir, rue Saint-Denis, à Paris, et rassembler dans un même local un dispositif de réduction des risques et un dispositif de soins. ■

Vincent Michelin

(1) *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques, EROPP, 2002. Enquête auprès de 2 000 personnes entre 15 et 75 ans.*

(2) *Le premier centre spécialisé pour les toxicomanes est celui de Marmottan, à Paris, créé par le docteur Claude Olievenstein en 1971.*

(3) *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, Henri Bergeron, PUF, 1999.*

(4) *La double rencontre : toxicomanie et sida, Sylvie Justin, Jean Ebert, Erès, 1996.*

(5) *La méthadone, Sylvie Geismar-Wievorka, Claude Guionnet, Gilles Guis, PUF, 1997.*

(6) *Rapport national adressé à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies, OFDT, 2002.*

Nombre total de prises en charge pour un nombre total de résidents en structure d'hébergement par année

