

HISTOIRES DE L'HISTOIRE DE LA RDR ...

Permettez-moi d'introduire cette intervention en partageant avec vous l'émotion qui ne laisse passer depuis 8 jours qu'une certitude « je suis Charlie », et un espoir « que nous restions longtemps »

Madame la Présidente de la MILDECA,
Monsieur le Directeur Général de la Santé,
Monsieur le Directeur de l'OFDT,
Chères et chers collègues,

C'est un honneur et un plaisir que de prendre une parole en ce jour.

Merci d'avoir organisé pour nous un anniversaire, il permet de mettre à l'honneur les acteurs du quotidien de cette première ligne.

Cher Albert, vous m'avez demandé une contribution sur l'histoire.

Je ferai comme le petit colibri du conte chinois, « je veux bien faire ma part » comme intervenante en toxicomanie, comme directrice d'Intermède, 3^{ème} boutique ouverte en France le 1^{er} décembre 1994 devenue CAARUD, comme spécialiste dans le champ des addictions.

Et je vais tenter en peu de temps d'aller à ce qui me semble essentiel sur la question des origines.

Aux origines, c'est cette irrépressible envie et besoin pour l'homme de trouver, grâce à des produits modificateurs des états de conscience, les « psycho-affectifs », et je reprends ce mot tellement vrai de Monsieur Benoît Vallet, la sensation de complétude, de dépassement de sa condition.

C'est ouvrir tant à des paradis artificiels, qu'à la sensation d'apaisement ou de toute puissance. De ce plaisir, de ce « médicalement » peuvent naître des états insoupçonnés, le partage, tout autant que le pire des drames.

Encadrés, ritualisés ou nous débordant, « les usages cachent autant qu'ils ne révèlent ».

Ils sont une des grandes aventures de l'homme « de l'autre côté du miroir ». Ils en disent tout autant sur nos maux que sur ceux des sociétés.

Face à de tels enjeux, je ne prétends pas refaire l'histoire mais plutôt une lecture des temps qui ont précédé et généré ce fabuleux changement de paradigme dans la réponse publique aux usages de drogues.

✓ **De 1960 à 1970 : la rencontre manquée**

Avec la circulaire Boulin du 15 mars 60, qui instaure la sectorisation, les premiers usagers arrivent dans les années 67/68 vers l'Hôpital Psychiatrique.

La relation patient/médecin ne prend pas, l'institution ne peut s'adapter à des patients qui n'en sont pas et surtout qui ne veulent pas avec des équipes pas équipées pour les accueillir.

✓ **De 1970 à 1987, trois mots vont inaugurer cette période : un mort, une loi, des hommes**

Suite à **la mort** par overdose de deux jeunes dans l'été 70, la France prend peur, le politique est sommé d'agir.

La loi du 31 décembre 70, est promulguée à la fois dans l'intention de protéger la jeunesse, et de donner un cadre pour remonter les filières des trafics :

- Elle criminalise l'usage simple et privé de substances dites stupéfiantes.
- L'usager devient délinquant sauf s'il est volontaire pour arrêter : alors il devient un malade, ses soins sont gratuits, il a droit à l'anonymat.
- Le magistrat peut le contraindre à rencontrer le soin, oubliant que si on peut obliger quelqu'un à « se soigner », on ne peut l'obliger à guérir.
- Des structures spécifiques sont créées dans cette même loi.
- **Des hommes** ouvrent alors des lieux expérimentaux à Bordeaux, c'est la « Free Clinic », à Paris c'est le centre de l'Abbaye qui accueille mais aussi « ira vers » les usagers autour de la place Saint-Michel, et en 1971, Claude Olievenstein ouvre une antenne d'un Hôpital Psychiatrique à l'Hôpital Marmottan. Ces hommes fondent dans un contexte de liberté, des lieux ouverts jour et nuit, des lieux de pause pour un « accueil » d'abord inconditionnel à l'arrêt des usages.

A Marmottan, le Docteur Olievenstein, psychiatre, avait quitté l'Hôpital Psychiatrique, s'entoure rapidement d'ex usagers qui prennent part à l'action. Il apprendra d'eux, il veut comprendre l'effet des drogues, les comportements, le plaisir, le manque, tout autant que la souffrance du sujet désintoxiqué. Peu à peu un cadre se dessine pour accompagner le choix du sujet. Même s'il dit « qu'il n'y a pas de drogué heureux », il est respectueux de cette quête et propose face au duo indissociable « la démocratie psychique ».

- Le toxicomane n'est pas un malade mais il peut se rendre malade.
- Le cadre de soin est fondé sur l'idée que les personnes viennent quand elles ne peuvent plus vivre avec leur usage, mais qu'elles ne savent pas comment vivre sans.
- Une clinique de la complexité se fait jour, dans laquelle la psychanalyse apporte un éclairage majeur sur la question du désir, de l'histoire de vie, de ce qui est douloureux et qui vient se dire dans la toxicomanie.
- Olive donne lui une lecture qui, aujourd'hui encore aide à comprendre et penser le phénomène de toutes les addictions, à savoir « la rencontre entre un produit une personne dans un moment sociale et culturel donné ».

Le contrat est fondé sur la demande d'arrêt de la personne, pas de contrainte, elle est libre de le rompre à tout instant, soit qu'elle le dise, soit qu'elle le montre par un usage réitéré.

Peu à peu, un dispositif national se constitue avec peu de moyens, s'organise une chaîne thérapeutique dont les maillons sont ouverts qui va de l'accueil à la réinsertion en passant par le sevrage hospitalier, les postcures, les Familles d'Accueil, les ateliers d'insertion, la médecine de ville est alors peu ou pas impliquée.

- 52 places de méthadone sur tout le territoire ...

Les acteurs sociaux sont réticents à l'accueil des toxicomanes, et ceux-ci vivent la plupart du temps dans l'exclusion des dispositifs de droit commun. Les usages se massifient, les trafics augmentent, rechutes et récidives renvoient à l'échec, mais les positions se rigidifient du côté répressif. La vision française se renforce autour de l'idée de l'éradication de la drogue et de la pénalisation aggravée des usages.

Nos voisins anglo-saxons ont depuis longtemps, grâce peut être à un autre rapport à la responsabilité et à la culpabilité, préféré des politiques tournées vers la réduction des conséquences et des dommages lorsque le sevrage ou l'abstinence ne sont pas possibles, c'est la réduction des dommages *Reduction Harm*.

Tandis que nous interdisons les seringues en 72, ils les distribuent dès les années 80. Ils ont des programmes de prescription de morphine et d'héroïne ou de méthadone.

Un autre épisode se joue à bas bruit d'abord. Le virus du SIDA est découvert en 1985 chez les usagers de drogues, c'est rapidement le chaos : en Septembre 86, 2 à 3 nouveaux cas de SIDA par jour et 60 % des héroïnomanes seraient alors séropositifs. La tendance répressive fait rage, le Ministre de la Justice Albin Chalandon projette d'ouvrir 1600 places de prisons privées, et consolider la position de l'Association « Le patriarche » (qui sera déclarée secte une dizaine d'année après).

Contemporaine du Ministre de la Justice, Michèle Barzach, Ministre de la Santé, prend vite la mesure du phénomène, et engage un difficile chemin pour changer de cap. Le professeur Olievenstein soutiendra l'acte fondateur de la RDR – la mise à disposition des seringues - alors même qu'en 72 il avait contribué à l'arrêt de leur vente libre. Il soutiendra ce changement de cap au motif « qu'un danger chasse l'autre », et qu'il faut agir.

- ✓ **S'ouvre alors une 3^{ème} période : de 1987 à 1993, celle de la conception de la RDR, des controverses et des conversions...**

Rappelons donc qu'au moment de cette sauvage pandémie, se heurtent des approches de santé publique et de sécurité publique. Le modèle qui est alors prôné est celui impulsé par Reagan, et c'est donc un contexte de « guerre à la drogue » et en tout cas de lutte contre tout laxisme dans la réponse pénale. Dans cette période, plusieurs mouvements se dessinent.

- **L'acte fondateur de la RDR** par la vente libre des seringues. Le décret est voté le 13 Mars 87 porté par Michèle Barzach, grâce à la détermination de Jacques Chirac, alors Premier Ministre. L'argument majeur partagé par une majorité de professionnels qui étaient silencieux, était de craindre d'être responsables, que le remède ne soit pire que le mal : « pour freiner le SIDA, on va accélérer la toxicomanie » (par l'accessibilité du matériel d'injection..).

Personne ne pariait sur la responsabilisation des usagers de drogues.

- L'implication **des Associations humanitaires** qui n'avaient pas mission de soin au regard des usagers et qui considèrent que leur devoir est d'aller vers eux dans un élan pragmatique et communautaire : « aller vers, là où ils sont ».

- **Dès 1984, se crée l'Association AIDES** pour soutenir la parole des malades du SIDA, des séropositifs et de leurs proches.

Alors qu'ils payaient comme les usagers, un lourd tribut à la maladie, cette parole devient une survie, le témoin de leur dignité d'hommes jusqu'au bout. C'est le début d'un changement de pied dans la relation patient/médecin. L'espoir, l'engagement des malades donne sens au combat des médecins. Une nouvelle forme d'alliance thérapeutique prend corps bouleversant la notion même de pouvoir médical : « la malade acteur de son traitement ».

C'est je crois la naissance de la notion de droit des patients et du concept de démocratie sanitaire.

- Ce mouvement communautaire impulse la création d'une Association d'auto support d'usagers de drogues en 1992, ce sera ASUD, malgré l'interdit d'usage...

La clandestinité, l'exclusion sociale, la trouille, la honte d'être usager, frein majeur à l'accès aux soins. Reconnaître cette Association fût pour moi le 2^{ème} acte fondateur de la RDR. L'usager de drogue reste un citoyen et est de plus expert de ses consommations, il sera désormais pris en compte pour l'amélioration des politiques publiques.

- **Une prise de conscience au plus haut niveau de l'Etat.** Le nouveau Ministre de la Santé, Bernard Kouchner suit le chemin de Michèle Barzach et propose le premier d'introduire la politique de RDR en France, inspiré par les travaux d'Anne Coppel.

Dans le même temps, le scandale du sang contaminé impose la question des responsabilités.

En 1992, le Professeur Girard, alors Directeur Général de la Santé, s'exprime à la tribune du CRIPS en ces termes : « nous devons au plus haut niveau de l'Etat, analyser le faisceau des responsabilités qui ont permis que de tels drames se produisent ».

Suit alors un cri, un appel, une injonction d'agir : « limitez la casse », dont Anne Coppel est une des fondatrices.

Très rapidement s'ouvre l'horizon pour un changement de regard sur la population des usagers et sur la nécessité de construire avec eux de nouvelles réponses de santé publique.

✓ De 1993 à 2005, la brèche s'ouvre pour un nouveau paradigme.

Simone Veil permet la structuration des réponses, avec l'ouverture des « **boutiques** », et peu après, dans la lignée de médecins eux aussi militants, la mise en place des traitements de substitution.

Le 1^{er} décembre 1994, après Marseille et Paris, nous ouvrons à notre tour une boutique. C'est avec un ancien « accueilli » de Marmottan que nous avons alors tout construit à Toulouse : 80 personnes le premier mois, 600 l'année qui a suivi.

Incontestablement, l'accueil non conditionné à l'arrêt des substances a ouvert un champ nouveau pour aller à la rencontre de ces populations. En même temps, l'élan d'aller vers se poursuit, les outils se diversifient.

En 1999, la MILDT entame un chantier nouveau à partir d'un autre regard sur la dangerosité de toutes les substances psychoactives et de tous les comportements d'usage, **le concept d'addiction** vient se substituer à celui de toxicomanie. Au-delà d'autres questions, l'impact fut incontestable sur la destigmatisation des usagers. Par ailleurs, la RDR fait aussi évoluer la prévention, il s'agit enfin de « **savoir plus pour risquer moins** ».

En 2004, le 9 août, victoire collective de toutes les Associations, au-delà de leurs différences et des clivages et des débats parfois douloureux qui ont animé cette période : La RDR entre dans la Loi de Santé Publique.

En 2005, publication des décrets sur le référentiel et les missions dont Elisabeth Avril va nous parler, institutionnalisent enfin la réponse Santé Publique et RDR : les CAARUD sont créés.

Que retenir de ce moment :

- Des équipes qui depuis 1993 expérimentent une nouvelle clinique de la rencontre fondée sur la non demande
- Une co-construction avec les usagers
- La force de ces décrets référentiels et de missions tient dans le fait que la puissance publique a accompagné par des cadres, les réalités complexes et multiples des pratiques qui ont constitué le socle.

Conclusion

Ainsi, les progrès rendus possibles depuis plus de 20 ans résultent d'un double abandon :

- celui de l'abstinence comme seul modèle des pratiques de soin et de prévention
- celui d'une éradication des drogues comme condition du vivre ensemble.

Aujourd'hui la RDR doit poursuivre son chemin, elle doit se déployer demain dans toutes les pratiques de soin, d'insertion de médiation sociale et de prévention, quels que soient les produits et les comportements, ouvrant ainsi une nouvelle étape de son histoire.

Les CAARUD mettent en valeur une expérience inestimable tant au plan des pratiques d'accompagnement que des savoirs sur les questions de sécurité et d'apaisement des conflits ; ils doivent pouvoir être pôles ressource dans la ruralité, pôle ressource dans l'aller vers, enfin pouvoir franchir le pas de l'accompagnement des usages à moindre risque, et continuer à bâtir des outils avec les usagers eux-mêmes.

En 2016, sous l'égide de l'HAS soutenue par la MILDECA et la DGS, une **conférence de consensus** est organisée par la FFA pour en poser les piliers et en tracer les perspectives.

Demain, une nouvelle page va s'écrire dans la loi de Santé et pour 10 ans. Nous voulons qu'elle donne une vision « forte » de la RDR, fondée sur un « care collectif », c'est pour ma part l'engagement militant que je vis et soutiens au sein de la Fédération Addiction.

Merci d'avoir mis à l'honneur nos 10 ans, voire nos 20 ans ...

Mon dernier mot ira en remerciement à nos équipes et à nos compagnons de route

Martine Lacoste

Directrice Générale de l'Association Régionale Clémence Isaure

Vice-Présidente de la Fédération Addiction.